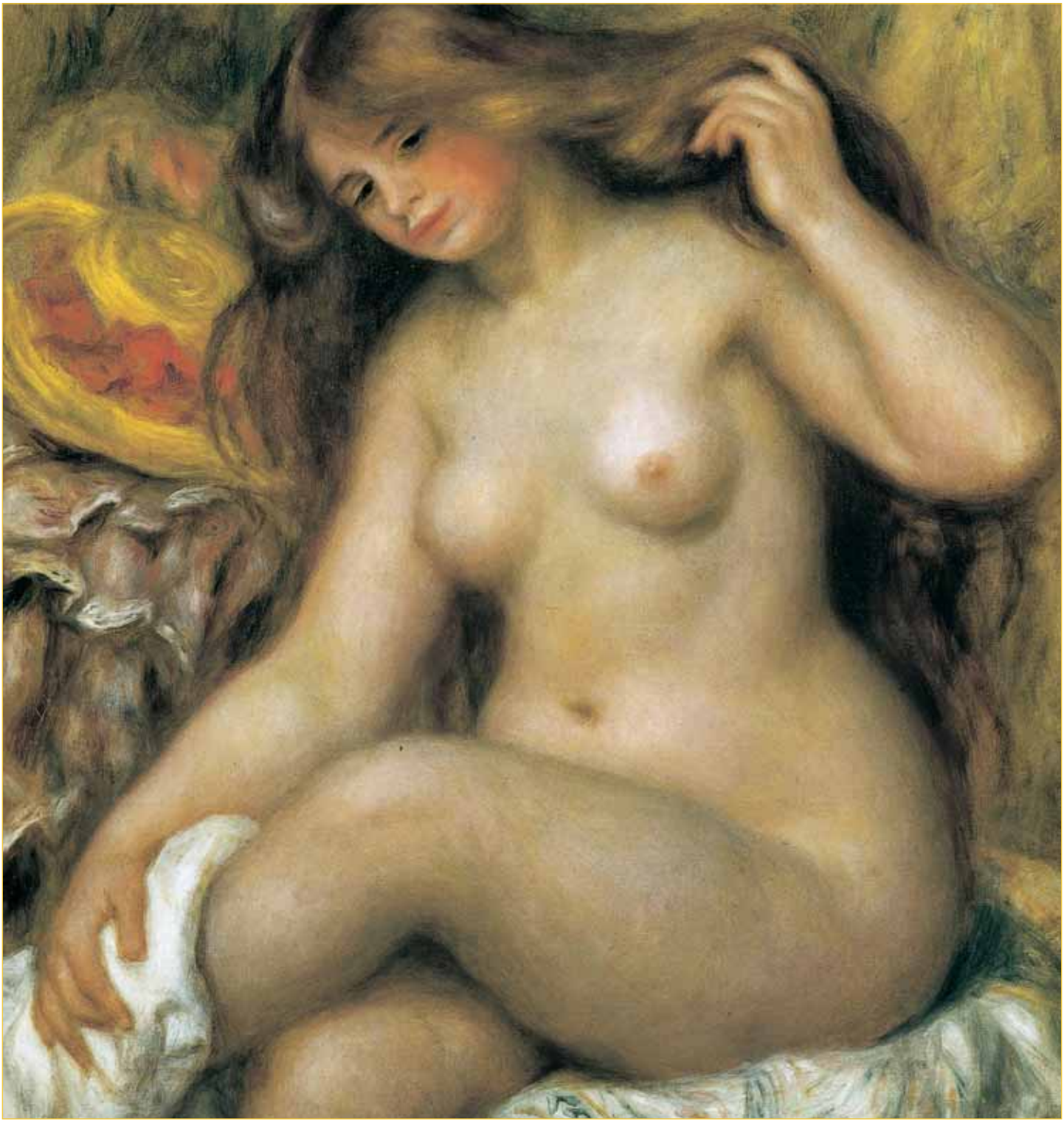
60985 ISSN 0942 - 2978 • 15. Jahrgang • Nr. 167 • August 2006

JOURNAL

der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern



Impressum:

Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

15. Jahrgang, Heft 167, August 2006

Herausgeber:

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Redaktion:

Eveline Schott (verantwortlich), Eva Tille

Beirat:

Dr. Wolfgang Eckert, Dr. Dietrich Thierfelder, Dr. Jürgen Grümmert

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für den Inhalt von Anzeigen sowie für Angaben über Dosierungen und Applikationsformen in Beiträgen und Anzeigen kann von der Redaktion keine Gewähr übernommen werden. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Veröffentlichungsgarantie übernommen.

Nachdruck und Vervielfältigung nur mit Genehmigung des Verlages
Alle Rechte vorbehalten

Erscheinungsweise:
monatlich

Einzelheft 3,10 €, Abonnement:
Jahresbezugspreis 37,20 €.

Für die Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Anzeigen:

Digital Design Druck und Medien GmbH

Redaktion:

Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern,

Postfach 12 01 45, 19091 Schwerin, Tel.: (0385) 74 31-213, Fax: (0385) 74 31-386, E-Mail: presse@kvmv.de

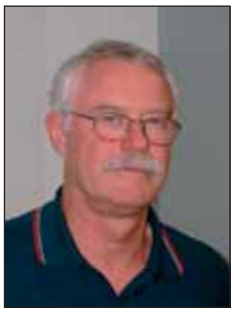
Gesamtherstellung:

Digital Design Druck und Medien GmbH, Eckdrift 103,
19061 Schwerin,
Tel.: (0385) 48 50 50,
Fax: (0385) 48 50 51 11,
ISDN: (0385) 48 50 51 36,
E-Mail: info@digitaldesign-sn.de,
Internet: www.digitaldesign-sn.de.

Auf ein Wort

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

stiehl ein Kamel und sie hängen dich. Stiehl eine ganze Herde und sie verhandeln mit dir. So gesehen entscheidet bedauerlicherweise oft die Dimension einer Angelegenheit über ihre Wichtigkeit. Anders ausgedrückt und bei den Ersatzkassen in letzter Zeit häufiger erlebt: Äußere eine Bitte und du erhältst garantiert nichts, äußere eine Drohung und schon ist der Vertrag unterschrieben. Im März 2006 bat ich um eine Verlängerung der Regelung im Notdienst zur Entlastung der über 61-jährigen Kolleginnen und Kollegen auf dem Lande um zwei Quartale bis zum 31.12.2006. Unsere einjährige Erfahrung mit einer Stundenpauschale im kassenärztlichen Notdienst und einer prozentualen Vergütung der anfallenden Leistungen war so positiv, dass sich eine Einführung für alle Dienste in Mecklenburg-Vorpommern förmlich aufdrängte. Die Umsetzung erfordert aber Überzeugung und Zeit – eben diese zwei Quartale. Erst Drohungen, die DMP`s der Ersatzkassen auf Eis zu legen, führten zur Unterschrift unter einen für die Kassen kostenneutralen Vertrag. Auch ein vernünftiger Vorschlag unsererseits zur längst fälligen Neuordnung der Wegegelder muss wieder streitig mit den Ersatzkassen verhandelt werden. Blockaden und ein entsetzliches, schon pathologisches Misstrauen schlagen uns entgegen. Dabei sind selbst die Ersatzkassen geradezu verpflichtet, für ihre Mitglieder das Maximale an Leistungen herauszuholen. Wenn sie das nicht wollen, warum sagen sie es ihren Versicherten nicht? Sehr wahrscheinlich liegt ein Grund darin, dass man den Versicherten nicht als erste die bittere Wahrheit mitteilen möchte, nämlich dass im Osten schon längst eine Zwei-Klassen-Medizin existiert. Das wird auch so bleiben. Der Bundesrat hat in seiner Stellungnahme zum Vertragsarztrechtänderungsgesetz die Beibehaltung des Ostabschlages in der GOÄ bis mindestens 2010 gefordert. Trotzdem versucht der Vorstand der KV, das Rad ständig neu auszustatten mit Vollgummi- oder Hochleistungsreifen, Holz- oder Aluspeichen. Von den Ersatzkassen kommen nur mehr oder weniger überdimensionierte Bremsklötze und das Verstecken hinter altbekannten, schon widerlegten Mythen:



Dietrich Thierfelder

Beitragssatzstabilität - als wenn wir dafür verantwortlich wären, **Kostenexplosion** - enttarnt als massives Einnahmeproblem, das bleiben wird, **Gefährdung des Wirtschaftsstandortes Deutschland** durch zu hohe Lohnnebenkosten – kein Mythos, sondern eine faustdicke Lüge. Die Beitragszahlungen der Arbeitgeber betragen lediglich 4,5 Prozent der Arbeitskosten. Bei Erhöhung des Beitrages um 1 Prozent würde sich dieser Anteil nur um etwa 0,32 Prozent auf 4,82 Prozent erhöhen. Bester Beweis: Das Bruttoinlandsprodukt (BIP) ist nahezu konstant geblieben. Der Anteil der GKV-Ausgaben am BIP betrug 1995 6,7 Prozent und 2004 6,32 Prozent.
Im Duden steht unter **„loyal“**: gesetzes- und regierungstreu, aber auch Achtung vor den Interessen anderer, anständig, redlich und vertragstreu. Wenn Minister einer Regierung gegen geladene Gäste, in diesem Fall George W. Bush, demonstrieren dürfen, ist das nicht loyal, egal welche Gründe sie haben – und Gründe gibt es genug.
Was können wir in Fragen der Loyalität von den Ersatzkassen erwarten?
Wir werden loyal bleiben!

Mit freundlichen Grüßen
Ihr

Inhalt

Die Bilanz langwieriger Verhandlungen 4

Erleichterung im Notdienst 6

Hans-Queckenstedt-Preis 2007 6

Arzneimittelkosten-Barometer – Mai 2006 7

Wichtige Änderungen des EBM ab 1. Oktober 2006 8

Neuer Chef in Schwester-KV 9

Präventionskampagne der Kassenärzte auf Rädern 10

Ermächtigungen und Zulassungen 11

Öffentliche Ausschreibungen 14

Mammographie-Screening in MV 15

Leserbrief 15

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung in vertragsärztlicher Versorgung 16

Haben die KVen weiterhin das Mandat der Vertragsärzte? 18

Faszinierende Magie großräumiger Verhüllung 19

Personalien 21

Bernhard Scholz ist nun 75 Jahr´ 21

Nachwuchs nicht gewollt!? 22

Amerika zu Gast bei Freunden 22

Impressum 2

Titel:
„Badende mit offenem Haar“
Pierre-Auguste Renoir
Öl auf Leinwand, 1903

Die Bilanz langwieriger Verhandlungen

Von Dan Oliver Höftmann

Die große Koalition hat die Eckpunkte zur neuen Gesundheitsreform beschlossen. Fast ungläubig liest man, dass die Vergütung im ambulanten Bereich mit Festpreisen erfolgen soll, ambulante und stationäre Leistungen vergleichbar vergütet werden sollen, bürokratische Anforderungen an Ärzte abgebaut werden sollen, die Wirtschaftlichkeitsprüfungen vereinfacht werden, dass die DMP´s einheitlicher und entbürokratisierter gestaltet werden und auch der Risikostrukturausgleich entschlackt werden soll. Manch einer mag bei diesen Schlagzeilen frohlocken. Jedoch ist bis zur Vorlage des konkreten Gesetzes alles mit Vorsicht zu genießen. Denn oft stimmten in der Vergangenheit Eckpunkte und der tatsächliche Gesetzeswortlaut nicht überein.

An Hand der Eckpunkte gliedern sich die wesentlichen Neuregelungen für den ambulanten Bereich wie folgt:

1. Das Honorarsystem

Budgets und floatende Punktwerte sollen der Vergangenheit angehören. Diese werden von einer Euro-Gebührenordnung abgelöst, die für den fachärztlichen und den hausärztlichen Versorgungsbereich jeweils nach unterschiedlichen Systematiken ausgestaltete Pauschalvergütungen in überschaubarer Zahl kombiniert. Es wird zusätzlich einige Einzelleistungsvergütungen sowie Abstaffelungsregelungen geben. Ziel des Ganzen ist es, Transparenz und Kalkulationssicherheit für den Arzt zu schaffen. In der Konsequenz bedeutet dies, dass Ärzte für zusätzliche Leistungen mehr Honorar bekommen. Das entspricht einer Verlagerung des Morbiditätsrisikos weg von den Ärzten hin zu den Kassen. Auf der Bundesebene wird für diese Euro-Gebührentabelle ein Preisniveau vereinbart. Dieses kann durch Verträge auf der Landesebene, die die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung zu führen haben, durch Zu- oder Abschläge verändert werden. Die so entstehende Euro-Gebührenordnung ist den Ärzten vorab bekannt zu geben, so dass sie sich auf die Preise einstellen können. Zu beachten und sicher mit Vorsicht zu genießen ist, dass auf Bundesebene unter Berücksichtigung von Grenzkostenaspekten eine Regelung zu treffen ist, nach der die Leistungen einer Praxis ab einer bestimmten Leistungsmenge, ab der die Fixkosten einer Standardpraxis gedeckt sind, mit abgestaffelten Preisen zu vergüten sind. Dieser sogenannte **„break-even-point“** wird sicherlich für einige Kopfschmerzen bei der Gestaltung sorgen. Auf der anderen Seite entfallen die komplizierten HVV-Regelungen. Bedenklich erscheint auch, dass das neue Vergütungssystem vorab auf Landesebene in ein zu vereinbarendes Finanzvolumen (Gesamtvergütung) eingegliedert werden soll. Bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung ist jedoch zu gewährleisten, dass der morbiditätsbedingte Mehrbedarf von den Kassen zu den vereinbarten Preisen getragen wird. Von der Gesamtvergütung abgezogen werden allerdings Leistungen und Vergütungen aus Einzelverträgen. Diese sind mit der Gesamtvergütung zu verrechnen.

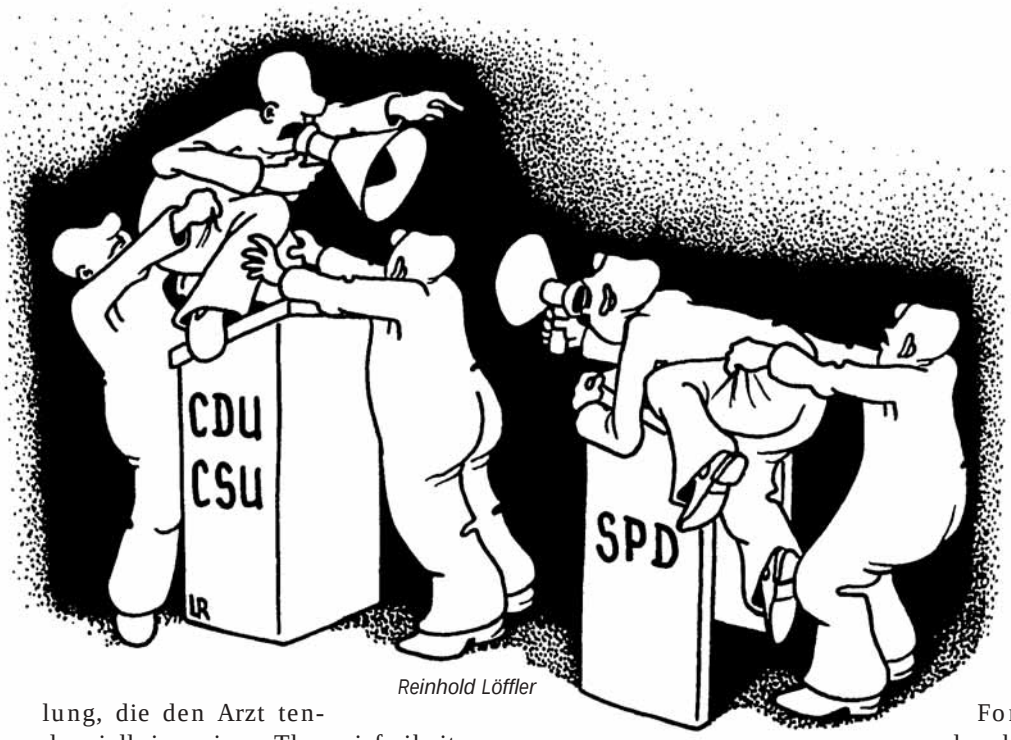
Interessanterweise soll Ziel der neuen Gebührenordnung sein, dass für vergleichbare Leistungen in GKV und PKV ein Leistungsverzeichnis mit vergleichbaren Vergütungen zu schaffen ist. Das heißt auf der anderen Seite, dass die Gebührenordnung für die ambulante Versorgung im Rahmen der GKV die Grundlage für die privatärztliche Gebührenordnung ist. Abweichungen voneinander sollen jedoch weiter möglich sein.

Die Krankenkassen sollen weiterhin die Möglichkeit erhalten, mit Ärzten Vereinbarungen auf einzelvertraglicher Basis zu treffen. Diese Einzelverträge können von den gemeinsam beschlossenen Kollektivvereinbarungen abweichen oder darüber hinaus gehen. Die Ärzte können sowohl einzeln, in Gruppen oder auch durch die Kassenärztliche Vereinigung Partner solcher Verträge sein.

Die integrierte Versorgung soll nach dem Willen der großen Koalition fortgeführt werden. Sie soll sogar auf größere Versichertengruppen ausgeweitet werden. Die Anschubfinanzierung, die durch die letzte Gesundheitsreform eingeführt wurde, soll bis zum Inkrafttreten des neuen ärztlichen Vergütungssystems verlängert werden.

2. Arzneimittel

Beim Thema Arzneimittel verlässt sich die Koalition im Wesentlichen auf das kürzlich beschlossene Arzneimittelverordnungswirtschaftlichkeitsgesetz. Darüber hinaus wird eingeführt, dass bei Verordnung von kostenintensiven bzw. speziellen Arzneimitteln, Diagnostika und Hilfsmitteln durch den behandelnden Arzt eine Abstimmung mit einem fachlich besonders ausgewiesenen Arzt erfolgen muss. Diese unangenehme Rege-



Reinhold Löffler

lung, die den Arzt tendenziell in seiner Therapiefreiheit einschränkt, soll nach dem Willen der Koalition durch die Selbstverwaltung umgesetzt werden.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfungen werden entsprechend dem Eckpunktepapier auf gravierende Fälle von Ressourcenverschwendung begrenzt. Die Ärzte sollen beim Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung von bürokratischen Auflagen entlastet werden. Das Verfahren selbst wird gestrafft und auf höchstens zwei Jahre nach dem Verordnungsquartal begrenzt. Die Partner der Selbstverwaltung, die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung, sollen verpflichtet werden, mittels geeigneter Maßnahmen einer missbräuchlichen Inanspruchnahme und Verordnung von Leistungen wirksam entgegenzuwirken.

3. Reform der Kassenärztlichen Vereinigung

Die Veränderung des Vergütungs- bzw. Honorarsystems zieht selbstverständlich auch Veränderungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung nach sich. Die Hauptaufgaben der Kassenärztlichen Vereinigung werden nach dem Willen der Koalition künftig beim Qualitätsmanagement und der Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung liegen. Die Kassenärztliche Vereinigung erhält darüber hinaus die Möglichkeit, vermehrt als Dienstleister für ihre Mitglieder tätig zu sein.

4. Krankenkassen

Die Krankenkassen haben ihr bisheriges Gliederungssystem in soweit aufzugeben, als sie einen einzigen gemeinsamen Bundesverband und je Bundesland einen gemeinsamen Landesverband zu gründen haben. Diese Gründung hat bis zum 31.12.2007 zu erfolgen. Aufgabe des Bundesverbandes wird es sein, Kollektivverträge und zwingend einheitlich zu treffende Entscheidungen (z. B. Rahmenvertrag für Vergütung auf Bundesebene, Mindeststandards für Qualitätsanforderungen, Festbetragsfestsetzungen) zu vereinbaren.

5. Fondsmodell

Die gesetzliche Krankenversicherung soll fortan über einen sogenannten Gesundheitsfonds finanziert werden. Das neue Modell soll mit ausreichenden Finanzreserven gestartet werden. Aufgabe der Kassen ist es, bis zum Start dieses neuen Modells sich selbst zu entschulden. Ab dann erhalten sie für jeden Versicherten den gleichen Beitrag aus dem Fonds. Für Kinder wird ein durchschnittlicher Kostenbetrag kalkuliert.

Die Krankenkassen erhalten für ihre Versicherten aus dem Gesundheitsfonds einen entsprechenden Geldbetrag, der einer Grundpauschale entspricht, die durch Alters- bzw. Risikozuschläge verändert wird. Das eingenommene Geld wird dann den einzelnen Kassen zugewiesen und von diesen dann an die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechend der Euro-Gebührentabelle ausgeschüttet.

Kurzwirksame Insulinanaloga (Typ-2-Diabetiker)

Beschlusstext und Erläuterungen werden in Kürze im Internet veröffentlicht:

www.g-ba.de/cms/front_content.php?idcat=56

(Beschluss muss noch durch BMG genehmigt werden.)

Erleichterung im Notdienst

Von Thomas Schmidt

Von Ärztinnen und Ärzten werden im Rahmen des vertragsärztlichen Notdienstes teilweise Plaketten mit der Formulierung „Arzt im Notdienst“ im Auto genutzt. Dies stellt häufig eine Erleichterung dar, da sie im Kontext mit einer sofortigen medizinischen Behandlung eines Patienten die ggf. noch nötige Suche nach einem Parkplatz erübrigen. Seitens der Polizei und der Ordnungsbehörden ist die genannte Plakette oft der Nachweis dafür, dass eine sofortige medizinische Behandlung angezeigt ist. Insoweit wird dann durch die Verkehrsbehörden auch bei ansonsten entgegenstehenden Verkehrsregelungen kein Verwarnungs-, Ordnungs- bzw. Bußgeld auferlegt.

In diesem Zusammenhang konnte auch die KV verschiedentlich hilfreich sein, indem sie den Ordnungsbehörden kund getan hat, dass die Rechtsgüter **„Leben und Gesundheit“** gegenüber den **„Aspekten der Verkehrsregelung“** vorrangig sind.

Einen derartigen Vorrang hat auch der **„Weg zu einem Notfall“**. So geriet ein 44-jähriger Mediziner auf einer Bundesstraße mit 161 km/h in eine Verkehrskontrolle, wobei er 61 km/h schneller war als dort zugelassen. Der Arzt rechtfertigte sich vor Gericht damit, dass er auf dem Weg zu einem Notfall war. Dieses Argument fand bei den Richtern Verständnis (OLG Karlsruhe, Beschluss v. 10. November 2004 - 1 Ss 94/04), die ihre Entscheidung damit begründeten, dass eine grobe Verletzung der Pflichten eines Fahrzeugführers dann nicht vorliegt, wenn ein Arzt einem Patienten zu Hilfe eilen will. Die eine Anordnung eines Fahrverbotes im Regelfall rechtfertigende grobe Verletzung der Pflichten eines Kraftfahrzeugführers liegt ausnahmsweise dann nicht vor, wenn ein Arzt eine Geschwindigkeitsüberschreitung aus einer notstandsähnlichen Situation heraus begeht, weil er einem Patienten zu Hilfe eilen wollte. Damit überschreitet er die Verkehrsregel **nicht aus grobem Leichtsinn, grober Nachlässigkeit oder Gleichgültigkeit, sondern in Erfüllung seiner ärztlichen Pflichten aus Sorge um das Leben oder die Gesundheit seines Patienten**. Allerdings könne nicht jeder Hilferuf eine solche Beurteilung rechtfertigen. Vielmehr sei dies nur dann der Fall, wenn eine sofortige medizinische Behandlung zwingend erforderlich ist und/oder der Arzt vom Vorliegen einer solchen Gefahrenlage ausgehen darf.

Der Nachweis dafür ist allerdings vom Mediziner vor Gericht zu erbringen.

Die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft Landesverband Mecklenburg-Vorpommern e. V. schreibt den

DMSG
DEUTSCHE MULTIPLE SKLEROSE GESELLSCHAFT
LV MECKLENBURG-VORPOMMERN e.V.

Hans-Queckenstedt-Preis 2007

in Höhe von **5.500,00** € für die beste Arbeit junger Wissenschaftler (bis 40 Jahre) auf dem Gebiet der Multiple-Sklerose-Forschung aus. Mit diesem Preis soll die wissenschaftliche Forschung auf den Gebieten der Ursachen, Erscheinungsformen sowie Diagnostik, insbesondere der Liquorologie und der geeignetsten Therapiemethoden bei der Multiplen Sklerose gefördert werden. Der Preis wird gegebenenfalls an mehrere Bewerber vergeben. Sollten keine qualifizierten Arbeiten eingereicht werden, wird der Preis auch einbehalten.

Es werden nur Originalarbeiten und Habilitationsschriften aus dem Jahr 2006 zugelassen. Die Arbeiten sowie ein Curriculum vitae der Bewerberin bzw. des Bewerbers sind in dreifacher Ausfertigung in deutscher oder englischer Sprache als Manuskript oder als gedrucktes Exemplar bis zum **15. Oktober 2006** an **Prof. Dr. Reiner Benecke**, Direktor der Klinik für Neurologie und Poliklinik der Universität Rostock über den **DMSG Landesverband Mecklenburg-Vorpommern, Kieler Straße 26 a, 19057 Schwerin** einzureichen.

Arzneimittelkosten-Barometer – Mai 2006

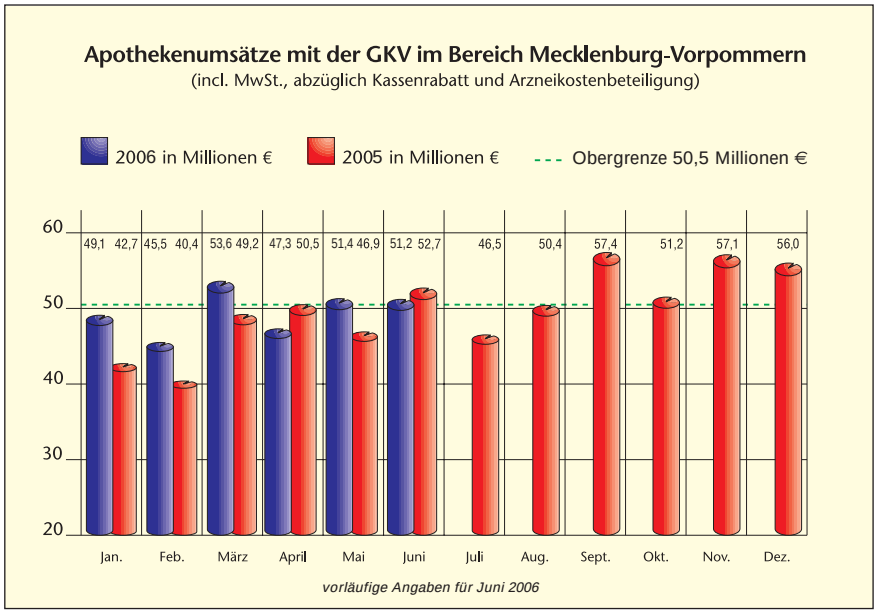
Auch wenn die Arzneimittelkosten vom Monat Juni noch nicht von allen KVen Deutschlands vorliegen, kann mit einer Vorabeinschätzung für Mecklenburg-Vorpommern das **1. Halbjahr 2006** bewertet werden. Bei Einhaltung der Obergrenze wären Kosten von rund 300 Mio. Euro möglich, ausgegeben wurden im Bereich der KVMV **ca. 298 Mio. Euro**, also im Prinzip eine Punktlandung. Trotzdem gibt es im Vergleich zum Vorjahreshalbjahr einen **Anstieg der Arzneimittelkosten von 5,5 Prozent.**

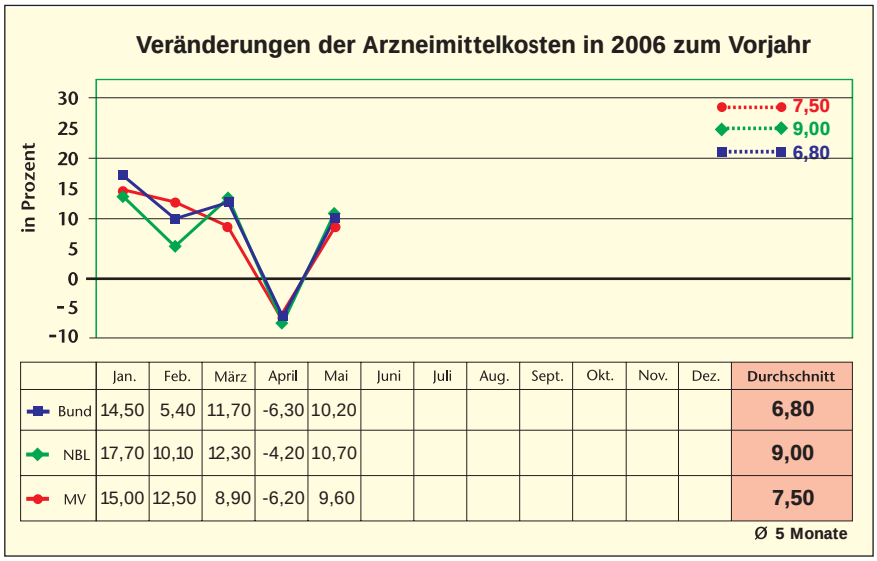
Der Monat Mai mit 51,37 Mio. Euro und der Juni fast in der gleichen Ausgabenhöhe waren zwei umsatzstarke Monate.
In den Vorjahren war das **2. Halbjahr** generell **ausgabenstärker** als das 1. Halbjahr. Im Jahr 2005 lagen die Ausgaben für das 1. Halbjahr bei 282,4 Mio. Euro und im 2. Halbjahr bei 316,2 Mio. Euro. Das ist eine Differenz von 33,8 Mio. Euro. Dieser sehr starke Trend der Übergewichtung des 2. Halbjahres sollte nun mit der Umsetzung des AVWG in Mecklenburg-Vorpommern verhindert werden. Die Chancen dafür sind mit den begleitenden Maßnahmen der Gesetzesumsetzung gegeben.
Der regenarme und schöne Sommer 2006 hat vielleicht auch seinen Anteil daran!

Für die neuen Bundesländer ergeben sich folgende Veränderungen zum Vorjahresmonat:

KV Brandenburg	9,1 Prozent
KV Sachsen-Anhalt	12,4 Prozent
KV Sachsen	11,8 Prozent
KV Thüringen	9,2 Prozent
KV M-V	9,6 Prozent

Die neuen Bundesländer haben im Mai, im Vergleich zum Vorjahr, ohne Mecklenburg-Vorpommern einen Anstieg von 10,9 Prozent zu verzeichnen. Deutschland weist insgesamt einen Wert von 10,2 Prozent auf.
Schauen wir uns den Mai-Monat noch etwas genauer an, so wurden nach den NARZ-Daten in Mecklenburg-Vorpommern von den Apotheken 4,37 Prozent mehr Packungen für Fertigarzneimittel (keine Sonderkennzeichen) ausgegeben als 2005.
Im Zeitraum von Januar bis Mai 2006 im Vergleich des selben Zeitraumes 2005 wurden allerdings 0,72 Prozent weniger Packungen über die Apotheken ausgehändigt.
Bei **Anstiegen** der **Arzneikosten** zum Vorjahr spielt somit die **Strukturkomponente**, ausgewiesen durch Arzneimittel aus dem Me-too- bzw. innovativen Bereich, die entscheidende Rolle.
Ich verweise an dieser Stelle auf Ausführungen im Juli-Journal.





	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Durchschnitt
Bund	14,50	5,40	11,70	-6,30	10,20								6,80
NBL	17,70	10,10	12,30	-4,20	10,70								9,00
MV	15,00	12,50	8,90	-6,20	9,60								7,50

Ø 5 Monate

Wichtige Änderungen des EBM ab 1. Oktober 2006

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 114. Sitzung mit Wirkung ab 1. Oktober 2006 folgende Beschlüsse gefasst:

Dringende Visiten auf Belegstationen durch Belegärzte nach Ziffer 01412 berechnungsfähig

Für die dringende Visite auf der Belegstation ist für den Belegarzt bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume nun auch die Ziffer 01412 berechnungsfähig.

Behandlungsleistungen nach den Ziffern 01510 – 01512 und 02101 für Patienten mit konsumierender Erkrankung vom Inhalt her klar definiert

Die Beobachtung und Betreuung sowie die Infusionstherapien eines Patienten mit konsumierender Erkrankung sind ausschließlich berechnungsfähig bei fortgeschrittenem Malignom bzw. bei HIV-Erkrankungen im Stadium AIDS. In den entsprechenden Leistungslegenden der Ziffern 01510 – 01512 sowie 02101 erfolgte eine Klarstellung durch Streichung des Wortes „z.B.“ im Klammerzusatz.

Ausnahmeregelung für die Beobachtung und Betreuung nach Sterilisation (Ziffer 01857) und Berechnungsfähigkeit für die Operateure

Die Nachsorge nach Sterilisation aus Krankheitsgründen ist nunmehr auch dann berechnungsfähig, wenn die Praxis nicht über die Möglichkeit zur Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status verfügt.
Durch Aufnahme der Leistungsziffer 01857 in die Präambel der arztspezifischen Kapitel 07, 08 und 26 können Chirurgen, Gynäkologen und Urologen diese bei Leistungserbringung abrechnen.

Änderung des obligaten Leistungsinhalts der Ziffern 02110 / 02111

Im Leistungsinhalt der Transfusion nach den Ziffern 02110 / 02111 ist der ABO-Identitätstest (Beside-Test) als obligater Leistungsbestandteil gestrichen und als fakultativer aufgenommen worden.

Keine Bereitschaftspauschale nach Ziffern 03005/04005 für den Hausarzt bei ausschließlichen Auftragsleistungen im Behandlungsfall

Bei alleiniger Erbringung von Auftragsleistungen im Behandlungsfall durch den allgemeinen Hausarzt und Kinderarzt wird die Bereitschaftspauschale nicht mehr gewährt. Allerdings ist in diesen Einzelfällen der Hausarzt berechtigt, anstelle des Konsultationskomplexes nach Ziffern 03115 / 04115 mit 35 Punkten den Konsultationskomplex nach Ziffer 13215 mit 50 Punkten anzusetzen.

Narkosen im Zusammenhang mit zahnärztlichen und mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen sowie endoskopischen Eingriffen nur unter ausgewählten Bedingungen

Narkosen gemäß des Kapitels 5.3 im Zusammenhang mit zahnärztlichen und/oder mund-, kiefer-, gesichtschirurgischen Eingriffen sowie endoskopischen Eingriffen der Verdauungs- und Atemwege sind unter Angabe der ICD-Codierung nur berechnungsfähig bei Patienten mit geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie, darüber hinaus die vorgenannten endoskopischen Eingriffe auch in begründeten Fällen bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr. In allen anderen Fällen ist nur noch eine Privatliquidation nach GOÄ möglich. Durch den Patienten ist ggf. mit der zuständigen Krankenkasse mittels Kostenübernahmeantrag zu klären, ob die Kosten direkt übernommen werden können.

Für kleinchirurgische Eingriffe des Kapitels 09 entfallen bei Operationen in Narkose für Patienten bis zum 12. Lebensjahr die postoperativen Behandlungskomplexe.

Postoperative Behandlungskomplexe aus dem Kapitel 31.4 zu Leistungen der Kleinchirurgie aus dem Kapitel 09 (09351, 09360 – 09362) sind nicht berechnungsfähig, wenn sie bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum 12. Lebensjahr in Narkose erfolgen. In der Beschlussfassung des Bewertungsausschusses in der 113. Sitzung wurden versehentlich diese kleinchirurgischen Eingriffe aus dem Kapitel 09 vergessen. Bereits im Juni-Journal ist auf Seite 8 detailliert auf die Änderungen verwiesen worden.

Änderung der Ziffer 13602 für die kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten und zusätzliche Berechnungs-

fähigkeit von Belastungs-EKG und Langzeit-Blutdruckmessung

Im fakultativen Teil wurde die Behandlungsleistung nach Ziffer 13602 um die Bestimmung der Blutgase und des Säure-Basen-Status (Ziffer 13256) erweitert. Sie wird mit 810 Punkten neu bewertet.
Die Ziffer 13251 (Belastungs-EKG) und die Ziffer 13254 (Langzeit-Blutdruckmessung) sind unter Berücksichtigung der Vorgaben der Anlage 9.1.3 der Bundesmantelverträge neben der Dialysebehandlung nach Ziffer 13602 im Behandlungsfall berechnungsfähig .
Hinweis: Die erteilten Genehmigungen der Nephrologen zur Abrechnung der Laborleistung nach Ziffer 32247 sind mit Änderung der Ziffer 13602 gegenstandslos.

Neuaufnahme der Komplexziffer 16232 für die Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen bei Jugendlichen und Erwachsenen

Ausschließlich für die Fachärzte für Neurochirurgie wurde im Kapitel 16 die Ziffer 16232 neu aufgenommen. Sie ermöglicht gleich dem Leistungsinhalt der Ziffer 18331 im Kapitel 08 der Orthopäden die Abrechnung für die Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule. Die Leistungsziffer 16232 unterliegt entsprechend den Allgemeinen Bestimmungen Abs. 2.1.4 im EBM der Berichtspflicht.

Änderung der Leistungslegenden nach den Ziffern 34260 und 34343

Bei der Ziffer 34260 für die Röntgenuntersuchung natürlicher oder krankhaft entstandener Gangsysteme, Höhlen und Fisteln wurde der fakultative Leistungsinhalt in der Form geändert, dass die Abdominalteilaufnahmen und die Beckenteilaufnahme entfallen und dafür die Leeraufnahmen vor Kontrastmitteleinbringung aufgenommen wurden. Für die Zuschlagsziffer 34343 wurde die Darstellung mindestens eines vollständigen Abdomenabschnittes als fakultativer Leistungsinhalt gestrichen.

Änderung der Zuschlagsleistung nach den Ziffern 34343, 34344 und 34345

Der Zuschlag nach Ziffer 34343 für die ergänzende vollständige zweite Serie mit Kontrastmittel bei einer CT-Untersuchung ist nunmehr auch neben einer CT-Untersuchung der übrigen Körperabschnitte berechnungsfähig. Auch die Zuschläge nach Ziffer 34344 für die Anfertigung von dynamischen Serien und nach Ziffer 34345 bei primärer Untersuchung mit Kontrastmittel wurden in Analogie geändert.

Aufnahme der Nachbetreuung nach Ziffer 05350 im Zusammenhang mit Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung

Leistungsziffern, die im Zusammenhang mit Maßnahmen der künstlichen Befruchtung stehen, wurden mit Einführung des EBM zum 1. April 2005 außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung berücksichtigt.
Der Vollständigkeit halber wurde nun die Ziffer 05350 mit in den Katalog aufgenommen, so dass bei Eingriffen in Narkosen zu o. g. Maßnahmen die Nachbetreuung berechnungsfähig ist. Da die Patienten 50 Prozent der Kosten für reproduktionsmedizinische Maßnahmen als Eigenanteil tragen, ist die Ziffer 05350X zu dokumentieren.

Die vollständigen Beschlüsse aus der 114. Sitzung des Bewertungsausschusses sind dem Dt. Ärzteblatt Heft 26 vom 30. Juni 2006 zu entnehmen. Sie stehen wie immer unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das BMG.

Neuauflage Band 4 „Die Finanzierung der Arztpraxis“

In der ZI-Reihe „Beratungsservice für Ärzte“ erschien der Band 4 „Die Finanzierung der Arztpraxis“ in einer neu überarbeiteten Auflage.
Auch sie wurde nun wie schon vier weitere Bände als fünfter Band der Reihe „Beratungsservice für Ärzte“ auf ein neues Layout umgestellt. Inhaltlich hat sich in der neuen Auflage einiges geändert. Alle Zahlenangaben und Tabellen(...)

Im KV-Journal Heft 7, Seite 18 wurde bereits auf diese Neuerscheinung hingewiesen.
Dieser Band kann kostenfrei auch über die KVMV unter **Tel.-Nr.:** 0385 7431-371 bezogen werden.

Neuer Chef in Schwester-KV

Nach den Rücktritten von Dr. Klaus Bittmann und Dr. Bodo Kosanke wurde eine neue KV-Spitze in Schleswig-Holstein gewählt.
Der bisherige KV-Vize, der Landarzt **Ralf Büchner** (48), steht nun an erster Stelle.
Die Hausärztin Ingeborg Krenz (46) und der Verwaltungsfachmann Ralph Ennenbach (43) vervollständigen das Vorstandstrio.
Der ehemalige KV-Chef Klaus Bittmann ist von den Abgeordneten zum Ehrenvorsitzenden gewählt worden.
Der neue Vorstand steht für eine kämpferische und zugleich serviceorientierte KV-Arbeit.

Präventionskampagne der Kassenärzte auf Rädern

Von Eveline Schott

Schwerin, 28. Juni 2006: Eine ganze Nation befindet sich noch immer im Fußballfieber. Gleichzeitig rollt der magentafarbene Bus der Vereinigung aller Kassenärzte erstmalig in den Nordosten der Republik.
Mit seiner besonderen Farbe und seinen Aufbauten ist er an diesem Mittwoch in der Schweriner Fußgängerzone nicht zu übersehen.
Umfangreiche Hinweise auf diesen Bus und die Aktivitäten seiner Beteiligten in den Anzeigenblättern der Stadt lassen Scharen Interessierter bereits eine Stunde vor Beginn erscheinen.
Ziel dieser Aktion ist es, die Bürger vor Ort über die Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu informieren und dabei gleichzeitig für die gute ärztliche Versorgung zu werben.
Eine der Volkskrankheiten Nummer Eins und deren Haupttodesursache steht dabei im Mittelpunkt des Veranstalters KV.

300.000 Menschen erleiden jährlich einen Herzinfarkt und 70.000 sterben an einem Schlaganfall.

Die interessierten Schweriner warten geduldig, um den Gesundheitstest durchführen zu lassen

Grund genug mit entsprechender Prävention diesen erschreckenden Zahlen zu begegnen.

Fünf Schweriner Ärzte, zwei Hausärzte, zwei Kardiologen und ein Orthopäde tragen mit ihren Arzthelferinnen maßgeblich zum Gelingen dieser Aktion bei.

Blutdruck, Cholesterin- und Blutzuckerwerte: Mit einer Reihe von Tests verschaffen sich die Mediziner einen Überblick über den Gesundheitszustand. Fragen zur Ernährung und Bewegung folgen. Ein Fitness-Check gibt Auskunft über Bewegungs- und Koordinationsfähigkeit.

Dass es den Beteiligten Spaß bereitet, ist nicht zu übersehen, trotz des Dauerstresses, in dem sich alle befinden.
Der Strom der Besucher reißt nicht ab. Es sind ca. 800 an diesem Tag, die das Eine auf jeden Fall mitgenommen haben sollten: **„Gesund leben ist einfach“**, wenn es dem Einzelnen gelingt, das umzusetzen, was ihm mit dieser Aktion vermittelt wurde.

Von Mai bis September rollt das KV-Mobil durch die Republik, 14 Kassenärztliche Vereinigungen beteiligen sich und 36 Städte werden dabei angefahren.

Blut entnehmen und Blutwerte ermitteln – gekoppelt mit freundlicher Zuwendung im Gespräch – bis zu vier Helferinnen in Daueraktion

Dipl.-Med. Ute Döring wertet die Messergebnisse aus

Der Zulassungsausschuss beschließt über Ermächtigungen und Zulassungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.
Weitere Auskünfte erteilt die Abteilung Sicherstellung der KVMV,
Tel.: (0385) 74 31-371.
Der Zulassungsausschuss beschließt

Bad Doberan

Verlängerung der Zulassung

Dr. med. *Hubert Mücke*,
Facharzt für Innere Medizin,
bis zum 30. Juni 2011.

Greifswald/Ostvorpommern

Ende der Zulassung

SR Dr. med. *Renate Schulz*,
Fachärztin für Innere Medizin für die hausärztliche Versorgung in Greifswald,
endet
am 1. Oktober 2006.

Die Zulassung hat erhalten

Dr. med. *Frauke Dinklage*,
Fachärztin für Allgemeinmedizin für Greifswald,
zum 1. Oktober 2006.

Widerruf der Genehmigung zur Führung einer Gemeinschaftspraxis

SR Dr. med. *Renate Schulz* und Prof. Dr. med. habil. *Bernd Schulz* für Greifswald,
zum 1. Oktober 2006.

Ermächtigungen

Dr. med. *Sebastian Schmidt*,
Universität Greifswald,
zur Behandlung von Patienten mit bronchopulmonalen Erkrankungen, inklusive der Hochrisiko-Allergien auf Überweisung von Vertragsärzten (ausgenommen die Behandlung von Patienten mit Mukoviszidose),
bis zum 30. Juni 2007;

Prof. Dr. med. *James F. Beck*,
Universität Greifswald,
ab 1. August 2006 für die Diagnostik und Therapie bei Patienten mit onkologischen und hämatologischen Erkrankungen, angeborenen und erworbenen Immundefekten sowie Gerinnungsstörungen auf Überweisung von Vertragsärzten,
bis zum 30. Juni 2007;

Prof. Dr. med. *Andreas Greinacher*,
Universität Greifswald,
- für Leistungen nach den EBM-Nummern 02112, 32228, 32504, 32510, 32528 auf Überweisung von onkologischen Schwerpunktpraxen, niedergelassenen Labormedizinern und ermächtigten Fachwissenschaftlern der Medizin,
- für labormedizinische Leistungen nach den EBM-Nummern 32504, 32540-32556 im Zusammenhang mit der Bereitstellung von Blutkonserven auf Überweisung des ermächtigten Hämatologen und ermächtigten Kinderchirurgen der Uni Greifswald, zur Diagnostik nach M. Willebrand und zur Behandlung von Patienten mit folgenden Krankheitsbildern:
- Heparin-induzierte Thrombozytopenie
- Medikament-induzierte Thrombozytopenie
- Allo-Immunthrombozytopenien (einschl. Schwangerschaftsthrombozytopenien)
- Transfusions-Refraktärität bei Thrombozytentransfusionen
- Hereditäre Thrombozytopenien
- Immun-Granulozytopenien

auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Innere Medizin, Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Orthopädie, Fachärzten für Laboratoriumsmedizin, ermächtigten Fachärzten für Innere Medizin/Nephrologie und ermächtigten Dialysezentren.
- Behandlung von Patienten mit plasmatischen Gerinnungsstörungen und thromboembolischen Erkrankungen auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Gynäkologie, fachärztlichen Internisten, Hausärzten und niedergelassenen Labormedizinern,
bis zum 30. Juni 2008.

Beendigung der Ermächtigung

Dr. med. *Steffen Weigel*,
Universität Greifswald, mit Wirkung zum 1. August 2006.

Der Berufungsausschuss beschließt

Die Ermächtigung von Herrn Prof. Dr. *Gottfried Dölken*, Universität Greifswald, wird auf den Widerspruch der Kassenärztlichen Vereinigung M-V geändert.
Die Ermächtigung von PCR-Diagnostik wird abgelehnt.

Müritz

Die Zulassung hat erhalten

Micaela Millermann,
Praktische Ärztin in Waren,
die Frist zur Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit wird auf den 30. September 2006 festgesetzt.

Ermächtigung

Dr. med. *Toralf Bauer*,
Müritz-Klinikum Waren GmbH,
für ambulante Chemotherapien bei gynäkologisch-onkologischen Erkrankungen auf Überweisung von niedergelassenen Gynäkologen und für die komplexe Mammadiagnostik nach den EBM-Nummern 02341, 08320, 31111, 33041, 33091, 34260, 34270-34273, 40120 auf Überweisung von Vertragsärzten und ab 1. Juli 2006 für Mammographie-Screening-Untersuchungen nach den EBM-Nummern 01750, 01752-01756, 01758, 40850, 40852,
bis zum 30. September 2008.

Neubrandenburg/ Mecklenburg-Strelitz

Die Zulassung hat erhalten

Dr. med. *Dunja Fuchs*,
Fachärztin für Innere Medizin/ Nephrologie,
ab 1. Juli 2006.

Genehmigung zur Anstellung eines Arztes

Dr. med. *Manfred Smetan*,
Facharzt für Neurologie und Psychia-

trie in Neustrelitz,
zur Ganztagsbeschäftigung von *Martin Smetan* als angestellter Arzt in seiner Praxis,
ab 1. Juli 2006.

Ermächtigungen

Dipl.-Med. *Ingo Kühn*,
DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz,
für die ambulante Chemotherapie bei gynäkologisch-onkologischen Erkrankungen auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
bis zum 30. September 2008;

Dr. med. *Frank Klein*,
Dietrich Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg,
für konsiliarärztliche Leistungen im Rahmen des Teilgebietes Gefäßchirurgie auf Überweisung von Vertragsärzten. Ausgenommen sind die Leistungen, die die Klinik gemäß §§ 115 a und b SGB V erbringt,
bis zum 30. Juni 2008.

Beendigung der Ermächtigung

Dr. med. *Gerhard von Schöning*,
Dietrich Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg, mit Wirkung
ab 30. Juni 2006.

Parchim

Die Zulassung hat erhalten

Dipl.-Med. *Beate Bley*,
Fachärztin für Innere Medizin für Parchim,
ab 1. Juli 2006.

Ende der Zulassung

Dr. med. *Gerd Berger*,
Facharzt für Innere Medizin in Plau am See,
endete
am 1. Juli 2006.

Nachbesetzung einer angestellten Stelle

MediClin MVZ GmbH Plau am See,
Anstellungsverhältnis von Dr. med. *Helge Iwersen-Schmidt* endet am 1. Juli 2006;
Nachbesetzung durch
Getaneh Bekele,
Facharzt für Neurologie.

Ermächtigung

Dr. med. *Jörg Sommerfeld*,
Krankenhaus am Crivitzer See GmbH,
für endoskopische Leistungen nach den EBM-Nummern 13400 und 13402 sowie für sonographische Untersuchungen nach den EBM-Nummern 33072, 33075, 33076 auf Überweisung von Vertragsärzten,
bis zum 30. September 2008.

Rostock

Ende der Zulassung

SR Dr. med. *Ursula Lehmann*,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Rostock,
endete
am 1. Juli 2006.

Die Zulassung hat erhalten

Anja Jäschke,
Fachärztin für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie für Rostock,
ab 1. Juli 2006.

Die Genehmigung zur Führung einer Gemeinschaftspraxis haben erhalten

Dr. med. *Braco-Goran Matic*, Dr. med. *Andrea Reinecke* und *Anja Jäschke*,
ab 1. Juli 2006;

Dr. med. *Wolfgang Kähler* und *Jens Freytag*,
ab 1. Juli 2006.

Änderung der Genehmigung zur Führung einer Gemeinschaftspraxis

Dr. med. *Christel Ehrhardt*, Dr. med. *Maria Evert* und Dr. med. *Karin Rott*,
Fachärzte für Allgemeinmedizin für Rostock,
ab 1. Juli 2006.

Ermächtigungen

Prof. Dr. med. *Johann-Christian Virchow*,
Universität Rostock,
für die Hyposensibilisierungsbehandlung bei Insektengiftallergien auf Überweisung von Vertragsärzten, für die internistisch-pneumologischen Leistungen bei Problempatienten auf Überweisung von niedergelassenen Vertragsärzten mit der Teilgebietsanerkennung Pulmologie sowie für diagnostische und therapeutische Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen Vertragsärzten mit der Zusatzbezeichnung Allergologie,
bis zum 30. September 2008.

Prof. Dr. med. *Arndt Rolfs*,
Universität Rostock,
für Leistungen nach den EBM-Nummern 32056, 32262, 11320-11322, 11311 40122 auf Überweisung von niedergelassenen und ermächtigten Fachärzten für Neurologie, Nervenheilkunde, Pädiatrie, Innere Medizin, Humangenetik und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik,
bis zum 30. Juni 2008.

Der Berufungsausschuss beschließt

Die Ermächtigung von Prof. Dr. *Bernd Drewelow* wird auf den Widerspruch der Kassenärztlichen Vereinigung M-V geändert.
Die Erbringung von Leistungen nach den EBM-Nummern 32087, 32293 und 32294 wird abgelehnt.

Rügen

Ende der Zulassung

Dr. med. *Michael Kallius*,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Vitte,
endete
am 1. April 2006.

Schwerin/Wismar/Nordwestmecklenburg

Die Zulassung haben erhalten

Dipl.-Med. *Karsten Reininghaus*,
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie für Schwerin,
ab 1. Juli 2006;

HELIOS Medizinisches Versorgungszentrum Schwerin,
ab 1. Juli 2006.

Ermächtigungen

Dr. med. *Peter Bub*,
HELIOS Kliniken Schwerin,
für konsiliarärztliche Leistungen im Rahmen des Fachgebietes Urologie auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Urologie,
bis zum 30. September 2008;

Prof. Dr. med. *Peter Clemens*,
HELIOS Kliniken Schwerin,
für kindergastroenterologische Leistungen und zur Behandlung von Stoffwechselstörungen (ausgenommen davon die Behandlung von Lebererkrankungen und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, Diabetes mellitus und Mukoviszidose) auf Überweisung von hausärztlich tätigen Vertragsärzten,
bis zum 30. Juni 2008;

Dr. med. *Raoul Hinze*,
HELIOS Kliniken Schwerin,
für Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms nach den EBM-Nummern 01756-01758, 40852,
bis zum 30. Juni 2008;

Dr. med. *Lothar Wöstenberg*,
HANSE Klinikum Wismar GmbH,
für Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms nach den EBM-Nummern 01752-01755, 01758, 40852,
bis zum 30. Juni 2008;

Dr. med. *Markus Stuppe*,
Klinik für Abhängigkeitserkrankungen Schwerin,
zur Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit auf Überweisung von Vertragsärzten, die über eine Substitutionsgenehmigung verfügen,
bis zum 30. Juni 2008.

Stralsund/Nordvorpommern

Die Zulassung hat erhalten

Medizinisches Versorgungszentrum Stralsund GmbH,
ab 1. Juli 2006.

Ermächtigung

Dr. med. *Hartmut Schuster*,
DRK-Blutspendedienst M-V gGmbH, Institut für Transfusionsmedizin Stralsund,
für blutgruppenserologische Untersuchungen im Zusammenhang mit der Anforderung von Blutkonserven, Erythrozyten- und Thrombozytenkonzentraten sowie für ambulante Transfusionen auf Überweisung von Vertragsärzten und den ermächtigten Dialysezentren Stralsund und Greifswald,
bis zum 30. September 2008.

Uecker-Randow

Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

MVZ Vorpommern GmbH Pasewalk,
Anstellung zur Ganztagsbeschäftigung von Dr. med. *Wolfgang Haedicke* als Facharzt für Pathologie,
ab 1. Juli 2006.

Der Berufungsausschuss beschließt

Dr. med. *Ralf-Jürgen Schröder*,
AMEOS-Diakonie Klinikum in Ueckermünde,
wird bis zur Entscheidung in dem Hauptverfahren vor dem Sozialgericht Schwerin zur Erbringung anästhesiologischer Leistungen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen von Kindern an Vormittagen in den Räumen des Diakonie Klinikums Vorpommern durch den Facharzt für HNO-Heilkunde MR Dr. *Gerhard Reintanz* ermächtigt.

Informationen

Die Praxissitzverlegung innerhalb des Ortes geben bekannt:

Dr. med. *Gernot Spiewok*,
FA für Chirurgie
neue Adresse:
Graf-Schack-Allee 20,
19053 Schwerin.

Korrektur

Dipl.-Psych. *Uwe Falsner*
Psychologischer Psychotherapeut
Adresse:
Bahnhofstr. 37,
19089 Crivitz.

Der Zulassungsausschuss und der Berufungsausschuss weisen ausdrücklich darauf hin, dass die vorstehenden Beschlüsse noch der Rechtsmittelfrist unterliegen.

Öffentliche Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen gem. § 103 Abs. 4 SGB V

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern schreibt auf Antrag folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme durch einen Nachfolger aus, da es sich um für weitere Zulassungen gesperrte Gebiete handelt.

Planungsbereich/Fachrichtung	Übergabetermin	Bewerbungsfrist	Ausschreibungs-Nr.
Rostock			
Allgemeinmedizin	1. Januar 2007	15. August 2006	07/02/06
Allgemeinmedizin	1. Januar 2007	15. August 2006	01/03/06
Allgemeinmedizin	nächstmöglich	15. August 2006	15/02/06/2
Allgemeinmedizin	1. April 2007	15. August 2006	01/06/06
Allgemeinmedizin (Praxisanteil)	nächstmöglich	15. August 2006	13/12/05
Kinder- und Jugendmedizin	nächstmöglich	15. August 2006	03/01/06/2
Innere Medizin (hausärztlich)	1. Januar 2007	15. August 2006	15/03/06
Schwerin/Wismar/Nordwestmecklenburg			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	nächstmöglich	15. August 2006	11/08/05
Schwerin			
Allgemeinmedizin	nächstmöglich	15. August 2006	07/12/05
Allgemeinmedizin	1. Januar 2007	15. August 2006	18/04/06
Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1. Juli 2007	15. August 2006	07/06/06
Demmin			
Nervenheilkunde	1. Januar 2007	15. August 2006	23/03/06
HNO-Heilkunde	1. Oktober 2006	15. August 2006	28/09/05
Ludwigslust			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1. Oktober 2006	15. August 2006	29/05/06
Stralsund/Nordvorpommern			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1. Januar 2007	15. August 2006	11/01/06
Greifswald/Ostvorpommern			
Neurologie und Psychiatrie	nächstmöglich	15. August 2006	17/07/06
Rügen			
Chirurgie	nächstmöglich	15. August 2006	27/12/05

Auf Antrag der Kommunen werden folgende Vertragsarztsitze öffentlich ausgeschrieben:

Stadt Demmin			
Augenheilkunde		15. August 2006	15/08/05
Kinder- und Jugendmedizin	nächstmöglich	15. August 2006	30/12/05
Stadt Bützow			
Augenheilkunde		15. August 2006	10/11/05

Die Praxisgründungen sollten zum nächstmöglichen Termin erfolgen.

Die Ausschreibungen erfolgen zunächst anonym. Nähere Auskünfte erteilt die Abteilung Sicherstellung, Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Tel. (0385) 7431-363. Bewerbungen sind unter Angabe der Ausschreibungsnummer an die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Postfach 16 01 45, 19091 Schwerin, zu richten.
Den Bewerbungsunterlagen sind beizufügen:

-Auszug aus dem Arztregister;
-Lebenslauf;
-Nachweise über die seit der Eintragung in das Arztregister ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten;
-polizeiliches Führungszeugnis im Original.

Mammographie-Screening in MV

Dr. Kairies, die Technik erläuternd

Akteure zufrieden mit ersten Zahlen

In einer Zusammenkunft der Medien mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in der radiologischen Praxis von Dr. Uwe Kairies in Demmin Anfang Juli wurden erste Zahlen über die am Mammographie-Screening beteiligten Frauen bekannt gegeben.

Aus der Region Greifswald, hier ging die erste Mammographie-Screening-Einheit für Mecklenburg-Vorpommern in Greifswald, Pasewalk und Demmin an das Netz, wurden bis zum o. g. Zeitpunkt 2.052 Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren angeschrieben und eingeladen.

Die ersten angebotenen Termine zum Screening in den drei radiologischen Praxen haben in den ersten zwei Wochen bereits 237 Frauen in Anspruch genommen.

„Das ist eine Größenordnung, mit der man für den Screening-Start zufrieden sein kann“, so der Radiologe Dr. Kairies. „Natürlich muss sich die Intensität erhöhen, damit das Ziel des Mammographie-Screenings, eine deutliche Senkung der Brustkrebssterblichkeit um bis zu 30 Prozent, erreicht wird.“

Täglich gehen von der „Zentralen Stelle“, die beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung angesiedelt ist, die Einladungen für die nächsten Tage und Wochen an die betreffenden Frauen.

Allein in der Startwoche hatte die **„Zentrale Stelle“** 437 Anrufe. Viele Frauen stimmen sich hier telefonisch ab.

Angesichts umfangreicher Vorinformationen durch Ärzte und Krankenkassen über die Ziele, die in Frage kommenden Untersuchungsmethoden und den Ablauf der Früherkennungsuntersuchung sind die anspruchsberechtigten Frauen sehr gut aufgeklärt.

Um eine recht hohe Beteiligungsrate in den Regionen zu erreichen, ist es notwendig, parallel zu den Einladungen gleichzeitig über dieses Thema in den Medien zu informieren. Die Krankenversicherungen, die den direkten Kontakt zu ihren Mitgliedern haben, klären zeitgleich über das qualitätsgesicherte Mammographie-Programm auf.

Bis Ende diesen Jahres werden drei weitere Screening-Einheiten **des Landes, nämlich Schwerin, Neubrandenburg und Rostock**, an das Netz gegangen sein, so dass dann alle anspruchsberechtigten Frauen in einem entsprechenden Zwei-Jahres-Rhythmus zu dieser Vorsorgeuntersuchung eingeladen werden können. *stt*

Leserbrief

Sehr geehrter *Herr Wagner**,

der Kompromiss einer zukünftigen Gesundheits-Reform ist aus unserer Sicht ein Schlag ins Gesicht der niedergelassenen Ärzte. Mit einer Vergütungs-”Reform” ab 2009, die dann wohl doch erst 2010 kommen wird, vergehen noch vier Jahre, 4 x 365 Tage, in denen noch viel politisches Wasser die Peene abwärts fließen wird (neue Legislaturperiode). Das ist Hinhaltetaktik und kommt für viele Ärzte, und so auch für mich, viel zu spät. Es unterstellt indirekt damit auch, dass unser Anliegen nicht sehr dringlich ist.

Außerdem: Eine Vergütungsreform, die eine Mengensteuerung enthält und auf Pauschalen aufgebaut ist, macht nie und nimmer eine leitlinienorientierte ärztliche Berufsausübung möglich, da sie eine reine Krankheitsverwaltung bedeutet, nicht aber die darin lebenden Personen, vor allem die krankheitsbezogene Individualität der Patienten berücksichtigt. Eine solche Regelung hat zur Folge, dass vor allem schwerkranke und komplizierte Patienten bis zu einer gewissen Grenze zwar behandelt werden, dann aber zum Spielball innerhalb des Systems werden. Eine ähnliche Entwicklung erleben wir schon heute bei den DRGs, deren Einführung beabsichtigt hatte, die stationären Behandlungsmaßnahmen zurück zu schrauben und in den ambulanten Bereich zu verlagern. Wird im ambulanten Versorgungssektor das gleiche Instrument eingesetzt, so wird die medizinische Versorgung gerade der schwer und chronisch Kranken zu einem einzigen Verschiebebahnhof degradiert.

Mir ist bewusst, dass heute die Politik all diese Bedenken weit von sich weist. Ähnliches ist 1992 passiert, damals war die Seehofer-Administration auch taub und blind, besser gesagt “beratungsresistent”. Und es kam doch schlimmer als vom Sachverstand prognostiziert.

Mit freundlichen Grüßen Ihr
Dr. med. *Arno W. de Pay*
Praktischer Arzt aus Beggerow

** Herr Wagner ist Redakteur des Nordkuriers.*

Die Gesundheitsreform in aller Munde

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung – Die Prüfung nach Durchschnittswerten

1. Rechtsgrundlagen und Zuständigkeiten

Die Vorschrift des § 106 SGB V sah in ihrer bis zum 31. Dezember 2003 gültigen Fassung die arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten noch ausdrücklich als Regelprüfmethode vor. Mit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) ist die Prüfung nach Durchschnittswerten als gesetzliche Regelprüfmethode der Wirtschaftlichkeitsprüfung weggefallen. Allerdings sieht das Gesetz vor, dass auf Landesebene zwischen Krankenkassen und KV über die gesetzlich vorgesehenen Prüfungen hinaus auch Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten vereinbart werden können (vgl. § 106 Abs. 2 Satz 4 SGB V). Hiervon haben die Vertragspartner auf Landesebene in Mecklenburg-Vorpommern insoweit Gebrauch gemacht, als die gültige Prüfvereinbarung weiterhin die Prüfung nach Durchschnittswerten als Prüfmethode vorsieht. Allerdings wird nach dem Inhalt der Prüfvereinbarung eine Prüfung ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten ersatzweise nur dann durchgeführt, wenn Richtgrößenprüfungen aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen nicht durchführbar sind. Die Prüfung der ärztlichen Leistungen (Honorar) nach Durchschnittswerten wird nach den Vereinbarungen auf Landesebene in Bezug auf das Abrechnungsjahr 2005 noch als regelhafte Prüfung durchgeführt. Nicht zuletzt mit Rücksicht auf die bevorstehende Einführung der Stichprobenprüfung haben sich KV und Krankenkassen allerdings geeinigt, ab dem Jahr 2006 eine regelhafte Prüfung des ärztlichen Honorars nach Durchschnittswerten bis auf weiteres nicht mehr durchzuführen (eine entsprechende Protokollnotiz zur Prüfvereinbarung befindet sich gegenwärtig im Unterschriftenverfahren). Allerdings bleibt die Prüfung nach Durchschnittswerten weiterhin als Prüfmethode anwendbar – beispielsweise wenn KV oder Krankenkassen im Einzelfall einen Antrag auf Wirtschaftlichkeitsprüfung bei den zuständigen Prüfgremien stellen.

2. Prüfungsgegenstand

Wie bereits erwähnt kann Gegenstand einer Prüfung der Wirtschaftlichkeit nach Durchschnittswerten sowohl das vertragsärztliche Honorar als auch die ärztlich verordneten Leistungen sein. Dabei kommt der Prüfung des ärztlichen Honorars praktisch eine erheblich größere Bedeutung zu, weshalb sich die folgenden Ausführungen auf diese Prüfung beschränken. Die dargestellten Grundsätze gelten jedoch für eine Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach Durchschnittswerten entsprechend. Die Durchschnittswertprüfung beruht auf der Annahme, dass die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte im Allgemeinen die Anforderungen an Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen beachten und dass daher bei gleichem Krankengut im Durchschnitt je Behandlungsfall die gleichen Kosten entstehen. Dreh- und Angelpunkt der Prüfung nach Durchschnittswerten ist das sogenannte **offensichtliche Missverhältnis**. Ein solches liegt vor, wenn der Fallwert des geprüften Arztes so erheblich über dem Vergleichsgruppendurchschnitt liegt, dass sich die Mehrkosten nicht mehr durch Unterschiede in der Praxisstruktur und den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lassen und deshalb zuverlässig auf eine unwirtschaftliche Behandlungsweise als Ursache der erhöhten Aufwendungen geschlossen werden kann. Die Feststellung, dass die abgerechneten Leistungen sich im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses bewegen, hat für den Arzt erhebliche beweisrechtliche Konsequenzen. **Während bis zum Erreichen des offensichtlichen Missverhältnisses die Beweislast für ein unwirtschaftliches Verhalten den Prüfgremien obliegt, kehrt sich diese bei Erreichen des offensichtlichen Missverhältnisses zu Lasten des Arztes um.** Die Prüfgremien dürfen davon ausgehen, dass der Arzt unwirtschaftlich behandelt hat. Es obliegt nun dem Arzt, diese Vermutung – z.B. durch die Darlegung von Praxisbesonderheiten – zu entkräften. Ab welcher Höhe der Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts vom Erreichen des offensichtlichen Missverhältnisses auszugehen ist, kann nicht allgemein bestimmt werden und hängt maßgeblich vom zugrundeliegenden Einzelfall ab. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts rechtfertigen allerdings Überschreitungen um 50 % in der Regel die Annahme eines offensichtlichen Missverhältnisses. Bei einer weniger homogen zusammengesetzten Vergleichsgruppe kann es demgegenüber geboten sein, den Beginn des offensichtli-

chen Missverhältnisses höher anzusiedeln. Gleichermaßen kann bei einer sehr homogenen Vergleichsgruppe, bei der Bildung einer verfeinerten Vergleichsgruppe sowie in Fällen andauernder Auffälligkeit durchaus auch schon bei einer Abweichung von 40 Prozent ein offensichtliches Missverhältnis angenommen werden. Ausgangspunkt hinsichtlich des Erreichens des offensichtlichen Missverhältnisses ist zunächst einmal die Abweichung des Gesamtfallwertes vom Durchschnitt der Fachgruppe. Aber auch einzelne Leistungssparten und sogar einzelne Leistungspositionen können Gegenstand einer Prüfung nach Durchschnittswerten sein. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass – so die Rechtsprechung des BSG – der Gesamtfallwert nicht zwangsläufig etwas über die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise in Einzelbereichen aussagt. Allerdings sind bei der Prüfung von Leistungssparten bzw. Einzelleistungen höhere Anforderungen im Hinblick auf die Feststellung des Erreichens des offensichtlichen Missverhältnisses zu stellen. Vor diesem Hintergrund gehen die Prüfgremien in der Regel bei der Prüfung von Einzelleistungen erst bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 100 Prozent von einem Erreichen des offensichtlichen Missverhältnisses aus. Allerdings ist es auch hier nicht ausgeschlossen, diese Grenze niedriger anzusiedeln. Dies gilt etwa dann, wenn es sich um Leistungen handelt, die von der ganz überwiegenden Anzahl der der Vergleichsgruppe zugeordneten Ärzte erbracht werden und die in der Regel auch nicht durch andere Leistungen substituierbar sind. Erwähnenswert ist ferner, dass sich die Prüfgremien bei ihrer Prüfung insbesondere im Hinblick auf das Erreichen des offensichtlichen Missverhältnisses nicht allein auf eine statistische Betrachtung der vorliegenden Abrechnungsdaten beschränken dürfen.

Vielmehr ist die statistische Prüfung durch eine sogenannte intellektuelle Prüfung zu ergänzen.

Reinhold Löffler

Bei dieser intellektuellen Prüfung – deren Umfang wiederum vom Einzelfall abhängig ist – haben die Prüfgremien bekannte oder erkennbare Gesichtspunkte, die für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit relevant sind, zu berücksichtigen. Um an dieser Stelle Missverständnissen vorzubeugen: Sind die Prüfgremien im Anschluss an die statistische und intellektuelle Prüfung zu der Überzeugung gelangt, dass sich die Abrechnung des Arztes im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses bewegt, obliegt es dem Arzt, die Wirtschaftlichkeit seiner Behandlungsweise darzulegen.

3. Prüfungsmaßnahmen, Rechtsschutz

Kommen die Prüfgremien im Rahmen der Prüfung nach Durchschnittswerten zu der Überzeugung, dass eine unwirtschaftliche Behandlungsweise gegeben ist, wird in aller Regel eine Honorarkürzung ausgesprochen. Hinsichtlich der Höhe der Honorarkürzung steht den Prüfgremien ein Ermessensspielraum zur Verfügung. Der Kürzungsrahmen ist durch die Feststellung des unwirtschaftlichen Mehraufwandes begrenzt. Allerdings sind die Prüfgremien nicht verpflichtet, diesen – gegenüber der Fachgruppe – unwirtschaftlichen Mehraufwand zu beziffern, wenn dem Arzt nach der Kürzung noch ein Honorarbetrag belassen wird, der sich weiterhin im Bereich des offensichtlichen Missverhältnisses bewegt. Allerdings ist auch eine weitergehende Honorarkürzung nicht ausgeschlossen, wenn insoweit den höheren Prüfungs- und Begründungsanforderungen genügt wird. Der durch das Vorliegen des offensichtlichen Missverhältnisses begründete Anschein der Unwirtschaftlichkeit kann im Rahmen des Verfahrens vor den Prüfungseinrichtungen vom Vertragsarzt insbesondere durch die Geltendmachung von **Praxisbesonderheiten oder kompensatorische Einsparungen** widerlegt werden. Als Praxisbesonderheit kommt in erster Linie eine besondere Ausrichtung der Praxis in Betracht (Schwerpunkt der Behandlungstätigkeit auf bestimmte Teilgebiete oder Fachbereiche). Eine weitere

Fortsetzung auf Seite 20

Haben die KVen weiterhin das Mandat der Vertragsärzte?

Die Gesetzgebung der vergangenen Jahre hat die Balance im Gesundheitssystem massiv verschoben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben immer mehr Pflichten zu erfüllen. Gleichzeitig werden ihre Rechte permanent beschnitten. Die Körperschaften ziehen daraus Konsequenzen. Ein vertragsärztliches Referendum soll klären, welche Interessenvertretung sich die Niedergelassenen in Zukunft wünschen.

Auszüge aus KBV-„Klartext“ – Die Zeitung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Juli 2006, S. 4/5 von Maria Sinjakowa.

„Die KBV und die KVen haben zum einen als Körperschaften des öffentlichen Rechts einen per Gesetz an sie delegierten hoheitlichen Auftrag zu erfüllen. Auf der anderen Seite müssen sie die Interessen ihrer Mitglieder vertreten. Seit einigen Jahren fällt es den Organisationen immer schwerer, ihren beiden Aufgaben im richtigen Maße gerecht zu werden. Zu ungleich sind die Gewichte verteilt. Ein undurchdringlicher Wust von Vorschriften, Auflagen und Kostendämpfungsmaßnahmen belastet das Verhältnis zwischen den Körperschaften und ihren Mitgliedern und lässt immer weniger Spielraum für die Interessenvertretung. Die KVen haben seit langem die Aufgaben, den Mangel zu verwalten. Die niedergelassenen Ärzte empfinden das als Versagen. Gleichzeitig werden einige Stimmen laut, die den Ausstieg aus dem KV-System diskutieren. Die eigentlichen Interessenvertreter werden als Handlanger und Erfüllungsgehilfen der Politik gesehen, denn der unmittelbare Gesprächspartner für Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfung, für Regress und andere belastende Regelungen sind die KVen. Da fragen sich manche, ob die Lage für sie nicht besser wäre, wenn es die KVen nicht mehr gäbe.

Die Organisationen haben auf den Unmut reagiert und ihre Forderungen formuliert. **Sie wollen den Schutz des Arzt-Patienten-Verhältnisses, den Erhalt der Freiberuflichkeit, eine angemessene Vergütung und Bürokratieabbau**.(…) Um die Forderungen der Ärzteschaft noch deutlicher in die Politik einzubringen und die aktuelle Schieflage zwischen Rechten und Pflichten wieder zurechtzurücken, brauchen die KBV und die KVen aber einen klaren Auftrag ihrer Basis.

Deshalb hat die Vertreterversammlung der KBV in ihrer Sitzung vom 24. März beschlossen, die Vertragsärzte und -psychotherapeuten, nach ihrer Meinung zu fragen. Ein Referendum soll klären, ob die KV-Mitglieder in ihrer Mehrheit noch hinter ihren Körperschaften stehen, welchen Wert sie dem Kollektivvertrag beimessen und wo die Grenzen der Belastbarkeit im heutigen System liegen. Die Niedergelassenen erhalten auf der anderen Seite die Möglichkeit, ihre Ansichten, ihre Wünsche und Einschätzungen mitzuteilen.

Eine Vollerhebung unter den knapp 140.000 Vertragsärzten und -psychotherapeuten ist aus zeitlichen und finanziellen Gründen nicht machbar. (…)

Die Körperschaften wünschen sich kein Misstrauensvotum, denn sie bekennen sich ausdrücklich zum Sicherstellungsauftrag. Der damit verbundene Kollektivvertrag ist ihrer Ansicht nach der Garant für eine flächendeckende, qualitätsgesicherte und leistungsfähige ambulante Versorgung aller gesetzlich Versicherten. Die KVen bekennen sich auch zu dem ihnen per Gesetz übertragenen Regulierungsauftrag. Schließlich besitzen sie als ärztliche Selbstverwaltung den notwendigen Sachverstand und verfügen über die genaue Kenntnis der Bedürfnisse ihrer Mitglieder. (…)

Ein positives Votum würde die Körperschaften in die Lage versetzen, noch mehr Druck auf die Gesetzgebung auszuüben. Fiele das Votum negativ aus, müssten die KBV und die KVen mit diesem Ergebnis in der Politik agieren. (…)“

Dann „gäbe es allerdings keinen ärztlichen Fürsprecher auf bundespolitischer Ebene mehr. Auch der Sicherstellungsauftrag ginge auf den Staat beziehungsweise die gesetzlichen Krankenkassen über. Es gäbe Einzelverträge und die Kassen entschieden, wie viel Geld der Arzt künftig für seine Leistungen bekäme. Ein ruinöser Wettbewerb würde die flächendeckende ambulante Versorgung zugrunde richten und die ständige staatliche Einmischung in die Therapiefreiheit das Vertrauen zwischen Arzt und Patient zerstören.

Welche Meinung die Mehrheit der Niedergelassenen vertritt, wird das Referendum zeigen. Die Politik wird dann erfahren, wann der Punkt erreicht ist, an dem die Vertragsärzte soweit sind, dass sie sich gezwungen sehen, ihre Zulassung zurückzugeben.“

Im Oktober und November wird Infas, das Institut für angewandte Sozialwissenschaften, 20.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten telefonisch jeweils etwa fünf Minuten lang befragen. Noch in diesem Jahr wird die KBV die Ergebnisse präsentieren.

pr

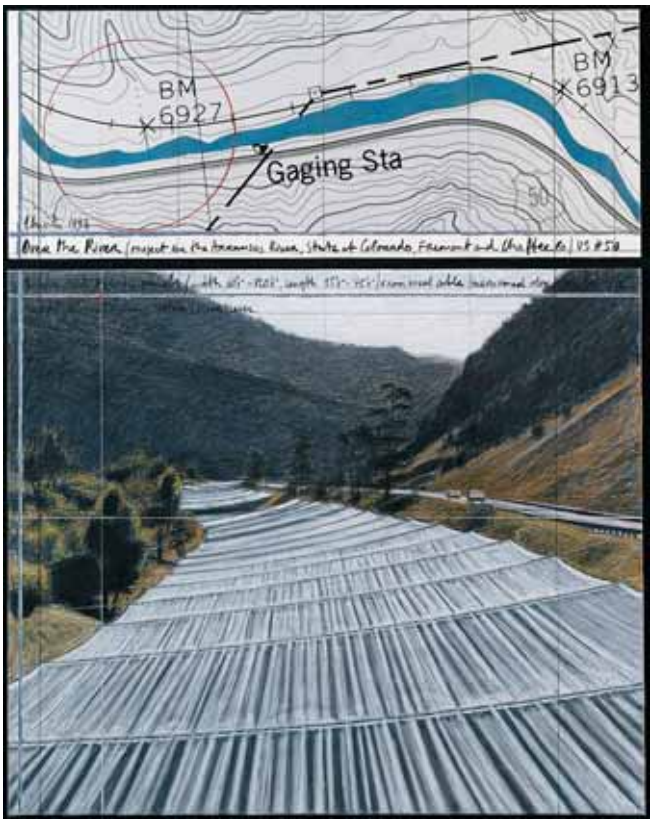
Faszinierende Magie großräumiger Verhüllung

Von Detlef Hamer

Seit dem 15. Juli, dem Eröffnungstag einer hierzulande äußerst ungewöhnlichen Ausstellung, ist die Kunsthalle Rostock Magnet für Tausende Besucher aus nah und fern. Und das dürfte bis zum 8. Oktober zweifellos so bleiben, denn bis dahin ist die gesamte Galerie am Schwanenteich mit **Arbeiten von Christo und Jeanne-Claude** (beide 71), jenem Ehepaar, das seit Jahrzehnten weltweit mit spektakulären „Verpackungen“ großer Gebäude, Brücken und Landschaften Aufsehen erregte, angefüllt. Wer sich beispielsweise an die 1995 vollzogene Verhüllung des **Berliner Reichstags** erinnert und diese eigentümliche Verwandlung einer historischen Architektur in eine einzige große Form, für wenige Tage mit gewaltigem handwerklichen Aufwand realisiert, und wer sie sogar selbst in Augenschein nehmen konnte, wird sein Staunen über die überraschende visuelle Wirkung bis heute bewahrt haben.

Die jetzige Präsentation, für deren Zustandekommen Ulrich Ptak mutig eingetreten ist, vermittelt auf subtile Weise Schaffensmethoden des berühmten Künstlerpaares, indem nämlich zwei wichtige Projekte in vielen Details ihrer Vorbereitung vorgestellt werden, und zwar eins, das schon erlebbar geworden ist, und ein weiteres, das frühestens im Jahre 2009 vollendet sein wird.

Beim zuerst genannten handelt es sich um die 1985 realisierte Verhüllung der Pariser Brücke **„Pont neuf“**. Allein hierzu werden rund 250 Objekte, darunter Fotografien, Zeichnungen, Konstruktionsteile und Modelle, dargeboten, so dass vom Betrachter etliche Schritte von der Idee bis zur Verwirklichung im Zeitraum eines Jahrzehnts nachvollzogen werden können.



OVER THE RIVER.
PROJECT FOR THE ARKANSAS RIVER, State of Colorado,
Collage 1998, Copyright Christo 1998, Foto: Wolfgang Volz

Beim zweiten Projekt, das sich noch in einer stetig reifenden Planungsphase befindet, geht es um die **Überspannung des Flusses Arkansas** im US-Bundesstaat Colorado – auf einer Länge von ca. elf Kilometern soll sich eine Stoffpaneele, die der Gliederung des Flussbettes entspricht, wie frei schwebend erheben. Welche zauberisch optische Wirkung dieses Unternehmen hervorbringen dürfte, das lassen bereits jetzt die zahlreichen Skizzen, ausgefeilten Zeichnungen, Projektionen und Collagen erahnen.

Die Rostocker Schau ist insofern eine Besonderheit, als die gediegene spezifische Künstlerschaft, die Christo und Jeanne-Claude zueigen ist, in ihrer Vielfalt und Komplexität zutage tritt. Hinter dem Anspruch nach fraglos sensationellen Auftritten werden die **Solidität handwerklichen Könnens als Basis für jede ernstzunehmende Kunst, ihre ästhetische Noblesse noch im winzigen Entwurf und ihre visionäre Vorstellungskraft deutlich**.

Erkennbar wird auch, wie sehr Christo und Jeanne-Claude ihre jeweils für kurze Zeit anschaubaren Hervorbringungen immer als Gemeinschaftswerke begreifen, an denen zahlreiche kreative Helfer beteiligt sind, an der Spitze der umsichtige **Kurator und Registrator Josy Kraft und der famose Fotograf Wolfgang Volz**.

Die Künstler haben es sich nicht nehmen lassen, zur feierlichen Eröffnung der Ausstellung, gelungene Dokumentation und überzeugende Würdigung zugleich, dabei zu sein. Mehr noch: **In zwei Treffen mit vielköpfigem Publikum sprachen sie voller Temperament über ihr bisheriges und künftiges Schaffen.**

Begrüßenswert ist nicht zuletzt, dass in der Galerie am Schwanenteich einige imposante einschlägige Publikationen, Reproduktionen, signiert und gerahmt sowie, großformatige Poster angeboten werden.

Öffentlicher Vortrag – „Trauer und Scham – Thema und Ereignis in psychoanalytischen Stunden“

Termin: 25. August 2006, 16.15 bis 18.30 Uhr.
Ort: Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Mecklenburg-Vorpommern e.V., Augustenstraße 44 a, 18055 Rostock.
Referent: Dr. med. *Peter Wruck* (Rostock), Psychoanalytiker (DPV).
Hinweis: Für die Veranstaltung werden drei Fortbildungspunkte vergeben.
Teilnahmegebühr: acht Euro die Stunde.
Auskunft/Anmeldung: Sekretariat, **Tel./Fax:** (0381) 4 59 03 93 (mittwochs 14.30 bis 18.30 Uhr), **Internet:** www.ippmv.de, **E-Mail:** IPPMV@t-online.de.

Qualitätsmanagement/QEP-Seminare 2006

Termine/Ort:
15./16. September 2006 in Rostock,
6./7. Oktober 2006 in Schwerin,
13./14. Oktober 2006 in Stralsund,
20./21. Oktober 2006 in Neubrandenburg,
17./18. November 2006 in Schwerin,
24./25. November 2006 in Rostock.
Die Seminare finden jeweils freitags von 15 bis 21 Uhr und samstags von 9 bis 17 Uhr statt.
Inhalte: Grundlagen des Qualitätsmanagements; Die Entwicklung von QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen); Die Vorbereitung der erfolgreichen Einführung von QEP.
Teilnehmergebühr: 262 Euro für Ärzte; 150 Euro für Arzthelferinnen.
Auskunft/Anmeldung:
Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern,
Martina Lanwehr,
Tel.: (0385) 74 31 375
Fax: (0385) 74 31 346
E-Mail: MLanwehr@kvmv.de.

22. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie

Termin: 6. bis 9. September 2006.
Ort: Mülheim an der Ruhr, Stadthalle, Theodor-Heuss-Platz 1.
Thema: Die Zukunft der Gefäßchirurgie.
Auskunft: Gefäßchirurgische Klinik, Evangelisches Krankenhaus, *Monika Zimmermann*, Wertgasse 30, 45468 Mülheim an der Ruhr,
Tel.: (0208) 309 2441 oder –2440,
Fax: (0208) 309 2443,
E-Mail:
monika.zimmermann@ evkmh.de.

61. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) mit Sektion für Gastroenterologische Endoskopie und Deutsche Gesellschaft für Viszeralchirurgie (DGVC).

Termin: 13. bis 16. September 2006.
Ort: Congress Centrum Hannover.
Auskunft: Pressestelle DGVS, *Beate Schweizer*, PF 30 11 20, 70451 Stuttgart, **Tel.:** (0711) 8931 295,
Fax: (0711) 8931 167,
E-Mail:
info@medizinkommunikation.org,
Internet: www.dgvs.de.

Seminartermine im Rahmen der DMP Diabetes und KHK

Ort: Praxis Dipl.-Med. *Volkart Güntsch*, Schwerin.
Thema/Termin: Diabetes mellitus Typ 2 ohne Insulin: 6. bis 7. Oktober 2006, Diabetes mellitus Typ 2 mit Insulin: 10. bis 11. November 2006, Hypertonie: 12. bis 13. Januar 2006.
Hinweis: Interessenten erhalten eine schriftliche Einladung (mit Inhalt u. Modalitäten).
Teilnehmergebühr: 100 Euro.
Auskunft/Anmeldungen: Tel.: 0173 5861 267, **Fax:** (03834) 843910.

Fortsetzung von Seite 17

Praxisbesonderheit kann sich auch aus einer besonderen Zusammensetzung des Patientenklientels ergeben. Ob tatsächlich eine zu berücksichtigende Praxisbesonderheit vorliegt, hängt vom Einzelfall ab, so dass hier eine abschließende Aufzählung nicht vorgenommen werden kann. Bedeutsam ist vielmehr der Umstand, dass – bei Vorliegen des offensichtlichen Missverhältnisses – der Arzt die Darlegungs- und Beweislast für die geltend gemachten Praxisbesonderheiten trägt.

Daraus folgt, dass der Arzt sich im Prüfverfahren nicht darauf beschränken darf, auf vermeintliche Praxisbesonderheiten hinzuweisen. Vielmehr muss er – beispielsweise mit Hilfe von Einzelfällen – dezidiert darlegen, weshalb er trotz Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts wirtschaftlich behandelt. Gleiches gilt auch hinsichtlich der Geltendmachung sogenannter kompensatorischer Einsparungen. Auch hier darf sich der Arzt nicht darauf beschränken, zu behaupten, er habe durch den erhöhten Behandlungsaufwand in dem zu prüfenden Bereich Einsparungen in anderen Bereichen (z.B. Arzneimittel, Krankenhauseinweisungen) erzielt. Vielmehr ist hier im Einzelnen darzulegen, dass zwischen dem Mehraufwand einerseits und dem Minderaufwand andererseits ein ursächlicher Zusammenhang besteht.

Ob, in welchem Umfang und an welcher Stelle des Prüfverfahrens (etwa bei der Begründung des offensichtlichen Missverhältnisses oder im Rahmen der Honorarkürzung) die Prüfgremien Praxisbesonderheiten und kompensatorische Einsparungen berücksichtigen, steht wiederum im Ermessen der Prüfgremien.

50. Geburtstag

2.8. Dr. med. *Maria Buller*, ermächtigte Ärztin in Wismar;

4.8. Dipl.-Psych. *Hans-Dieter Paetow*, Psychologischer Psychotherapeut in Bützow;

9.8. Dr. med. *Dieter Erdmann*, niedergelassener Arzt in Loitz;

16.8. Dr. med. *Gabriele Kilian*, niedergelassene Ärztin in Güstrow;

20.8. Dipl.-Med. *Annelie Stuhr*, niedergelassene Ärztin in Bad Doberan;

21.8. Dipl.-Med. *Bernd Neumann*, niedergelassener Arzt in Rostock;

21.8. Dr. med. *Sabine Kirschnick*, niedergelassene Ärztin in Rostock;

25.8. Dipl.-Med. *Ulrike Jacobi*, niedergelassene Ärztin in Ribnitz-Damgarten;

28.8. *Cäcilia Wilde*, niedergelassene Ärztin in Torgelow;

28.8. Dr. med. *Volker Bohlscheid*, ermächtigter Arzt in Neubrandenburg;

29.8. Dr. med. *Birgit Marquardt*, niedergelassene Ärztin in Greifswald.

60. Geburtstag

6.8. Dr. med. *Peter Schwanitz*, ermächtigter Arzt in Rostock;

16.8. *Gertrud Schwarz*, niedergelassene Ärztin in Neustrelitz.

65. Geburtstag

1.8. Dr. med. *Horst Conradt*, niedergelassener Arzt in Rostock;

2.8. *Ingrid Kornfeld*, niedergelassene Ärztin in Grammendorf;

15.8. Dr. med. *Marianne Pardeyke*, niedergelassene Ärztin in Bützow;

24.8. Dr. med. habil. *Ilona Rjasanowski*, Einrichtungsärztin in Karlsburg;

27.8. MR Dr. med. *Gerhard Schulz*, niedergelassener Arzt in Krakow am See.

Wir gratulieren allen Jubilaren auf das herzlichste und wünschen ihnen beste Gesundheit und allzeit gute Schaffenskraft!

Bernhard Scholz ist nun 75 Jahr´

Von Ingolf Otto

Am 10. Juli 2006 feierte Privatdozent Dr. med. Bernhard Scholz, der über zwölf Jahre das Amt des Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KV Mecklenburg-Vorpommern ausübte, seinen 75. Geburtstag. In Breslau geboren, ging er in Weißenfels zur Schule. Nach seinem Studium der Medizin in Leipzig arbeitete er zunächst in Dresden und Wittenberge, bis er seine langjährige Tätigkeit an der Universitäts-Frauenklinik Rostock unter der Leitung von Professor Dr. Helmut Kyank aufnahm.

Die Zeichen der Zeit erkennend, dass mit der Wende die Weichen für eine grundlegende Veränderung des Gesundheitswesen gestellt wurden, wollte er seinen Beitrag an dessen Gestaltung leisten. In einem Alter von 60 Jahren, in dem sich ein Großteil der Bevölkerung in den Ruhestand begibt, wagte Bernhard Scholz den Schritt in die Selbstständigkeit in einer eigenen gynäkologischen Praxis. Obwohl dies schon eine enorme Leistung darstellt, der unsere Hochachtung gebührt, widmete er sich in seiner Freizeit der Berufspolitik. Am 29. Juni 1991 wurde er zum Vorsitzenden der Vertreterversammlung der KVMV gewählt und begleitete dieses Amt bis zur Beendigung seiner Niederlassung im Juni 2003. Mit viel Engagement organisierte er die Kassenärztetage im Land und andere berufspolitische Veranstaltungen. In einer bewegten Zeit, in der teilweise hitzige Gefechte zwischen den Fachgruppen zur Durchsetzung ihrer berufspolitischen Interessen geführt wurden, gelang es ihm stets, die Streithähne zu einer konstruktiven Zusammenarbeit zum Wohle der gesamten Ärzteschaft in Mecklenburg-Vorpommern zu bewegen. Wir werden seine Einleitungen zu den Vertreterversammlungen nie vergessen. Meist las er eine Fabel zur Einstimmung auf ein wichtiges berufspolitisches Thema vor, um so die gewählten Vertreter nachdenklich zu stimmen.

Bernhard Scholz hat mit seinem Wirken die KV Mecklenburg-Vorpommern maßgebend mitgestaltet. Als Arzt und Mensch setzte er Maßstäbe für die jüngere Generation. Wir wünschen ihm, dass er seinen Ruhestand bei guter Gesundheit ebensolange genießen kann, wie sein langes Arbeitsleben.

Herzliche Gratulation.

Nachwuchs nicht gewollt!?
– Gedanken über den Wert unterschiedlicher Staatsdiener –

Von Dieter Kreye

Eigentlich sollte dieses eine Glosse werden. Aber es stellt sich schon beim Untertitel die Frage, wer könnte denn mit diesen „Dienern“ gemeint sein?

Zum Anlass: Der Finanzausschuss des Bundesrates (neun CDU- und fünf SPD-Mitglieder sowie ein CSU- und ein parteiloses Mitglied) hat gefordert, die geplante Abschaffung des GOÄ-Abschlages zum 1. Januar 2007 auszusetzen. Begründung: Die 100 Prozent entsprächen nicht der allgemeinen Einkommensentwicklung. Außerdem würden dadurch Gemeinden plus Länder plus Bund gleich Staat jährlich mit 6,5 Mio. Euro belastet.

Erster Gedankenstrich: 36 Stunden George „Dappeljuu“ Bush kosten eben diesen Staat zunächst geplante 12, später 20 (tatsächlich dann wie viele?) Mio. Euro. Für „einen Besucher“ mehr als das Dreifache als für die gesamte **beamtete** ostdeutsche Staatsdienerschaft. Hinkt der Vergleich oder wurde noch nicht nachgerechnet?

Zweiter Gedankenstrich: Beamtete Staatsdiener haben natürlich diese „Mehrbelastung“ ausgerechnet. Aber zur Ehrlichkeit gehört die ganze Wahrheit: Nicht nur der Staat zahlt mehr, auch die Patienten und vor allem deren Versicherungen. Und in der Folge zahlen Ärztinnen und Ärzte auch mehr Steuern: ca. 5,2 Mio. Euro Einkommenssteuer zzgl. 0,28 Mio. Euro Solidaritätszuschlag. Bleibt eine Mehrbelastung für den Staat von netto ca. einer Mio. Euro für den gesamten „Osten“, an dem diese Republik unterzugehen droht? Wieviel kosten uns eigentlich die im „Osten“ nach wie vor überdimensional besetzten Verwaltungen oder hinkt auch dieser Vergleich?

Dritter Gedankenstrich: Apropos Besetzung – fehlende **beamtete** Staatsdiener wurden entgegen allen Einkommensverhältnissen mit der „Buschzulage“ in den Osten geholt.

Vierter Gedankenstrich: Die Einrichtung von Lehrstühlen für Allgemeinmedizin an allen Universitäten haben bereits vor Jahren die Kultusminister gefordert und damit zur Staatsaufgabe erklärt. Weil der Staat vielerorts seiner Selbstverpflichtung nicht nachkommt, stellt unsere KV als Anschub für den Lehrstuhl in Rostock jährlich 0,4 Mio. Euro zur Verfügung. Und Minister Metelmann hat gewettert, dass dieses nicht auch noch für Greifswald geschieht (…). Die Ärztinnen und Ärzte, insbesondere in den neuen Bundesländern, haben sich in der Vergangenheit – das mag an ihrer Sozialisierung liegen – zweifelsfrei als treue, aber **freiberufliche** Staatsdiener erwiesen.

Fünfter Gedankenstrich: Inzwischen wurden die Chancen des Wirtschaftszweiges Medizin entdeckt. Aber leider gehen dieser Branche zunehmend die Motoren aus. Ärztemangel wird immer offensichtlicher. Diesen ausgerechnet mit Zementierung der Unterfinanzierung bekämpfen zu wollen, können bestenfalls Ideologen versuchen. Aber darf man der Mehrheit von zehn „schwarzen“ Ministern im Finanzausschuss (siehe oben) überhaupt Derartiges unterstellen? In anderen Wirtschaftszweigen werden Fördermittel an den Unternehmenswünschen und nicht an den Einkommensverhältnissen orientiert. Hinkt dieser Vergleich oder haben wir unser Unternehmertum zu sehr hinter dem Staatsdienerwesen versteckt?

Nun ist die GOÄ für uns sicherlich nicht das rettende Ufer, aber allemal ein außerordentlich wichtiger Leuchtturm. Schaut man auf das Handeln der politisch Verantwortlichen, ist nur eine Schlussfolgerung möglich – ärztlicher Nachwuchs ist unerwünscht. Unter dieser politischen Linienvorgabe müssen wir unseren KV-internen Förderkatalog noch einmal ernsthaft überdenken. Wir müssen uns entscheiden: Staatsdiener oder freiberufliche Unternehmer zu sein.

Amerika zu Gast bei Freunden

Wer hätte jemals gedacht, dass der amerikanische Präsident nach Mecklenburg-Vorpommern kommt?
Ich glaube, er wusste bis vor ein paar Tagen noch gar nicht, wo es auf der Landkarte zu finden ist. Ich nehme ihm das jedenfalls nicht übel.
Trinwillershagen musste ich auch erst auf der Karte suchen.
Doch dass er gleich so viele Leute zum Grillen mitbringen muss, wo Angela nur ihn und seine Frau eingeladen hat, das ist üppig. Da reist er gleich mit drei Flugzeugen an – immerhin mit 600 Leuten im Gefolge.
Vielleicht dürfen dafür die Trinwillershagener zum Gegenbesuch kommen. Dann essen „1377“ Rindersteaks auf Georges Ranch.
Aber was wird “Das” kosten ...?
Unsere Kanzlerin weiß ja auch noch nicht so richtig, aus welchem Portmonee sie ihre „Rustikale Familienfeier“ bezahlen soll.
Nur verstehe ich nicht, wo das Feuerwerk geblieben ist? Es hieß doch immer, der Bush-Besuch liefert den Zündstoff dazu.

Schwester Lissi

Die KV – Eine runde Sache

Liebe Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung!

Wir möchten Sie wieder ganz herzlich zu einer besonderen Veranstaltung

„Ihre KV einmal anders“
am 6. Oktober 2006, 14 Uhr

in die Neumühler Straße 22 in Schwerin einladen.

Unter dem Motto **„Die KV – eine runde Sache“** nehmen wir uns nicht nur Ihrer persönlichen Fragen an. Wir sorgen auch für Ihr leibliches Wohl, werden Sie musikalisch überraschen, und wenn Sie im Anschluss an diese Veranstaltung Ihren Aufenthalt in der Landeshauptstadt verlängern, vielleicht das Schloss oder unser Theater besuchen möchten oder ein Hotelzimmer benötigen, stehen wir gern unterstützend und beratend zur Seite.

Eine persönliche Einladung folgt.

Ihre KV-Mitarbeiter

IHRE ANSPRECHPARTNER IN DEN KREISSTELLEN DER KVMV:

Greifswald
Kreisstelle:
Wolgaster Straße 1,
17489 Greifswald,
Tel. (0 38 34) 89 90 90
Fax: (0 38 34) 89 90 91
Dr. med. *Bernd Streckenbach*
Praxis:
Tel.: (0 38 34) 8 04 40
Fax: (0 38 34) 80 44 41

Güstrow
Kreisstelle:
Rövertannen 13,
18273 Güstrow,
Tel. (0 38 43) 21 54 43
Fax: (0 38 43) 21 54 43
Dr. med. *Stefan Duda*
Praxis:
Tel.: (0 38 43) 68 10 52
Fax: (0 38 43) 68 10 53

Ludwigslust
Kreisstelle:
Gartenstraße 4,
19303 Tewswoos,
Tel. (03 87 59) 30 40
Fax: (03 87 59) 3 04 44
Dr. med. *Hans-Jürgen Neiding*
Praxis:
Tel.: (03 87 59) 30 40
Fax: (03 87 59) 3 04 44

Malchin
Kreisstelle:
Heinrich-Heine-Str. 40,
17139 Malchin,
Tel. (0 39 94) 63 28 35
Fax: (0 39 94) 63 28 35
Dr. med. *Andreas Richter*
Praxis:
Tel.: (0 39 96) 12 04 99
Fax: (0 39 96) 17 48 80

Neubrandenburg
Kreisstelle:
An der Marienkirche,
17033 Neubrandenburg,
Tel. (03 95) 5 44 26 13
Fax: (03 95) 5 44 26 13
MR *Jörg Tiedemann*
Praxis:
Tel. Praxis: (03 96 03) 2 03 33
Fax privat: (03 95) 3 69 84 81

Neustrelitz
Kreisstelle:
Friedrich-Wilhelm-Str. 36,
17235 Neustrelitz,
Tel. (0 39 81) 20 52 04
Fax: (0 39 81) 20 52 12
Dr. med. *Peter Schmidt*
Praxis in Waren:
Tel.: (0 39 91) 73 26 99
Fax: (0 39 91) 73 26 99

Parchim
Kreisstelle:
Am Buchholz 11,
19370 Parchim,
Tel. (0 38 71) 21 39 38
Fax: (0 38 71) 21 39 38
Dr. med. *André Bläser*
Praxis:
Tel.: (0 38 71) 22 62 29
Fax: (0 38 71) 72 77 75

Pasewalk
Kreisstelle:
Prenzlauer Str. 27,
17309 Pasewalk,
Tel. (0 39 73) 21 69 62
Fax: (0 39 73) 21 69 62
Dipl.-Med. *Jürgen Pommerenke*
Praxis:
Tel.: (0 39 73) 44 14 14
Fax: (0 39 73) 43 15 14

Rostock
Kreisstelle:
Paulstraße 45-55, 18055 Rostock,
Tel. (03 81) 4 56 16 81
Fax: (03 81) 4 56 16 81
Dipl.-Med. *Thomas Hohlbein*
Praxis:
Tel.: (03 81) 3 11 14

Schwerin
Kreisstelle:
Neumühler Str. 22,
19057 Schwerin,
Tel. (03 85) 7 43 13 47
Fax: (03 85) 7 43 12 22
Dipl.-Med. *Siegfried Mildner*
Praxis:
Tel.: (03 85) 3 97 91 59
Fax: (03 85) 3 97 91 85

Stralsund
Kreisstelle:
Bleistr. 13 A,
18439 Stralsund,
Tel. (0 38 31) 25 82 93
Fax: (0 38 31) 25 82 93
Dr. med. *Andreas Krüger*
Praxis:
Tel.: (0 38 31) 49 40 07

Wismar
Kreisstelle:
Lübsche Str. 146,
23966 Wismar,
Tel. (0 38 41) 70 19 83
Fax: (0 38 41) 70 19 83
Dr. med. *Peter-Florian Bachstein*
Praxis:
Tel.: (0 38 41) 72 88 31