

Mitarbeiter-Motivierung

Über die Möglichkeiten und Grenzen klassischer Führungskonzepte



Urabstimmung

Große Protestbereitschaft unter Hamburgs KV-Mitgliedern

Ärztehaus

KV-Vertreterversammlung berät über Neubau

Bedarfsplanung

Die Tücken der neuen Steuerungsmöglichkeiten

Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Der aktuelle Honorarkonflikt zeigt: Wir brauchen eine Rückkehr zu kassenbezogenen Vertragsverhandlungen. Dass die KV mit allen Krankenkassen „gemeinsam und einheitlich“ verhandeln muss, lähmt jede Initiative: Es ist stets der Langsamste, der das Tempo bestimmt. Ein Wettbewerb unter den Kassen findet nicht statt. In Hamburg gab es unter Führung der VdEK-Landesvertretung überhaupt keine echten Honorarverhandlungen mehr. Die Krankenkassen setzten von vornherein auf eine Entscheidung des Schiedsamtes. Das soll Selbstverwaltung sein? Mehr Handlungsspielraum ist nötig, um wenigstens mit den verantwortungsbewußten Kassen die Versorgung aufrechterhalten und weiterentwickeln zu können.



A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Dieter Bollmann'.

*Ihr Dieter Bollmann,
Vorstand der KV Hamburg*

Impressum

KVH-Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
für ihre Mitglieder und deren Mitarbeiter

Erscheinungsweise monatlich

Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers

Gezeichnete Artikel geben die Meinung des Autors und nicht unbedingt die des Herausgebers wieder.

VISDP: Walter Plassmann

Text- und Bildredaktion: Abt. Öffentlichkeitsarbeit, Martin Niggeschmidt
Kassenärztliche Vereinigung Hamburg, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg
Tel: (040) 22802-655, E-Mail: redaktion@kvhh.de
Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge
und Meinungsäußerungen.

Layout und Satz: Headquarters Hamburg, www.hqhh.de

Titelbild: babimu/fotolia.com

Ausgabe 3/2013 (1. März 2013)

Redaktionsschluss: 12. Februar 2013

Wichtige Informationen auch für Ihre Praxismitarbeiter

Das KVH-Journal enthält Informationen für den Praxisalltag, die auch für Ihre nichtärztlichen Praxismitarbeiter wichtig sind. Bitte ermöglichen Sie ihnen den Einblick in das Heft.

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt: Wie gelingt gute Zusammenarbeit in Ihrer Praxis? _____	4
Worauf es bei der Mitarbeiterführung ankommt _____	5

Gesundheitspolitik

KV-Hamburg-Urabstimmung: Überwältigende Mehrheit für Protestmaßnahmen _____	9
KBV-Referendum: Ja zum Sicherstellungsauftrag – aber nicht um jeden Preis _____	10
Ärztehaus: KV-Vertreterversammlung berät über Neubau _____	12
Bedarfsplanung: Diskussion um Planungsbereiche und „Praxis-Aufkauf“ _____	14

Amtliche Veröffentlichung

Bekanntmachungen im Internet _____	17
------------------------------------	----

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten _____	18
----------------------------	----

Qualitätsmanagement

Neu nach QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen _____	19
--	----

Forum

Leserbriefe _____	20
Kodieren: DAK-Gesundheit schickt Berater in die Praxen _____	24

Kolumne

Monatlicher Zwischenruf von Dr. Bernd Hontschik _____	25
---	----

KV intern

Steckbrief: Für Sie in der Selbstverwaltung _____	26
Terminkalender _____	27

Nachgefragt

■ Wie gelingt gute Zusammenarbeit in Ihrer Praxis?



Wir Ärzte haben in der Ausbildung das Rudern gelernt, nicht das Steuern. Eine Ausnahme sind möglicherweise Chirurgen, die von Anfang an im Operationssaal knappe Anweisungen geben: Blaues Skalpell! Grüner Faden!

Als Praxischef muss man lernen, klar zu sagen, was man von seinen Mitarbeitern erwartet. Ein allzu nachgiebiger Führungsstil ist schon deshalb nicht möglich, weil es ja letztlich der Arzt ist, der die Verantwortung trägt. Sollte etwas schiefgehen in seiner Praxis, ist er dran.

*Dr. Lutz Krüger,
Allgemeinmediziner in Steilshoop*



Qualitätsmanagement (QM) gibt den Ärzten ein nützliches Instrumentarium an die Hand, um die Praxisführung zu meistern. Die klassischen Strukturen, in denen der Chef seinen Mitarbeiterinnen haarklein vorschreibt, was zu tun ist, sind nicht hilfreich. Mit Einführung eines QM-Systems bekommt jede Mitarbeiterin die Verantwortung für einen eigenen Bereich übertragen, auf den sie sich stürzen und in dem sie schöpferisch tätig sein kann – beispielsweise den Bereich Hygiene. Die Mitarbeiterin erfährt, dass ihre Arbeit für die Praxis wichtig ist und dass sie Gestaltungsspielräume hat. Das fördert die Motivation, aber auch die Transparenz. Die Zuordnung von Verantwortlichkeiten ist für das Fehlermanagement wichtig.

*Dr. Maria Höhle,
Orthopädin in Rahlstedt*



Ich wollte eigentlich Ärztin werden – nicht Chefin. Doch nach jahrelanger Vertretungsarbeit in gynäkologischen Praxen ergab sich für mich vor gut sechs Jahren die Möglichkeit der Niederlassung. Mittlerweile arbeiten zwei MFAs und eine Auszubildende in der Praxis. Noch immer gibt es Tage, an denen mir meine Rolle als Chefin fremd ist: Ich bin dann zu ungeduldig, die Kommunikation mit den Mitarbeiterinnen läuft schief. Doch manchmal gelingt es mir, Autorität und kollegiale Zusammenarbeit auszubalancieren. Der (leider oft zeitlich sehr begrenzte) Raum der fachlichen Ausbildung war mir immer sehr wichtig, und ich gebe mein Wissen gerne weiter.

*Yasmin Sabri,
Gynäkologin in Altona*



Hilfe, ich bin Chef!

- Auf ihre Rolle als Praxischefs werden Mediziner in der Ausbildung nicht vorbereitet. Worauf es ankommt bei der Mitarbeiterführung und wo die Gefahren lauern – hier die Tipps eines Experten.

Kennen Sie diese Probleme auch aus Ihrer Praxis? Beispiel 1: Die Angestellten arbeiten nicht selbstständig genug, reagieren nur auf klare Anweisungen. Jede Kleinigkeit muss man ansprechen, sonst werden die Aufgaben nachlässig oder überhaupt nicht erledigt. Der Chef ist frustriert: Wann lernen meine Mitarbeiter endlich, mitzudenken?

Beispiel 2: Der Chef schätzt seine Mitarbeiter, geht einfühlsam mit ihnen um und nimmt sich Zeit für die Belange des Teams. Dennoch werden besprochene Strukturen nicht eingehalten oder werden immer wieder infrage gestellt. Wie kann man ein „Machtwort“ sprechen, ohne eine auf Harmonie gegründete Betriebs-

kultur oder die Motivation der Mitarbeiter zu gefährden?

Viele Praxisinhaber haben Schwierigkeiten mit ihrer Rolle als Führungskraft. Sie sind Mediziner, doch sobald sie sich niederlassen, müssen sie neben der Patientenversorgung noch einen Betrieb führen und das Personal anleiten. Auf diese Aufgaben werden sie weder im Studium noch in der weiteren Ausbildung vorbereitet.

Doch Führung ist notwendig – und in einem gewissen Umfang auch unausweichlich: Man kann nicht *nicht* führen. Denn Führung ist in erster Linie nicht Erziehung, sondern Beziehung, sie findet immer in einem bestimmten Kontext statt und

wird und von den Mitarbeitern auf ihre Weise interpretiert. Dies sind die drei wesentlichen Faktoren, die Sie als Chef berücksichtigen müssen: Motivation, Teamkultur und Führungsstil.

Zwei Seiten der Motivation

In der Motivationsforschung wurde bereits früh zwischen extrinsischer und intrinsischer Motivation unterschieden. Die extrinsische Motivation hängt von äußeren Faktoren ab, wie beispielsweise von Belohnung (Vergütung, Lob) und Sanktion. Extrinsische Faktoren scheinen „handfester“ und dadurch brauchbarer für die Führungs-

Fortsetzung auf S. 6 ■■■

tätigkeit, wirken allerdings nur kurzfristig und verlieren schnell ihren Reiz. Intrinsische Motivation kommt von innen und spricht in der Person selbst liegende Mechanismen wie das persönliche Wertesystem oder die Befriedigung durch Spaß an der Arbeit an. Diese Motivatoren sind weniger fassbar, teils sogar den Mitarbeitern selbst nicht immer bewusst, sind jedoch in ihrer Wirkung langfristig und tiefgreifend. Es ist daher wichtig, die intrinsischen Motivatoren zu erkennen und gezielt anzusprechen.

Zwei Arten der Teamkultur

Die Art und Weise, in der alle Teammitglieder miteinander interagieren, ist die sogenannte Teamkultur. Die Kultur beeinflusst unter anderem den Führungsstil und den Grad der Motiviertheit der Mitarbeiter. Sie lenkt also die Geschehnisse und Abläufe der Praxis „unsichtbar“ mit, weil in ihr Be-

dürfnisse, Werte und Ansichten aller zusammenfließen.

1. Formalistisch ausgerichtet
Vornehmlich auf extrinsische Motivatoren setzt die sogenannte „Hierarchiekultur“, in der ein sachlich-förmlicher Umgangsstil gepflegt wird. Niedergelassene Ärzte kennen diese Struktur bereits aus der Ausbildung und fühlen sich oft in ihr unbewusst relativ wohl. Alles richtet sich auf die Position der „höchsten Instanz“ aus, die stets das letzte Wort hat und das Team an Entscheidungs- und Gestaltungsprozessen in der Regel wenig beteiligt.

Im Vordergrund des Miteinanders stehen Aspekte wie Korrektheit, Qualitätsorientierung, Traditionsbewusstsein und das Wissen darum, wer was zu tun hat. Es gibt klare Rollendefinitionen und Aufgabenbereiche. Der Chef erfüllt unter anderem die Funktion, das reibungslose Funktionieren der Abläufe sicherzustellen. Auch die kommunikativen Begegnun-

gen sind an Sachlichkeit und Struktur orientiert.

2. Gemeinschaftliche Organisation

Das Gegenkonzept zur Hierarchiekultur ist eine „Kultur der Gemeinschaft“: Das Miteinander ist geprägt von einem Zusammengehörigkeitsgefühl und gegenseitiger Loyalität. Dieses Wir-Gefühl entsteht nicht nur durch die gegenseitige Zugewandtheit, sondern auch durch das Bewusstsein, gemeinsam eine wichtige Arbeit zu leisten. Die Mitarbeiter identifizieren sich mit „ihrer“ Praxis, auch wenn sie nicht selbst Inhaber sind.

Praxisinhaber sind innerhalb dieser Kultur zwar das Oberhaupt, können als Führungskraft dennoch nicht allzu effektiv agieren. Denn aufgrund der größeren Nähe zwischen Team und Chef wird letzterer jedoch oft ebenfalls als nur ein Teil des Teams gesehen („primus inter pares“). So werden manche vermeintlich klaren Anweisungen

Personalführung durch Qualitätsmanagement

Das von der KBV speziell für Praxen entwickelte Qualitätsmanagementsystem QEP enthält Schwerpunkte zu den Themen „Führung in der Praxis“ und „Mitarbeiterorientierung und Personalmanagement“. Die Kommunikation zwischen den Teammitgliedern nimmt hier

einen hohen Stellenwert ein. Sie wird als ein wichtiger Faktor zur Mitarbeitermotivation gefördert. Mit Hilfe von Qualitätsmanagement werden die Funktionen, Aufgaben und Verantwortlichkeiten innerhalb einer Praxis zugeordnet. Das ermöglicht

reibungslose Arbeit und verringert die Gefahr von Missverständnissen. Die Arbeitsabläufe werden unter Einbeziehung der Teammitglieder systematisch geplant und im Hinblick auf Verbesserungsmöglichkeiten immer wieder hinterfragt.

schnell als diskussionsfähiger Vorschlag gewertet und der im Ausnahmefall etwas schärfere Tonfall als stimmungsabhängige „Selbstkundgabe“ einer Befindlichkeit interpretiert („Heute ist der Chef aber mit dem falschen Bein aufgestanden“). Dem Harmoniebedürfnis – meist sogar auf Seiten des Chefs – fallen die klaren Strukturen zum Opfer.

Gruppenkulturen neigen dazu, sehr beständig und robust gegen Änderungsversuche zu sein. Doch eine Neukonstellation, sobald jemand das Team verlässt oder neu hinzukommt, oder eine Umverteilung der Aufgabenbereiche können die Art des Miteinanders schnell verändern. Vor allem aber kann die Teamkultur mithilfe eines aktivierend wirkenden Führungsstils günstig beeinflusst werden.

Zwei verschiedene Führungsstile

Geben und Nehmen

In den meisten Praxen wird die Führungsaufgabe im Sinne einer „Transaktion“ verstanden und wahrgenommen: Auf der Basis eines Austausches von Leistung und Belohnung geht beispielsweise die Führungskraft davon aus, dass die Mitarbeiter vor allem dadurch motiviert sind, dass sie für ihre Erfüllung von Aufgaben beziehungsweise ihren persönlichen Einsatz eine entsprechende Belohnung erwarten. Als Belohnungen werden oft

„extrinsische“, also von außen kommende Faktoren gewählt: monetäre Entlohnung, Weiterbildung, Beförderung, Statuserweiterung. Umgekehrt geht die Führungskraft davon aus, dass ihre Zugeständnisse zu höherem Arbeitseinsatz führen („Geben und Nehmen“).

Die Nachteile des „transaktionalen Führungsverständnisses“ liegen auf der Hand:

- Monetäre und zeitliche Ressourcen sind begrenzt und engen den Spielraum für Belohnungen ein.
- Praxismitarbeiter sind in der Regel weniger materiell, sondern immateriell motiviert. Materielle Anreize wirken nur kurzfristig motivierend und schwächen die grundsätzliche, dahinterliegende menschenorientierte Motivation.

Die Grundidee, Leistung durch Anreize zu verbessern, erweist sich daher nur begrenzt als zielführend: beispielsweise um eine kurzfristige Leistungssteigerung in schwierigen Phasen zu erzielen, die Umsetzung eines klar umschriebenen Projektes (wie die Einrichtung eines Qualitätsmanagementsystems) zu „versüßen“ oder sich zum Jahresende für die gezeigte Leistung dankbar zu zeigen. Langfristige und nach-

haltig positive Effekte sollte man von einer transaktionalen Beziehungsgestaltung allerdings nicht erwarten.

Vorbildlich sein

Vielversprechender und weitaus wirksamer ist ein Führungsverhalten, das Mit-

Führen kann überflüssig oder gar schlecht sein, wenn es Eigeninitiative und Selbstorganisation erstickt.

arbeiter in ihrer Ganzheit wertschätzt und die positive Interaktion und Kommunikation innerhalb des Teams fördert. Der sogenannte „transformationale Führungsstil“ ist gekennzeichnet durch vier Elemente:

- Die selbst hoch motivierte Führungskraft fungiert als fachliches und moralisches Vorbild und erwirbt dadurch Respekt und Vertrauen der Mitarbeiter.
- Transformationale Führungskräfte motivieren und inspirieren, indem sie ihre Mitarbeiter durch ansprechende und sinnvolle Ziele anspornen, Zuversicht vermitteln und den Teamgeist fördern.
- Die intellektuelle Stimulierung der Mitarbeiter zielt darauf ab, die kreativen und innovativen Fähigkeiten der Mitarbeiter sowie eigenständiges Problemlösen anzu-

Fortsetzung auf S. 8 

regen und festgefahrene Denkmuster immer wieder kritisch zu hinterfragen.

- Individuelle Wertschätzung bedeutet, die persönlichen Stärken und Talente der Mitarbeiter zu erkennen, zu benennen und gezielt zu fördern sowie auf die individuellen Bedürfnisse ihrer Mitarbeiter durch Zuhören einzugehen.

Diese Art des Führens wirkt sich positiv auf die Motivation, die Stimmung im Team und in die Fähigkeit gemeinsamen Problemlösens aus. Der moderne systemische Ansatz sieht gemeinschaftliche Selbstorganisation als wichtigen Faktor an und betrachtet Organisationen als Systeme, die nie vollständig „von oben“ durchorganisiert sein können. Führende und Teams werden so vom Mythos des alleinver-



*Matthias Krack,
Diplom-Psychologe und
Systemischer Coach (SG)
in Gundersheim
www.kraftquelle-coaching.de*

antwortlichen Lenkers befreit. Teams sind besonders erfolgreich in der Kombination von aktiv gestalteter, motivationsfördernder Teamkultur und einem der Situation und den Bedürfnissen des Teams angemessenen Führungsstil, durch den Mitarbeiter Vertrauen gewinnen, sich „gesehen“ fühlen und positiv gefordert werden. Teams und Mitarbeiter managen und steuern sich, ihre Teamkultur und ihre persönlichen Fähigkeiten durch extrinsische und intrinsische Motivatoren selbst. Führen kann überflüssig oder gar schlecht sein, wenn es Eigeninitiative und Selbstorganisation erstickt. Allerdings sind die Mitarbeiter auch auf eine initiative, vorbildhafte Führungskraft angewiesen, die die Zielsetzung der Teamkultur zu unterstreichen weiß.

Nutzen Sie die Vorteile der verschiedenen Teamkulturen und Führungsstile!

Die Sachbezogenheit, Förmlichkeit und Distanz der „Hierarchiekultur“ ermöglichen klare Strukturen, Höflichkeit, die Aufrechterhaltung von Normen und Qualitätsstandards, Pflichterfüllung und eine gewisse Form von Gehorsam. Achten Sie allerdings darauf, dass die Distanziertheit bei den Mitarbeitern nicht dazu führt, nur „Dienst nach Vorschrift“ zu machen, das Mitdenken zu verlernen oder sich nicht mehr emotional an die Praxis zu binden.

Versuchen Sie, Verantwortung abzugeben. Sorgen Sie dafür, dass die Arbeitsabläufe von den dafür zuständigen Mitarbeiter in zunehmendem Maße selbst mitgestaltet werden und dass die unterschiedlichen Sichtweisen der Mitarbeiter im Praxisalltag als Kreativitätspool genutzt werden.

Die Nähe, das wohlwollende und harmonische Miteinander der „Kultur der Gemeinschaft“ fördert die Solidarität und das Engagement für die gemeinsame „gute“ Sache. Damit die Sachorientierung und Regeleinhaltung nicht zu kurz kommen, müssen die Verantwortlichkeiten aber unmissverständlich verteilt und Arbeitsabläufe genau festgelegt werden. Lassen Sie die Mitarbeiter nicht allein mit ihren Aufgaben. Sprechen Sie mit ihnen im Sinne eines Coachings, das unterstützt, ermutigt, anspricht. Gewähren Sie größtmöglichen Gestaltungsfreiraum, doch formulieren Sie auch klar und nachdrücklich Ihre Anforderungen. Achten Sie darauf, sich selbst immer wieder als Entscheidungsinstanz zu positionieren.

Literatur: Bass, B. M. (1985). Leadership and performance beyond expectation. New York: Free Press.
Geyer, A. & Steyrer, J. (1998). Messung und Erfolgswirksamkeit transformationaler Führung. Zeitschrift für Personalforschung, 12, 377-401.
Herzberg, F., Mausner, B. & Snyderman, B. (1959). The motivation to work. New York: Wiley & Sons.
Seliger, R. (2010). Das Dschungelbuch der Führung. Ein Navigationssystem für Führungskräfte. Heidelberg: Carl-Auer.
Stahl, E. (2002). Dynamik in Gruppen. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz.

KV Hamburg: Überwältigende Mehrheit für Protestmaßnahmen

„Mit einer so großen Protestbereitschaft haben wir nicht gerechnet“, sagte Dr. Michael Späth, Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hamburg, als er die Ergebnisse einer Urabstimmung unter den Hamburger Vertragsärzten und -psychotherapeuten vorstellte. Alle Hamburger KV-Mitglieder

waren aufgerufen, über die flächendeckende Durchführung von Protestmaßnahmen abzustimmen, über 1.700 haben geantwortet. „Das ist ein ungewöhnlich hoher Rücklauf“, so Späth. Insgesamt 96 Prozent der Teilnehmer plädieren für Protestmaßnahmen, fast 68 Prozent für alle im Fragebo-

gen vorgeschlagenen Aktionen. Nur 4,6 Prozent der Teilnehmer sprachen sich gegen Protestmaßnahmen aus oder machten keine Angaben. „Die Ergebnisse zeigen, dass die Kampagne von den Kollegen mitgetragen und unterstützt wird“, sagte Späth. „Wir werden so lange Ärger machen, bis das Honorar stimmt.“

Für Protestmaßnahmen

96 %

(einzelne oder alle)

Für alle Protestmaßnahmen

68 %

Für Boykott der Kassen

91 %

(z. B. Kassenanfragen werden ignoriert bzw. verzögert beantwortet; Besuch der Kassen inkl. Zitronenübergabe)

Für Schulterchluss mit Patienten

81 %

(z. B. Plakataktion in den Wartezimmern, Ad-Cards, Patientenbefragung)

Für Praxisschließungen

77 %

(z.B. gemeinsame Fortbildungstage; Schließungen der Praxen für einen Tag bis hin zu einer Woche)



Kampagnen-Logo "Kassen pressen Praxen aus"

„Klarer politischer Auftrag“

■ Das KBV-Referendum zeigt: Die Ärzte und Psychotherapeuten sind auch weiterhin dazu bereit, den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen – allerdings nicht zu jedem Preis.

„Mit diesem Thema haben wir offenbar einen Nerv getroffen“, sagte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler, als er die Ergebnisse der großen Ärzteumfrage zum Sicherstellungsauftrag vorstellte.

Drei Viertel der teilnehmenden Vertragsärzte und -psychotherapeuten befürworteten, dass der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung weiterhin von der ärztlichen Selbstverwaltung wahrgenommen wird. Voraussetzung dafür sind aber veränderte Rahmenbedingungen.

Die Befragung wurde vom Sozial- und Marktforschungsinstitut Infas durchgeführt. Die Resonanz war außerordentlich hoch: Insgesamt beteiligten sich über die Hälfte aller Vertragsärzte und -psychotherapeuten in Deutschland an der Befragung. In Hamburg antworteten 2.217 KV-Mitglieder.

„Das ist eher ein Referendum als eine Umfrage“, sagte der geschäftsführende Gesell-

schafter von infas, Menno Smid. „Die Zahlen haben damit ein ganz anderes Gewicht als die einer Zufallsstichprobe.“

Die Vertreterversammlung der KBV hatte im September 2012 beschlossen, alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten in Deutschland zu befragen, ob und unter welchen Bedingungen sie die ambulante Versorgung im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung in Zukunft gewährleisten können. Auslöser war eine zunehmende Kritik an den Rahmenbedingungen, unter denen die ärztliche Selbstverwaltung den gesetzlichen Auftrag zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung umsetzen muss und die Sorge, dies auf Dauer nicht mehr in gewohntem Umfang und bewährter Qualität leisten zu können. Die wirtschaftliche Unsicherheit, viele Regularien und der hohe bürokratische Aufwand entsprechen nach überwiegender Auffassung der Vertreterversammlung nicht mehr dem

Sicherstellungsauftrag, den die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Kassenärztlichen Vereinigungen im Jahr 1955 übernommen haben.

Nun steht fest: Die weitaus überwiegende Mehrheit der Ärzte und Psychotherapeuten fordert Änderungen des Systems. „Vor dem Hintergrund, dass lediglich zehn Prozent der Befragten alles so belassen wollen, wie es jetzt ist, zeigt sich, dass die Unzufriedenheit bei den niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten groß und weit verbreitet ist“, sagte KBV-Chef Köhler. „Wir sehen die Ergebnisse als klaren politischen Auftrag.“ Zu den wichtigsten Forderungen der Umfrage-Teilnehmer zählen feste Preise für medizinische Leistungen, die Wiederherstellung therapeutischer Freiheit und Selbstbestimmung über die ärztliche Fortbildung.

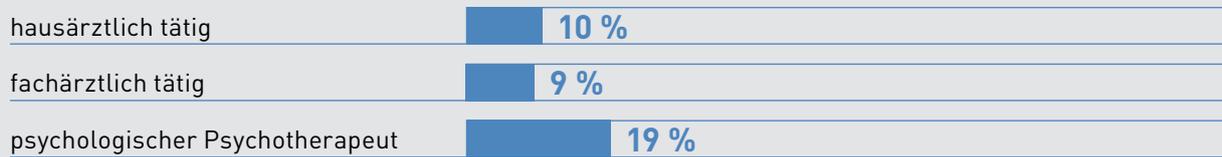
Einen radikalen Systemwechsel wünschen sich offenbar nur wenige Vertragsärzte und -psychotherapeuten: Für eine gänzliche Auslagerung des Sicherstellungsauftrags aus der ärztlichen Selbstverwaltung, beispielsweise in die Verantwortung des Staates oder der Krankenkassen, plädieren bundesweit nur sechs Prozent der Teilnehmer (in Hamburg vier Prozent).



Foto: opicobello/fotolia.com

Soll der Sicherstellungsauftrag weiter von den Ärzten und Psychotherapeuten wahrgenommen werden?

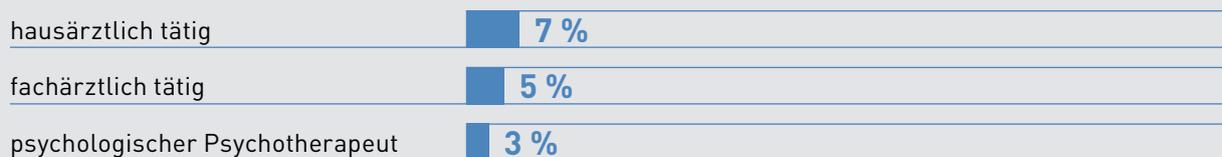
Es gibt keine Alternative. Der Sicherstellungsauftrag kann unverändert beibehalten werden.



Es muss sich etwas verändern. Der Sicherstellungsauftrag kann nur beibehalten werden, wenn die von mir genannten Bedingungen erfüllt werden.

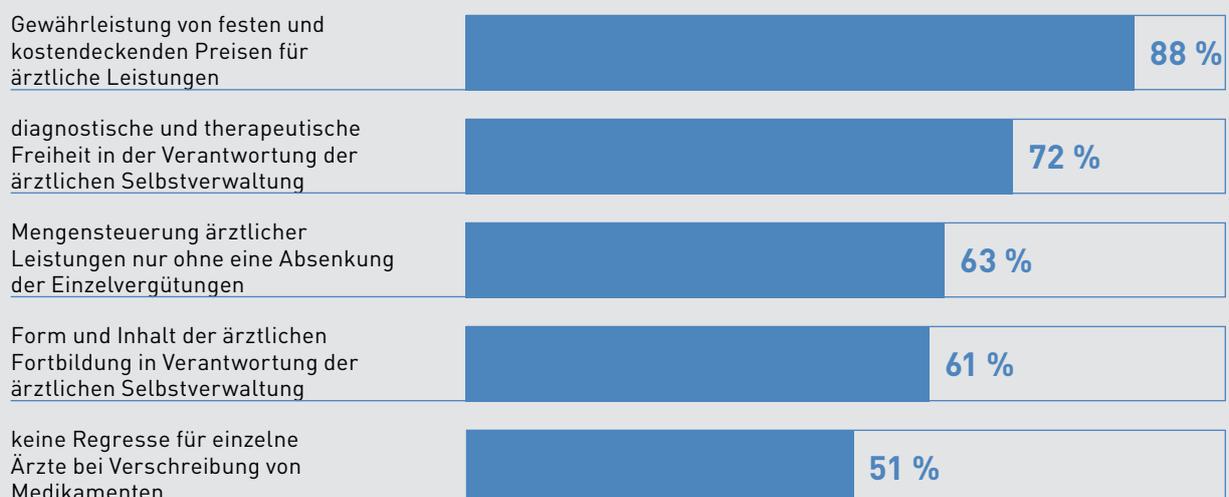


Wir brauchen ein anderes System. Der Sicherstellungsauftrag sollte in Hände außerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung gelegt werden.



Welche Bedingungen sind unverzichtbar, wenn der Sicherstellungsauftrag weiter von den Ärzten und Psychotherapeuten wahrgenommen werden soll?

(Mehrfachnennungen möglich)



Letzte Schritte zur Entscheidung

■ Das Hamburger Ärztehaus ist stark sanierungsbedürftig. Die KV-Vertreterversammlung berät darüber, ob weiter renoviert, neu gebaut oder anderswo ein Neuanfang gemacht werden soll.

Die umfangreichen Planungsarbeiten über die Zukunft des Verwaltungsgebäudes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg gehen auf die Zielgerade. Die Vertreterversammlung der KV gab dem Vorstand in einer geschlossenen Sitzung die letzten Aufträge, um alle Alternativen kalkulieren zu lassen. In einer weiteren geschlossenen Sitzung im April, die nur dem Thema „Immobilie“ gewidmet ist, sollen die ersten Entscheidungen fallen. „Wir planen sorgfältig“, diese Parole hatte der Vertreterversammlungsvorsitzende Dr. Michael Späth ausgegeben, als klar war, dass das aktuelle Verwaltungsgebäude der KV sanierungsbedürftig ist. Das war vor knapp zwei Jahren. Allein die bisherige Planungsdauer zeigt, dass alle Beteiligten diese Vorgabe sehr ernst genommen haben - auch wenn es Verzögerungen gab, die die KV nicht zu verantworten hatte.

Die längste Zeit benötigte jedenfalls die Beantwortung der Frage, ob die Ärztekammer Hamburg mit der KV Hamburg unter einem Dach bleiben will (und wenn, unter welchen Bedingungen) oder nicht. In einem langen, mitunter quälenden Prozess mit vielen Arbeits-Schleifen entschied

sich die Kammerversammlung schließlich Ende vergangenen Jahres, die „Wohngemeinschaft mit der KV“ (*Ärzte-Zeitung*) aufzukündigen und zur Miete in die „Alster-City“ zu ziehen. Erst nach diesem Beschluss konnten die Planungen der KV konkretisiert werden.

Die Vertreterversammlung hat nun den Vorstand beauftragt, für alle denkbaren Varianten die notwendigen Zahlen und Unterlagen vorzubereiten. Diese Varianten sind:

- Sanierung des Bestandsgebäudes
- Neubau eines Verwaltungsgebäudes auf eigenem Grund
- Miete an anderer Stelle
- Kauf eines anderen Gebäudes

Begleitend zu diesen Varianten sind eine Vielzahl von juristischen wie finanziellen Seitenfragen zu klären. Viele dieser Daten sind bereits grundsätzlich erhoben worden, müssen aber aktualisiert werden. Zudem sind umfangreiche Gespräche mit potentiellen Vermietern und Verkäufern zu führen, und nicht zuletzt muss die Neubauplanung so weit vorangetrieben werden, dass die Schätzung der Kosten immer verlässlicher wird. Für

die hierzu notwendigen Planungsarbeiten hat die Vertreterversammlung die entsprechenden Mittel freigegeben. Nun können alle weiteren Planungsschritte - zu denen auch ein Ausschreibungsverfahren gehört - eingeleitet werden. In den vergangenen Monaten haben sich Vertreterversammlungs- und KV-Vorstände bereits intensiv auf dem Immobilienmarkt in Hamburg umgesehen. Dieser ist derzeit zwar ein „Mietermarkt“, das heißt, es stehen recht viele Bürogebäude leer und es gibt einen entsprechenden Druck auf die Vermieter, attraktive Angebote zu machen. Allerdings sind die Bedingungen, die ein KV-Gebäude erfüllen muss, ungewöhnlich für ein normales Bürogebäude. Das trifft teilweise für die Kantine zu, vor allem aber für die Versammlungsräume, die in normalen Bürogebäuden in dieser Form nicht vorhanden, für die Funktionsfähigkeit der KV aber unabdingbar sind. In diesem Punkt müssen die potentiellen Vermieter noch zeigen, was sie darzustellen in der Lage sind und was dies kosten wird. Schlussendlich sind die meisten angebotenen Objekte recht betagt, so dass energetisch nachgerüstet werden müsste.

Energie- und Kostenfresser

Auch Gebäude haben eine natürliche Altersgrenze. Das Verwaltungsgebäude der KV Hamburg und (bislang noch) der Ärztekammer hat diese Grenze bereits überschritten. Vor 37 Jahren errichtet, entspricht es in vielerlei Hinsicht nicht mehr den heutigen Anforderungen. Das bezieht sich vor allem auf die gesamte Heizungs- und Klimatechnik. Das Ärztehaus ist vollklimatisiert, besitzt eine Fassade aus Fenstern und Metall und ist auf Betonstützen errichtet, die teilweise als „Klimabrücke“ von außen nach innen und umgekehrt fungieren. „Sie können sich das so vorstellen, dass jede Stunde ein Zwei-Euro-Stück eine dieser Säulen herunterläuft“, brachte es einer der Gutachter auf den Punkt.

Das war zum Zeitpunkt der Errichtung nicht weiter tragisch, aber seither sind nicht nur die Kosten für Energie dramatisch angestiegen, sondern auch das Bewusstsein für Belange des Umweltschutzes. Jedenfalls



Foto: Melanie Vollmert

sind die aktuellen Nebenkosten des Hauses nicht weiter tragbar. Auch ist die Klimatechnik so veraltet, dass Ersatzteile individuell angefertigt oder bei einem der wenigen Anbietern auf der Welt angefordert werden müssen - mit entsprechenden Kosten und Wartezeiten. Darüber hinaus war die Konzeption des Hauses auf Großbüros ausgerichtet, was ebenfalls zum damaligen Zeitpunkt richtig war. Das „Massengeschäft Abrechnung“ aus den 1970er Jahren ist aber einer immer anspruchsvoller und differen-

zierter werdenden Tätigkeit der KV gewichen. Individuelle Bearbeitung und hochkomplexe Arbeitsstrukturen müssen in Teams erbracht werden, die aber im aktuellen Gebäude räumlich nicht untergebracht werden können.

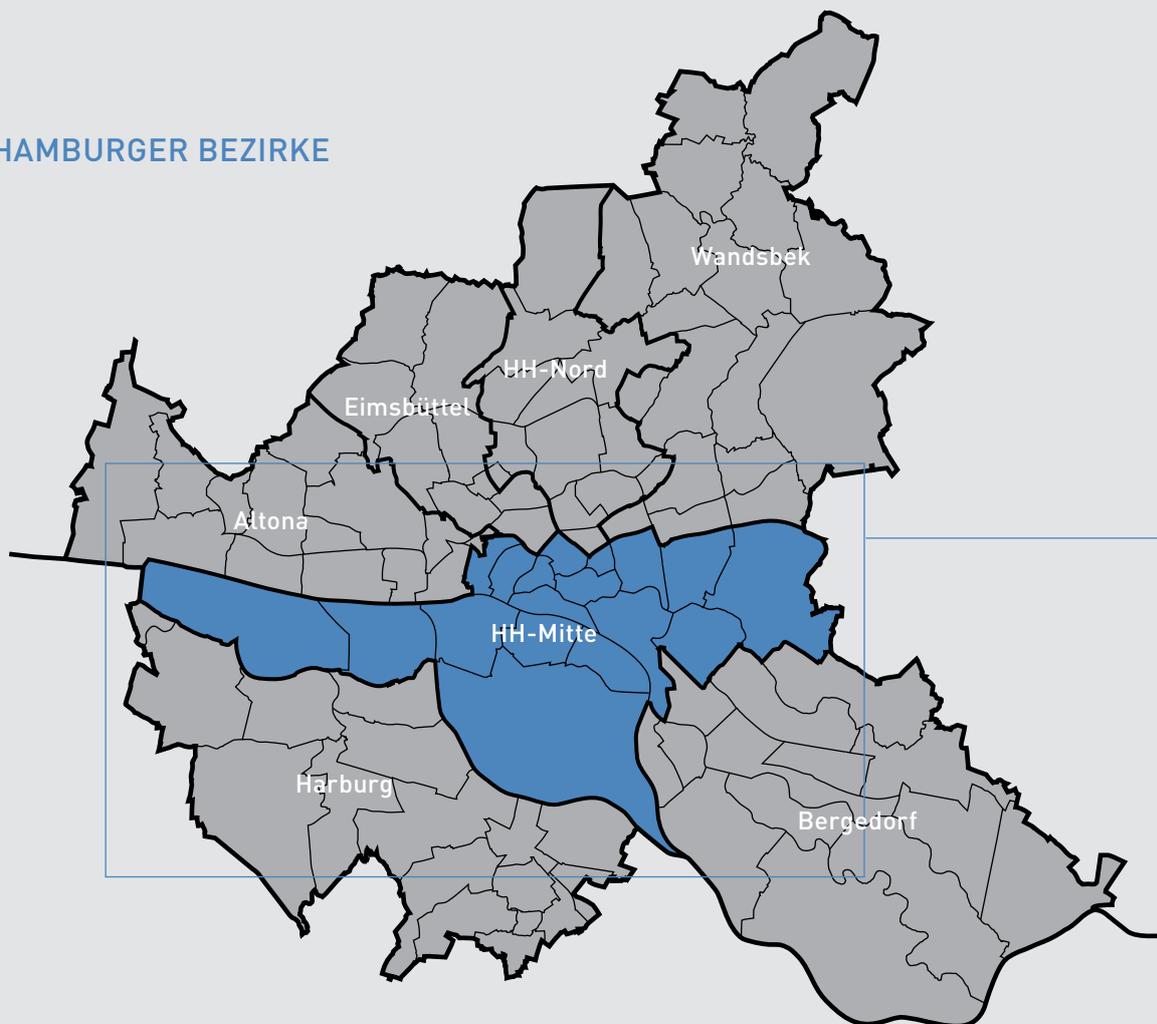
Das Haus wäre also allenfalls durch eine Grundsanierung zu erhalten, wobei dann allerdings die aktuellen energetischen Vorgaben eingehalten werden müssten. Ob sich dies finanziell lohnt, wird ein Gutachten zeigen, an dem Fachleute derzeit arbeiten.

„Wir stehen vor einer sehr wichtigen Entscheidung“, mit diesen Worten schloss der Vertreterversammlungsvorsitzende Späth die Sitzung des Gremiums Ende Januar. Er verwies darauf, dass die KV eine Lösung benötige, die auch auf mittlere und lange Sicht Planungssicherheit gewährleiste

und den Verwaltungskostenbeitrag der Ärzte und Psychotherapeuten nicht erhöhe. Nicht zuletzt benötige die KV Räumlichkeiten, die sowohl den Verwaltungsanforderungen als auch den Bedürfnissen der ärztlichen Selbstverwaltung und Berufsverbände Rechnung trügen und auf die zunehmen-

de Bedeutung der Kosten für Energie und Umweltschutz vorbereitet seien. Er dankte der Vertreterversammlung dafür, dass die bisher notwendigen Schritte ausnahmslos einstimmig beschlossen worden seien. Er hoffe, dass dies auch für den endgültigen Beschluss möglich sein könne.

HAMBURGER BEZIRKE



Die Tücken der Planung

- Zwei Aspekte der neuen Bedarfsplanung sind besonders umstritten: Die von der Politik geforderte Unterteilung Hamburgs in kleinere Planungsbereiche und der „Aufkauf“ von Praxen durch die KV.

Der Gesetzgeber hat den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) damit beauftragt, die Planungsbereiche für die vertragsärztliche Versorgung neu zu definieren. Die Richtlinie, in der die Ergebnisse dieser Beratungen niedergelegt sind, ist Anfang des Jahres in Kraft getreten. Für Hamburg bringen diese Vorgaben zunächst keine Veränderungen: Die Arztgruppen werden zwar in vier

Versorgungsebenen eingeteilt, für die jeweils unterschiedliche Planungsbereiche gelten (Mittelbereiche, Kreise, Raumordnungsregionen und Länder). Doch egal, welche dieser Planungsbereiche man zugrunde legt: Hamburg bleibt eine Einheit, die Planung erfolgt für das gesamte Stadtgebiet. Allerdings können die Gremien auf Landesebene von den Vorgaben des G-BA abweichen, wenn dies

unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten für die bedarfsgerechte Versorgung erforderlich ist. Der Landesausschuss in Hamburg könnte also entscheiden, die Planung kleinräumiger zu machen und das Stadtgebiet zu unterteilen. „Nun können wir hier in Hamburg mit der KV und den Krankenkassen die Stadt genau anschauen“, so Gesundheitsministerin Cornelia Prüfer-Storcks



Bessere Versorgung durch kleinräumige Planung? Patientenströme halten sich nicht an Bezirks- oder Stadtteilgrenzen.

in einem Interview in der *Welt am Sonntag* (27.1.2013), „und beispielsweise entscheiden, ob wir Haus- und Kinderärzte kleinräumiger planen.“

Doch wie könnte Hamburg gegebenenfalls unterteilt werden? Eine Möglichkeit wäre, anhand der Bezirke zu planen. Jeder, der Hamburg kennt, weiß allerdings, wie heterogen die Struktur in den verschiedenen Bezirken ist. Nehmen wir den Bezirk Mitte, der sich von Finkenwerder bis nach Billstedt hinzieht: Die sozialen Verhältnisse in Billstedt sind anders als in der Innenstadt. In der Innenstadt wiederum gibt es andere Versorgungsnotwendigkeiten als im teilweise noch ländlich geprägten Finkenwerder. Auf Bezirksebene die Bedarfsplanung zu organisieren, brächte also keinerlei Vorteile.

Die nächst kleinere Einheit wäre der Stadtteil. Auf dieser Ebene zu planen, wäre genauso unsinnig: Es würde einen enormen Zuwachs an Ärzten mit sich bringen. Denn natürlich sind die Ärzte heute nicht gleichmäßig auf die Stadtteile verteilt. Das wäre auch gar nicht sinnvoll. Die Menschen gehen an verkehrsgünstigen Orten zum Arzt, wo sie auch die Möglichkeit haben, Bedarfsgüter zu beschaffen. Deshalb gibt es rund um die Einkaufszentren eine sehr dichte Versorgung. Doch die Verteilung der Einkaufszentren und der Verlauf der Patientenströme sind nicht mit den Verwaltungseinheiten der Behörden in Deckung zu bringen.

Man kann also feststellen: Die Verwaltungseinheiten der Stadt eignen sich nicht als Be-

darfsplanungseinheiten. Wer die ambulante Versorgung in Hamburg kleinräumig planen will, braucht Informationen, die bislang nur für die politischen Verwaltungseinheiten zur Verfügung stehen: die Zahl der Einwohner, die Zahl der Kinder (um die Kinderärzte zu planen), die Zahl der Frauen (um die Frauenärzte zu planen). Die Honorare für einen Arzt, der neu ins System hineinkommt, werden finanziert von Ärzten, die bereits praktizieren. Durch eine Planung anhand von Stadtteilen erhöht sich der rechnerische Bedarf an Ärzten, ohne dass damit mehr Geld zur Verfügung gestellt würde und ohne Gewähr für eine bessere Versorgung. Warum sollte man so etwas tun?

Fortsetzung auf S. 16 ■■■

Wenn man – wie in der Vergangenheit öfter geschehen – tatsächlich feststellt, dass es Versorgungsengpässe gibt, ist die Sonderbedarfsfeststellung noch immer das effektivste Instrument. Dabei werden die umliegenden Ärzten und die Vertreter der jeweiligen Arztgruppe nach der Versorgungssituation am Ort befragt. Die Sonderbedarfszulassung wird anhand des tatsächlich ermittelten Bedarfs erteilt und ist an den Standort gebunden.

Die Hamburger Gesundheitsbehörde hat nun einen Morbiditätsatlas in Auftrag gegeben, der einen Überblick über die Krankheitslast in der Stadt geben soll. Dieser Atlas wird vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung (ZI) erstellt, einer von der KBV und den Landes-KVen getragenen Forschungseinrichtung. Wir werden das ZI bei dieser Aufgabe unterstützen, weil auch wir diese Informationen benötigen, um argumentativ gerüstet zu sein.

Immerhin konnten wir mit der Behörde eine Übereinkunft darüber erzielen, dass beim ersten nach der neuen Richtlinie erstellten Bedarfsplan nicht von den Vorgaben abgewichen werden soll und Hamburg zunächst noch ein einziger Planungsbereich bleibt. Ich hoffe sehr, dass wir diesbezüglich auch Einvernehmen mit den Krankenkassen herstellen können.

Ein weiterer kontrovers diskutierter Aspekt der Bedarfsplanungsreform ist der „Aufkauf“ von Arztsitzen durch die KV. Der Antrag auf Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes in einer Fachgruppe, für die eine Zulassungssperre angeordnet ist, kann nach der neuen Gesetzeslage vom Zulassungsausschuss abgelehnt werden, wenn eine Nachbesetzung „aus Versorgungsgründen“ nicht erforderlich ist. Die KV muss dem ausscheidenden Arzt in diesem Fall eine Entschädigung zahlen. Ausgenommen von dieser Regelung sind Nachbesetzungen in Berufsausübungsgemeinschaften oder Bewerber für die Nachfolge einer Einzelpraxis, die mit dem abgehenden Arzt verwandt oder bei ihm angestellt sind.

Momentan ist schwer einzuschätzen, ob die Krankenkassen in Hamburg diese Regelung als Hebel nutzen wollen, um Arztsitzen zu reduzieren. Fest steht: Der Bedarfsplan muss von Krankenkassen und Ärzten gemeinsam erstellt werden. Die Ärztevertreter haben im Zulassungsausschuss ein gewichtiges Wort mitzureden, denn sie stellen die Hälfte der Mitglieder. Aus Sicht der Ärzte werfen die Regelungen zum „Ankauf“ von Arztsitzen einige schwierige Fragen auf:

- Wer sich vor der Praxisabgabe anstellen lässt oder seine Praxis mit anderen zu einer Gemeinschaftspraxis zusammenführt, kann sich dem Prozedere entziehen. Welchen Effekt hat eine Regelung, die

solche Gestaltungsspielräume offen lässt?

- Was bedeutet die Formulierung: „aus Versorgungsgründen“ nicht erforderlich? Welche Kriterien muss man für die Stilllegung einer Praxis zugrunde legen? Die Anzahl der Fälle? Eine Praxis mit einer durchschnittlichen Fallzahl wird man wohl kaum als überflüssig bezeichnen können.
- Wie soll die Höhe der Entschädigung ermittelt werden? Vermutlich muss ein externer Gutachter beauftragt werden, denn weder der abgehende Arzt noch die KV kann hier eine neutrale Entscheidung treffen.

Die Vertreterversammlung der KV Hamburg hat beschlossen, die Einschätzung der Versorgungssituation bei der Frage einer Nachbesetzung eines Vertragsarztsitzes im Einvernehmen mit dem betroffenen Berufsverband beziehungsweise mit dem Beratenden Fachausschuss vorzunehmen. Dies kann generalisierend erfolgen (also zur Frage, ob es überhaupt sinnvoll wäre, Arztsitze in einer Fachrichtung abzubauen) oder im Einzelfall. Die Vertreterversammlung hat zudem erklärt, dass unabdingbare Voraussetzung für den „Aufkauf“ von Praxisitzen eine Honorarverteilung ist, die feste Arztgruppentöpfe oder -anteile vorsieht.

*Dieter Bollmann,
Vorstandsvorsitzender
der KV Hamburg*

Amtliche Veröffentlichung

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg www.kvhh.de wird unter der Rubrik „Recht und Verträge / Amtliche Bekanntmachung“ Folgendes bekannt gegeben:

- I. **Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg vom 1. Juli 2009 in der Fassung des 1. Nachtrages vom 22. November 2012**
- II. **Hinweis:** Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung war das Unterschriftenverfahren für den folgenden Vertrag noch nicht abgeschlossen:
2. Nachtrag zur Prüfungsvereinbarung über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die gemeinsame Prüfungsstelle und den Beschwerdeausschuss
- III. **Hinweis:** Das Unterschriftenverfahren für die folgenden Verträge ist jetzt abgeschlossen:
Vertrag nach § 73a SGB V über die Durchführung einer augenärztlichen Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der KV Hamburg und der Knappschaft
- IV. **Hinweis:** Die Erklärungsfrist der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz für den folgenden Vertrag ist jetzt abgelaufen:
Honorarvereinbarung 2012 vom 20. April 2012 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2012

Sollte eine Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen gern den entsprechenden Ausdruck zur Verfügung. Bitte sprechen Sie uns hierzu an.

Infocenter der KV Hamburg, Tel: 22 802 - 900

Patientenberatung

Hilfe für Ihre Patienten

...eine Einrichtung der Ärztekammer Hamburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Tel: 040/202 299 222

Montag-Dienstag	9-13 und 14-16 Uhr
Mittwoch	9-12 und 14-16 Uhr
Donnerstag	9-13 und 14-18 Uhr
Freitag	9-12 Uhr



Foto: Felix Falter



Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter der KV Hamburg (v.l.n.r.): Stefanie Schmidt, Monique Laloire, Petra Timmann, Anna Yankyera, Katja Egbers

Fragen und Antworten

■ In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. Infocenter Tel: 22802-900

1 *Kann ich als Hausarzt einem Kind eine Überweisung zum Anästhesisten ausstellen, wenn dem Kind ein Eingriff beim Zahnarzt bevorsteht?*

Sie können einen Überweisungsschein zum Anästhesisten ausstellen

- für Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, sofern wegen mangelnder Kooperationsfähigkeit und/oder durch den Eingriff bedingt eine andere Art der Schmerzausschaltung nicht möglich ist.

- für Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit

bei geistiger Behinderung und/oder schwerer Dyskinesie

- bei Eingriffen entsprechend dem Abschnitt 31.2.8 des EBM, sofern eine Behandlung in Lokalanästhesie nicht durchführbar ist.

Behandlung von Asylbewerbern aus dem Landkreis Uelzen

Das Sozialamt des Landkreises Uelzen weist darauf hin, dass es keine präventiven Maßnahmen für Asylbewerber bezahlt. Überweisungen müssen genehmigt werden, sonst werden die Behandlungskosten nicht übernommen.

Ansprechpartner:

Sozialamt Landkreis Uelzen, Hr. Wendig, Tel: 0581 / 82-292

2 *Kann ich bei einem Patienten eine Behandlung aufgrund eines Überweisungsscheines beginnen, der im Vorquartal ausgestellt wurde?*

Ja. Beginnt der auf Überweisung tätig werdende Arzt seine Behandlung erst im Folgequartal, kann der ausgestellte Überweisungsschein

verwendet werden. Voraussetzung dafür ist, dass der Patient zum Zeitpunkt der Behandlung eine gültige Versichertenkarte vorweisen kann.

3 *Obwohl die Kassengebühr zum Anfang des Jahres abgeschafft wurde, haben wir noch immer die von den Patienten unterschriebenen Zahlungsaufforderungen für die nicht gezahlte Kassengebühr in der Praxis vorliegen. Wie lange müssen wir die Formulare aufbewahren?*

Es gibt für dieses Formular keine explizite Vorgabe. Da die Ansprüche auf Sozialleistun-

gen laut SGB I § 45 erst nach 4 Jahren verjähren, empfehlen wir Ihnen, die Unterlagen für diesen Zeitraum aufzubewahren.

4 *Können wir Kompressionsstrümpfe in regelmäßigen Abständen verordnen?*

Nein. Grundsätzlich ist bei der Erstverordnung eine Mehrfachausstattung (im Allgemeinen max. zwei Exemplare) möglich, wenn dies aus medizinischen, hygienischen oder sicherheitstechnischen Gründen notwendig ist. Eine Wiederverordnung sollten Sie nur vornehmen, wenn die Gebrauchsfähigkeit

der Kompressionsstrümpfe durch Reparatur nicht wiederhergestellt werden kann.

5 *Darf ich als Vertragsarzt einer Mutter nach der Geburt ihres Kindes eine Haushaltshilfe verordnen?*

Nein. Eine Haushaltshilfe ist eine Satzungsleistung der Krankenkasse und kann nicht verordnet werden. Die Patientin muss die Leistung bei ihrer Krankenkasse beantragen. Von dort erhält sie ein Formular, auf dem Sie gegebenenfalls die medizinische Notwendigkeit der Haushaltshilfe bestätigen können.

Qualitätsmanagement: Neu nach QEP zertifizierte oder rezertifizierte Praxen

Praxis	Fachrichtung	Adresse	Zertifizierung	Rezertifizierung
Dr. med. Silke Engelder	Allgemeinmedizin	22307 Hamburg Fuhlsbüttler Str. 265		09.2012
Dr. med. Matthias Eichler Dr. med. Matthias Kahl	Innere Medizin	22041 Hamburg Schloßstr. 44		10.2012
Asklepios MVZ Mitte AOZ Ambulantes OP-Zentrum		20099 Hamburg Lohmühlenstr. 5		10.2012
Prof. Dr. med. Norbert Breuer PD Dr. med. Bettina Breuer-Katschinski	Innere Medizin	22607 Hamburg Waitzstr. 9		01.2013
Praxismgemeinschaft Hallerstraße Bettina Gerrard Dr. med. Friederike Windler	Innere Medizin	20146 Hamburg Hallerstr. 6	10.2012	
Proktologiepraxis Langenhorn Dr. med. Benjamin Eberhard Dr. med. Erik Brandenburg	Koloskopie, Proktologie	22415 Hamburg Tangstedter Landstr. 77	11.2012	
Gemeinschaftspraxis Dr. med. Erdmann von Salisch Dr. med. Petra Podszus	HNO	22587 Hamburg, Erik- Blumenfeld-Platz 27	11.2012	

Ansprechpartnerin für Fragen zu Qualitätsmanagement: Ursulan Gonsch, Tel: 22802-633

✉ Leserbriefe



KVH Journal Nr. 2/2013

Schwerpunktthema „Hilfe bei psychischer Erkrankung – Wie effizient ist unsere Versorgungsstruktur?“

KVH Journal Nr. 2/2013

Am relevanten Diskurs vorbei
Die Auswahl der Artikel bildet in keiner Weise den relevanten Diskurs in der Psychotherapeuten-schaft ab. Der in den Beiträgen über Psychenet („Wir brauchen mehr niedrigschwellige Angebote“) und das MVZ Falkenried („Schnell und wirksam“) in der Tendenz vertretene Effektivitätsbegriff hält einer Prüfung am lebensweltlichen Alltag unserer Patienten beileibe nicht stand.

*Dr. Thomas Bonnekamp,
psychologischer Psychotherapeut
in Eimsbüttel,
Sprecher der Allianz psycho-
therapeutischer Berufs- und
Fachverbände in Hamburg*

Ist das noch Psychotherapie?
Grundsätzlich war ich erfreut über das Schwerpunktheft Psychotherapie, dann allerdings etwas verwundert, nach einem informativen Artikel zur Frage der Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Versorgung nur noch zwei Artikel vorzufinden über Angebote, Mengen an Patienten immer schneller durch Behandlungen durchzuschleusen, die nur noch grenzwertig als Psychotherapie zu bezeichnen sind.

In Anbetracht einer durchschnittlichen Wartezeit von drei bis vier Monaten, die selbstverständlich zu lang ist, erscheint es aber doch mehr als besorgniserregend, wenn das MVZ Falkenried 2.000 Patienten auf eine Warteliste setzt. Wie lange dauerte es denn, ehe ein Patient im MVZ Falkenried von Platz 2.000 der Warteliste auf Platz Eins aufsteigt, um in den Bereich der Erstkontakte zu kommen? Und ab Januar soll jetzt eine Wartezeit von ein bis zwei Wochen verwirklicht werden?

Bezüglich der angeführten Studien, denen zufolge 80 Prozent des Therapieerfolges während der ersten 25 Sitzungen erzielt werden, ist das korrekte Zitieren im Sinne der Nachvollziehbarkeit wünschenswert.

Dem Anspruch einer flexiblen und bedarfsgerechten Psychotherapie abseits starrer Therapieschemata kann ein Angebot von Telefonaten, pro-

batorischen Sitzungen, Psychoedukation und Kurzzeittherapien unter recht weitgehendem Verzicht auf den Wirkfaktor der psychotherapeutischen Beziehung nicht gerecht werden. Ich vermisse in diesem Schwerpunktheft das ganze Spektrum der Einzelpraxen, die innerhalb der Grenzen der Psychotherapie-Richtlinien ebenfalls flexible, bedarfsgerechte Psychotherapien durchführen. So könnte der Eindruck entstehen, dass nur noch der Mangel verwaltet werden muss und nicht mehr darum gerungen wird, das psychotherapeutische Angebot an den erkrankten Menschen zu orientieren.

*Andrea Hirschmann,
psychologische Psychotherapeutin
in Uhlenhorst*

„Schnell und wirksam – MVZ Falkenried senkt die Zugangsbarrieren“

KVH Journal Nr. 2/2013, S. 10

Anthepierrt und weggeschickt

Behandlung im MVZ VT Falkenried – schnell und wirksam? Es fehlt noch das Adjektiv: „kurz“ – und alle Krankenkassen werden anhaltenden Beifall spenden. Nun: Bemühungen, über eine Verringerung der Wartezeit und ein „Stufenkonzept“ (abgeguckt von Psychenet?) die Versorgung zu verbessern, sind erkennbar – das ist notwendig und auch anerkennenswert. Aber irgendwie fragt eine in-

nere Stimme in mir: Geht es um die bessere Versorgung der Patienten im MVZ Falkenried – oder doch vielmehr um die bessere eigene Versorgung der Betreiber? Warum mir diese Zweifel kommen? Ein Patient aus dem MVZ Falkenried kommt zu mir mit einer bipolaren affektiven Störung – keine ganz leichte Diagnose. Er hat dort eine KZT mit 25 Stunden erhalten. Dann wird die Therapeutin schwanger – eine Übernahme durch eine/n Kollegin ist nicht möglich. Jetzt soll ich zunächst einen Verlängerungsantrag schreiben – das war wohl unter Effektivitätsaspekten nicht eingeplant und soll nun „ausgesourcet“ werden. Ich bin „not amused“.

Ein Einzelfall? Vielleicht – aber immer, wenn ich das Thema im Kollegenkreis anspreche, höre ich von ähnlichen Fällen: antherapiert und weggeschickt!

*Ursula Meier-Kolcu,
psychologische Psychotherapeutin
(VT) in Altona*

Schnelligkeit hat ihren Preis

In dem Artikel zum MVZ Falkenried wird Herr Prof. Dr. Helmut Peter zitiert, dass Studien zufolge 80 Prozent des Therapieerfolges während der ersten 25 Sitzungen (einer Psychotherapie KF) erreicht werde, danach sinke die Erfolgsrate rapide ab. Das hat mich sehr nachdenken lassen, was er damit meint. Geht es um Symptomreduktion oder was ist der „Therapieerfolg“, von dem Herr Peter spricht? Meines Wissens gibt es umfängliche Studien

(Sandell et al 1999; Leichsenring et al 2001ff., Leuzinger-Bohleber et al 2001 ff usw.), die die komplexen Zusammenhänge zwischen Verfahren, Dauer und Erkrankung ausloten in Hinsicht auf das Ergebnis und in Hinblick auf die Gesundheit des Patienten. Darin wird nachgewiesen, dass es für unterschiedliche Krankheitsbilder unterschiedliche Effekte gibt, dass aber die Effektivität auf die Lebensdauer gesehen bei längeren Behandlungen signifikant höher ist – vor allem bei komplexeren Erkrankungen. Und Gerd Rudolf hat in einer Langzeitstudie (PAL) gezeigt, dass in den ersten 25 Sitzungen die Kurve ansteigt, dann folgt ein Plateau und dann steigt sie wieder. Ich denke, dass so komplexe Themen auch komplex diskutiert werden sollten und die Verführung des „schneller“, und damit angeblich günstiger aus ökonomischer Sicht, groß ist, der Preis aber dann in vielen Fällen später bezahlt werden muss mit erneuten Behandlungen oder drohender Chronifizierung in verschobenen Symptomatiken.

*Dr. Kristina Frederking,
Ärztin für psychosomatische
Medizin und Psychotherapie in
Eimsbüttel*

Erwiderung von Prof. Dr. Helmut Peter, Geschäftsführer des MVZ Falkenried

Sehr erfreut habe ich den Kommentar von Frau. Dr. Frederking zur Kenntnis genommen,

deren Grundaussage ich mich uneingeschränkt anschließe. Der Zusammenhang zwischen der Dauer und dem Erfolg einer Psychotherapie ist hochkomplex ... Eine Diskussion hierüber erfordert einen entsprechenden Rahmen, den dieser Artikel im *KV-Journal* über ein alternatives Versorgungskonzept natürlich nicht bieten kann. Dies war im Übrigen auch nicht beabsichtigt. Sollte unser Beitrag einen Anstoß für eine kontroverse Auseinandersetzung unter uns Ärzten und Psychologen gegeben haben, so wäre dies eine Nebenwirkung. Angesichts der Versorgungsdefizite für Psychotherapiepatienten sind wir alle aufgerufen, an der Weiterentwicklung pragmatischer und kreativer Lösungen mitzuwirken. Eine entsprechende Veranstaltung für uns Behandler unter Beteiligung von Kostenträgern und Gesundheitspolitikern ist für Oktober dieses Jahres bereits seit Monaten in Planung. Aktive Mitwirkung ist herzlich willkommen.

Das plakative Zitat des 80-prozentigen Therapieerfolges basiert unter anderem auf einer Studie von Howard et al. (1986), in der über 2.400 Patienten aus 15 verschiedenen Studien hinsichtlich ihres Therapieerfolges untersucht wurden. Sicherlich ist es kein Zufall, dass die Psychotherapie Richtlinien genau diese 25 Sitzungen als Kurzzeittherapie in der Verhaltenstherapie festschreiben. Ich gebe der Kollegin völlig Recht, dass

Fortsetzung auf S. 22 

eine vertiefte Analyse zu differenzierten Ergebnissen kommt. Es gibt Patienten, die deutlich mehr brauchen, andere – und hierfür gibt es in der Literatur eine Vielzahl von wissenschaftlichen Belegen – sind mit deutlich weniger Sitzungen nachhaltig erfolgreich (z. B. Hand 1991, DeRubies et al. 2008). Die Länge einer Therapie ist nun aber hoch relevant für unser zentrales Versorgungsproblem. Wir alle wissen, dass seit mindestens 15 Jahren Wartezeiten von durchschnittlich sechs Monaten auf einen ambulanten Psychotherapieplatz bestehen (Zepf 2001). Diese Situation hat sich, besonders in Hamburg, seither weiter zugespitzt. Unser Gesundheitssystem ist an seine Grenzen gestoßen.

Die Forderung nach einem deutlichen Aufstocken der Kapazitäten wird nicht erfüllt. Wir, die Behandler, müssen uns deshalb fragen, wie wir mit den bestehenden Ressourcen umgehen wollen: Wir können weiter fast allen unseren Patienten eine Langzeittherapie, also quasi Maximalbehandlung zukommen lassen, was nach aktueller Studie des DPtV (Walenzik et al. 2010) deutschlandweit die gängige Praxis ist. Dies geht dann unweigerlich zu Lasten der Patienten auf den Wartelisten. Oder wir versuchen, neben dem Bewährten neue Konzepte zu etablieren. An dieser Stelle sollten wir auch einen Blick über unse-

ren Tellerrand riskieren. Die durchschnittliche Psychotherapiedauer in England liegt bei neun Sitzungen, die in den Niederlanden bei 20 Sitzungen. Wir genießen in Deutschland ein großzügiges System. Eine Psychotherapierichtlinien induzierte Therapiedauer kann dieses langfristig gefährden.

Der Beitrag von Frau Meier-Kolcu ist unfair, in den zentralen Aussagen falsch und ist von Wissenslücken geprägt. Gestufte Behandlungsansätze haben ihre Anfänge viel früher als die Autorin zu glauben scheint. Weder wir im Falkenried, noch die Kollegen von Psychnet sind die Erfinder. Vielmehr sind sie das Resultat langfristiger Versorgungsforschung mit relevanten Beiträgen vieler, die teils mehrere Jahrzehnte zurückreichen. Unser eigenes Konzept der gestuften ambulanten Versorgung (GAV) wurde 2005 basierend auf klinischer Erfahrung und dem aktuellen Forschungsstand entwickelt. Psychnet ist Jahre später entstanden und primär ein Forschungsprojekt von höchster Qualität, von dem wir uns positive Effekte auf die Versorgung erhoffen dürfen, nicht zuletzt gegenüber der weit verbreiteten Skepsis vieler Akteure in Versorgungssystem. Unser eigenes Stufenkonzept haben wir im Rahmen integrierter Versorgungsverträge bei über 2.000 Patienten eingesetzt. Die Ergebnisse wurden evaluiert und in jährlichen Berichten im Kreise der Projektbeteiligten veröffentlicht. Wissenschaftli-

che Publikationen hierzu sind in diesem Jahr zu erwarten. Durch diese Daten wissen wir, dass die Mehrzahl aller Patienten mit einer Kurzzeittherapie auskommt. Im Jahr 2013 machen wir den Schritt in die Regelversorgung hinein, was angesichts der Rahmenbedingungen kein ganz einfaches Unterfangen ist.

Nun zu den Vorwürfen von Frau Meier-Kolcu: Es ist nicht richtig, dass im Falkenried Therapien wegen anstehender Fortsetzungs- oder Verlängerungsanträge ausgesetzt werden. Es wird niemand „antherapiert“ und dann weggeschickt. Alle Patienten erhalten eine vollständige Therapie, natürlich nach unseren Indikationskriterien. Diese unterscheiden sich ganz offensichtlich von denen der Autorin. Der geschilderte Fall erschließt sich mir nicht. Natürlich kann es sein, dass im Einzelfall etwas schief läuft, wie in jeder anderen Praxis auch. Warum sich die Autorin wegen des beschriebenen Patienten nicht direkt mit uns in Verbindung setzt und stattdessen den Weg des Leserbriefs wählt, entzieht sich meinem Verständnis. Es ist doch eigentlich kollegiale Gepflogenheit und selbstverständlich, den Vorbehandler in solchen Fällen zu kontaktieren und um Klärung zu bitten. Weder die Rückmeldungen unserer Patienten noch die von Kollegen bestätigt die Behauptung, ähnliches sei regelhafte. Das Gegenteil ist der Fall. Die systematische Evaluation unserer Therapien weist eine

außerordentliche Stabilität der Therapieerfolge nach. 95 Prozent aller Patienten sind hoch zufrieden mit der Behandlung. Durch die Rückmeldung unserer Vertragskassen wissen wir verlässlich, dass Folgetherapien selbst Jahre nach Beendigung unserer Behandlung die absolute Ausnahme sind.

Aber ja, nicht jeder Patient ist glücklich mit unserem Therapieangebot. Diese Patienten versuchen wir, in der Regel leider erfolglos, an niedergelassene Kollegen zu vermitteln. Und an dieser Stelle noch einmal: Was nützt die beste Therapie, wenn der Patient sie nicht erhält? Auch kommt es vor, dass ein Patient trotz ausführlicher Information eine Therapie in unserem Hause aufnimmt und erst später er-

kennt, dass die Erwartungen nicht erfüllt werden. Auch wenn diese Quote sehr klein ist, so ist die Anzahl der Betroffenen angesichts ca. 4.000 behandelter Patienten pro Jahr im Versorgungssystem durchaus spürbar.

Dass Kurzzeittherapien ein besseres Geschäft als Langzeittherapien sein sollen, wie die Kollegin unterstellt, entbehrt nun jeder Plausibilität. Alle Sitzungen, außer die probatorischen, werden doch mit dem gleichen Satz honoriert. Eine ökonomische Optimierung wie unterstellt würde eine umgekehrte Strategie erfordern, nämlich ausschließlich Langzeittherapien, da dann das Verhältnis schlecht bezahlte Probatorik und aufwendiges

Antragsverfahren zu Therapiestunden günstiger ausfällt. An dieser Stelle muss ich mich schützend vor unsere Mitarbeiter stellen. Die Durchführung von Kurzzeittherapien ist eine anspruchsvolle und anstrengende Aufgabe und erfordert ständig höchste Konzentration. Es wäre nur zu menschlich, sich das Therapeutenleben ein wenig einfacher zu machen, indem man einen Patienten, dem es nach 25 Sitzungen sehr viel besser geht, noch ein weiteres halbes Jahr begleitet (anstatt sich in den nächsten schwierigen Fall zu stürzen). Dies machen unsere Therapeuten eben nicht. Dafür nun Schmähkritik zu ernten, haben das Falkenried und seine Mitarbeiter wahrlich nicht verdient.

Ankündigung des Hamburger Ärzteballs

KVH-Journal 2/2013, Seite 13

Teure Festveranstaltung passt nicht zur Honorarmisere

So gerne ich tanzen gehe: Die Honorarmisere der Hamburger Kassenärzte passt überhaupt nicht zu einer teuren Festveranstaltung wie dem Ärzteball im Hotel Atlantic. Es passt weder in die aktuelle Lebenssituation vieler niedergelassener Ärzte noch in die Außendarstellung, die in der derzeitigen politischen Situation angebracht ist. Ich hätte erwartet, dass der Ball medienwirksam abgesagt wird

und dass die Ärzteschaft loyal und gemeinsam für das Ziel einer angemessenen finanziellen Entlohnung aller Ärzte eintritt. Mit der Teilnahme an einem Ball im Hotel Atlantic zu diesem Zeitpunkt macht sich die gesamte Gruppe der niedergelassenen Kassenärzte bezüglich ihrer berechtigten Forderungen und existenzieller Bedrohung unglaubwürdig. Ich bin sehr enttäuscht.

*Priv.-Doz. Dr. Boris Brand,
Internist und Gastroenterologe
in Uhlenhorst*



„Wir brauchen verlässliche Daten“

- Die DAK-Gesundheit schickt derzeit „Kodierberater“ in die Praxen – und stößt dabei nicht nur auf Wohlwollen. Praxisbetreuerin Anja Fabel erklärt, was es mit diesen Besuchen auf sich hat.

Frau Fabel, warum hat sich die DAK Gesundheit dazu entschlossen, in die Praxen zu gehen?

Fabel: Wir haben festgestellt, dass es bei der Kodierung von Krankheiten Beratungsbedarf gab. Beispielsweise haben wir beobachtet, dass aus dem Entlassungsbericht aus dem Krankenhaus Diagnosen übernommen werden, die für den stationären Bereich vorgesehen sind. Im ambulanten Bereich gibt es andere ICD-10-Verschlüsselungen.

Nach welchen Kriterien suchen Sie die Ärzte aus, die Sie ansprechen?

Fabel: Wenn es in den Dokumentationen einer Praxis häufiger Unklarheiten gibt, fragen wir nach.

Wie gehen Sie vor? Rufen Sie erst mal an?

Fabel: Als wir im Sommer 2012 mit unserem Projekt anfangen, versuchten wir, in den Praxen einen Termin zu bekommen. Allerdings stellten wir fest, dass das nicht gewünscht war. Wir haben dann gesagt: Okay, machen wir es eben telefonisch. Allerdings hatten die Praxismitarbeiter, mit denen wir sprachen, oftmals die Unterlagen nicht zur Hand. Wir haben versucht, sie dorthin zu faxen. Aber es ist nicht immer möglich, sol-

che Dinge per Telefon oder Fax zu regeln. Deshalb haben wir irgendwann gesagt: Jetzt fahren wir einfach zur Praxis.

Wie verlaufen die Gespräche, wenn Sie unangemeldet in den Praxen auftauchen?

Fabel: Je nachdem, wie die Gegebenheiten sind. Oft sprechen wir nur kurz das Thema an, erklären, worum es geht und bieten an, das später in Ruhe nochmals aufzugreifen. Wir haben bisher etwa 300 Praxen besucht. Die meisten Ärzte sind uns gegenüber positiv eingestellt und finden unsere Hinweise nützlich, weil sie natürlich auch selbst korrekt kodieren wollen. Aber wir sind auch schon aus Praxen verwiesen worden, wenn es gerade gar nicht gepasst hat. Das ist auch in Ordnung.

Worum geht es Ihnen denn wirklich? Um möglichst hohe Zuweisungen für die DAK aus dem Gesundheitsfonds?

Fabel: Es geht nicht darum, alte Fälle nachträglich umzukodieren, sondern in Zukunft möglichst realistische Daten zu bekommen. Wenn ein Arzt korrekt kodiert, profitiert davon nicht eine einzelne Kasse.

Was würden Sie sich wünschen von den Ärzten?

Fabel: Es wäre schön, wenn uns die Ärzte in dieser Sache ohne Misstrauen begegnen würden. Es gibt keine krummen Hintergedanken. Wir brauchen lediglich eine gute Datenlage, um planen zu können. Das ist im Interesse aller Beteiligten.

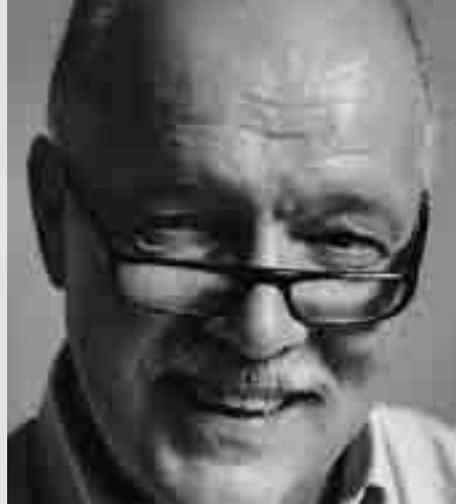
Interview: Franziska Schott

Ärzte und Psychotherapeuten müssen sich nicht auf „Kodierberatung“ einlassen

Für die „Kodierberatung“ der DAK gibt es keine rechtliche Grundlage. Wenn eine Krankenkasse der Ansicht ist, dass ein Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut die gesetzlichen oder vertraglichen Bestimmungen nicht erfüllt, muss sie sich an die zuständige KV wenden. Eine direkte Intervention bei einem Arzt oder Psychotherapeuten ist vom Gesetzgeber nicht vorgesehen. Der Arzt oder Psychotherapeut ist also nicht verpflichtet, sich auf die „Kodierberatung“ der DAK einzulassen.

Gert Filler, Justitiar der KV Hamburg

Kolumne von Dr. Bernd Hontschik,
niedergelassener Chirurg in Frankfurt / Main



Experten

Vor einiger Zeit hatte ich auf eine Röntgenanforderung aus Versehen „linkes Sprunggelenk“ geschrieben, obwohl das rechte Sprunggelenk des Patienten verletzt war. Im Halbdunkel des Röntgenraumes und unter dem Druck von zehn weiteren Patienten in der Warteschlange entging auch meiner Röntgenassistentin die Seitenverwechslung, und als ich auf dem Bildschirm die Bescheinigung bemerkte, war ich sprachlos: „Warum haben Sie denn nichts gesagt?“, fragte ich den Patienten. „Wenn Sie meinen, dass das rechte Sprunggelenk geröntgt werden muss, dann wird das schon stimmen“, antwortete mir der Patient. Das blinde Vertrauen von Patienten überrascht mich immer wieder. Für meinen Irrtum bat ich um Entschuldigung.

Das Knie einer älteren Patientin schmerzte sehr. Im Untersuchungsraum schaute ich es mir genau an, fragte nach dem Beginn der Beschwerden, nach der Art der Schmerzen. Als ich wissen wollte, was sie

bisher unternommen habe, fing sie heftig an zu weinen, aber nicht wegen der Schmerzen. Sie ginge seit über zwei Jahren zu ihrem Orthopäden, habe zehn Spritzen ins Kniegelenk bekommen, jetzt könne man sie nicht mehr weiter behandeln, wurde ihr dort gesagt. Sie weine, weil ihr endlich jemand zuhöre. Ihr größtes Problem sei, dass sie in einer Altbauwohnung im vier-

Plötzlich fing die Patientin an zu weinen – nicht wegen der Schmerzen, sondern weil ihr endlich jemand zuhörte.

ten Stock wohne. Im weiteren Gespräch über Bandagen, Gehhilfen und Krankengymnastik wurde sie immer ruhiger und zuversichtlicher.

Die weit verbreitete Sprachlosigkeit zwischen Arzt und Patient ist schädlich und krankheitsfördernd. Noch weiter verbreitet ist aber die mangelnde Verständigung über das Ziel der medizinischen Behandlung. So sind zum Beispiel laut einer US-amerikanischen Untersuchung über 70 Prozent der Ärzte der Meinung, es habe für Brustkrebspatientinnen die al-

lerhöchste Priorität, dass ihre Brust erhalten bleibe. Das trifft so aber nur für sieben Prozent der Patientinnen zu – die Angst vor den Auswirkungen der Behandlung und der Wunsch, am Leben zu bleiben, ist den erkrankten Frauen wesentlich wichtiger.

Je größer und je schwerwiegender eine Therapieentscheidung ist, desto genauer müssten Arzt und Patient sich über die individuellen Bedingungen des Lebens der Erkrankten austauschen. Der Arzt ist Experte für medizinisches Wissen und Therapiemöglichkeiten. Der Patient aber ist alleiniger Experte für sein Leben. Eine große Gefahr für Patienten besteht also nicht allein in Behandlungsfehlern oder Fehldiagnosen, sondern in grundlegenden Missverständnissen zwischen Arzt und Patient über das Ziel der Behandlung.

*hirurg@hontschik.de
www.medizinHuman.de*

Zuerst abgedruckt in der Frankfurter Rundschau – Nachdruck mit freundlicher Genehmigung des Autors

Steckbrief – Für Sie in der Selbstverwaltung

Stellvertretendes Mitglied der Vertreterversammlung



Dr. Sigrid Hülsbergen-Krüger

Geburtstag: 24.6.1957

Familienstand: verheiratet

Fachrichtung: Plastische Chirurgie, Chirurgie und Handchirurgie

Weitere Ämter: Kreisverbandsärztin Deutsches Rotes Kreuz Harburg

Hobbys: Lesen, Schwimmen, Tanzen, Paulinchen (Elterninitiative brandverletzte Kinder)

Haben sich die Wünsche und Erwartungen, die mit Ihrer Berufswahl verbunden waren, erfüllt? Absolut.

Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Die neuen Möglichkeiten der Vernetzung und Zusammenarbeit niedergelassener Ärzte eröffnen eine große Zahl neuer Perspektiven. Für die Zukunft erhoffe ich mir weiterhin auch eine Öffnung der Krankenhäuser für die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten.

Viel wichtiger aber noch ist die Beendigung der Planwirtschaft im Gesundheitswesen. Planwirtschaft hat noch nirgendwo funktioniert. Kostenbegrenzung mag notwendig sein, aber dies muss durch genauere Festlegung der von der Kasse zu bezahlenden Leistungen geschehen.

Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen? Das Gesundheitswesen ist solange ich denken kann im Umbruch. Das wird auch so weitergehen. Die KV als Gesamtvertretung der niedergelassenen Ärzte ist dabei eine starke Kraft. In Anbetracht der Abnahme der Zahl der Krankenkassen wird Sie wichtiger als je zuvor. Wer glaubt, den Kassen als Einzelner besser entgegentreten zu können, wird eines Besseren belehrt werden. Die Kassen können Einzelne schnell mit Dumpingpreisen in den Ruin treiben. Man frage mal die Krankentransportunternehmen oder Pflegedienste.

Welchen Politiker / Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Unsere Bundeskanzlerin Angela Merkel. Ich würde sie fragen, ob sie wirklich meint, dass die Planwirtschaft im Gesundheitswesen uns weiterbringt, und ob es nicht an der Zeit wäre, sich hier etwas anderes auszudenken.

Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen? Eine Reise nach Grönland wäre schön, muss aber noch ein bisschen warten.

Terminkalender

■ Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Datenschutz

Die Wahrung der Schweigepflicht und der Datenschutz haben einen hohen Stellenwert in Arztpraxen. In diesem Seminar stehen folgende Themen im Mittelpunkt:

- gesetzliche Grundlagen
- Bestellung eines Datenschutzbeauftragten
- Datensicherung und Umgang mit Patientendaten
- Aufbewahrung
- Diskretion in der Arztpraxis

Mi. 10.04.2013 (9:30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte 

"Fit am Empfang"

Der Empfang ist das Spiegelbild der Praxis. Von der professionellen Konversation über den Umgang mit Patientenbeschwerden bis hin zur ansprechenden Arbeitsplatzgestaltung - in diesem Seminar lernen medizinische Fachangestellte, einen positiven Eindruck von sich und Ihrer Praxis zu vermitteln.

Mi. 24.04.2013 (9:30 - 17 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

QEP®-Hygiene in der Arztpraxis

Die meisten Praxen müssen einen Mitarbeiter zum Hygienebeauftragten bestellen. Im Seminar wird erläutert, welche Aufgaben hierbei anfallen, wie Hygiene-, Hautschutz- und Reinigungspläne erstellt werden und welche Gesetze zu beachten sind. Ein Überblick darüber, was bei einer Praxisbegehung durch die verschiedenen Behörden passiert, rundet dieses Seminar ab.

Mi. 15.05.2013 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte 

QEP®-Einführungsseminar für Arztpraxen

Nach einem bundesweit einheitlichen Schulungscurriculum werden Praxisinhaber und -mitarbeiter befähigt, das QM-System „QEP®-Qualität und Entwicklung in Praxen“ ohne externe Hilfe einzuführen. Das Seminar wird von KBV-lizenzierten QEP®-Trainern durchgeführt.

Fr. 14.06.2013 (15:00-21:00 Uhr) / Sa. 15.06.2013 (08:30-16:30 Uhr)

Teilnahmegebühr:

Erster Teilnehmer einer Praxis € 220, jeder weitere € 160

16 Punkte 

QEP®-Arbeitsschutz

In einer Arztpraxis muss das Arbeitsschutz- und das Arbeitssicherheitsgesetz beachtet werden. In diesem Workshop lernen Sie den Umgang mit Gefahrstoffen, wie Sie Personal und Patienten vor Unfällen schützen können und wie eine Gefährdungsbeurteilung durchgeführt wird.

Mi. 28.08.2013 (09:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: € 149 inkl. Verpflegung

10 Punkte 

QEP®-Refresher-Seminar

Das Seminar soll Kenntnisse aus zurückliegenden QEP-Einführungsseminaren auffrischen und den Teilnehmern dabei helfen, ihr Praxis-QEP® auf die Version 2010 umzustellen.

Für Praxisinhaber und Praxispersonal gleichermaßen geeignet.

Mi. 20.02.2013 (9:30-17:00 Uhr)

Teilnahmegebühr: erster Teilnehmer einer

Praxis € 180, jeder weitere € 130 inkl.

Verpflegung und neuer QEP®-Unterlagen

10 Punkte 

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung:

www.kvhh.de → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Auskunft und Anmeldung:

Ursula Gonsch Tel: 22802-633

Birgit Gaumnitz Tel: 22802-889

Abgabe der Abrechnung für das 1. Quartal 2013

2. bis 15. April 2013

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um
Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

Die Mitarbeiterinnen des Infocenters der
KVH helfen Ihnen schnell und kompetent.

Was bieten wir Ihnen?

- schnelle und verbindliche Auskünfte in
allen Fragen, die die vertragsärztliche
Tätigkeit und das Leistungsspektrum
der KVH betreffen
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die
gewünschte Information nicht sofort
erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen
Anfragen per Post, Fax oder E-Mail

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Telefon: 040/22 802 900
Telefax: 040/22 802 420
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

Montag, Dienstag, Donnerstag
8.00 – 17.00 Uhr
Mittwoch 8.00 – 12.30 Uhr
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr

