


# KVH *Journal*

Rundschreiben des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg

Nr. 3/2011



## Nachfolger gesucht!

Worauf die nächste  
Ärztegeneration bei der  
Niederlassungsentscheidung  
Wert legt

### Wilhelmsburg

Sieben Ärzte machen ihre Praxen  
zukunftsfest

---

### Priscus-Liste

Welche Medikamente für Senioren  
riskant sein können

---

### Vertreterversammlung

Dr. Michael Späth mit Zwei-Drittel-  
Mehrheit als Vorsitzender bestätigt

# Liebe Leserinnen, liebe Leser!

Hamburg ist eine attraktive Stadt. Auch für Ärzte. Deshalb gibt es (noch) ausreichend junge Ärztinnen und Ärzte, die sich entschließen, in Hamburg eine Praxis zu eröffnen. Aber die Wartelisten werden kürzer und mancher abgabewillige Arzt sucht lange nach einem Nachfolger. Die Gründe sind bekannt: Die bürokratischen Anforderungen und die Regreßdrohungen erschrecken, und die Bundespolitik hat Hamburg vom Honorarzuwachs abgekoppelt. An diesen Themen muss gearbeitet werden – am besten dadurch, dass die entsprechenden Entscheidungskompetenzen aus Berlin wieder in die Regionen verlagert werden. Sonst könnte irgendwann einmal auch die Attraktivität von Hamburg nicht mehr ausreichen.



*Ihr Walter Plassmann,  
stellvertretender 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

Tel: (040) 22802-655, eMail: redaktion@kvhh.de

Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

Layout und Satz: Headquarters Hamburg, [www.hqhh.de](http://www.hqhh.de)

Titelbild: Yuri Arcurs/fotolia.de

Ausgabe 3 / 2011 (1. März 2011)

Redaktionsschluss: 15. Februar 2011

## 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: Welche Anreize gibt es für junge Ärzte, sich niederzulassen? _____	4
Wilhelmsburg: Sieben Ärzte machen ihre Praxen für Nachfolger attraktiv _____	5
Umfrage: Privatleben hat hohen Stellenwert _____	9
Ein junger Arzt aus Wilhelmsburg über die Vorzüge moderner Arbeitsstrukturen _____	10
Junge Allgemeinmediziner vernetzen sich _____	11

## Vertreterversammlung

Dr. Michael Späth mit Zwei-Drittel-Mehrheit wiedergewählt _____	12
---	----

## Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten _____	14
Kodierung für Hausärzte mit ICPC-Thesaurus erst im 3. Quartal / Änderung von Vordrucken / Anträge für genehmigungspflichtige Leistungen: Bitte Unterlagen vollständig einreichen _____	15

## Abrechnung

KV-Hamburg: Erhöhung der Hausbesuchs-Vergütung ist Mogelpackung / EBM-Änderungen: Zweitmeinungsverfahren, spezialisierte Palliativversorgung / KV-WebNet: Identifizierung mit Benutzername und Passwort jetzt möglich _____	16
Korrektur: Scheine der Sozialhilfeträger müssen weiterhin eingereicht werden _____	17

## Amtliche Veröffentlichungen

Hautkrebsvorsorge BKK-VAG NORD: Aktualisierung Anlage 1 / Zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen BIG direkt gesund: Vertragskündigung / DMP: Aktualisierte Listen der beigetretenen BKKn / Honorarvereinbarung 2011: 2. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab / Bereinigung _____	17
--	----

## Brennpunkt Arznei

Arznei- und Heilmittelvereinbarung: Die wichtigsten Nachfragen _____	18
Priscus-Liste: Was bringt sie für die Praxis? _____	20

## KV intern

Steckbrief: Für Sie in der neuen Vertreterversammlung _____	22
Terminkalender _____	23

# Nachgefragt

■ Welche Anreize gibt es für junge Ärzte, sich niederzulassen?



Der Beruf des Hausarztes macht mir sehr große Freude. Die Arbeit ist abwechslungsreich und das Spektrum der Krankheiten sehr groß. Man kennt die Patienten über lange Zeit und häufig auch deren ganze Familie. Das Vertrauen der Patienten ist eine unglaubliche Belohnung für den Ärger mit Bürokratie und Verwaltung.

Leider empfinde ich die Wertschätzung des Hausarztes durch Politik und Standesvertretungen als weit weniger groß als die der Patienten. Die angeblichen Verbesserungen bei Heim- und Hausbesuchen durch die KBV beispielsweise sind der blanke Hohn. Die von Hausärzten entwickelten Alternativen der Patientenversorgung (HZV) werden mit allen Mitteln bekämpft, und das RLV sinkt auf ein existenzgefährdendes Niveau. Der Teil macht wirklich keinen Spaß.

*Dr. Sebastian Eipper,  
Facharzt für Allgemeinmedizin  
in Iserbrook (niedergelassen seit  
Nov. 2010)*



Was es für Niederlassungsanreize gibt? Diese Frage kann ich Ihnen leider nicht beantworten. Ich bin seit Mitte letzten Jahres niedergelassen. Vielleicht weil ich zu den Naiven gehöre, bei denen der Spaß an der Arbeit und das Helfersyndrom größer sind als wirtschaftliche Interessen. Die politische Förderung von MVZ, die Drohung von Regressforderungen und die plötzliche Einkommenskürzung von 10 Prozent, womit man ohne jegliche betriebswirtschaftliche Ausbildung fertig werden soll, sind sicher keine Niederlassungsanreize.

*Dr. Sina Holzhüter,  
Fachärztin für Allgemeinmedizin  
in Harburg (niedergelassen seit  
Juli 2010)*



Es gibt gute Gründe, sich niederzulassen. Ich möchte nicht auf unabsehbare Zeit für Wochenend- und Nachtschichten zur Verfügung stehen müssen. Außerdem stören mich die hierarchischen Strukturen im Krankenhaus. In der Praxis habe ich mehr Therapiefreiheit, aber natürlich auch mehr Verantwortung. Der wirtschaftliche Aspekt der Niederlassung ist ein Risiko. Ich habe das Glück, die Praxis meiner Eltern übernehmen zu können, muss also nicht ins kalte Wasser springen. Ich hätte aber auch eine Praxis neu gegründet. Im Krankenhaus wäre ich jedenfalls nicht geblieben.

*Christoph Tornow,  
Facharzt für Augenheilkunde in  
Eimsbüttel (niedergelassen seit  
Januar 2011)*



## „Zur Nachahmung empfohlen“

- Für Hausärzte wird es schwieriger, Nachfolger zu finden. Um ihr Betriebsmodell für die nächste Ärztegeneration attraktiv zu gestalten, haben sich in Wilhelmsburg vier Praxen zusammengeschlossen.

Zweckgemeinschaft oder visionäres Modell? Beide Beschreibungen treffen auf das „Ärztzentrum Neue Wilhelmsburger Mitte“ zu. Sieben Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, die zuvor in vier separaten Praxen gearbeitet hatten, teilen sich hier seit dem 3. Januar 2011 gemeinsame Praxisräume. Das pragmatische Kalkül: Das Zentrum soll ein attraktiver Arbeitsplatz für junge Nachwuchsärzte werden und ihnen den Einstieg als Nachfolger der Seniorpartner schmackhaft machen. Die Vision: Gemeinsam können die Partner längere Sprechzeiten anbieten, Synergieeffekte in der Praxisausstattung nutzen und den Betrieb praxisübergreifend verwalten.

Einer der Ärzte in der neuen Gemeinschaft ist Dr. Klaus-

Jürgen Harloff, Facharzt für Innere Medizin. „Wir standen vor dem Problem, dass die Suche nach Nachfolgern für unsere seit Jahren etablierten Praxen quasi aussichtslos war“, erzählt Harloff. „Damit waren auch unsere ärztlichen Standorte in Gefahr.“ Diese Erfahrung hat auch Manuel Humburg gemacht, dessen Gemeinschaftspraxis in den vergangenen 20 Jahren zwar etliche Weiterbildungsassistenten beschäftigt hat, aber keinen von ihnen zum Bleiben bewegen konnte: „Einer von ihnen ist dann sogar beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen gelandet, weil er dort mit geregelten Arbeitszeiten rechnen konnte.“ Die eigentliche Arbeit am Patienten in Wilhelmsburg habe den jungen Kollegen zwar gefallen, „aber die Rahmenbedingungen

waren nicht attraktiv genug, als dass sie sich langfristig auch ökonomisch hätten binden mögen“, erinnert sich Humburg.

### Traditioneller Hausarzt ist eine aussterbende Spezies

Zum einen gilt Wilhelmsburg mit seiner einkommensschwachen Bevölkerungsstruktur beim ärztlichen Nachwuchs nicht unbedingt als Wunschstandort. Zum anderen verfolgen junge Ärzte mittlerweile andere Lebensentwürfe als Mediziner früherer Generationen: „Der traditionelle Hausarzt, der seinen Patienten zu jeder Tages- und Nachtzeit die Tür öffnet, ist mittlerweile sogar auf dem Land eine aussterbende Spezies. Ein solcher Einsatz wird

Fortsetzung auf S. 6 ■■■



Foto: Antje Soleimanian

Großer Andrang schon in den ersten Tagen: "Wir haben viel zu tun."

Fortsetzung von S. 5

ja gar nicht mehr angemessen honoriert, da leidet zwangsläufig das Engagement", bedauert Harloff. Für ihn steht fest: „Wenn wir unsere Praxen verkaufen und ihre Standorte sichern wollen, müssen wir unseren Nachfolgern Modelle anbieten, in denen ihnen auch Zeit für Privatleben und Familie bleibt.“

Viele Ärzte in ähnlicher Lage setzen auf einen Zusammenschluss in Form eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ). Den Wilhelmsburger Ärzten erschien dies allerdings nicht als eine sinnvolle Option: „Jeder Patient soll den gewohnten Arzt seines Vertrauens behalten können. In vielen MVZ bleibt diese Form der individuellen Betreuung auf der Strecke. Wir wollen unsere persönlichen Arzt-Patienten-Beziehungen weiterführen und weiterhin

individuelle Medizin anbieten“, erklärt Harloff.

Zudem wollte keiner der Ärzte ins Angestelltendasein zurückkehren. Humburg erzählt: „Wir wollen ein arbeitsteiliges Team, möchten aber gleichzeitig selbstständig bleiben.“ Das juristische Konstrukt einer Praxisgemeinschaft ermöglicht sowohl Selbstständigkeit als auch Teamarbeit. Alle vertraglichen Bindungen (wie Arbeits- und sonstige Verträge) bleiben den einzelnen Praxen zugeordnet, aber man teilt Raumkosten und sonstige laufende Kosten, etwa für Büro- und sonstiges Praxismaterial.

#### **Meditool entwickelte Kooperationsszenarien**

Verbesserte Kostenstrukturen sind angesichts sinkender Erlöse aus der kassenärztlichen Tätigkeit tatsächlich die effektivste Stellschraube, um das

wirtschaftliche Auskommen zu sichern. Zu diesem Ergebnis war auch die KV-Tochter Meditool gekommen, die von Dr. Rebekka Goers ins Spiel gebracht wurde. Die auf gastroenterologische Diagnostik spezialisierte Internistin hatte sich dafür eingesetzt, Meditool im Vorfeld mit der Analyse der Ist-Situation und der Entwicklung verschiedener Kooperationsszenarien zu beauftragen. „Der Meditool-Consultant hat die Kosten- und Einnahmenstrukturen aller vier Praxen aus den Abrechnungszeiträumen 2007 bis 2008 genau unter die Lupe genommen und uns dann dieses Modell zur Effizienzsteigerung vorgeschlagen“, berichtet Goers.

Die Entscheidung für den Zusammenschluss fiel den beteiligten Ärzten unterschiedlich schwer. Während der Internist Harloff erst seit sechs Jahren im Stadtteil niedergelassen war, hatten sich seine Partner bereits seit Jahrzehnten mit ihren Praxen im Stadtteil etabliert: „Da erfordert eine solche Entscheidung schon eine Menge Mut.“ Jeder der Beteiligten habe seine ganz eigenen Ängste in Bezug auf das gemeinsame Projekt gehabt – die Angst vor neuen und ungewohnten Arbeitsstrukturen, die Angst vor dem Verlust von Sicherheit, oder die Angst vor der Abwanderung von Patienten. „Und auch für unsere Patienten ist die Umstellung nicht immer leicht, insbesondere für die älteren unter ihnen“, gibt Harloff zu bedenken.

Diese Beobachtung hat auch sein Praxispartner Dr. Wolfgang Mandel gemacht. Er ist mit 70 Jahren der Älteste der beteiligten Ärzte und hat sich nicht leicht damit getan, seine bereits 1977 gegründete Praxis aufzugeben, um sie in das Ärztezentrum zu überführen: „Ich hatte die am längsten existierende Praxis hier im Ort, auch meine Patienten sind teilweise schon seit 30 Jahren bei mir in Behandlung.“

### Über vier Jahre erfolglose Suche nach einem Nachfolger

Für den Seniorpartner waren es vor allem pragmatische Erwägungen, die ihn von dem Zusammenschluss überzeugt haben: „Ich habe vier oder fünf Jahre lang erfolglos nach einem Nachfolger gesucht, doch es tat sich nichts. In dieser neuen Struktur habe ich vielleicht bessere Chancen, meine Praxis abzugeben. Ob es wirklich besser läuft, werden die kommenden Quartale zeigen“, sagt Mandel.

Als ungewohnt empfindet der Internist den Geräuschpegel im neuen Ärztezentrum: „In meiner alten Praxis war es ruhiger, das fanden auch die Patienten angenehmer. Aber das wird sich sicherlich noch einlaufen.“ Auch die neue EDV-Anlage spielt noch nicht immer mit: „Ich brauche bestimmte Briefvorlagen, die von den allgemeinmedizinischen Kollegen gar nicht benötigt werden. Es fällt mir noch schwer, mit der neuen Anlage umzugehen“, gesteht Mandel.

### Probleme mit den Druckern und der Telefonanlage

Doch auch seine jüngeren Kollegen hadern gelegentlich mit der Technik des neuen Ärztezentrums. So nutzen alle beteiligten Ärzte nun eine Praxissoftware, die bislang erst in einer der beteiligten Praxen genutzt wurde. Dass eine solche Umstellung nicht ganz reibungslos verläuft, war den Partnern allerdings von Anfang an klar, wie Humburg erläutert: „Drei Praxen mussten auf ihre gewohnte EDV verzichten und ihre Patientendaten in das neue System konvertieren, das war nicht leicht.“ Hinzu kamen Probleme mit den Netzwerkdruckern und der gemeinsamen Telefonzentrale: „Um die Angestellten am Empfang zu entlasten, haben wir die Telefonzentrale in einen separaten Raum ausgelagert“, erzählt Harloff. Eigentlich eine tolle Idee – doch unmittelbar nach dem Start beklagten sich viele Patienten, dass sie telefonisch nicht durchkamen, weil die Technik nicht mitspielte.

Dennoch blicken die Ärzte optimistisch auf ihr gemeinsames Projekt. Humburg erzählt: „Die technischen Startschwierigkeiten sind zwar ärgerlich, aber wir sind ein mehrköpfiges Team und können sie gemeinsam bewältigen. Weil wir nicht auf uns allein gestellt sind, kann sich auch mal einer von uns ein paar Stunden Zeit nehmen und sich mit den technischen Herausforderungen beschäftigen.“ Gleichzeitig gibt er zu bedenken, dass die Ärzte mit ihrem Zusammenschluss

auch einen gewaltigen Schritt in Richtung papierlose Praxis gegangen sind: „In einer Einzelpraxis würde man es kaum wagen, das System auf einen Schlag gleich so radikal umzustellen, weil es zwangsläufig ein paar Tage Praxisschließung bedeuten würde. Hier können wir uns die anfallende Arbeit an der Technik teilen und gleichzeitig weiterarbeiten.“

Zu den Tücken der Technik gesellen sich aber auch Herausforderungen bei der Teambildung. Jede der vier Praxen hatte für sich eingespielte Arbeitsabläufe, die von den Beteiligten bislang auch kaum hinterfragt wurden. „Jeder Arzt hat zum Beispiel andere Vorlieben, wie seine Arzthelferinnen mit Anrufen während der Sprechstunde umgehen sollen. Da mussten wir

Fortsetzung auf S. 8



Foto: Antje Soleimanian

**Dr. Klaus-Jürgen Harloff:**  
"Wir hoffen, dass wir mit dieser Struktur den Generationswechsel vollziehen können."

erst einmal eine gemeinsame Linie finden“, berichtet Harloff.

### Miteinander über Wünsche und Bedürfnisse reden

Konkret galt es zum Beispiel zu klären: Soll die Praxisangestellte in der Telefonzentrale Anrufe ins Sprechzimmer durchstellen, obwohl der jeweilige Arzt dort gerade einen Patienten behandelt? Soll sie alle Anrufe auf einem Zettel notieren und dem Arzt nach der Sprechstunde gesammelt reinreichen? Oder soll sie nach jedem einzelnen Anruf eine kurze E-Mail an den jeweiligen Arzt schicken, um ihn über den Anruf zu informieren? „Über diese Dinge muss man offen miteinander reden und sich über seine Wünsche und Bedürfnisse austauschen“, erläutert Harloff.

Sein Kollege Humburg sieht diesen Kommunikationsprozess als große Chance: „So ein

Zusammenschluss ist eine gute Gelegenheit, einmal alle Abläufe auf den Prüfstand zu stellen und gemeinsam etwas Neues zu entwickeln.“ Erstes produktives Ergebnis der Diversität: ein im Zuge vieler Teamdiskussionen entwickelter Telefonnavigator, der nun im Team eingesetzt wird. „Und genau so werden wir Schritt für Schritt auch alle anderen Abläufe optimieren und vereinheitlichen“, sagt Humburg.

Die Patienten honorieren das Engagement der Ärzte, auch wenn noch nicht immer alles reibungslos läuft: „Wir waren überrascht vom großen Andrang gleich in den ersten Tagen. Wir haben viel zu tun“, freut sich Humburg. Er und seine Kollegen wissen, dass die Umstellung vielen Patienten nicht leicht fällt: „Sie stehen nun auf einmal in der Schlange mit Leuten, die sie nie zuvor gesehen haben und fanden unsere alten Praxen wahrscheinlich auch gemütlicher.“ Dennoch sei größere Struktur im Sinne der langfristigen Versorgung im Stadtteil ein Vorteil für die Patienten – denn nur auf diese Weise könnten sie ihren vertrauten Arzt behalten.

### Modell mit viel Raum für Fantasie

Das hohe Patientenaufkommen und die gemeinsam genutzte Praxisstruktur machen das Ärztezentrum bereits kurzfristig zu einem wirtschaftlich sinnvollen Konzept: Nicht jeder Partner im Ärztezentrum hat ein eigenes Sprechzimmer, viele Räume werden flexibel genutzt. Hum-

burg erklärt: „Wir haben EDV-Terminals in jedem Raum, so dass überall der Zugriff auf alle Daten möglich ist.“ Vorhandene Geräte wie Langzeit-EKG oder Doppler sind in den gemeinsamen Pool eingegangen.

Mittel- und langfristig bemisst sich der Erfolg des Ärztezentrum vor allem an der Frage, ob es gelingt, Nachfolger für die ausscheidenden Kollegen zu finden. „Wir hoffen, dass wir in dieser Struktur den Generationswechsel vollziehen können. Immerhin bieten wir nun geregelte Arbeitszeiten und ökonomische Rahmenbedingungen, in denen sich auch drohende Honorareinbrüche leichter abfedern lassen als in einer Einzelpraxis“, hofft Humburg.

Aus diesem Grund sehen die Partner ihr „Ärztezentrum Neue Wilhelmsburger Mitte“ auch als ein Modell, das nicht nur südlich der Elbe funktioniert: „Hier in Wilhelmsburg müssen die Ärzte zwar bislang recht knapp kalkulieren, doch Wilhelmsburg ist ein dynamischer und aufstrebender Stadtteil, und mit unserem Ärztezentrum sind wir Teil der Aufbruchstimmung im Stadtteil“, betont Humburg. Ohnehin mache die veränderte Lebensplanung von Nachwuchsärzten vor Stadtteilgrenzen nicht halt: „Deshalb glauben wir, dass unser Modell Nachrückern überall ein attraktives Umfeld bieten kann – zur Nachahmung ausdrücklich empfohlen!“

*Antje Soleimanian*



Foto: Antje Soleimanian

**Lernendes System:** Um den Empfang zu entlasten, wurde die Telefonzentrale ausgelagert.



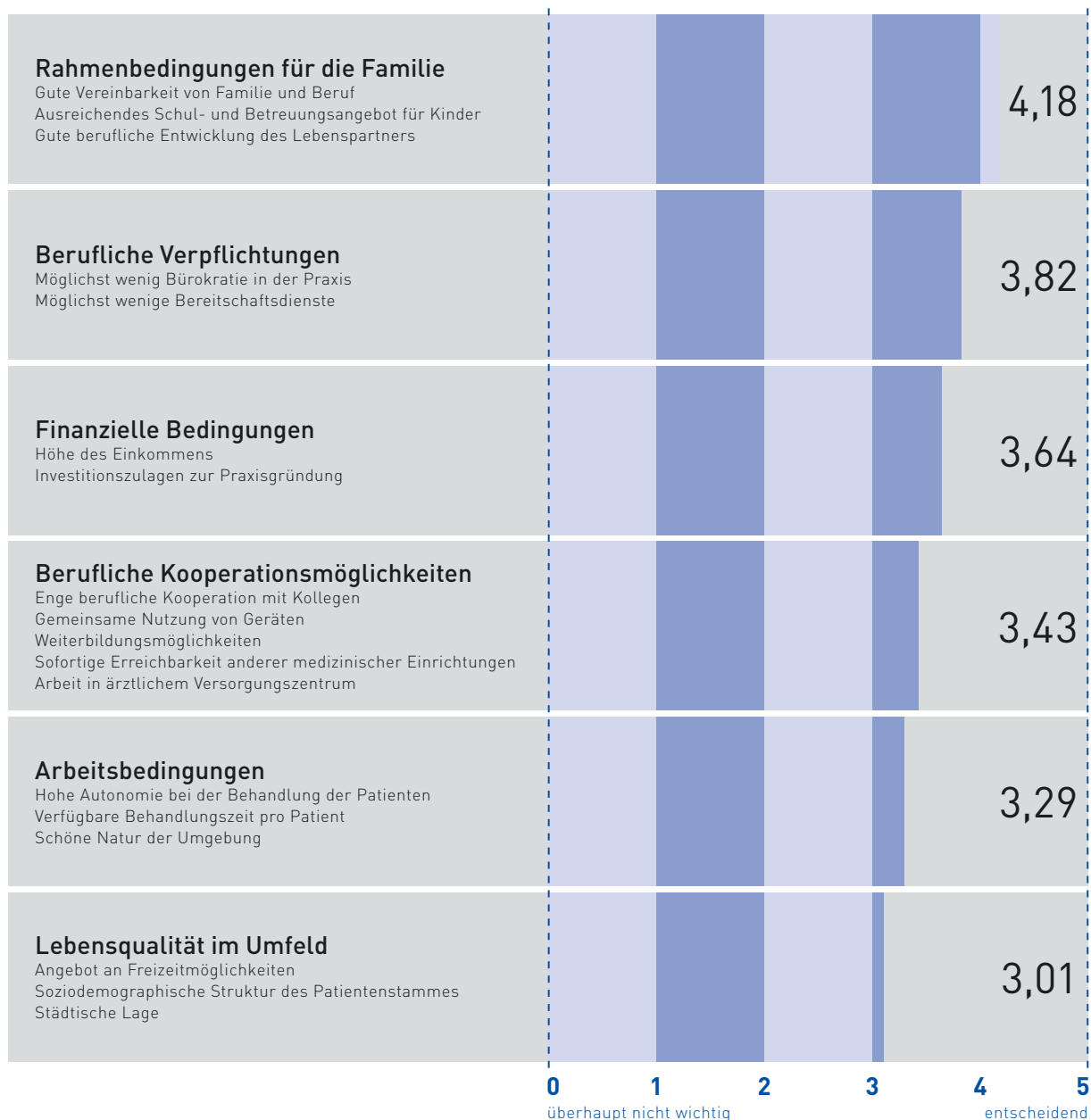
# Privatleben hat hohen Stellenwert

Die bessere Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben ist eine zentrale Forderung von jungen Ärzten. Das bestätigte jetzt nochmals eine Untersuchung des AOK-Bundesverbandes. So-

wohl für angehende Hausärzte als auch für angehende Fachärzte sind die Rahmenbedingungen für die Familie der wichtigste Aspekt bei der Niederlassungsentscheidung. Dazu gehört eine

gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf, ein ausreichendes Schul- und Betreuungsangebot für die Kinder sowie gute berufliche Entwicklungsmöglichkeiten für den Lebenspartner.

## Was ist jungen Ärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig?



Befragung von 5053 Ärzten unter 40 Jahren, noch ohne Gebietsbezeichnung

Quelle: C. Roick et al.: Was ist künftigen Hausärzten bei der Niederlassungsentscheidung wichtig? DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1268448>  
Die Studie wurde von der Bundesärztekammer gefördert.



Foto: Gina Sanders/fotolia.de

Schuffen rund um die Uhr? Auch Ärzte haben ein Recht auf Privatleben und Freizeit.

## Veränderte Bedürfnisse

■ Ein junger Arzt aus Wilhelmsburg erklärt, warum zeitgemäße Arbeitsstrukturen den Einstieg in eine Praxis attraktiver machen.

Ich kam vor drei Jahren als Weiterbildungsassistent nach Wilhelmsburg. Es gab damals Stellen wie Sand am Meer, ich hatte etwa 15 Zusagen. Warum ich mich für eine hausärztliche Praxis in Wilhelmsburg entschied, ist schwer zu erklären. Ich hatte wohl das Gefühl, hier mehr gebraucht zu werden als in anderen Stadtteilen.

Eine Einzelpraxis zu gründen oder zu übernehmen, kam für mich allerdings zu keinem Zeitpunkt in Frage. Ich möchte das betriebswirtschaftliche Risiko und die Personalverantwortung einer Praxis nicht allein tragen. Darüber hinaus ist es mir wichtig, den Beruf mit meinem Privatleben in Einklang zu bringen. Viele ältere Ärzte, die derzeit

Nachfolger für ihre Einzelpraxen suchen, haben ein enormes Arbeitspensum auf sich genommen. Die Praxis bedeutete ihnen alles, sie erfüllte das gesamte Leben.

Doch die Gesellschaft hat sich verändert: Der Anteil junger Kolleginnen nimmt zu, und familienfreundliche Arbeitsstrukturen werden auch in der vertragsärztlichen Versorgung Platz greifen. Die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben hat für junge Ärzte einen hohen Stellenwert – das zeigen alle Umfragen.

Künftig wird es mehr Ärzte geben als früher, doch sie werden weniger verdienen und weniger arbeiten. Die neuen Möglichkeiten im Vertragsarztrecht wie Jobsharing oder Teilzulas-

sung tragen dieser Entwicklung Rechnung.

Dass sich die Wilhelmsburger Praxis, in der ich nun als angestellter Arzt arbeite, mit anderen Einheiten zu einem Zentrum zusammen geschlossen hat, erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass ich einen der Arztsitze übernehme (siehe dazu Seite 5). Ich arbeite gern im Team. Den kollegialen Austausch schätze ich aus fachlichen wie auch aus menschlichen Gründen.

Die neue Praxisstruktur verhindert, dass die Teilhaber 12 bis 14 Stunden am Tag schuffen müssen. Sie können einen ausreichend erholsamen Jahresurlaub machen. Gleichzeitig profitieren die Patienten: Das Zentrum kann längere Öffnungszeiten anbieten als eine Einzelpraxis, und es gibt immer einen ärztlichen Ansprechpartner.

Der Zugang zu hausärztlicher Versorgung ist ein wichtiger Faktor für die Gesundheit einer Bevölkerung. Für mich ist die Allgemeinmedizin das attraktivste und abwechslungsreichste Fach. Man hat weniger mit Apparaten zu tun, dafür mehr mit den Patienten. Man redet, hört zu, führt körperliche Untersuchungen durch – und steht bisweilen vor Situationen und Aufgaben, die ein detektivisches Vorgehen im Zusammenhang mit den komplexen Lebenssituationen der Patienten erfordern. Der Hausarzt lernt die Patienten über die Jahre hinweg kennen, erfährt

etwas über deren Familie und ihr Lebensumfeld.

In Wilhelmsburg gibt es häufig gesundheitliche Probleme, die mit dem Migrationsschicksal der Patienten verbunden sind. Mindestens genau so gravierend sind Armut, Arbeitslosigkeit und Schulden auch in großen Teilen der deutschen Bevölkerung. Die soziale Frage ist also ein grundlegendes Problem und eine zentrale Herausforderung für unser ärztliches Handeln. Entsprechend dem ganzheitlichen biopsychosozialen Krankheitsmodell ist dies

keine Besonderheit, sondern selbstverständliche hausärztliche Herangehensweise, die sich in Wilhelmsburg aber deutlicher erschließt und deshalb unser Engagement besonders herausfordert und befriedigend macht.

Neue Praxisformen zu finden, die den Bedürfnissen der jüngeren Ärzte Rechnung tragen, ist sicherlich in sozialen Brennpunkten und auf dem Land besonders wichtig. Doch auch anderswo kann ein Zusammenschluss von Praxen dazu beitragen, die Attraktivität für mögliche Nachfolger zu erhöhen.



*Dr. Sven Pohl,  
angestellter Facharzt für  
Allgemeinmedizin in der Praxis  
M. Humburg / Dr. Conzelmann-  
Plieth im Ärztezentrum Neue  
Wilhelmsburger Mitte*

## Junge Allgemeinmediziner vernetzen sich

In welcher Praxis bekomme ich eine gute Weiterbildung? Wie hoch sollte die Vergütung sein? Wann und wo muss ich mich zur Facharztprüfung anmelden? Wie kann ich mich als Hausarzt niederlassen? Was darf eine Praxis kosten? Wie soll es weitergehen mit der Allgemeinmedizin? Zu diesen und ähnlichen Fragen tauschen sich die Mitglieder des vor einem Jahr gegründeten „Netzwerks Junge Allgemeinmedizin Hamburg“ (NJAH, gesprochen Enja) aus.

„Hat man als Arzt in Weiterbildung an der Uni oder in der Klinik noch viele Kontaktpersonen in ähnlicher Lebenslage, steht man mit wichtigen Fragen und Entscheidungen in der ambulanten Arztpraxis schnell allein da“, sagt Dr. Sebastian Eipper. „Daher verstehen wir uns im besten Sinne als eine Selbsthilfegruppe; als Plattform um Fragen zu stellen und Erfahrungen auszutauschen. Wir versuchen jedoch auch in enger Zusammenarbeit mit KV und Ärztekammer die Bedingungen für junge Ärzte im hausärztlichen Bereich zu verbessern.“ Daher werden auch immer wieder externe Referenten zu den Treffen eingeladen – erfahrene Vertragsärzte beispielsweise oder eben Experten von KV und Ärztekammer.

Zur Zeit umfasst das Netzwerk etwa 45 Mitglieder aus allen Weiterbildungsabschnitten der Allgemeinmedizin sowie junge Fachärzte, die sich seit kurzem niedergelassen haben.

*Die Gruppe trifft sich jeden ersten Mittwoch im Monat im Ärztehaus Hamburg, Humboldtstr. 56.  
Kontakt: Dr. Sebastian Eipper, Tel: 8669340, Email: Seipper@gmx.de  
Corinna Bending, Email: coribendig@gmx.de*

*Internet: [www.junge-allgemeinmedizin-hamburg.de](http://www.junge-allgemeinmedizin-hamburg.de)*



Foto: Michael Zapf

Das neue Führungsduo: Dr. Stephan Hofmeister (links) und Dr. Michael Späth (rechts)

## Zwei-Drittel-Mehrheit für Dr. Späth

- Die KV-Vertreterversammlung bestätigte den bisherigen Vorsitzenden im Amt – und wählte den Hausarzt Dr. Stephan Hofmeister zum Stellvertreter. Die KV-Gremien wurden weitgehend im Konsens besetzt.

Kontinuität und beginnender Generationswechsel kennzeichnen die Ergebnisse der Wahlen zu den Gremien der Selbstverwaltung der KV Hamburg. Als Vorsitzender der Vertreterversammlung wurde Dr. Michael Späth mit 21 von 30 Stimmen für die sechsjährige Amtszeit bestätigt. Späth ist Listenführer der „Hamburger Allianz“, die mit 12 Abgeordneten die mit Abstand größte Fraktion stellt. Sein neuer Stellvertreter wurde Dr. Stephan Hofmeister, den 24 der 30 Abgeordneten wählten. Hofmeisters Liste, die „Hamburger Hausärzte“, ist nach dem Hamburger Hausärzterverband die dritt-

stärkste Kraft in der Vertreterversammlung.

Der bisherige Vize-Vertreterversammlungsvorsitzende, Dr. Wolfgang Wesiack, hatte für diese Position nicht mehr kandidiert.

Späth betonte in einer Stellungnahme zu seiner Wiederwahl das hohe Maß an Konsens, mit dem in Hamburg KV-Politik gemacht werde: „Wir haben es trotz eines harten Wahlkampfes und den mitunter hässlichen Auseinandersetzungen außerhalb Hamburgs geschafft, die wichtigsten Ämter im Konsens zu besetzen. Hamburgs Hausärzte, Fachärzte und Psy-

chotherapeuten haben damit wieder viel Verantwortungsbewusstsein gezeigt.“ Damit werde der „Hamburger Weg“ eines Umbaus der KV zu einem modernen Dienstleistungsunternehmen konsequent fortgesetzt. Späth gehört seit 1993 der Spitze der Selbstverwaltungsorgane in der Hansestadt an.

Sein neugewählter Stellvertreter Hofmeister sieht die hausärztliche Vertretung in der KV Hamburg gestärkt: „Wir sind angetreten, um unsere Positionen innerhalb und mit der KV zu vertreten. Dazu bestehen nun sehr gute Ausgangsbedingungen.“ Der



Eilbeker Hausarzt kündigte an, die Politik der KV kritisch, aber konstruktiv zu begleiten und die Einheit der Ärzteschaft zu achten: „Es ist derzeit nicht selbstverständlich, dass bei einer deutlichen fachärztlichen Mehrheit in Hamburg einem Hausarzt ein so wichtiges Amt anvertraut wird“. Haus- und Fachärzte dürften die Verfolgung ihrer Interessen nicht in Konkurrenz betreiben.

Nahezu im Konsens wurden die Beratenden Fachausschüsse gewählt, die den Vorstand in wichtigen Fragen beratend zur Seite stehen. Die Vertreter der jeweiligen Fachbereiche hatten sich zuvor auf ihre Wunschkandidaten geeinigt. Diese Listen wurden von der Vertreterversammlung unverändert angenommen. Als Sprecher des Fachärzteausschusses wurden Dr. Dirk Heinrich und des Hausärzteausschusses

Volker Lambert bestätigt, für den Psychotherapeutenausschuss spricht künftig Dipl.-Psych. Hanna Guskowski.

Der hauptamtliche Vorstand der KV Hamburg – Dieter Bollmann als Vorsitzender und Walter Plassmann als Stellvertreter – war bereits im vergangenen Jahr für die am 1. Januar 2011 begonnene Amtsperiode wiedergewählt worden.



Sprecher des Beratenden Fachausschusses Hausärzte:  
Volker Lambert



Sprecher des Beratenden Fachausschusses Fachärzte:  
Dr. Dirk Heinrich



Sprecherin des Beratenden Fachausschusses Psychotherapeuten: Hanna Guskowski



Foto: Felix Falter

*Ihre Ansprechpartnerinnen im Infocenter (v.l.n.r.): Sandy Kupferschmidt, Monique Laloire, Fleur Priess, Katja Egbers und Heike Kühnel*

## 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** *Muss ich einen Vertreter benennen, wenn ich meine Praxis weniger als eine Woche schließen will?*

Ja. Auch bei einer Praxis-schließung von weniger als einer Woche muss ein Vertreter benannt werden – zum Beispiel durch einen Aushang an der Tür und/oder eine Ansage auf dem Anrufbeantworter. Die Vertretung ist mit dem benannten Arzt abzusprechen. Wenn Sie Ihre Praxis länger als eine Woche schließen, müssen Sie dies zusätzlich der KV melden. (Quelle: BMV-Ä § 17 Abs. 3 bzw. BMV-EKV § 13 Abs. 9)

**2** *Ich habe Anfang des Jahres meine Praxis einem Nachfolger überlassen und besitze noch einige BTM-Rezepte. Muss ich diese vernichten oder kann ich sie meinem Praxisnachfolger überlassen?*

BTM-Rezepte, die nicht mehr benötigt werden, müssen per Einschreiben an die Bundesopiumstelle zurückgeschickt werden. Zusätzlich müssen Sie den Verbleib der Rezepte unter Angabe der entsprechenden Rezeptnummern dokumentieren. Eine Weitergabe an dritte Personen – auch an Ihren Nachfolger – ist unzulässig.

**3** *Stimmt es, dass man die Bereitschaftspauschale der GOP 01435 auch noch nach dem 31. Dezember 2011 abrechnen kann?*

Ja. Bisher stand im Anhang zur Leistungslegende der Hinweis, dass die GOP 01435 nur bis zum 31. Dezember 2010 berechnungsfähig ist. Per Beschluss des Bewertungsausschusses ist dieser Hinweis jedoch gestrichen worden. Somit ist die Leistung weiterhin berechnungsfähig. Den Hinweis in Ihrer Praxissoftware, dass die GOP

01435 nicht mehr berechnungsfähig ist, können Sie ignorieren. Wenn Sie das Update für das 2. Quartal 2011 einspielen, sollte dieser Hinweis nicht mehr angezeigt werden.

**4** *Ich werde immer wieder von Pflegedienstmitarbeitern aufgefordert, Medikamentendokumentationen in der Pflegeakte von Pflegediensten oder Pflegeheimen vorzunehmen. Natürlich führen wir unsere eigene Patientenakte in der Praxis. Auch schreibe ich auf die mitgegebenen Rezepte für den Patienten auf, wie die Medikamente anzuwenden sind. Doch gehört es wirklich zu meinen Pflichten, auch fremde Akten kostenfrei zu führen?*

Nein. Sie sind nicht verpflichtet, außerhalb Ihrer eigenen Dokumentation noch Medikamentendokumentationen in Pflegeakten von Pflegediensten und Pflegeheimen vorzunehmen.

## ICPC-Thesaurus kommt erst im 3. Quartal

### ■ KV rät Hausärzten, Kodierrichtlinien-Tool schon jetzt auszuprobieren

Der ICPC-Thesaurus, mit dessen Hilfe die wichtigsten Diagnosen und Behandlungsanlässe einer Hausarztpraxis in ICD-10-Kodes „übersetzt“ werden, ist nach KBV-Angaben erst ab dem 3. Quartal in der Praxissoftware enthalten. Im

*KVH-Telegramm* vom 16. Dezember 2010 wurde berichtet, dieses Werkzeug werde bereits im ersten Halbjahr 2011 zur Verfügung stehen. Der anvisierte Termin konnte aber nicht eingehalten werden. Daher rät die KV Hamburg allen

Hausärzten, die Ambulanten Kodierrichtlinien in der Praxissoftware zu aktivieren, um den Umgang damit auszuprobieren. Bis Ende des 2. Quartals 2011 können die AKR in der Software jederzeit wieder deaktiviert werden.

## Änderung von Vordrucken

Die KBV und der GKV-Spitzenverband haben zum 1. April 2011 Änderungen von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung beschlossen.

- Muster 6 (Überweisungsschein) wurde in großen Teilen überarbeitet.
- Beim Muster 63 (Verordnung SAPV) entfallen die Rücksei-

ten der zweiten und dritten Seite.

- Muster 71 und 71A (Erst- und Folgeantrag besondere Arzneimitteltherapie) haben mit Inkrafttreten des AMNOG zum 1. Januar 2011 ihre Gültigkeit verloren.
- Muster 80 (Dokumentation des Behandlungsanspruchs

von im Ausland Versicherten) wurde geringfügig redaktionell verändert.

Die alten Vordrucke Muster 63 und 80 können aufgebraucht werden, während für Muster 5/6 ab dem 1. April 2011 die neuen Vordrucke verwendet werden müssen.

*Ansprechpartner:  
Infocenter, Tel: 22802-900*

## Anträge für genehmigungspflichtige Leistungen

### ■ Bitte Unterlagen vollständig einreichen

Anträge für genehmigungspflichtige Leistungen (zum Beispiel Ultraschall, Röntgen etc.) können von der KV nur dann zügig bearbeitet werden, wenn die Unterlagen komplett sind. Neben den Antragsformularen müssen beispielsweise auch Zeugnisse, Bescheinigungen oder Urkunden eingereicht werden.

Wenn Sie unsicher sind, ob Ihre Unterlagen vollständig sind, oder wenn Sie Fragen zum Antragsverfahren haben, helfen Ihnen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Abteilung Qualitätssicherung gerne weiter.

*Ansprechpartner: Ihr Sonoteam  
Tel: 22802-384, -406, -478, -358*

# „Eine echte Mogelpackung“

■ Hausärzte sollen den geplanten Honoraranstieg für Hausbesuche aus eigener Tasche zahlen. Die KV Hamburg fordert zusätzliches Geld.

Die auf Bundesebene beschlossene Verbesserung der Honorierung für Haus- und Heimbefuche wird in Hamburg nicht ankommen. Der Grund: Die Hausärzte müssten diese Honorarverbesserung selbst finanzieren – was angesichts der knappen Mittel gar nicht möglich ist. „Wir müssen die zusätzlichen Gelder bei den Krankenkassen einfordern“, kündigte der Vorsitzende der KV Hamburg, Dieter Bollmann, an.

Im Januar hatten sich KBV und Krankenkassen darauf geeinigt, das Honorar für einen

Hausbesuch ab 1. April um knapp sechs auf 21 Euro anzuheben. Allerdings soll diese Aufstockung aus der allgemeinen Behandlungspauschale entnommen werden. „Das ist das Prinzip ‚rechte Tasche – linke Tasche‘“, so Dr. Stephan Hofmeister, stellvertretender Vorsitzender der Hamburger Vertreterversammlung. „Eine echte Mogelpackung.“

„So können wir den Beschluss nicht umsetzen“, fasst Bollmann erste Hochrechnungen zu den Auswirkungen in Hamburg zusammen, „denn dann hätten wir noch nicht einmal

mehr ausreichend Geld, um die Grundversorgung zu finanzieren.“

Seit Jahren verlangt die KV Hamburg eine Verbesserung der Honorierung für die Hausbesuchstätigkeit eines Hausarztes. Maximal 15,40 Euro erhält er derzeit für den Besuch eines Patienten in dessen Wohnung oder im Pflegeheim. Nur die AOK Rheinland/Hamburg ist bislang bereit, die Hausbesuchstätigkeit besser zu honorieren: Im Rahmen des mit der KV Hamburg vereinbarten Hausarztvertrages werden insgesamt 30 Euro bezahlt.

## Änderungen des EBM

### Zweitmeinungsverfahren

Die Kostenpauschalen für die Beantragung und Beurteilung einer besonderen Arzneimitteltherapie nach GOP 40865 bis 40868 aus dem Abschnitt 40.17 des Kapitel 40 des EBM sind seit Anfang des Jahres nicht mehr berechnungsfähig.

### Verordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung

Die Kostenpauschalen 40860 und 40862 des Abschnittes 40.17 für die Erst- und Folgeverordnung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung werden mit Wirkung ab

1. April 2011 in die Gebührenordnungsposition 01425 und 01426 des Abschnittes 1.4 des EBM überführt.

*Ansprechpartner:  
Infocenter,  
Tel: 22802-900*

## KV-WebNet: Identifizierung mit Benutzername und Passwort jetzt möglich

Der Zugang zu KV-WebNet mit Benutzername und Passwort ist jetzt betriebsbereit. Falls Sie diese Variante der Online-Abrechnung testen wollen, können Sie

die Abrechnungsdatei des vierten Quartals 2010 übertragen. Bitte als Test kennzeichnen! Eine Anleitung zur Datenübertragung finden Sie im Internet

unter: [www.kvvh.de](http://www.kvvh.de) → Abrechnung → Online-Abrechnung

*Ansprechpartner:  
Infocenter, Tel: 22802-900*



Korrektur zu KVH-Journal 2/2011, Seite 15

## Scheine der Sozialhilfeträger müssen weiterhin eingereicht werden

Die Mitteilung, dass die Scheine der Sozialhilfeträger nicht mehr mit der Abrechnung eingereicht werden müssen, ist unzutreffend. Wir bitten diesen Fehler zu entschuldigen. Es ist weiterhin erforderlich, die Scheine aller Sozialhilfeträger einzureichen.

Zwar sind die PVS-Systeme auf die Übernahme aller erforderlichen Daten eingerichtet, doch es fehlt bislang noch eine entsprechende vertragliche Regelung mit der Sozialbehörde.

*Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22802-900*

### Amtliche Veröffentlichung

Auf der Website der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) wird unter der Rubrik „Recht und Verträge / Amtliche Veröffentlichungen“ Folgendes bekannt gegeben:

- Hautkrebsvorsorge-Vertrag mit der BKK-VAG NORD vom 4. September 2009: Anlage 1 (teilnehmende Betriebskrankenkassen) zum Vertrag ist aktualisiert worden.
- AG Vertragskoordinierung: Kündigung des Vertrages nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin vom 06.05.2008 mit der BIG direkt gesund zum 31. März 2011
- DMP: Aktualisierte Listen der beigetretenen BKKn im Internet. Die Listen der beigetretenen BKKn sind aktualisiert worden und auf der Website der KV Hamburg veröffentlicht unter *Versorgung → DMP → Liste der teilnehmenden BKKn*.
- Honorarvereinbarung 2011 vom 20.12.2010  
2. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab vom 23.04.2010  
Vereinbarung zur Bereinigung des Behandlungsbedarfes vom 20.12.2010  
Hinweis: Diese Verträge wurden auf der Website der KV Hamburg unter der Rubrik „Recht und Verträge / Amtliche Veröffentlichungen“ am 22.12.2010 unter Vorbehalt veröffentlicht, um Sie rechtzeitig zu informieren. Das Unterschriftenverfahren ist nun abgeschlossen und die Verträge somit gültig.

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

*Ansprechpartner: Infocenter, Tel: 22 802 - 900*

# Arznei- und Heilmittelvereinbarung

- Zur Kennzeichnung von Praxisbesonderheiten und zur neuen Prüfsystematik hat die Fachberatung der KV viele Nachfragen bekommen. Hier eine Zusammenfassung der wichtigsten Themen.

*Bin ich jetzt verpflichtet, meine Praxisbesonderheiten schon in den Abrechnungsunterlagen zu melden?*

Nein, eine Verpflichtung hierzu besteht nicht. Die neue Prüfungsvereinbarung eröffnet aber die Möglichkeit, bestimmte Indikationen/Arzneimittel/Heilmittel schon in der Abrechnung mit Hilfe von Symbolnummern als Praxisbesonderheit zu kennzeichnen. So kann die Prüfungsstelle diese Praxisbesonderheiten vorab berücksichtigen. Macht eine Praxis von dieser Möglichkeit Gebrauch, verringert sie die Gefahr, später aufwändige Stellungnahmen in Prüfungsverfahren abgeben zu müssen.

*Kann ich nur Praxisbesonderheiten geltend machen, die in der Vereinbarung aufgelistet sind?*

Nein, man kann auch andere Praxisbesonderheiten geltend machen. Die in der Vereinbarung aufgelisteten Praxisbesonderheiten können aber vorab gemeldet werden und sind und damit „automatisch“ anerkannt. Liegen weitere kostenintensive Besonderheiten vor, können diese immer noch geltend gemacht werden, wenn Überschreitungen des Richtgrößenvolumens im Rahmen eines Prüfungsver-

fahrens begründet werden müssen.

*Werden die Arzneimittelkosten für anerkannte Praxisbesonderheiten zu hundert Prozent von den Verordnungskosten der Praxis abgezogen?*

Das ist unterschiedlich. Die Arzneimittel in Gruppe 1 der Praxisbesonderheiten belasten ihr Budget gar nicht, das heißt sie werden zu 100 Prozent herausgerechnet. Die Kosten der in Gruppe 2 aufgelisteten Arzneimittel (z.B. Atypika bei Schizophreniepatienten) werden von der Prüfungsstelle in Abhängigkeit vom Richtgrößengruppendurchschnitt von den Verordnungskosten der Praxis abgezogen. Gibt es in einer Praxis überdurchschnittlich viele Schizophreniepatienten, die kostenintensive Verordnungen von atypischen Neuroleptika benötigen, werden nur diese „Mehrkosten“ berücksichtigt. Bei weiteren Praxisbesonderheiten entscheidet die Prüfungsstelle.

*Sind die in der Vereinbarung zusammengestellten Listen mit den Praxisbesonderheiten als Positivlisten zu verstehen?*

Nein. Die Verordnungsfähigkeit von Arznei- und Heilmitteln wird durch diese Listen nicht tangiert. Heilmittel sind wei-

ter unverändert nach Maßgabe der Heilmittelrichtlinie und des Heilmittelkatalogs verordnungsfähig.

*Dürfen bei einem Patienten mehrere Symbolnummern angegeben werden?*

Ja. Benötigt ein Patient verschiedene Arzneimittel/Heilmittel, für die in der Vereinbarung jeweils Symbolnummern angegeben sind, können alle zutreffenden Nummern nebeneinander eingetragen werden.

*Bei einigen gelisteten Praxisbesonderheiten gibt es Interpretationsspielräume. Entstehen mir Nachteile, wenn die Prüfungsstelle die von mir angegebene Symbolnummer als unzutreffend ansieht?*

Findet die Prüfungsstelle zur gemeldeten Symbolnummer in den Verordnungsdaten der Praxis aus ihrer Sicht kein passendes Arzneimittel/Heilmittel, werden die Kosten möglicherweise vorab nicht berücksichtigt. Dies zu entscheiden, liegt im Ermessen der Prüfungsstelle. In einem Prüfungsverfahren können die Unklarheiten beseitigt und die Praxisbesonderheiten gegebenenfalls anerkannt werden.

*Wann bekomme ich eine Trendmeldung, um die bishe-*

*rigen Arznei-/Heilmittelverordnungen mit meinen Richtgrößenvolumen abgleichen zu können?*

Voraussichtlich im Mai werden alle Praxen, die Arzneimittel verordnet haben und denen eine Richtgröße zugeteilt wurde, eine Arzneimitteltrendmeldung für das erste Quartal 2011 erhalten. Diese enthält auch ein Richtgrößenbarometer mit Angaben zur Über- beziehungsweise Unterschreitung. Im Heilmittelbereich wird die KV erst eine Trendmeldung zur Verfügung stellen können, wenn die Krankenkassen die entsprechenden Daten kontinuierlich und in der nötigen Qualität liefern.

*Können die Symbolnummern auch bei Off-Label-Verordnungen angegeben werden?*

Nein. Die Verordnungsfähigkeit von Arzneimitteln außerhalb der zugelassenen Indikation kann nur im Einzelfall beurteilt werden. Eine generelle Anerkennung in diesem teilweise automatisierten Verfahren ist nicht möglich.

Besteht also laut Vereinbarung die Möglichkeit, Antiepileptika mit einer Symbolziffer zu melden, so werden nur die Verordnungskosten der Arzneimittel berücksichtigt, die für die Behandlung der Epilepsie zugelassen sind.

*Gibt es innerhalb der neuen Vereinbarung eine Regelung zur Verordnung von Blutzuckerteststreifen?*

Nein. Die in den Vorjahren ver-



Foto: Veer

einbarten Verordnungsmengen für Teststreifen sind nicht übernommen worden. Aber natürlich gilt für die Verordnung der Blutzuckerteststreifen auch weiterhin, dass sie nur dann als wirtschaftlich betrachtet wird, wenn die Teststreifen innerhalb der Therapie medizinisch notwendig sind. Zu dieser Fragestellung wird in Gremien auf der Bundesebene diskutiert, ob die Verordnung dieser Teststreifen für nicht insulinpflichtige Diabetiker Typ 2 eingeschränkt werden soll.. Sobald hier Entscheidungen feststehen, werden wir Sie darüber informieren. Die ehemaligen Verordnungszahlen eignen sich auch weiterhin als Richtschnur für die wirtschaftliche Verordnung von Blutzuckerteststreifen.

*Was passiert, wenn ich die vereinbarten Verordnungsanteile zu den Leitsubstanzen oder die vereinbarten Quoten nicht einhalte?*

Kann eine Praxis die festgelegten Verordnungsanteile für die

Leitsubstanzen oder die Quoten nicht einhalten, ist dies für die Prüfungsstelle noch kein Anlass, um aktiv zu werden. Doch wenn eine Praxis in die Richtgrößenprüfung gerät, wird eine Überschreitung der Anteile oder Quoten als zusätzliches Indiz für unwirtschaftliches Verordnen gewertet. Umgekehrt kann die Einhaltung der Anteile und Quoten ein Indiz dafür sein, dass die Richtgrößen aus anderen Gründen überschritten wurden.

Die KV bittet die Ärzte, die vereinbarten Zielwerte möglichst einzuhalten. Um eventuellen Forderungen der Krankenkassen auf kollektiver Basis argumentativ entgegenzutreten zu können, ist es wichtig, dass die Wirtschaftlichkeitsziele flächendeckend eingehalten werden.

*Ansprechpartnerinnen für Fragen zu Arzneimitteln:  
Bereich Beratung und Information:  
Regina Lilje, Tel: 22802-498  
Barbara Spies, Tel: 22802-564*

# Die Priscus-Liste

■ Erstmals wurde in Deutschland eine umfangreiche Aufstellung "potenziell inadäquater Medikamente für Senioren" veröffentlicht. Wie hilfreich ist sie?

In den USA gibt es das Pendant zur Priscus-Liste, die Beers-Liste; diese war jedoch wegen vielfältiger Unterschiede auf dem Arzneimittelmarkt für Deutschland nur begrenzt anwendbar und fand wenig Beachtung. Das soll mit der im August 2010 veröffentlichten Priscus-Liste anders werden. Die Pharmakologin Petra Thürmann von der Universität Witten-Herdecke legte, gefördert durch Gelder des Bundesministeriums für Bildung und Forschung, jetzt eine 33-seitige Liste mit 83 Arzneistoffen aus 18 Arzneistoffgruppen vor, die von 26 Experten im Rahmen einer strukturierten Expertenbefragung (Delphi-Methode) als „potenziell inadäquat“ in der Arzneitherapie älterer Menschen eingestuft wurden. Wie die Priscus-Liste erstellt wurde sowie eine Kurzfassung der Priscus-Liste findet sich in einem Übersichtsartikel im *Deutschen Ärzteblatt* (Heft 31/32, 9.8.2010).

Woher der Name kommt? "Priscus" heißt lateinisch "altherwürdig" und charakterisiert die Altersgruppe, auf die sich die Liste bezieht.

## Wie kam die Liste zustande?

Im Prinzip ist diese erste deutsche PIM-Liste (PIM bedeutet potenziell inadäquate Medikation) ein kurzgefasstes, allerdings inkomplettes Lehrbuch

der Pharmakologie für ältere Menschen. Sie beruht auf einer Literaturrecherche (Pubmed) und der Auswertung mehrerer amerikanischer und europäischer PIM-Listen. Auf dieser Basis wurde eine vorläufige Liste mit 131 potenziell inadäquaten Arzneistoffen mit deutscher Zulassung erstellt, die 26 Experten in zwei Befragungsrunden zur Beurteilung vorgelegt wurden. Bei 46 Arzneimitteln konnten die Experten keinen Konsens finden, sie als "PIM" einzustufen. Letztlich wurden 83 Arzneistoffe als riskant eingeordnet.

## Die Priscus-Liste ist in sechs Spalten gegliedert:

- Name des Arzneimittels
- Ergebnis der Delphi-Befragung
- Begründung (für die Aufnahme in die Liste)
- Therapie-Alternativen (medikamentöse und nicht-medikamentöse)
- Maßnahmen, falls das Arzneimittel trotzdem verwendet werden soll (Kontrollen zur Vermeidung beziehungsweise Früherkennung unerwünschter Arzneimittelwirkungen)
- Zu vermeidende Komorbiditäten (bei denen das Arzneimittel nicht angewendet werden soll)

## Hilfreich in der Praxis

Die in der Priscus-Liste enthaltenen Informationen sind nicht wirklich neu. Viele der Neben-

wirkungen und zu vermeidenden Komorbiditäten dürften dem kritisch verordnenden Arzt bekannt sein. Es handelt sich auch nicht um eine "Negativliste". Vor Verordnung gelisteter Medikamente sollten jedoch möglichst die in der Liste erwähnten, besser verträglichen Therapie-Alternativen erwägt werden. Bei (unvermeidlicher) Verordnungs-Indikation sind Kontroll-Maßnahmen wie spezifische Blut- oder sonstige Untersuchungen genannt, die aufkommende Probleme frühzeitiger erkennen lassen. All das ist hilfreich in der täglichen Arzneiverschreibungspraxis.

Der Wert der Liste liegt in erster Linie darin, dass der Stand des (Experten-)Wissens zusammengefasst und verständlich wie übersichtlich dargestellt wird. Keinesfalls ist die Liste erschöpfend. Sie kompiliert die Meinung von Experten aus den Fachgebieten Geriatrie, Pharmakologie, Neurologie/Psychiatrie, Schmerztherapie, Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Evidenzbasierte Studien mit höherer Aussagekraft sind zu den meist langjährig verordnungsfähigen, gelisteten Arzneimitteln ohnehin kaum vorhanden.

## Individuelle Entscheidung unverzichtbar

Die Entscheidung im individuellen Fall kann die Priscus-Liste den Ärzten erleichtern, aber nicht

abnehmen. Manche Aussagen erscheinen hinterfragbar. Ist es berechtigt, die gesamte Gruppe der klassischen Antidepressiva (Amitriptylin, Doxepin, Imipramin etc.) als potenziell ungeeignet und die SSRI-Antidepressiva als (problemlose?) Therapie-Alternativen darzustellen? Eine subjektive Färbung ist also vorhanden und unvermeidbar. Auch gibt es in der Liste nicht erwähnte Arzneistoffe wie Diclofenac, auf deren Konto auf Grund ihrer häufigen Anwendung sehr viele unerwünschte Arzneimittelwirkungen gehen, während seltener angewandte antirheumatische Schmerzmittel (zu Recht) kritisch aufgelistet werden.

### Weniger Neuroleptika und Sedativa verordnen!

"Potenziell inadäquate Medikation im Alter gilt als Risikofaktor für unerwünschte Ereignisse", schreiben die Priscus-Autoren zu Recht. „40 Prozent der Altenheimbewohner nehmen solche Medikamente“ berichtet der "Stern" in seiner Ausgabe vom 9. August. Bei zu Hause lebenden 75-Jährigen seien es 15 bis 20 Prozent, die Mittel einnehmen, die auf der Priscus-Liste stehen, zitiert das Blatt Petra Thürmann. Diese Zahlen scheinen realistisch, und sie sind erschreckend. Ein Gutteil dieser Zahlen geht offenbar auf die Verordnung von Neuroleptika und Sedativa vom Benzodiazepintyp zurück, deren verheerende sturz- und frakturfördernde Wirkungen seit langem bekannt sind - eine Verordnung, die leider immer noch eingefordert wird von Patienten,

**TK weist Versicherte auf Priscus-Liste hin**

TK-Versicherte erhalten seit einigen Jahren auf Wunsch eine Übersicht ihrer in der Apotheke eingelösten Verordnungen. Seit Anfang des Jahres werden über 65-jährige Nutzer des sogenannten TK-ViA zusätzlich darauf hingewiesen, wenn sie einen in der Priscus-Liste aufgeführten Arzneistoff bezogen haben.

Angehörigen und Pflegekräften. Hier muss der Arzt noch mehr Energie und Überzeugungskraft aufbringen und solche kritischen Verordnungen möglichst vermeiden.

### Polymedikation als Risikofaktor

Es sind aber nicht nur die "falschen" Arzneimittel, die alten Patienten schaden. Auch die weit verbreitete Polymedikation im Alter ist riskant. Studien haben gezeigt, dass die Zuverlässigkeit der Arzneimittelaufnahme mit der Zahl der verordneten Tabletten sinkt. Der Patient entscheidet stillschweigend, was er einnimmt und was nicht - nach diffusen Kriterien, die dem behandelnden Arzt meist verborgen bleiben, insbesondere, wenn er nicht immer wieder freundlich nachfragt. Der Lösungsansatz ist einfach und wirkungsvoll: Weniger Medikamente verordnen (möglichst nicht mehr als 4 bis 5 verschiedene pro Patient einschließlich der von anderen Fachärzten verordneten), weniger Einnahmezeitpunkte (max. 2 bis 3 am Tag), keine unnötigen Medikamentenwechsel (ggf. Nutzung des "non aut idem"-Kreuzes auf dem Rezept), Beschränkung auf sichere und lebensnotwendige Medikamente (z. B. Verzicht

auf "Cholesterinkosmetik" bei fehlenden sonstigen Risikofaktoren), Verordnung von möglichst niedrigen Dosen, regelmäßige Überprüfung der Medikation gemeinsam mit dem Patienten und Mitgabe des besprochenen, aktualisierten Medikamentenplans. Und vor allem immer wieder den Patienten informieren und ergebnisoffen nachfragen.

### Wie geht es weiter?

Die Priscus-Liste soll fortlaufend überprüft und aktualisiert werden. Es wäre sinnvoll, sie in geriatrische Leitlinien, hausärztliches Assessment und elektronische Verordnungssysteme in Arztpraxis und Apotheke einzubinden. Ein erster Schritt ist getan. Es bleiben viele weitere notwendig, bis die Arzneitherapie des älteren Menschen endlich die solide wissenschaftliche und auch praxisnahe Fundierung erhält, die sie angesichts der demografischen Entwicklung unvermeidlich braucht.

*Dr. Alfred Haug, Facharzt für Allgemeinmedizin in Bremen*

Die komplette Priscus-Liste im Internet: [www.priscus.net](http://www.priscus.net)

Zuerst erschienen im Bremer Ärztejournal (12.2010/01.2011) - Nachdruck mit freundlicher Genehmigung.

# Steckbrief – Für Sie in der neuen Vertreterversammlung

---

Angela M. Deventer



**Geburtsdatum:** 9. Februar 1957

**Familienstand:** verheiratet, zwei erwachsene Kinder

**Fachrichtung:** Physikalische und Rehabilitative Medizin

**Weitere Ämter:** Delegierte in der Vertreterversammlung der KV Hamburg und im Beratenden Fachausschuss Fachärzte der KV; Delegierte der Vertreterversammlung der Hamburger Ärztekammer und dort Mitglied des Weiterbildungsausschusses, des Ausschusses Gender Mainstream; Vorsitzende des Berufsverbandes der Rehabilitationsärzte Deutschlands

**Hobbys:** mit Freunden zusammensein, Lesen, Reisen, Geschichte, Rockmusik, Garten, Rosen

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

Im Wesentlichen schon - manche allerdings anders als ich dachte.

*Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen?*

Erhalt der Freiberuflichkeit, Verhinderung der Übernahme der medizinischen Versorgung durch Konzernketten, Erhalt der KV als Schutz dagegen, angemessene Bezahlung für ärztliche Leistung einschließlich der Gespräche; Erhalt unserer hervorragenden Gesundheitsversorgung, die weit besser im internationalen Vergleich ist, als die meisten Deutschen denken.

*Sollte das Gesundheitssystem reformiert werden? Und welche Rolle sollte die KV spielen?*

Um das Gesundheitssystem zu erhalten, muss es reformiert werden. Wenn wir diese Notwendigkeit ignorieren, schaden wir uns allen. Wir müssen uns auf das Wesentliche und das Wichtige konzentrieren. In 10 Jahren kommen wir Babyboomer in das Rentenalter. Ich hoffe, wir schaffen es bis dahin auch, die sozialen Systeme in die richtigen Bahnen zu lenken. Dabei spielt die KV mit ihrer Kompetenz und Erfahrung eine große Rolle: Sie ist die demokratisch gewählte Vertretung der niedergelassenen Ärzte – aber sie kann nur so gut sein wie ihre Mitglieder!

*Welchen Politiker/Prominenten würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen?*

Frau Merkel – wie kann sie es als Kanzlerin, als Physikerin und als Frau verantworten, der Atomlobby nachzugeben und die Laufzeiten der Atomkraftwerke gegen den gesellschaftlichen Konsens zu verlängern?

*Welchen Traum möchten Sie gerne verwirklichen?*

Zu Fuß über die Alpen nach Italien. Und in 10 Jahren mit mehreren Freunden in einem gemeinschaftlichen Wohnprojekt leben, aktiv sein und eine Menge Spaß haben.

# Terminkalender

## ■ Vertreterversammlung der KV Hamburg

Do. 16.06.2011 (ab 20:00 Uhr) im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

## ■ Qualitätsmanagement-Seminare

### QEP®-Einführungsseminare 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-lizensierten QEP®-Trainern durchgeführt.

Fr 01.04.2011 (15:00-21:00 Uhr) / Sa 02.04.2011 (08:30-16:30 Uhr)

16 Punkte

### QEP®-Vertiefungsseminare für Arztpraxen

Unterstützt durch Mustervorlagen und anhand vieler Beispiele wird im Seminar ein praxisindividuelles, CD-gestütztes QM-Handbuch nach QEP® erarbeitet. Zielsetzung des Seminars ist die Zertifizierungsreife – wobei die Zertifizierung nicht gesetzlich vorgeschrieben ist.

5-teiliges Blockseminar 2011

Teil 1: Mi 22.06.2011 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 2: Mi 24.08.2011 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 3: Mi 28.09.2011 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 4: Mi 02.11.2011 (15:00-20:00 Uhr)

Teil 5: Mi 07.12.2011 (15:00-20:00 Uhr)

34 Punkte

### QEP®-Refresher-Kurs

Für Praxisinhaber und -mitarbeiter, deren QEP®-Einführungsseminar bereits etwas zurückliegt: Die wesentlichen Inhalte des QEP®-Kernzielkataloges werden hier nochmals aufgegriffen und so der Grundstein für die erfolgreiche QEP®-Einführung in der Praxis gefestigt.

Mi 13.04.2011 (09:30-17:00 Uhr)

10 Punkte

### QEP®-Zertifizierungsvorbereitung

In diesem Seminar können Sie überprüfen, ob Ihre Praxis zertifizierungsreif ist und an welchen Stellen gegebenenfalls noch nachgebessert werden muss.

Mi 06.04.2011 (09:30-17:00 Uhr)

10 Punkte

### QEP®-Beschwerde- und Fehlermanagement

Das Seminar zeigt, wie man mit Patientenbeschwerden souverän umgeht und diese schon im Vorfeld vermeiden kann - und wie ein Fehlermanagement in der Praxis aufgebaut wird.

Mi 04.05.2011 (09:30-17:00 Uhr)

10 Punkte

### Datenschutz in der Praxis

Hier wird aufgezeigt, was in puncto Datenschutz in der Praxis zu beachten ist, wann ein Datenschutzbeauftragter benannt werden muss und welche Aufgaben er übernimmt.

Mi 07.09.2011 (9:30-17:00 Uhr)

10 Punkte

### QEP®-Personalführung für Ärzte

Der Arzt ist in der Praxis gleichzeitig Führungskraft und muss sich mit Personalfragen wie beispielsweise Personalauswahl, Einstellungsmodalitäten, Motivation und Konfliktbewältigung auseinandersetzen. Hier erfahren Sie, wie Sie damit umgehen können und was beachtet werden muss.

Mi 19.10.2011 (9:30-17:00 Uhr)

10 Punkte

### QMB-Seminar

Für die Qualitätsmanagement-Beauftragten (QMB) der Praxis. Die Übertragung geeigneter Verantwortlichkeiten an Mitarbeiter ist ein wichtiger QM-Baustein. Die Qualitätsmanagement-Beauftragten koordinieren den QM-Prozess in der Praxis und übernehmen administrative Aufgaben.

3-teiliges Blockseminar

Mi 18.05.2011 (9:30 - 17:00 Uhr)

Mi 25.05.2011 (9:30 - 17:00 Uhr)

Mi 08.06.2011 (9:30 - 17:00 Uhr)

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Infos zur Anmeldung: [www.kvhh.de](http://www.kvhh.de) → Qualität → Qualitätsmanagement

Telefonische Anmeldung: Ursula Gonsch Tel: 22802-633

# 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?

1. schnelle und verbindliche Auskünfte in allen Fragen,  
die die vertragsärztliche Tätigkeit und das Leistungs-  
spektrum der KVH betreffen
2. schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte  
Information nicht sofort erteilt werden kann
3. zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per  
Post, Fax oder eMail

## Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH  
Humboldtstraße 56  
22083 Hamburg  
Telefon: 040/22 802 900  
Telefax: 040/22 802 885  
E-Mail: [infocenter@kvhh.de](mailto:infocenter@kvhh.de)

## Wann sind wir für Sie da?

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

