

POLITIK

Was bringt die Gesundheitsreform?

SERIE

Todesbescheinigung NRW

QUALITÄTSMANAGEMENT

KPQM: Chancen und Risiken für die Praxis

WAHLEN

Drei Ärztekammer-Verwaltungsbezirke haben neue Vorsitzende

GESUNDHEITSREFORM



Geänderte Disziplinarordnung
der KVWL

Seite 26

Informations- und Macht-Wirrwarr: Wer soll Vertragsarzt-Interessen vertreten?

Im Juli 2006 werden die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten mit Medienberichten konfrontiert, die eher verwirren als Orientierung geben. Es bieten sich gleich mehrere Bewerber an, die die Interessen der Vertragsärzte künftig vertreten wollen. Dabei geht es auch um Macht. Medi, Ärztegenossenschaften und freie Ärzteschaft initiieren die Aktion 50.000 plus: „Wir brauchen Sie als Mitglied in unseren Organisationen, um für den äußersten Fall einer kollektiven Zulassungsrückgabe die erforderliche Macht ausüben zu können“.

Die Führer der Bewegung meinen es alle gut mit den Vertragsärzten. Auch wollen sie die KVen nicht abschaffen. Sie mutmaßen: „Das körperschaftliche System schafft sich selbst ab“, und bieten sich als Parallelorganisation an. Doch professionell wirkt das alles nicht.

Auch der Hartmannbund versucht sich Profil zu geben und zieht zu Felde gegen die KBV-Oberer, die sich nicht ausreichend für das Hartmannbundziel Kostenerstattung einsetzen. Er bringt sie in die Nähe von Erfüllungsgehilfen der Politik. Die Konsequenz bleibt offen.

Der änd (Ärztlichendienst) ruft in seinem Online-Dienst zu einer Umfrage zur Zulassungsrückgabe auf, nachdem das von der KBV angekündigte „Referendum“ auf sich warten läßt. Der änd ist ein für Haus- und Fachärzte offenes Forum, in dem sich freilich vor allem systemkritische Ärzte, u. a. die Mitglieder der freien Ärzteschaft, austauschen. Das Ergebnis dieser Umfrage ist leicht vorherzusehen, ähnlich wie die Umfrageergebnisse von MEDI in Württemberg.

Die Allianz der deutschen Ärzteverbände (BDI, HB, MEDI, NAV-Virchowbund, Bundesverband der Ärztegenossenschaften, GFB), in der wiederum die freie Ärzteschaft nicht Mitglied ist, sieht ihre ausformulierten Ziele in den gerade vorliegenden Eckpunkten der Koalition nicht ausreichend verwirklicht und spricht von Treten auf der Stelle, ohne freilich weiter gehende Schritte und Forderungen anzukündigen. Das dürfte auch schwer sein. Denn die Kooptation von KBV, BÄK und MB ist angekündigt.

Der bisherige Machthaber, die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), sieht in den Eckpunkten der Koalition eine Basis, das bisherige System fortzuführen. Wesentliche Forderungen des KBV-KV-Systems und der Protestbewegung sind erfüllt: Sicherstellung der Versorgung mit niedergelassenen Haus- und Fachärzten, kein Primärarztssystem, Vereinfachung der Wirtschaftlichkeitsprüfung, Grundlagen für einen fairen Wettbewerb, Entbürokratisierung und vor allem Fall des Honorarbudgets und Einführung einer Euro-Gebührenordnung.

Die „Welt“ sieht die Ärzte nach den Eckpunkten als Gewinner der Reform.

Die KVWL schließlich informiert ihre Mitglieder im August in einem Sonderpluspunkt über die Vor- und Nachteile des KV-Systems und über das Thema Zulassungsrückgabe. Vielleicht ist diese Information in dem derzeitigen Informations-Wirrwarr so etwas wie ein Leuchtturm. Die Westfalen und die Lipper treffen wichtige Entscheidungen nie aus dem Bauch heraus.

Es dürfte für alle, die sich als ärztliche Interessenvertreter engagieren, freilich schwer bleiben, die Belange der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten gegen die eines Staates durchzusetzen, der sein Sozialsystem schon lange nicht mehr finanzieren kann und für die Zukunft eher an sich und den Bürger denkt als an den Arzt.



Dr. Ulrich Thamer,
1. Vorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung
Westfalen-Lippe

Politik

Was bringt die Gesundheitsreform? 7

Serie

Todesbescheinigung NRW 10

Qualitätsmanagement

KPQM – Chancen und Risiken
für die Praxis 12

Ärztetikammer

Drei Verwaltungsbezirke
haben neue Vorsitzende gewählt 12

Magazin

Informationen aktuell 4

Leserbriefe 16

Persönliches 20

Ankündigungen der Akademie
für ärztliche Fortbildung der
ÄKWL und KVWL 27

Bekanntmachungen der ÄKWL 23

Bekanntmachungen der KVWL
26, 56

Fortbildungsankündigungen 65

Impressum 64

FORTBILDUNG IM ÄRZTEHAUS MÜNSTER

Erstmalig: Fortbildungskurs Ernährungsaufklärung für Arzthelferinnen



Gatekeeper durch den neuen Fortbildungskurs: 24 Teilnehmerinnen informierten sich rund ums medizinische Thema Ernährung.
Foto: Brautmeier

Anfang Juni 2006 endete der erstmalig angebotene 40-stündige Fortbildungskurs „Ernährungsaufklärung“ für Arzthelfer/innen in Münster. In Kooperation mit der Deutschen Akademie für Ernährungsmedizin e. V. und dem Verband der Diätassistenten - Deutscher Bundesverband e. V. bot die Akademie für ärztliche Fortbildung der ÄKWL und der KVWL den 24 Kursteilnehmern einen vielfältigen Einblick in das breite Spektrum rund um das Thema Ernährung.

Eine Woche lang wurden den Teilnehmern u. a. Grundkenntnisse über die Epidemiologie und das Wesen ernährungsabhängiger Krankheiten ver-

mittelt. Auf der Basis des Erlernten sollen die Absolventen in ihren Praxen die Rolle eines „Gatekeepers“ einnehmen, um die Praxisinhaber bei der Erbringung ernährungsmedizinischer Leistungen qualifiziert unterstützen zu können. Ein weiteres Ziel ist zu erkennen, bei welchen Patienten eine ernährungsmedizinische Intervention sinnvoll ist.

Der Fortbildungskurs wurde von engagierten Ärzten, Ernährungsberatern, Diätassistenten und Diabetesberatern sehr praxisorientiert gehalten. In Form von praktischen Übungen wurden verschiedene Inhalte anschaulich dargestellt. Der Kurs endete

mit einem Abschlusskolloquium, in dessen Verlauf die Teilnehmer die schriftlich gestellten Testfragen zu den Kursinhalten mit sehr gutem Ergebnis beantworteten.

Der Kurs ist gleichzeitig ein anrechnungsfähiges Modul im Rahmen des Wahlteils für den Erwerb des „Arztfachhelfer/innen-Briefes“ und wird zu Beginn des nächsten Jahres erneut angeboten. Nähere Informationen dazu sind bei der Akademie für ärztliche Fortbildung unter Tel.: 02 51/ 9 29-22 07 oder im Online-Fortbildungskatalog im Internet unter www.aekwl.de erhältlich.

**Einladung zum KVWL-Dialog:
„Mehr Markt, weniger Ethik:
Therapie für den Sozialstaat?“**



**Referent:
Prof. em.
Dr. Oskar Negt, Soziologe**

Mittwoch, 30.08.2006,
18.30 Uhr,
Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe, Robert-Schirrigk-Straße 4-6,
44141 Dortmund

Anmeldung: Tel. 02 31/94 32-233
oder im Internet:
http://www.kvwl.de/presse_politik/politik/kontakt/email.htm

**Verschreibungsverordnung geändert:
Vorlage des Arztausweises reicht (wieder) aus**

Die Proteste haben Erfolg gehabt. Mit Wirkung vom 01.07.2006 ist die Arzneimittelverschreibungsverordnung (AMVV) wieder geändert und auf den früheren Stand zurückgeführt worden. Dies bedeutet: Für den Eigenbedarf muss man kein Rezept ausstellen und auch auf andere Weise nicht zu „Papier und Bleistift“ greifen. Vielmehr reicht wie früher die Vorlage des von der Ärztekammer Westfalen-Lippe ausgestellten Arztausweises aus. Auf diese Weise ist der Apotheker in der Lage, sich die notwen-

dige Gewissheit über die Person des Arztes zu verschaffen.

Wieder eingefügt worden ist auch der Ausnahmetatbestand, wonach Apotheker in dringenden Fällen verschreibungspflichtige Arzneimittel auch aufgrund einer durch den Arzt erfolgten fernmündlichen Unterrichtung abgeben dürfen. Natürlich muss sich auch in diesem Fall der Apotheker über die Person des Arztes Gewissheit verschaffen. Die Verschreibung ist dann unverzüglich nachzureichen.

NOTARKAMMER LÄDT EIN**Interdisziplinäres Symposium
zu Patientenverfügungen**

Am 30. September 2006 findet im Kurhaus Bad Hamm (Ostenallee 87, Hamm) in der Zeit von 11.00–16.30 Uhr ein viel versprechendes Symposium statt. Die Westfälische Notarkammer lädt hierzu auch Ärztinnen und Ärzte herzlich ein. Anliegen des wissenschaftlichen Symposiums ist es, Patientenverfügungen aus medizinischer, juristischer und theologischer Sicht zu betrachten und das Gespräch zwischen den beteiligten Berufsgruppen, den Kirchen und den (Verbraucher-)Verbänden zu fördern. Die Teilnehmerpauschale beträgt 50 €.

Anmeldeformulare können bei der Westfälischen Notarkammer (Tel.: 0 23 81/43 06 96 bzw. E-Mail: info@westfaelische-notarkammer.de) oder in der Rechtsabteilung der ÄKWL (Tel. 02 51/9 29-20 54/-20 59 bzw. E-Mail recht@aeowl.de) angefordert werden.

AUSSTELLUNG IM ÄRZTEHAUS MÜNSTER**Lichtschwingen
und andere Kunstbarkeiten**

Seine Kunstwerke gehen um die ganze Welt. Ob auf der Expo 2000, bei den Olympischen Spielen in Seoul 1988 oder im World Design Center in New York – überall sind die Skulpturen des westfälischen Bildhauers Wolfgang Lamché zu finden. Im August sind einige ausgewählte Exponate auch in der Ärztekammer Westfalen-Lippe zu sehen. Vom 11. August bis zum 28. September stellt hier der international bekannte Künstler im Garten und Foyer seine Plastiken und Objekte aus. Dabei ist für jeden Geschmack etwas dabei. Ob naturalistisch oder abstrakt – Bildhauer Lamché schafft den Spagat zwischen den beiden Kunstrichtungen mit Bravour. Er ist davon überzeugt, „dass jemand der naturalistisch arbeiten kann, auch fähig ist, abstrakt zu arbeiten.“ Er entschied sich deshalb für beides

und spricht damit gezielt ein unterschiedliches Publikum an. Zu seinem umfangreichen und vielseitigen bildhauerischen Programm gehören naturalistische Tierbronzen ebenso wie abstrakte Skulpturen aus hochpoliertem Edelstahl – so genannte „Lichtschwingen“ –, die Lamché's unverwechselbare Handschrift tragen. Ihre Formen brechen und reflektieren das Licht auf besondere Weise; verschiedene Perspektiven führen zu völlig veränderten Eindrücken.



Metallskulpturen stellt Wolfgang Lamché in den kommenden Wochen im Ärztehaus Münster aus.

GEMEINSAM UND IN ABSTIMMUNG ANS ZIEL

Hausärzterverband und KVWL kooperieren bei Verhandlungen zu Hausarztverträgen

Alle künftigen Vertragsverhandlungen zur hausarztzentrierten Versorgung, zur Förderung der Qualität im hausärztlichen Versorgungsbereich und zur integrierten hausärztlichen Versorgung (§§ 73 b, c und 140 a SGB V) werden in Westfalen-Lippe demnächst nur nach Abstimmung und grundsätzlich mit Beteiligung der Partner KV und Hausarztverband stattfinden. Dazu haben sich der Hausärzterverband Westfalen-Lippe e. V. und die Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in einer Kooperationsvereinbarung verpflichtet. „Wir haben beide das gleiche Ziel und wollen es gemeinsam verfolgen“,

beschreibt Dr. Ulrich Thamer, 1. Vorsitzender der KVWL, die Motivation für die Vereinbarung. „Die künftigen Verträge sollen möglichst einheitlich und kassenartenübergreifend geschlossen werden, um den Verwaltungsaufwand bei unseren Mitgliedern zu minimieren und die Akzeptanz zu erhöhen.“ Thamer betonte, dass in der Kooperation keine Bevorzugung einer Mitgliedergruppe zu sehen sei. Die KVWL sei grundsätzlich an einer engen Zusammenarbeit mit den Verbänden ihrer Mitglieder interessiert. Sehr häufig würden auch fachärztliche und psychotherapeutische Berufsverbände bei Vertragsver-

handlungen von der KV informiert und einbezogen.

„An Stelle von sinnloser Konkurrenz setzen wir in Westfalen auf gegenseitige Akzeptanz und Kooperation im Sinne der Hausärztinnen und -ärzte“, positioniert sich Dr. Norbert Hartmann, 1. Vorsitzender des Hausärzterverbandes W-L. „Wir werden keine Verträge ohne gegenseitige Abstimmung unterzeichnen. Wir verhandeln gemeinsam und haben jeweils für abgestimmte Bereiche die Federführung. So bündeln wir unsere Kompetenzen und minimieren die Gefahr, von den Krankenkassen auseinander dividiert zu werden.“

LEBENSUMWELTEN UND GESUNDHEIT



Als großen Erfolg wertete die Vorsitzende des Ausschusses Umweltmedizin der ÄKWL, Dr. med. Anne Bunte (2. v. r.), das Kolloquium. Foto: Lippsmeier

13. Gesundheitswissenschaftliches Kolloquium in Bielefeld

Bei ihrem alljährlichen Fakultätskolloquium hat die Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld dieses Jahr in Kooperation mit dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst das Thema „LebensUMWELTEN und Gesundheit“ aufgegriffen, um die große Bedeutung der Wechselwirkung zwischen Umwelt, Lebensstil und Gesundheit zu unterstreichen.

Ziel der Veranstaltung war es, die engen Zusammenhänge zwischen Umwelt und Gesundheit darzustellen. Dabei machten die Referenten die Vielschichtigkeit der Wechselwirkungen zwischen Umweltfaktoren, Lebensstil und Gesundheit transparent und verständlich. Sie verdeutlichten die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Bewertung umweltbedingter Risiken und zeigten die Herausforderungen des Forschungszweiges auf.

Reha-Sportangebote bequem zu finden

Gemeinsam mit dem Behinderten-Sportverband NW hat der LandesSport-Bund NRW jetzt eine Online-Rehabilitationssport-Datenbank erstellt. Unter www.fksd.de/Rehasport/start.php sind alle durch die beiden Dachverbände anerkannten Rehabilitationssportgruppen in NRW einfach zu finden.

FACHKONGRESS IT-TRENDS MEDIZIN

Gesundheitstelematik im Fokus

Elektronische Gesundheitskarte und Heilberufsausweis, Integrierte Versorgung und Kostenoptimierung im Krankenhaus – der Fachkongress IT-Trends Medizin/Health Telematics will umfassend über diese und weitere Themen der Informationstechnik und Telematik im Gesundheitswesen informieren. Veranstalter des Kongresses sind wie auch schon 2005 die EWG Essener Wirtschaftsförderungsgesellschaft, die Messe Essen und das Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen GmbH.

Am 6. und 7. September 2006 bietet der Fachkongress im Essener Congress Center Ost kompakte Informationen zu Trends und Themen der Branche sowie hochkarätig besetzte Vortrags- und Diskussionsforen. Referenten aus Politik, Wissenschaft und Industrie beleuchten und diskutieren die aktuellen Entwicklungen der eHealth-Branche.

Erstmals findet im Rahmen des Kongresses auch ein Bürgerforum

statt. Am 8. September beantworten u. a. die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Helga Kühn-Mengel, und die Vorsitzende der Gesellschafterversammlung der gematik, Dr. Doris Pfeiffer, Fragen rund um die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Ausführliche Informationen zur Testregion Bochum-Essen bilden den Einstieg in das Forum.

Das vollständige Kongressprogramm sowie Anmeldeformulare gibt es auf den Internetseiten des Zentrums für Telematik im Gesundheitswesen unter http://www.ztg-nrw.de/content/index_ger.html.

Praxisworkshop: Digitales Mammographie-Screening im Dialog

Termin: 7.9.2006,
11.00–16.00 Uhr
Ort: Congress Center Essen
im Rahmen der Messe IT-Trends Medizin

Was bringt die Gesundheitsreform?

„Wenn die Gesundheitsreform nicht gelingt, hat die Koalition es nicht verdient, weiter zu regieren“, hatte Fraktionsführer Peter Struck (SPD) vor wenigen Wochen vollmundig erklärt. Was steht nun letztlich drin im 54-seitigen Eckpunktepapier zur neuesten Gesundheitsreform? Was wird die Reform für die Ärztinnen und Ärzte an den Kliniken und in den Praxen in Westfalen-Lippe bringen?

von Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe,
und Dr. Ulrich Thamer, 1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

Vor einer abschließenden Bewertung wird man die genaue Ausgestaltung des kommenden Gesetzes abwarten müssen. Auf den ersten Blick erscheint es jedoch so, dass die Ärzteschaft nicht unmittelbar von neuen Einschnitten betroffen sein wird. Positive Tendenzen lassen sich insbesondere für die ambulante Versorgung erkennen. Hier hat sich offensichtlich das KBV-KV-System – mit der Unterstützung der Protestbewegung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten an der Basis – mit seinen berechtigten Forderungen im Wesentlichen durchgesetzt.

Offen bleibt freilich, ob die sehr zaghaft begonnene „grundlegende Reform der Finanzstrukturen“ (so das Eckpunktepapier) auch tatsächlich geeignet ist, das Gesundheitssystem nachhaltig zu finanzieren und die derzeitigen Defizite auszugleichen. Bei den Vertragsärzten gibt es positive Signale für eine leistungsgerechtere Honorierung, für die Finanzierung der Krankenhäuser insgesamt sieht es eher düster aus.

Das Fondsmodell ist aus unserer Sicht umständlich und bürokratisch. Es birgt zudem – mehr Steuermittel, staatliche Zuteilung der Mittel – die Gefahr einer zunehmenden Staatsmedizin. Der Fonds könnte geradewegs in einer Einheitsversicherung münden. Jedenfalls lässt das Fondsmodell den Koalitionären für die Zukunft den Weg offen für Bürgerversicherung oder Prämienmodell.

Auf eine staatsmedizinische Ausrichtung unseres Gesundheitssystems deutet auch die angekündigte Beset-



„Einen Durchbruch in zwei Richtungen“ verkündeten eine gut gelaunte Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (r.), Bundeskanzlerin Angela Merkel, SPD-Chef Kurt Beck und der CSU-Vorsitzende Edmund Stoiber Anfang Juli in Berlin, als der Koalitionsausschuss zur Gesundheitsreform sich auf Eckpunkte des kommenden Reformwerkes geeinigt hatte. Foto: Eisele/ddp

zung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit hauptamtlichen Mitgliedern. Die gemeinsame Selbstverwaltung, die bisher sehr erfolgreich einen Ausgleich der Interessen der Akteure herbeigeführt hat, wird dadurch ausgehebelt.

Dissens: Mehr oder weniger Leistungen?

Nach dem Eckpunktepapier bleibt der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung uneingeschränkt, dafür müssen die Beiträge erhöht werden. Dazu haben wir als Präsident

und KV-Vorsitzender unterschiedliche Ansichten: Nach Meinung Windhorst ist dies der richtige Weg. Es muss eine umfassende und qualitätsvolle Medizin für jeden Versicherten geben, die letztlich auch finanziert werden muss. Nach Meinung Thamer hätte an Stelle einer Beitragserhöhung eher eine Reduzierung des Leistungskatalogs erfolgen und die Eigenverantwortung der Versicherten durch geeignete Maßnahmen gefördert werden sollen. Nur so könnte man die Finanzierung des Gesundheitssystems bei den künftigen Herausforderungen langfristig sichern.

Beide glauben wir jedoch, dass die jetzt geplante Finanzierung an der Wirklichkeit vorbei geht und einer baldigen Nachbesserung bedarf.

Neue Budgetkürzungen für Krankenhäuser

Um die Krankenhäuser als größten Ausgabenfaktor der gesetzlichen Krankenversicherung „angemessen an den finanziellen Stabilisierungsmaßnahmen zu beteiligen“, heißt es lapidar in den Eckpunkten, wird von den deutschen Krankenhäusern ein „Sanierungsbeitrag“ von einem Prozent ihres Budgets verlangt. Das ist nicht nur dreist, sondern auch existenzvernichtend: Ein Prozent vom Budget bedeutet für ein mittleres Haus rund 200.000 bis 250.000 Euro weniger im Jahr. Das ist nicht zu verkraften. Schon jetzt schreiben zwei Drittel aller Kliniken rote Zahlen. Und weitere finanzielle Belastungen

„ Die Eckpunkte sind meiner Ansicht nach eine solide Basis für die Vertragsärzte, die ihnen ermöglicht, die Zukunft des Gesundheitswesens konstruktiv mit zu gestalten und an ihrer sozialen Verantwortung festzuhalten. Der nicht mehr aufzuhaltende Wettbewerb im Gesundheitswesen wird die Vertragsärzte freilich zwingen, sich vielfach neu zu positionieren, mit allen Möglichkeiten und Risiken. Hier müssen die Vertragsärzte mehr als bisher ihre Chancen nutzen. “



Dr. Ulrich Thamer, 1. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe

sind zu schultern: Die Erhöhung der Mehrwertsteuer um drei Prozent muss ebenso finanziert werden wie die Tarifabschlüsse für Ärzte und Pflegepersonal. Hinzu kommt die fehlende Investitionsförderung durch das Land NRW. Wird diese Forderung tatsächlich Gesetz, treibt die Politik unsere Krankenhäuser planmäßig in den Ruin. Die Ärztekammer wird

deshalb alles unternehmen, damit diese Absicht nicht Wirklichkeit wird.

Honorarreform für Vertragsärzte

Die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die niedergelassenen Ärzte sollen vereinfacht und entbürokratisiert werden. Budgets und floatende Punktwerte werden abgeschafft und durch eine Honorarsystematik ersetzt, die durch eine Euro-Gebührenordnung mit Pauschalierungen im haus- und fachärztlichen Bereich gekennzeichnet ist. Neben Pauschalvergütungen soll es soweit wie nötig auch die Möglichkeit von Einzelleistungsvergütungen geben. Die KBV arbeitet derzeit bereits an einer solchen Honorarsystematik, die dazu führen wird, dass die niedergelassenen Ärzte in Zukunft wieder weitgehende Kalkulationssicherheit bekommen können. Das Morbiditätsrisiko wird endlich auf die Krankenkassen zurück übertragen. Die Gesamtvergütung der Vertragsärzte steigt zusätzlich zur Grundlohnsumme mit der versorgten Morbidität. Mengenbegrenzungen wird es aber auch weiterhin geben.

Wieder Thema: der Wettbewerb

Wettbewerbliche Strukturen im Gesundheitswesen sollen – wen hätte das gewundert – weiter ausgebaut werden. Die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung wird verlängert und die Kassenärztlichen Vereinigungen bekommen die Möglichkeit, sich an Verträgen zur Integrierten Versorgung zu beteiligen. Die Transparenz über Inhalte und Ergebnisse von Integrationsverträgen soll verbessert werden.

Eckpunkte im Wortlaut

Die kompletten Eckpunkte zur Gesundheitsreform der großen Koalition finden Sie unter <http://www.die-gesundheitsreform.de>.

„ Nach dem Rasenmäherprinzip soll den deutschen Krankenhäuser wieder pauschal ein Prozent von ihrem Budget gestrichen werden – als ‚Sanierungsbeitrag‘! Das ist nicht zu verkraften. Offensichtlich möchten die Politiker keine flächendeckende stationäre Versorgung für die Bevölkerung mehr planen, sondern versuchen – leise, still und heimlich – durch bewusst herbeigeführte Pleiten die Zahl der Kliniken zu reduzieren. Die ‚Erfolge‘ dieser Politik werden wir alle noch deutlich zu spüren bekommen. “



Dr. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe

Wichtig für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen ist: In den Eckpunkten wird ausdrücklich festgestellt, dass die ambulante ärztliche Versorgung weiterhin mit freiberuflich tätigen Haus- und Fachärzten erfolgt. Nur in besonderen Fällen wird die ambulante Behandlung am Krankenhaus zugelassen. Dabei gelten für ambulante Leistungen unabhängig vom Ort der Erbringung – niedergelassene Praxis oder Krankenhaus – gleiche Preise. Ein fairerer Wettbewerb wird so für die Zukunft ermöglicht.

Ein verpflichtendes Primärarztmodell wird nicht eingeführt. Alle Krankenkassen müssen jedoch Hausarzttarife für ihre Versicherten anbieten.

Erfreulich ist, dass die Politik ihrer Verantwortung für die Bürokratielast Rechnung trägt: Das Eckpunkt Papier sieht zahlreiche Entbürokratisierungsmaßnahmen vor.

Kassenärztliche Vereinigungen bestätigt

Die Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben erhalten. Ihre Aufgaben und Funktionen verändern sich durch ein neues – pauschalisiertes – Vergütungssystem, eine Ausrichtung der Bedarfsplanung auf Versorgungsplanung und durch die Möglichkeit, abweichende Verträge zu schließen. Die Qualitätssicherung bleibt bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, wird in Zukunft sogar neben der Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung zu ihrer Hauptaufgabe. Kassenärztliche Vereinigungen werden für die Zukunft ausdrücklich autorisiert, vermehrt als Dienstleister für ihre Mitglieder tätig werden zu können.

Das trifft uns Westfalen nicht unvorbereitet: Die KVWL hat sich bereits seit 2002 mit ihrem Leitbild, der Gründung der KV-Consult GmbH und ihrer Unternehmensstrategie auf solche Aufgaben eingestellt. Sie ist bereits jetzt ein kompetenter Dienstleister, der in besonderer Weise geeignet ist, seine Mitglieder in einem zunehmend auch wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitssystem zu informieren, zu beraten und vielfältige Dienstleistungen zu übernehmen. Sie hat sich frühzeitig ausgerichtet auf die Qualitätssicherung und mit KPQM ein praxisgerechtes Qualitätsmanagementsystem auf den Markt gebracht, welches die Ziele von Qualitätsmanagement in schlanker und unbürokratischer Weise erreicht.

Im Verordnungsbereich werden Wirtschaftlichkeitsprüfungen in Zukunft auf gravierende Fälle von Ressourcenverschwendung begrenzt. Das Prüfverfahren wird gestrafft und auf höchstens zwei

Jahre nach dem Ordnungsquartal begrenzt. Eine wirtschaftliche Verordnungsmöglichkeit wird verbessert durch die Möglichkeit, dass Apotheker statt der normierten Pakungen auch zielgenau einzelne Tabletten abgeben können und dass Arzneimittel, die in Gemeinschaftseinrichtungen nicht genutzt wurden, an andere Patienten weitergegeben werden können.

Fazit

Die kommende Gesundheitsreform wird – bleibt alles so, wie in den Eckpunkten skizziert – drastische finanzielle Folgen für unsere Krankenhäuser haben. Kommt die pauschale Budgetkürzung um ein Prozent, werden den Kliniken mit Abstand keine ausreichenden Finanzmittel mehr zur Verfügung stehen, um eine vernünftige Patientenversorgung ohne Ausbeutung des Klinikpersonals zu gewährleisten. Viele Häuser werden aufgeben müssen. Dies wird wieder neue negative Auswirkungen auf die Arbeitsplätze und die Arbeitsbedingungen haben.

Für die Vertragsärzte und -psychotherapeuten sind die Eckpunkte eine solide Basis, die ihnen ermöglicht, die Zukunft des Gesundheitswesens konstruktiv mit zu gestalten und an ihrer sozialen Verantwortung fest zu halten. Die Eckpunkte der Koalition zeigen, dass die Forderungen der niedergelassenen Ärzte im Rahmen der Protestbewegung nicht ohne Wirkung geblieben sind.

Todesbescheinigung NRW

Das Ausfüllen birgt erhebliche Probleme, die auch durch größte ärztliche Sorgfalt nicht auszuräumen sind – Folge 2 der dreiteiligen WÄB-Reihe „Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung“

von Brigitte Hefer und Markus Wenning*

Das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (MAGS) erwägt die Einführung eines amtlichen Leichenschauers, um die Qualität der Leichenschau zu erhöhen. Mit diesem Beitrag wird die dreiteilige Artikelserie fortgesetzt, die sich befasst mit den Verpflichtungen und Problemen für Ärztinnen und Ärzte in NRW aus

- dem Bestattungsgesetz NRW
- der Todesbescheinigung NRW
- der Liquidation nach der Gebührenordnung für Ärzte und die Möglichkeit der Verbesserung durch die amtliche Leichenschau diskutiert.

Das Bestattungsgesetz NRW ermächtigt das zuständige Ministerium, durch Rechtsverordnung die Anforderungen an die Todesbescheinigung NRW festzulegen. Die Todesbescheinigung ist ein amtliches Dokument.

Feststellung des Todes

Die sichere Todesfeststellung anhand mindestens eines sicheren Todeszeichens ist jedem Arzt in der Regel auch ohne Hilfsmittel vor Ort möglich.

Darüber hinaus werden in der Todesbescheinigung Angaben zum Todeszeitpunkt, zur Todesart, zur Infektionsgefährdung, zur Todesursache und ihrer Kausalität sowie gegebenenfalls zur Art eines Unfalls gefordert. Hieraus ergeben sich folgende Probleme:

Feststellen des Todeszeitpunktes

In der Regel ist eine retrospektive Festlegung des Todeszeitpunktes durch den Arzt mit den Mitteln vor Ort spekulativ.

Der Todeszeitpunkt kann erhebliche (z.B. erbrechtliche) Konsequenzen haben. Die Anforderung an die Festlegung des Todeszeitpunktes soll diesen Interessen gerecht werden. Die einfache Leichenschau nach dem Bestattungsgesetz NRW erfüllt diese Anforderungen nicht.

Feststellen der Todesart

Der Arzt hat im Rahmen der Leichenschau festzustellen, ob es Anhaltspunkte für äußere Einwirkungen gibt, die den Tod zur Folge hatten. Hierunter zählen zum Beispiel Selbsttötung, Unfälle oder Unfallfolgen, Tötungsdelikte oder Todesfälle in Zusammenhang mit ärztlichen Eingriffen.

„Bei ungeklärter oder nicht natürlicher Todesart unterbricht die Ärztin/der Arzt – will sie/er sich nicht einem möglichen Vorwurf der Strafvereitelung aussetzen – nach sicherer Feststellung des Todes die weitere Leichenschau sofort, unterrichtet unverzüglich die Polizeibehörde und verhindert bis zum Eintreffen der Polizei nach Möglichkeit Veränderungen an der Leiche und am Auffindort.“¹

Der Arzt dient damit als „Verwaltungshelfer“ der Verfolgung von Rechtsinteressen, zum Beispiel beim Erkennen fremdverschuldeter Todesfälle und der Wahrnehmung mutmaßlicher Interessen des Verstorbenen (wie zum Beispiel Versicherungsleistungen an Hinterbliebene bei Tod durch Unfallfolge).

„Spurenarme Tötungsdelikte“

Madea² formuliert das Problem wie folgt:

„Häufig bereitet die Interpretation von Untersuchungsergebnissen an der Leiche dann Probleme, wenn es sich

Methodische Probleme

Die Leichenschau muss an den Möglichkeiten gemessen werden, die dem Arzt vor Ort zur Verfügung stehen. Das sind in der Regel seine fünf Sinne unter teilweise erschwerten Umweltbedingungen (zum Beispiel Lichtverhältnisse). Damit kann er Anhaltspunkte für einen nicht natürlichen Tod feststellen, zum Beispiel das „Messer im Rücken“. Stellt der Arzt keine Anhaltspunkte fest, kann und soll (sonst gäbe es die Rubrik „unklar“ nicht) er daraus nicht automatisch auf einen natürlichen Tod schließen. Wie bereits ausgeführt unterlaufen den Ärzten bereits formale Fehler bei der Klassifikation der Todesart.

Der Arzt, der den Toten, seine Krankengeschichte und sein Umfeld nicht kennt, müsste grundsätzlich die Rubrik „unklar“ ankreuzen und – um sich nicht „dem Vorwurf der Strafvereitelung auszusetzen“ – jedes Mal unverzüglich die Polizeibehörden unterrichten, damit diese ermitteln können.

Aber auch wenn der Arzt das Umfeld und den Patienten kennt und sogar mit dem Ableben des Patienten rechnen konnte, ist das Erkennen eines natürlichen Todes mit den Mitteln des Arztes vor Ort problematisch, wie die im ersten Teil der Serie erwähnten, bei der Leichenschau nicht erkannten Tötungsdelikte in einem Altenheim belegen.

* Dipl.-Ing. Dr. med. Brigitte Hefer ist Referentin im Ressort medizinische Grundsatzfragen der Ärztekammer Nordrhein, Dr. med. Markus Wenning ist Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Westfalen-Lippe

1 „Anleitung zum Ausfüllen der Todesbescheinigung NRW“, Ministerialblatt NRW Nr. 37 vom 9. September 2003

2 Madea, Burkhard; Dettmeyer, Reinhard: Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung, in: Dtsch Ärztebl 2003; 100:A 3161-3179 [Heft 48]

um dezente Veränderungen handelt, die nicht offensichtliche Hinweise für eine gewaltsame Todesart darstellen. Dies betrifft besonders die Untersuchungen von... alten Menschen, ... bei welchen besonders häufig so genannte spurenarme Tötungsdelikte vorkommen.

Lösungsansatz: Das Erkennen der häufig dezenten Zeichen für einen nicht natürlichen Tod kann problematisch sein und sollte wegen des hohen zu schützenden Rechtsgutes in hierzu besonders geschulte und qualifizierte Hände gelegt werden.

Unbeschadet der Forderung nach qualifizierter Leichenschau kann durch Verbesserung der Systematik das Erkennen nicht natürlicher Todesfälle, zum Beispiel durch einen für alle Todesfälle eines Gebietes zuständigen amtlichen Leichenschauer, gefördert werden. Das systematische Verfolgen von Todesfällen und Häufungen in einer Region – etwa die Häufung von Todesfällen in dem Pflegeheim – deckt statistische Abweichungen auf und kann sie einer Überprüfung zuführen.

Probleme mit der Polizei

Stellt der Arzt einen unklaren oder nicht natürlichen Tod fest, ist er verpflichtet, die Polizei zu rufen. Immer wieder berichten Ärzte, dass die hinzugerufene Polizei den Arzt drängt, die Todesart zu ändern („natürlich“ statt „unklar“) oder eine zweite Todesbescheinigung auszustellen.

Interessenkonflikte

Wenn auch die Einschaltung der Polizei nicht gleichzusetzen ist mit Verdacht auf ein Fremdverschulden, werden diese Begriffe von den Angehörigen häufig gekoppelt, und damit wird das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient belastet.

Dies kann auch wirtschaftliche Interessen des Arztes berühren, wenn sich die Angehörigen zum Beispiel einem anderen Arzt zuwenden.

Lösungsansatz: Die Belastung des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient durch Einschalten der Polizei und der mögliche wirt-

schaftliche Interessenkonflikt können durch eine Entkoppelung von hausärztlicher Tätigkeit und amtlicher Leichenschau aufgelöst werden.

Todesursache und Kausalkette

Die Erhebung der Daten zur Todesursache und ihrer Kausalkette dienen der Gewinnung von Daten zur Todesursachenstatistik und über Erkrankungen als Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen.

Wie valide sind diese Daten, wenn sie mit der alleinigen äußeren Leichenschau in der Regel gar nicht erhoben werden können?

„In ca. 15 Prozent aller Todesfälle in Krankenhäusern besteht eine Diskrepanz zwischen klinischer Hauptdiagnose und Sektionsbefund, die mit Folgen für Therapie und Überleben der Patienten einhergeht. Diese Fehlerquote kann nur durch eine systematische klinische Autopsie erkannt und benannt sowie durch einen intensivierten klinisch-pathologischen Diskurs zukünftig verringert werden“, heißt es in der Stellungnahme „Autopsie“ des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer³.

In einer Publikation aus dem Institut für Rechtsmedizin der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn⁴ wird eine Übereinstimmung zwischen Angabe der Todesursache in der Todesbescheinigung und Todesursache nach Obduktionsbefund nur in 52 Prozent aller Fälle, bezogen auf Heiminsassen nur in 40 Prozent der Fälle gefunden.

Der behandelnde Arzt kann gegebenenfalls aus der Krankengeschichte die Todesursache und zum Tode führende Erkrankungen ableiten. Dennoch bleibt auch bei sorgfältig durchgeführter Leichenschau die Todesursache oft unklar.

Im Gegensatz zum Krankenhaus wird außerhalb des Krankenhauses ein großer Teil der Leichenschauen an fremden Verstorbenen durchgeführt, soll heißen, Krankengeschichte und Verlauf sind den Ärzten nicht bekannt.

Hier bleibt häufig allein die Rücksprache mit dem behandelnden Arzt, um nach dessen Angaben Todesursa-

che und zum Tode führende Erkrankungen zu ermitteln.

Die Todesbescheinigung muss jedoch unverzüglich ausgestellt und ausgehändigt werden, so dass, wenn der behandelnde Arzt akut nicht erreichbar ist, für nachträgliche Ermittlungen keine Zeit bleibt.

Die Todesursachenstatistik stellt eine wichtige Grundlage für gesundheitspolitische Entscheidungen dar und sollte auf valider Datenbasis fußen. Die Erhebung dieser Daten ist mit der alleinigen äußeren Leichenschau ohne Zeit für weitere Ermittlung der medizinischen Daten in der Regel nicht möglich. Die wenigsten Todesursachen sind postmortal ohne Obduktion feststellbar.

In einem Leserbrief zum oben zitierten Artikel von Madea heißt es:

„Die Schlussfolgerungen sind einfach und doch weitreichend: Die Leichenschau gehört aus der Hand des Hausarztes in die eines Spezialisten (Pathologe, Gerichtsmediziner, Coroner, neu zu definierende Zusatzbezeichnung), der die Möglichkeit haben muss, postmortal an die medizinischen Daten heranzukommen, größere rechtliche Zugriffsmöglichkeiten auf Obduktionen hat, ... und der keine wirtschaftlichen, persönlichen und räumlichen Interessenskonflikte mit den Angehörigen und deren Umfeld hat.“

Fazit

Von den auf der Todesbescheinigung NRW geforderten Angaben ist dem Arzt mit den Mitteln vor Ort allein die Feststellung des Todes zweifelsfrei möglich, alle weiteren Angaben zum Todeszeitpunkt, zur Todesart, zur Todesursache und Kausalkette müssen in der Regel rein spekulativen Charakter haben.

Das Ausfüllen der Todesbescheinigung birgt unter den derzeitigen Rahmenbedingungen der Leichenschau unlösbare Probleme methodischer, ethischer, formaler und grundsätzlicher Art, die durch ärztliches Bemühen um eine sorgfältige und korrekte Durchführung der Leichenschau nach Bestattungsgesetz NRW nicht auszuräumen sind.

Zur sorgfältigen Erhebung dieser Angaben sollten wegen des hohen zu schützenden Rechtsgutes und der gesundheitspolitischen Bedeutung neue rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen geschaffen werden.

³ Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer: Stellungnahme zur „Autopsie“, in: Dtsch Arztebl 2005; 50:C 2498-2505 [Heft 50] vom 16.12.2005

⁴ Madea, Burkhard; Dettmeyer, Reinhard: Ärztliche Leichenschau und Todesbescheinigung, in: Dtsch Arztebl 2003; 100:A 3161-3179 [Heft 48]

KPQM – Chancen und Risiken für die Praxis

KPQM, das steht für KV Praxis Qualitätsmanagement. Worum geht es dabei? Qualitätsmanagement (QM) bietet Chancen, die nicht jede Ärztin und jeder Arzt erkennt, weil das Thema emotional belastet ist („Zwang, Druck, schon wieder was von der KV“). Iris Lichtenthäler motiviert, den Blick auf diese Chancen zu lenken.

Von Iris Lichtenthäler, Rhede

Stellen Sie ruhig die Frage: Was habe ich davon, dass ich mich mit „QM für meine Praxis“ auseinandersetze? Ich habe diese Frage den Ärztinnen und Ärzten gestellt, die ich in den letzten drei Jahren dazu beraten habe, und die Antworten sind:

- Jeder kennt jetzt seine Aufgaben
- Die Abläufe funktionieren sicherer
- Fehler werden nicht verdeckt, sondern als Anlass zur Verbesserung erkannt
- Wartezeiten haben sich verkürzt
- Ich fühle mich von Verwaltungsarbeiten entlastet
- Ich kann mich besser auf meine Helferinnen verlassen, ihre Rolle hat sich verändert
- Ich weiß nun, was mein wirtschaftliches Ergebnis verbessert
- ...

Diese Liste ist offen und lasse sich um die Antworten der Helferinnen verlängern und selbstverständlich auch um Ihre eigenen Antworten.

Sehen Sie Ihren persönlichen Nutzen darin. Sorgen Sie mit der Wahrnehmung Ihrer Aufgaben für den Fortbestand und die weitere Entwicklung Ihrer Praxis.

Stärken Sie Ihr Team, damit es Ihnen Nebenarbeiten kompetent abnimmt und eigenverantwortlich handelt!

Ihre Rolle: Führungskraft

Ihre Rolle ist die der Führungskraft, Sie managen Ihr Personal, Ihre Finanzen, Ihre Zukunft. Sie geben Raum für Leistung, Entwicklung und Erfolg. Ihre Aufgabe heißt konkret: Personal führen und Patienten versorgen.

Hier einige Beispiele aus der Praxis – diese Vorschläge sind so individuell wie Sie und Ihr Team.

Tipp: Verkürzung der Wartezeiten

Fragen Sie Ihr Team, wie zufrieden die Mitarbeiter und Patienten mit den Wartezeiten sind! Nehmen Sie Verbesserungsvorschläge per Brainstorming auf und testen Sie einfach mal, ob z. B. Wartezeiten zu verkürzen sind mit

- Zeitfenstern für „Patienten ohne Termin“ morgens um 8 Uhr, reguläre Termine erst ab 9 Uhr, ebenso nach der Mittagspause möglich,
- Telefonsprechstunden zu festgelegten Zeiten, 12 bis 13 Uhr,
- Konkreter Anweisung zum Umgang mit Privatpatienten, separater Wartebereich,
- Termine nur bis 11 Uhr bei Praxisöffnung bis 12.30 Uhr.

Tipp: Vorbereitung des Notdienstes

In Abständen ist Ihre Praxis an der Reihe, wie schön, wenn Sie vorbereitet sind! Alle aktuellen Telefonnummern (Taxi, diensthabende Apotheken, weitere Ärzte) liegen parat, der Notdienstkoffer ist medikamentös maximal beschickt – hilfreich, wenn sogar auf die Ersatzbatterien für das Kartenlesegerät und den Vorrat aller notwendigen Formulare geachtet wurde! Legen Sie eine Checkliste für den Notdienst-Koffer an!

Gleiches sollte für den Hausbesuchs- und den Notfallkoffer gelten, denn gerade im Notfall geht es um Sekunden. Sie müssen sich darauf verlassen können, selbst bei nicht alltäglich vorkommenden Krankheitsbildern routiniert agieren zu können und auf Personal zurückgreifen zu können, das nicht hektisch im Koffer wühlt und die Kochsalzlösung suchen muss (die hoffentlich nicht abgelaufen ist...).

Die Frage nach der Praxistauglichkeit

Es geht bei QM im doppelten Sinne um „Praxis“, denn es geht mehr denn je um die berechtigte Frage der „Praxistauglichkeit“ – also um die konkrete Umsetzbarkeit, aber auch um die wirtschaftliche Seite, beides entscheidende Kriterien, um QM in Ihrer Praxis zum Erfolg zu machen - und Ihre Praxis durch QM erfolgreicher werden zu lassen!

Tipp: Stärkere Einbindung der IGEL

Gerade in Orthopädie- aber auch in Gynäkologie-Praxen sind IGEL ein wichtiger Faktor der Wirtschaftlichkeit. Wissen Sie genau, welche IGEL Ihnen wie viel Ertrag bringt? Zu welcher Diagnose welche IGEL passt? Wie mit schwierigen Patienten in Zeiten steigender Gesundheitskosten zu argumentieren ist? Und Ihre Mitarbeiter unterstützen Ihre IGEL-Politik?

Nicht nur Arbeit am Patient oder die Verwaltungsaufgaben sieht QM als wichtige Erfolgselemente, sondern auch die Führung der Mitarbeiter.

Tipp: Schweigepflichterklärung

Sie haben Personalwechsel oder Auszubildende und Praktikantinnen? Lassen Sie sich unbedingt eine Schweigepflichterklärung unterschreiben! Die Erfahrung zeigt, dass gerade Praktikanten und Berufsanfänger die Signifikanz der absoluten Verschwiegenheit häufig unterschätzen!

Da war noch nichts für Sie dabei? Ich bin überzeugt davon, dass ausnahmslos jede Praxis etwas von einer QM-Entwicklung hat.

Was kann sich da entwickeln?

- Sie als Praxisinhaber: Weg vom Selbermachen und dadurch mehr Zeit für sich und die Patienten haben!
- Ihre Mitarbeiter: Mitdenken und Eigenverantwortung sind angesagt! Informationen müssen ankommen. „Das hat mir keiner gesagt“ und „Dafür bin ich nicht zuständig“ sind passé! Besonders in Praxisgemeinschaften und großen Praxen existiert hier Optimierungspotenzial!

Sprechen Sie mit Ihren Kollegen und prüfen Sie im Vorfeld, in welche Beratungsleistung Sie investieren!

- Wird speziell auf Ihre Praxis indi-

viduell Bezug genommen? Ein System, das für alle passt, passt nie für alle gut!

- Werden die Helferinnen von Beginn an aktiv eingebunden? Nur so motivieren Sie Ihre Mitarbeiter, sich dem Thema offen zu stellen, künftig – auch neue – Aufgaben eigenverantwortlich wahrzunehmen und das QM-System wirkungsvoll am Leben zu erhalten.
- Wird das eingebunden, was bereits an Dokumentationen vorhanden ist? Die meisten Praxen haben im Laufe der Jahre Abläufe notiert, Routinen festgelegt. Schade, wenn das nun keine Anerkennung fände, zumal damit schon ein Teil der QM-Anforderungen abgedeckt werden kann
- Wie werden Änderungen in den Abläufen eingepflegt? Nur ein aktuelles System wird auch von den Mitarbeitern getragen. Muss bei jeder Änderung der Berater wieder Dienste leisten, haben Sie nach kurzer Zeit entweder ein schlecht gewartetes System oder hohe Berater-Rechnungen.
- Ist der Berater persönlich schnell zu erreichen und beantwortet Fragen zuverlässig? Gerade zu Beginn einer QM-Entwicklung demotivieren lange Wartezeiten und behindern den Prozess.

Zu den Fakten: KPQM braucht

- eine Darstellung der Praxis,
- eine Erklärung zur Qualitätspolitik,
- die Beschreibung von 10 Arbeitsabläufen in Ihrer Praxis aus den drei Bereichen Patient (Diagnostik/Therapie), Mitarbeiter-Personalführung und Administration

Und im Titel war von Risiken die Rede...

Wer fragt, bekommt Antworten, und so wird es Ihnen gehen. Entscheiden Sie, was Sie mit diesen Antworten tun: Nehmen Sie sie als neue Impulse, nicht als Angriff (siehe die Antworten der befragten Ärzte am Beginn dieses

Artikels) und Sie werden merken, dass Sie in Ihrer Praxis von kompetenten Tipp-Gebern umgeben sind – Ihren eigenen Mitarbeitern!

Tipp: Einstieg ins QM

...denken Sie daran: QM heißt *nicht*, dass bislang alles falsch lief! QM fragt danach, was *besser* laufen kann! Sprechen Sie mit Ihrem Team, machen Sie QM zum Thema! Ihre Helferinnen arbeiten tagtäglich am Erfolg Ihrer Praxis. Motivieren Sie zum Brainstorming und behalten Sie Zeit für Ihre wichtigen Aufgaben!

Die Autorin:

Iris Lichtenthaler hat über 15 Jahre Erfahrung in Personal-



entwicklung, Führungskräfte- und Team-Training, Qualitätsmanagement und Organisations- und Prozessoptimierung. Vor gut drei Jahren hat sie sich mit ihrer Agentur „Stolperstein“ auf die Beratung niedergelassener Ärzte spezialisiert. Hier arbeitet sie vornehmlich im Kreis Borken. Sie lebt seit vier Jahren in Rhede, ist 40 Jahre alt und verheiratet.