60985 ISSN 0942 - 2978 • 15. Jahrgang • Nr. 168 • September 2006

JOURNAL

der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Paracelsus

(eigentlich Theophrastus Bombastus von Hohenheim)
Arzt und Naturphilosoph

* geboren 1493 in Einsiedeln (Schweiz)
† gestorben 1541 in Salzburg

Er wandte sich von der Hippokrates zugeschriebenen Säftelehre ab und einer Naturheilkunde zu, die hauptsächlich die Heilungskräfte im Körper unterstützt. **Paracelsus behandelte den Menschen als körperlich-seelische Einheit** und führte chemotherapeutische Methoden in die Medizin ein. Wegen seiner umwälzenden Ideen wurde Paracelsus von der damaligen Schulmedizin verfolgt und zum Wanderleben gezwungen; erst lange nach seinem Tode wurde seine Bedeutung für die Medizin erkannt.

(Fischer-Lexikon, Frankfurt 1979)

Impressum:

Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

15. Jahrgang, Heft 168, September 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

Sehr geehrte Damen und Herren,

zuerst die gute Botschaft:
Wir werden auch zukünftig auf die Unterstützung ärztlicher Kollegen setzen können, die freiwillig und zusätzlich am vertragsärztlichen Notdienst teilnehmen möchten.
Diese Feststellung beruht auf einer Vereinbarung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, die uns seit dem 2. August 2006 unterzeichnet vorliegt.

Angela Meyerink

Mit dieser deutschlandweit erstmaligen vertraglichen Regelung wird die „Bereitschaftszeit" zur Dienstzeit und somit auch in Form der Stundenpauschale in Höhe von 18 Euro vergütet. Auch die ärztliche Leistung im organisierten Notdienst bleibt mit 40 Prozent vergütungsfähig, die Wegegelder werden wie bisher erstattet.

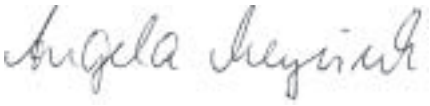
Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern hatte in ihrer Sitzung am 8. April 2006 diese Eckpunkte für eine pauschalierte Vergütung des Notdienstes nach intensiver Diskussion bestätigt und dem Vorstand das Verhandlungsmandat erteilt, damit auch zukünftig die flächendeckende Versorgung im vertragsärztlichen Notdienst sichergestellt wird.

Die Vereinbarung ersetzt ab 1. Januar 2007 die bisherige Sicherstellungsmaßnahme, welche für Ärzte ab 61 Jahre in ländlichen Bereichen schon entlastend wirkte, weil inzwischen über 200 Ärzte im Notdienst vertretend mitgeholfen haben. Erfreulich an der neuen Regelung ist, dass diese Bereitschaft aufgrund einer angemessenen Vergütung erhalten bleibt und nun von jedem zum Notdienst eingeteilten Arzt bzw. jeder Ärztin in Anspruch genommen werden kann.

Die Kröte, die mit dieser Regelung geschluckt werden muss, ist eine Veränderung der räumlichen Struktur der Notdienstbereiche. Das bisher zur Verfügung stehende Honorarvolumen für Leistungen im organisierten Notdienst muss auch weiterhin ausreichend für die neue Vergütungsform sein. Deshalb ist eine Reduzierung der bestehenden Notdienstbereiche erforderlich, welche bis zum Jahresende abgeschlossen sein muss. Vorschläge zur räumlichen Abgrenzung und damit verbundener Zuordnung der beteiligten Ärzte liegen auf dem Tisch und werden in den nächsten Wochen mit allen Beteiligten unter Verantwortung Ihrer Notdienstausschüsse und unter Mitwirkung des Vorstandes sowie Mitgliedern der Vertreterversammlung auf ihre Umsetzbarkeit geprüft.

Dazu wünschen wir uns, dass Sie Ihre Erfahrungen und Ideen in die Vorschläge einbringen. Wir wünschen uns vor allem mit Sachlichkeit geführte Diskussionen und die Solidarität der Kollegen untereinander, um die Sicherstellung des Notdienstes durch eine gleichmäßige und gerechte Belastung aller Ärzte zu gewährleisten.

Ihre



Inhalt

Ärztliche Verbände in MV rufen auf	**4**
Gedanken zur Kammerwahl	**5**
Gewerbliche Infizierung bei Verträgen zur integrierten Versorgung	**5**
Die Wirtschaftlichkeitsprüfung	6
Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)	7
Arzneimittelkosten-Barometer– Juni/Juli 2006	8
Unsicherheiten bei fehlender Kenntnis der Vertragsinhalte	**9**
Impfen - Kostenübernahme der Krankenkassen	9
Die Praxisbesonderheit der Anlage 2/3	**10**
Ermächtigungen u. Zulassungen	11
Änderung im Vorstand der Deutschen STD	13
Öffentliche Ausschreibungen	14
Start des DMP Asthma bronchiale und COPD	15
Weniger Aufwand für Dokumentationen	16
Leistenhernie, Varizen und Co	17
Neue Telefonnummer der AOK	17
Persönliche Assistenz und Persönliches Budget	18
Feuilleton	19
Multiprofessionelle Teams flächendeckend erforderlich!	21
Personalien	22
Verstärkung in der Medizinischen Beratung	**22**
Termine, Kongresse und Fortbildungsveranstaltungen	23
Impressum	2

„Paracelsus"
Gerhard Marcks
Bronze, 74,5 cm x 50,5 cm x 33cm, 1961

DIE ÄRZTLICHEN VERBÄNDE IN MECKLENBURG-VORPOMMERN RUFEN AUF

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
ungeachtet der Querelen einiger Funktionäre in Berlin und anderswo stehen wir Ärzte und unsere Verbände in Mecklenburg-Vorpommern gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung gegen die Unzulänglichkeiten der wieder mal keine Züge einer echten Reform tragenden Unausgegorenheiten der Politik. Wir haben drei Forderungen an die Regierung zur Verbesserung des Gesundheitswesens:

1. Die Nichtvergütung von ca. 30 Prozent unserer ärztlichen Leistungen muss weg.

Wir erbringen Leistungen, die nicht vergütet werden. Dies darf nicht sein. Es sollen neue Leistungen zum gleichen Gesamtpreis in das System hinein. Dies geht nicht. Entweder mehr Geld hinein oder Leistungen raus aus dem System.

2. Die Budgets müssen weg, eine Gebührenordnung in Euro und Cent muss her.

Wir wollen feste Kalkulationen für unsere Leistungen, vorher wissen, was es gibt. Nur wenn die Budgets fallen, macht eine GO mit Geldwerten Sinn. Abstaffelungsregelungen sind eine Budgetierung durch die Hintertür.

3. Kostenerstattung muss sowohl für den Patienten als auch den Arzt möglich sein.

Kommen Sie mit nach Berlin am 22. September 2006! Die Auftaktveranstaltung beginnt um **13 Uhr auf dem Gendarmenmarkt in Berlin-Mitte**. Anschließend bewegt sich der Demonstrationszug ab ca. 13.45 Uhr über Französische Straße, Friedrichstraße, Unter den Linden, Spandauer Straße, Gertraudenstraße, Breite Straße, Werderscher Markt, Französische Straße zurück zum Gendarmenmarkt. Die Marschroute hat eine Länge von ca. 3,3 Kilometer. Die Abschlusskundgebung wird um ca. 15.15 Uhr beginnen. Das Ende der Veranstaltung ist für ca. 16 Uhr geplant. Bringen Sie Ihr Personal mit. Zeigen Sie den sachunkundigen Politikern, dass unsere Geduld zu Ende ist. Demonstrieren Sie mit dafür, dass ärztliche Leistung etwas wert ist. Weitere Infos über die Kreisstellen.

Dr. Timmel	Dr. Donner	Dr. von Appen	Dipl.-Med. Ring	Dr. Kreye
Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände	NAV Virchowbund	Hartmannbund	MEDI-Verbund	Gemeinschaft Hausärztlicher Berufsverbände

„Leser, urteile nicht nach dem Geschwätz, sondern nach den Werken, die einen jeglichen offenbar machen und geben Kundschaft und Wahrheit!“ *(Paracelsus)*

Gedanken zur Kammerwahl

Von Dietrich Thierfelder

Vor der Wahl ist nach der Wahl. Ein kluger Spruch. Ich habe die Befürchtung, dass eine wichtige Wahl ansteht und sie von der verfassten Ärzteschaft nicht wahrgenommen wird.

Landtagswahlen in Mecklenburg-Vorpommern und Berlin verstellen den Blick: Sprüche – nichts als Sprüche, z. B. von der SPD „den Erfolg fortsetzen“. Ich bin geneigt, daneben zu setzen in großen Lettern: Welchen?. Argumente, auf den Punkt gebracht, zählen nicht mehr oder nur die „schlagenden“ der NPD?

Nein, die Art Wahl meine ich nicht. Nach vier Jahren – so schnell vergehen die Jahre – beginnt 2007 die 5. Amtsperiode der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Wir sind wieder aufgefordert, mit unserer Stimme die Kammerversammlung neu zu sortieren. Meine Erfahrungen, die ich als Mitglied des Kammervorstandes sammeln konnte, drängen mir geradezu diese Zeilen auf. Grundsätzlich war es eine gute Zusammenarbeit und eine gute Zeit. Ich möchte sie nicht missen. Letztendlich entschärfte der Humor die gegensätzlichen Standpunkte, geboren aus der sehr speziellen Problematik und wirtschaftlichen existentiellen Verantwortung in der Niederlassung.

Mit dem Begriff der Ethik oder Monetik nur oberflächlich zu argumentieren, das ist zu simpel. Manchmal war es nicht einfach, mit der nötigen Gelassenheit zu diskutieren. Missionieren half da nichts, man wollte überzeugt werden. Anders in der Kammerversammlung. Hier gab es teilweise neben Unverständnis auch kein Bemühen zur Identifikation mit den Problemen der anderen. Gerade die Identifikation betrachte ich immer wieder als Geburtshelfer für Solidarität und die haben wir bitter nötig. Nur so fruchten auch die Proteste. Trotzdem möchte ich Sie alle zum Nachdenken anregen. **Eine starke Vertretung der niedergelassenen Ärzte in der Kammerversammlung kann unsere Probleme mit Regress, Bedarfsplanung, AVWG, Zulassung, Prüfgremien, Qualitätssicherung usw. transportieren.**

„Niedergelassene wählen Niedergelassene“ ist kein Wahlmotto, um Gräben zu vertiefen oder Konfrontationen aufzubauen. Weil wir wahrgenommen werden wollen und müssen, hört das unsägliche Gefühl der Ohnmacht auf. Wie sagt Stanislaw Jerzy Lec: „Nicht der Abgrund trennt, sondern der Niveauunterschied.“

Die **Kammerversammlung** ist das „Parlament der Ärzte“. Sie besteht aus 75 gewählten Mitgliedern sowie einem von beiden Universitäten Rostock und Greifswald benannten Hochschullehrer.

Im Rhythmus von vier Jahren wird die Kammerversammlung neu gewählt.

Neben dem Vorstand werden durch die Versammlung die Mitglieder der Ausschüsse und Kommissionen gewählt.

Gewerbliche Infizierung bei Verträgen zur integrierten Versorgung in ärztlichen Gemeinschaftspraxen

In den Fällen der integrierten Versorgung (§§ 140 a ff. SGB V) werden zwischen dem Arzt und der Krankenkasse Verträge abgeschlossen, nach denen die Krankenkasse dem Arzt für die Behandlung der Patienten eine Fallpauschale zahlt, die sowohl die medizinische Betreuung als auch die Abgabe von Arzneien und Hilfsmitteln abdeckt. Die Pauschale umfasst damit Vergütungen sowohl für freiberufliche als auch für gewerbliche Tätigkeiten.

Nach einer Information der Oberfinanzdirektion Rheinland vom 9. Juni 2006 (StuB 2006, 600) kommt es in diesen Fällen nach der zwischen Vertretern der Obersten Finanzbehörden der Länder und dem Bundesministerium der Finanzen abgestimmten Verwaltungsauffassung zu einer gewerblichen Infizierung der gesamten Tätigkeit der Gemeinschaftspraxen nach § 15 Abs. 3 Nr. 1 EStG, sofern die von der Bundesfinanzhof-Rechtsprechung aufgestellte Geringfügigkeitsgrenze (BFH-Urteil XI R 12/98 vom 11. August 1999, BStBl. II 2000, 229) von 1,25 % des Umsatzes überschritten ist.

Da keine Übergangsregelung vorgesehen ist, sind auch Verträge der integrierten Versorgung betroffen, die schon seit längerem bestehen. Vor dem Abschluss neuer Verträge müssen die Folgen des Gewerbesteuerrisikos im Vorfeld mit berücksichtigt werden.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung – Die Einzelfallprüfung

Von Oliver Kahl

1. Rechtsgrundlagen und Zuständigkeiten

Die Vorschrift des § 106 Abs. 3 SGB V sieht vor, dass in den Prüfvereinbarungen auf Landesebene festzulegen ist, unter welchen Voraussetzungen Einzelfallprüfungen durchgeführt werden; festzulegen ist ferner, dass der Prüfungsausschuss auf Antrag der KV, der Krankenkasse oder ihres Verbandes Einzelfallprüfungen durchführt. In Umsetzung dieser gesetzlichen Regelung sieht die hiesige Prüfvereinbarung in § 20 vor, dass die gemeinsamen Prüfungseinrichtungen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung durch eine arztbezogene Prüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen in Einzelfällen prüfen. Die näheren Regelungen bezüglich der Durchführung einer Einzelfallprüfung auf Antrag der KV oder einer Krankenkasse trifft die Prüfvereinbarung in § 26 (Behandlungsweise) bzw. § 27 (Verordnungsweise).

2. Prüfungsgegenstand

Prüfungsgegenstand im Rahmen der Einzelfallprüfung sind die jeweils für den einzelnen Patienten erbrachten bzw. verordneten Leistungen hinsichtlich ihrer Vereinbarkeit mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Prüfung erfolgt - anders als bei der Durchschnittswertprüfung - nicht auf der Grundlage statistischer Unterlagen, sondern vielmehr am konkreten Behandlungsfall unter Zugrundelegung der Aufzeichnungen und sonstigen Angaben des behandelnden Arztes über die Diagnostik und die Indikationsbeurteilung für eine bestimmte Therapie. Dass diese Prüfmethode mit Rücksicht auf den mit der Prüfung jedes einzelnen Behandlungsfalles einhergehenden Arbeitsaufwand im Rahmen der Honorarprüfung (abgerechnete Leistungen) kaum mehr eine praktische Relevanz besitzt, liegt auf der Hand. Zwar lässt die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts es zu, dass anstelle der strengen Einzelfallprüfung, bei der sich die Begründung der Unwirtschaftlichkeit auf jeden einzelnen Fall erstrecken muss, eine sogenannte eingeschränkte oder repräsentative Einzelfallprüfung durchgeführt wird. In diesem Fall beschränkt sich die Prüfung auf eine repräsentative Auswahl (Stichprobe) der Behandlungsfälle, wobei mindestens 20 Prozent und nicht weniger als 100 Fälle in die repräsentative Stichprobe einzubeziehen sind. Der in den ausgewählten Fällen ermittelte unwirtschaftliche Behandlungsumfang wird anschließend auf die Gesamtheit der Fälle hochgerechnet, wobei von dem als unwirtschaftlich ermittelten Gesamtbetrag noch ein Sicherheitsabschlag in Höhe von 25 Prozent vorgenommen werden sollte. Aber auch unter diesen erleichterten Voraussetzungen verbleibt ein erheblicher Prüfungs- und Arbeitsaufwand der Prüfgremien, so dass auch diese Methode tatsächlich nur selten Anwendung findet. Ganz anders verhält es sich indessen mit der Durchführung von Einzelfallprüfungen im Bereich der verordneten Leistungen. Diese Prüfungen sind gemeinhin unter dem Begriff „Sonstige Schäden“ bekannt (auch wenn es sich nicht um sonstige Schäden im Sinne der bundesmantelvertraglichen Vorschriften handelt). Solche Einzelfallprüfungen verordneter Leistungen (insbesondere Arzneimittel, aber beispielsweise auch Heilmittel oder Krankentransporte) finden auf Antrag der jeweils zuständigen Krankenkasse statt und sind gegenwärtig einer der wesentlichen Bestandteile der Arbeit der Prüfgremien. Die Krankenkassen stellen ihre Anträge insbesondere mit der Begründung, dass das jeweils verordnete Arzneimittel entweder als nicht verschreibungs-

Reinhold Löffler

pflichtiges Arzneimittel (sogenanntes OTC-Präparat) von der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen ist oder dass sich ein Verordnungsausschluss aus den Arzneimittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ergibt. Auch die sogenannten Off-Label-Use-Verordnungen (Verordnung von Arzneimitteln außerhalb ihres Zulassungsbereiches) sind Gegenstand solcher Einzelfallprüfungen im Arzneimittelbereich. In den genannten Fällen wird unter Zugrundelegung der jeweiligen Rezepte und der Stellungnahme des betroffenen Arztes geprüft, ob die von der Krankenkasse bei Antragstellung abgegebene Begründung zutrifft und das jeweilige Arzneimittel tatsächlich von der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen ist. Hier kann die Abgrenzung unter Umständen sehr schwierig sein. So wird beispielsweise die für den Verordnungsausschluss maßgebliche Frage, ob es sich bei einem Arzneimittel etwa um ein Organhydrolysat oder ein Zellulartherapeutikum handelt, vom Hersteller anders beurteilt als von den Krankenkassen. Ebenso problematisch ist häufig zu beurteilen, ob die vom Bundessozialgericht aufgestellten Voraussetzungen für eine Verordnung von Arzneimitteln außerhalb ihres Zulassungsbereichs vorliegen oder ob ein sogenannter unzulässiger Therapieversuch zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt worden ist.

3. Prüfungsmaßnahmen, Rechtschutz

Für den Fall, dass die Prüfgremien im Rahmen der Einzelfallprüfung zu dem Ergebnis gelangen, dass in den geprüften Einzelfällen ärztliche Leistungen nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprachen, setzen sie eine Honorarkürzung in Höhe des Wertes der jeweiligen ärztlichen Leistungen fest (gegebenenfalls auf der Grundlage einer Hochrechnung mit Sicherheitsabschlag, vgl. oben). Für den Fall einer unwirtschaftlichen bzw. unzulässigen Verordnung setzen die Prüfgremien einen Regress zugunsten der zuständigen Krankenkasse in Höhe des Wertes der jeweils verordneten Leistung fest. Allerdings kann der Prüfungsausschuss in den Fällen einer festgestellten Verordnungsunzulässigkeit auf den Regress einen sogenannten Vorteilsausgleich anrechnen, wenn feststeht, dass der Vertragsarzt anstelle der ausgeschlossenen Verordnung eine andere zulässige Verordnung vorgenommen hätte (vgl. § 27 Abs. 5 der Prüfvereinbarung). Der Regress beschränkt sich dann auf die Differenz, die zwischen dem Preis für das tatsächlich verordnete und dem Preis für das an seiner Stelle verordnungsfähige Ersatzpräparat besteht. Im Rahmen der Stellungnahme gegenüber den Prüfgremien bzw. innerhalb eines Widerspruchs- bzw. Klageverfahrens obliegt es dem Vertragsarzt, auf der Grundlage seiner Dokumentation darzulegen, dass die jeweils getätigte Verordnung wirtschaftlich bzw. zulässig gewesen ist. Beispielsweise wäre darzulegen, dass die medikamentöse Behandlung mit einem Mineralstoffpräparat erforderlich war, weil zuvor allgemeine nicht medikamentöse Maßnahmen (z.B. diätischer oder physikalischer Art, Lebensführung, körperliches Training etc.) genutzt wurden, hierdurch das Behandlungsziel jedoch nicht erreicht werden konnte. Gleiches gilt etwa bei Vitaminpräparaten, die nur verordnet werden können, wenn ein nachgewiesener Vitaminmangel besteht, der durch eine entsprechende Ernährung nicht behoben werden kann. Noch bedeutsamer ist eine akribische Dokumentation in den bereits angesprochenen Fällen des sogenannten Off-Label-Use, damit die Prüfgremien von einer Zulässigkeit der Verordnung außerhalb der Zulassung des Arzneimittels überzeugt werden können. Insoweit wird Bezug genommen auf die im Journal zur Zulässigkeit von Off-Label-Use-Verordnungen bereits mehrfach gemachten Ausführungen.

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR)

RPK*-Empfehlungsvereinbarung

In der RPK-Empfehlungsvereinbarung wird die Zusammenarbeit der Krankenversicherungsträger und der Rentenversicherungsträger sowie der Bundesagentur für Arbeit bei der Gewährung von Leistungen zur Teilhabe in Rehabilitationseinrichtungen für psychisch kranke und behinderte Menschen geregelt.

Sie trat zum 1. Juli 2006 in Kraft.

Zu finden ist die Empfehlungsvereinbarung auch unter der Internet-Adresse http://www.bar-frankfurt.de/upload/RPK-Empfehlungsvereinbarung_vom_29.09.2005_1535.pdf zum Download.

** RPK: Rehabilitation psychisch kranker und behinderter Menschen*

pr

Arzneimittelkosten-Barometer – Juni/Juli 2006

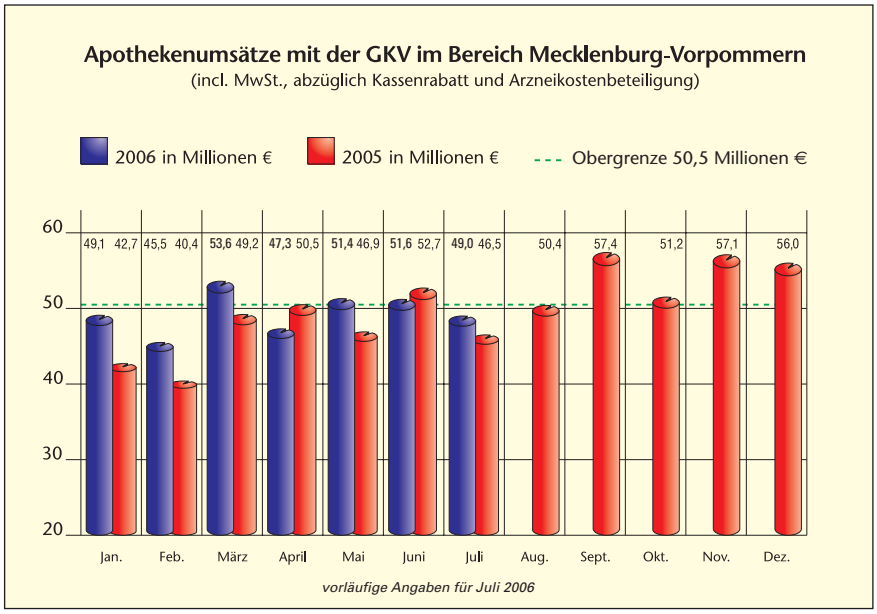
Nach den nun vorliegenden ABDA-Daten für Juni 2006 über alle KVen ist die vorausschauende Bewertung der Arzneimittelausgaben für das 1. Halbjahr im August-Journal als vollkommen richtig einzuordnen.

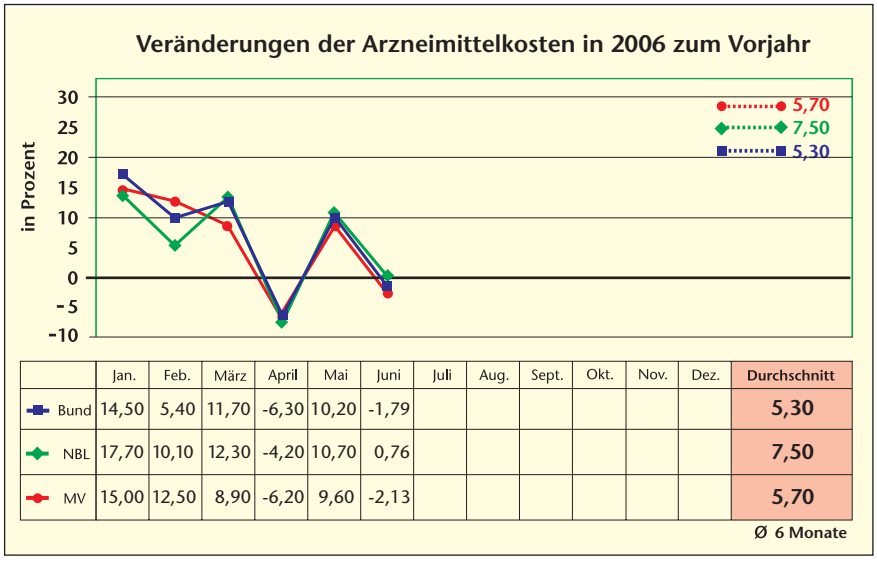
Die **Gesamtausgaben** für die ersten **sechs Monate** betragen **298 Mio. Euro**, wobei der Juni bei 51,60 Mio. Euro lag. Somit verzeichnet dieser Monat in Mecklenburg-Vorpommern einen Rückgang zum Vorjahresmonat von 2,14 Prozent. Deutschlandweit beträgt diese Absenkung 1,79 Prozent, und ohne Mecklenburg-Vorpommern in den neuen Bundesländern ist im Vergleich zum Vorjahr ein Anstieg von 1,2 Prozent zu verzeichnen.

Für die neuen Bundesländer ergeben sich folgende Veränderungen zum Vorjahresmonat:

KV Brandenburg	-1,5 Prozent
KV Sachsen-Anhalt	3,5 Prozent
KV Sachsen	1,7 Prozent
KV Thüringen	0,3 Prozent
KV M-V	-2,13 Prozent

Bei einer Betrachtung des 1. Halbjahres sind die Arzneimittelkosten in der Bundesrepublik zum Vorjahr um 5,3 Prozent gestiegen, für die neuen Bundesländer um 7,5 Prozent und für Mecklenburg-Vorpommern um 5,7 Prozent. Hierbei ist aber das Ausgangsniveau zu beachten, so dass die Arzneikosten pro Versicherten bzw. Mitglied in Mecklenburg-Vorpommern bedeutend höher sind als z. B. in Schleswig-Holstein. Nach vorläufigen Berechnungen der Apotheken-Rechenzentren in Mecklenburg-Vorpommern werden die Arzneikosten im Sommermonat Juli rund 49 Mio. Euro betragen. Das bedeutet dann ein Anstieg zum Vorjahresmonat von ungefähr 5 Prozent.





	Jan.	Feb.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.	Durchschnitt
Bund	14,50	5,40	11,70	-6,30	10,20	-1,79							5,30
NBL	17,70	10,10	12,30	-4,20	10,70	0,76							7,50
MV	15,00	12,50	8,90	-6,20	9,60	-2,13							5,70

Ø 6 Monate

Abschließend sei die Bemerkung erlaubt, dass die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen verstärkt an einer regionalen Arzneimittelvereinbarung 2007 in Umsetzung des AVWG (Arzneimittelversorgungs-Wirtschaftlichkeitsgesetz) arbeiten.

Es kann aber jetzt schon gesagt werden, dass die Arzneikostenproblematik sich nicht entschärft, sondern dass Steuerung, Überwachung und Kontrolle in der Arztpraxis zunehmen werden.

Unsicherheiten bei fehlender Kenntnis der Vertragsinhalte

*Von Jeannette Wegner**

Ein Patient kommt in eine Praxis, unter dem Arm die Behandlungsmappe. Oh Schreck – ein Patient in der Integrierten Versorgung (IV). In Vorbereitung seiner Operation seien noch ein paar Blutwerte zu machen, bekommt der Arzt zu hören.

Jetzt stellt man sich die naheliegende Frage, ob diese Untersuchungen nicht vielleicht doch schon mit der an den Operateur ausgezahlten oder noch zu zahlenden Vergütung, höchstwahrscheinlich handelt es sich dabei um eine Fallpauschale, abgegolten sind und diese Leistungen dann dem operierenden Arzt in Rechnung gestellt werden müssten. Das weiß der Arzt aber nicht! Er kennt den Vertrag nämlich nicht; die Kassenärztliche Vereinigung aber auch nicht! Das ist wie der Blick in eine Black-Box. Hat schon einmal jemand mit Erfolg versucht, den Vertrag zu bekommen, über den Patienten oder über den an der IV beteiligten Arzt?

Der momentane Zustand lässt Doppelabrechnungen unkontrolliert zu. Letzten Endes wird hierdurch die Gesamtvergütung auf zweierlei Weise belastet, zum einen durch die Kürzung der Gesamtvergütung nach § 140 d SGB V, der sogenannten Anschubfinanzierung, zum anderen durch die doppelt abgerechnete Leistung. Obwohl die Kassenärztlichen Vereinigungen hier als Einzige den Überblick hätten, bleiben sie als möglicher Vertragspartner nach § 140 b SGB V unerwähnt. Bisherige Appelle an die Politik blieben erfolglos. So möchte man hoffen, dass die anstehenden Gesetzesänderungen den Eckpunkten zur Gesundheitsreform folgen werden. Hiernach soll nämlich die Transparenz erhöht werden, indem die IV-Projekte gegenüber der gemeinsamen Registrierungsstelle offen gelegt werden müssen. Vertragspartner im Rahmen der besonderen Versorgungsformen könnten dann künftig auch die Kassenärztlichen Vereinigungen werden. Will man diesen Aussagen Glauben schenken, wäre ein Umdenken in der Politik zu erkennen. **Immerhin haben die bisherigen Verträge zur Integrierten Versorgung die qualitativen Erwartungen weit hinter sich gelassen.**

Es wäre zu empfehlen, nicht auf kommende Regelungen zu warten, sondern den Kollegen bereits schon jetzt nicht „im Dunkeln“ stehen zu lassen. Die KV appelliert an die beteiligten Ärzte, nicht nur die Verträge transparent zu machen, sondern die Kassenärztliche Vereinigung auch mit ins Boot zu holen. Es sollte nicht auf das Know-how der KV verzichtet werden.

Aber bis es soweit ist, wird es bestimmt noch einige Male Zweifel daran geben, ob die zu erbringende prä- oder postoperative Leistung bereits Inhalt der Fallpauschale im Rahmen des Vertrages zur Integrierten Versorgung ist oder nicht. In solchen Zweifelsfällen bleibt zur Zeit nur die Möglichkeit, bevor die Leistung zur Abrechnung über die KV zum Ansatz gebracht wird, diese dem Operateur in Rechnung zu stellen.

Der momentane Zustand lässt Doppelabrechnungen unkontrolliert zu.

** Jeannette Wegner ist Mitarbeiterin in der Abt. Neue Versorgungsformen der KVMV.*

Impfen - Kostenübernahme der Krankenkassen

Die Krankenkassen in M-V übernehmen die Kosten für die Impfung gegen **Pneumokokken** und **Meningokokken** gemäß neuer Empfehlung. Der Impfstoff ist über Sprechstundenbedarf zu beziehen.

Die Impfempfehlungen sind im Internet unter: www.rki.de -> Infektionsschutz -> Impfen abrufbar.

Alternativ können bis zu drei Einzelexemplare der Impfempfehlung nach Einsenden eines adressierten und mit 1,45 € frankierten Rückumschlags für das Format A4 beim Robert-Koch-Institut (RKI) angefordert werden:

Robert-Koch-Institut, Kennwort „STIKO-Empfehlungen“, Nordufer 20, 13353 Berlin *VA*

Die Praxisbesonderheit der Anlage 2/3 im Verfahren der Richtgrößenprüfung

*Von Jochen Seidel**

Eine Überschreitung des Richtgrößenvolumens kann durch Praxisbesonderheiten begründet sein. Was Praxisbesonderheiten sind, ist in der Prüfvereinbarung im § 15 Abs. 2 definiert:

„Praxisbesonderheiten sind objektive Gegebenheiten, welche für die Vergleichsgruppe von der Art und vom Umfang her atypisch sind und kausal einen höheren Behandlungsaufwand und/oder erhöhte Verordnungskosten hervorrufen. Sie sind regelmäßig durch eine bestimmte Patientenstruktur charakterisiert."

Zusätzlich wird für den Fall der **Richtgrößenprüfung** im § 22 Abs. 8 auf die Anlage 3 der Prüfvereinbarung verwiesen, die den Umgang mit der Wirkstoff- und Indikationsliste der Bundesempfehlung aus dem Jahr 2000 regelt. Diese Auflistung ist trotz Kündigung auf Bundesebene in die Prüfvereinbarung integriert worden und erfährt auch eine regelmäßige Aktualisierung durch den Prüfungsausschuss. Das heißt, der Stand der Arzneimittel und Wirkstoffe wird um die neuen Präparate und Innovationen ergänzt, sofern sie der vorgegebenen Systematik entsprechen. Für die Berücksichtigung ist zum einen die Tatsache maßgeblich, dass es sich um Arzneimittel handelt, die nur bei besonders schwerwiegenden Krankheitsbildern verordnet werden, z. B. Zytostatika oder Antiepileptika.

Die Verordnung dieser Arzneimittel ist somit unabwendbar erforderlich, ohne dass realistische Alternativen zur Verfügung stehen. Von daher kann hier eine Praxisbesonderheit im Sinne des § 15 der Prüfvereinbarung angenommen werden (Patientenstruktur).

Auf der anderen Seite sind diese Arzneimittel in die Ermittlung der Richtgrößen eingeflossen. Sie sind also in der Richtgröße als fachgruppenbezogener Durchschnitt der Arzneimittelausgaben pro Fall bereits enthalten. Die Prüfvereinbarung sieht nunmehr die Regelung vor, die Kosten für die Verordnungen von diesen speziellen Arzneimitteln aus dem Ausgabenvolumen herauszurechnen, wenn die arztbezogenen Ausgaben dafür oberhalb des Fachgruppendurchschnittes liegen. Wenn beispielsweise der Fachgruppendurchschnitt für diese Arzneimittel bei 10 Prozent der Ausgaben liegt und die arztbezogenen bei 15 Prozent, so wird die Differenz, nämlich in diesem Fall 5 Prozent, ausgabenmindernd berücksichtigt.

Bei Betreuung von Krankheitsbildern aus der Anlage 3 – Indikationsliste – wird prinzipiell in gleicher Weise verfahren. Das gilt beispielsweise für die Behandlung von Fertilitätsstörungen oder von chronischer Hepatitis mit Interferon.

Da hier die Indikation in der Regel den Prüfgremien nicht bekannt ist, sollte der Vertragsarzt die Indikation in seiner Stellungnahme mitteilen. (Bedeutung Praxisdokumentation!)

Ausnahmen bestehen hier bei Arzneimitteln, die nicht einer bestimmten Indikation zugeordnet werden können, wie z. B. die Behandlung eines Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz. Hier kann der Arzt die Berücksichtigung der Behandlungskosten in voller Höhe beantragen.

Foto: Mediendienst

Im Übrigen liegt es im Ermessen der Prüfgremien, auch andere als in der Anlage 2/3 der Bundesempfehlung aufgeführte Sachverhalte fallweise als Praxisbesonderheiten in geeigneter Form anzuerkennen. So wird beispielsweise bei der Verordnung von Heparinen oder Sondennahrung verfahren.

Die Arzneimittelliste umfasst derzeit mehr als 300 Druckseiten. Sie kann in Kürze ebenso wie die Bundesempfehlung über die Webseite der gemeinsamen Prüfungseinrichtungen unter:

www.wipmv.de

eingesehen und abgerufen werden.

* *Dr. med. Jochen Seidel ist Geschäftsstellenleiter der gemeinsamen Prüfungseinrichtungen.*

Auch bei Windstille kann man Warnungen in den Wind schlagen.

Gerd W. Heyse

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

Demmin

Ermächtigung

Dr. med. *Volker Brümmer*,
Kreiskrankenhaus Demmin,
ab 20. Juli 2006 für Leistungen nach den EBM-Nummern 01600, 13215, 13251-13253, 13552, 33022, 40120, 40144 auf Überweisung von Vertragsärzten; die Leistungen nach den EBM-Nummern 13251-13253 sind nur im Zusammenhang mit der Durchführung der Herzschrittmacherkontrolle abrechenbar,
bis zum 30. Juni 2008.

Greifswald/Ostvorpommern

Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

Dr. med. *Bettina Koebe*,
Fachärztin für Innere Medizin/Kardiologie in Greifswald,
für Dr. med. *Dirk Vogelgesang* als angestellter Arzt,
ab 1. Oktober 2006.

Ermächtigungen

Prof. Dr. med. *Michael Jünger*,
Universität Greifswald,
ab 20. Juli 2006 für

- konsiliarärztliche Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen Dermatologen,

- venerologische Diagnostik bei Lues, Ulcus molle, AIDS, Tumorstaging/ bzw. -diagnostik auf Überweisung von niedergelassenen Dermatologen,

- andrologische Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen Dermatologen, Gynäkologen und Urologen,

- allergologische Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen Dermatologen und Allergologen,

- phlebologische Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen Dermatologen und Phlebologen,

- Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-Patienten auf Überweisung von Vertragsärzten,

- Behandlung von Geschlechtskrankheiten auf Überweisung von niedergelassenen Dermatologen, Gynäkologen und Urologen,

- Argon-Laser-Therapie auf Überweisung von Vertragsärzten,
bis zum 30. Juni 2008;

Dr. med. *Marlies Kühn*,
Gesundheitsamt Greifswald,
ab 20. Juli 2006 zur Tollwutberatung und Tollwutimpfung auf Überweisung von Vertragsärzten,
bis zum 30. Juni 2008;

Prof. Dr. med. habil. *Henry Schroeder*,
Universität Greifswald,
für neurochirurgische Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Neurochirurgie; ausgenommen sind Leistungen, die die Klinik gemäß §§ 115 a und b SGB V erbringt,
bis zum 31. Dezember 2008;

Dr. med. *Jürgen Abel*,
Universität Greifswald,
ab 20. Juli 2006 für nephrologische Leistungen auf Überweisung von Vertragsärzten,
bis zum 30. Juni 2007.

Beendigungen der Ermächtigung

Prof. Dr. med. *Helga Wiersbitzky*,
Universität Greifswald,
ab 1. Juli 2006;

Prof. Dr. med. *Hans Röder*,
Universität Greifswald,
ab 1. Oktober 2006.

Ludwigslust

Die Zulassung hat erhalten

Dr. med. *Johannes Balzer*,
Facharzt für Innere Medizin für Hagenow für die hausärztliche Versorgung,
ab 1. Oktober 2006.

Ermächtigung

Dr. med. *Axel Doer*,
Chirurgische Abteilung des Integrativen Gesundheitszentrums Boizenburg, für konsiliarärztliche Leistungen auf Überweisung von Vertragsärzten,
bis zum 30. September 2008.

Müritz

Ende der Zulassung

Dipl.-Med. *Jürgen Jessat*,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in Malchow,
am 1. Juli 2006.

Ermächtigung

Dr. med. *Käthe Knieling*,
Müritz-Klinikum GmbH in Waren,
für ambulante Chemotherapien auf Überweisung von Vertragsärzten ermächtigt; erweitert um Leistungen nach der EBM-Nummer 02340,
bis zum 31. März 2007.

Neubrandenburg/ Mecklenburg-Strelitz

Die Zulassung haben erhalten

Dr. med. *Dunja Fuchs*,
Fachärztin für Innere Medizin/ Nephrologie,
in Gemeinschaftspraxis mit Dr. med. *Andrea Baumbach* für Neubrandenburg,
ab 1. Juli 2006;

Thomas Richter,
Facharzt für Innere Medizin für Neustrelitz für die hausärztliche Versorgung,
ab 1. August 2006.

Ermächtigungen

Prof. Dr. med. *Helmut Höh*,
Dietrich Bonhoeffer Klinikum Neubrandenburg, für ophthalmologische Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Augenheilkunde; ausgenommen sind Leistungen, die die Augenklinik Neubrandenburg gemäß der Regelungen der §§ 115 a und b SGB V erbringt,
bis zum 31. Dezember 2008;

DRK-Blutspendedienst Mecklenburg-Vorpommern gGmbH,
Institut für Transfusionsmedizin Neubrandenburg,
für blutgruppenserologische und immunologische Leistungen mit Ausnahme der EBM-Nummer 32462 auf Überweisung von Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten,
bis zum 31. Dezember 2008.

Parchim

Ende der Zulassung

Isolde Tröster,
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Lübz,
am 1. September 2006;

Dr. med. *Manfred Arndt*,
Facharzt für Innere Medizin in Parchim,
am 1. Oktober 2006.

Die Zulassung haben erhalten

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

Dr. med. *Jens Küchler*,
Facharzt für Innere Medizin für Lübz für die hausärztliche Versorgung,
ab 1. Oktober 2006;

Dr. med. *Kirsten Rogmann*,
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe für Lübz,
ab 1. September 2006;

Dörte Schmidt,
Fachärztin für Psychiatrie für Plau am See,
ab 1. Oktober 2006.

Widerruf der Genehmigung zur Führung einer Gemeinschaftspraxis

Dr. med. *Elke Arndt* und Dr. med. *Manfred Arndt* für Parchim,
ab 1. Oktober 2006.

Rostock

Ermächtigungen

Prof. Dr. med. *Malte Barten*,
Institut für Pathologie der Universität Rostock,
für 3 000 gynäkozytologische Untersuchungen je Quartal auf Überweisung durch Vertragsärzte und durch die ermächtigte Frauenklinik der Universität Rostock sowie für Leistungen nach den EBM-Nummern 19310-19312, 19320 und 19321 auf Überweisung von ermächtigten Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen der Universität Rostock,
bis zum 30. Juni 2008;

Die Polikliniken der Medizinischen Fakultät der Universität Rostock,
ab 20. Juli 2006 gemäß § 117 Abs. 1 SGB V aus Gründen der Sicherstellung von Forschung und Lehre, für jährlich 27.000 Fälle auf Überweisung von Vertragsärzten; hiervon wird in 20 % der Fälle auch die direkte Inanspruchnahme zugestanden,
bis zum 30. Juni 2008;

Prof. Dr. med. *Ernst Klar*,
Universität Rostock,
ab 20. Juli 2006 zur Versorgung von Patienten vor und nach kombinierter Pankreas-/Nierentransplantation und nach Lebertransplantation auf Überweisung von Vertragsärzten; ausgenommen sind Leistungen, die die Klinik gemäß §§ 115 a und b SGB V erbringt,
bis zum 30. Juni 2008;

Prof. Dr. med. *Alexander Pietsch*,
Universität Rostock,
ab 20. Juli 2006 für proktologische Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen Chirurgen und Urologen, zur Durchführung der anorektalen Endosonographie und Manometrie auf Überweisung von Vertragsärzten und für die gastroenterologische Funktionsdiagnostik sowie für endoskopisch-operative Eingriffe auf Überweisung von niedergelassenen Onkologen und endoskopisch tätigen Internisten ermächtigt; ausgenommen von der Ermächtigung sind präventive Koloskopien und Leistungen, die die Klinik gemäß § 115 b SGB V erbringt,
bis zum 30. Juni 2008.

Beendigung der Ermächtigung

Dr. med. *Udo Dieter Raab*,
Südstadt Klinikum Rostock, mit Wirkung
ab 1. August 2006.

Schwerin/Wismar/ Nordwestmecklenburg

Ende der Zulassung

Margareta Seupel,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Lübstorf,
am 1. Oktober 2006;

Dr. med. *Andrea Starke*,
Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie für Schwerin, Zulassung wird unwirksam.

Widerruf der Genehmigung zur Führung einer Gemeinschaftspraxis

Dr. med. *Irina Paukstat* und *Nils Paukstat* für Schwerin,
ab 1. Juli 2006.

Ermächtigungen

Dr. med. *Helga Weinrich*,
HELIOS Kliniken Schwerin GmbH,
ab 20. Juli 2006 für Leistungen nach den EBM-Nummern 01758 und 40852 im Rahmen des Mamma-Screening-Programms,
bis zum 30. Juni 2008;

Frauenklinik der HANSE-Klinikum Wismar GmbH,
ab 20. Juli 2006 für Leistungen nach den EBM-Nummern 01780 und 01786 auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
bis zum 30. Juni 2008;

Dr. med. *Michael Kunze*,
HANSE-Klinikum Wismar GmbH,
für die Mammasonographien einschließlich der sonographisch gestützten Punktionen und Stanzbiopsien auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und niedergelassenen Fachärzten für Radiologie,
bis zum 31. August 2008.

Stralsund/Nordvorpommern

Die Zulassung hat erhalten

Dr. med. *Katharina Herrmann*,
Fachärztin für Innere Medizin für Stralsund für die hausärztliche Versorgung,
ab 1. Oktober 2006.

Ende der Zulassung

Verena Hoyer,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Stralsund,
am 1. Oktober 2006.

Ermächtigungen

Dr. med. *Annegret Fähnrich*,
Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH,
ab 20. Juli 2006 für Leistungen nach

den EBM-Nummern 13215, 13552, 13251, 13252, 33020, 33022 und 40120 auf Überweisung von Vertragsärzten; Leistungen nach den EBM-Nummern 13251, 13252, 33020 und 33022 dürfen nur im Zusammenhang mit der Herzschrittmacherkontrolle erbracht werden,
bis zum 30. Juni 2008;

Die Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH,
ab 20. Juli 2006 für Leistungen nach der EBM-Nummer 01780 auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
bis zum 30. Juni 2008;

Die Frauenklinik der HANSE Klinikum Stralsund GmbH,
ab 20. Juli 2006 für Leistungen nach der EBM-Nummer 01780 auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
bis zum 30. Juni 2008;

Dr. med. *Andreas Mohr*,
HANSE Klinikum Stralsund GmbH,
ab 20. Juli 2006 für die komplexe Mammadiagnostik auf Überweisung von Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten sowie für Leistungen im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms nach den EBM-Nummern 01752, 01758 und 40852,
bis zum 30. Juni 2008.

Uecker-Randow

Änderung der Zulassung

Dr. med. *Christine Bahr*,
Fachärztin für Innere Medizin/Kardiologie für Pasewalk,
ab 1. Oktober 2006.

Ermächtigungen

Dr. med. Frank Bergmann,
Asklepios Klinik Pasewalk GmbH,
ab 20. Juli 2006 für urologische Diagnostik auf Überweisung von niedergelassenen Urologen und für urodynamische Untersuchungen auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe; ausgenommen sind die Leistungen, die das Krankenhaus im Rahmen der Zulassung nach § 115 a SGB V erbringt,
bis zum 30. Juni 2008;

Thomas Krüger,
AMEOS Diakonie-Klinikum in Ueckermünde,
ab 20. Juli 2006 für Leistungen nach den EBM-Nummern 01600, 16215, 21215, 33063 und 40120 auf Überweisung von Vertragsärzten,
bis zum 30. Juni 2008.

Informationen

Die Praxissitzverlegung innerhalb des Ortes geben bekannt:

Dr. med. *Elisabeth Ständer*,
FÄ für Innere Medizin/Rheumatologie
neue Adresse ab 1. August 2006:
Beethovenstr. 3,
19053 Schwerin;

Dr. med. *Horst Conradt*,
FA für Allgemeinmedizin
neue Adresse:
Am Seehafen 7,
18147 Rostock-ÜSH;

Sabine Niendorf,
FÄ für Chirurgie
neue Adresse:
Hannes-Meyer-Platz 13,
18146 Rostock;

Dr. med. *Heiko von Oppeln-Bronikowski*,
Arzt für physikalische und rehabilitative Medizin
neue Adresse:
Dünenstr. 28 D,
18609 Binz;

Dr. med. *Andreas Hübner*,
FA für Urologie
neue Adresse:
Trelleborger Str. 10 B,
18107 Rostock;

Dr. med. *Hans-Peter Krisch*,
FA für Allgemeinmedizin
neue Adresse:
Grevesmühlener Str. 17 b,
23942 Dassow;

Dipl.-Med. *Torsten Hasselberg*,
FA für Allgemeinmedizin
neue Adresse:
Warnowallee 25,
18107 Rostock;

Karsta Rehfeldt,
FÄ für Augenheilkunde
neue Adresse ab 1. Oktober 2006:
Kranichstr. 4 a,
17034 Neubrandenburg;

Klaus-Detlef Baerens,
FA für Anästhesiologie
neue Adresse:
Am Buchholz 11,
19370 Parchim.

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

Änderung im Vorstand der Deutschen STD*-Gesellschaft

Vorsitzender:

Prof. Dr. *Gerd Gross*
Klinik für Dermatologie und Venerologie
Universität Rostock

Stellvertretender Vorsitzender:

Prof. Dr. *Helmut Schöfer*
Universitätshautklinik
Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt/M.

Weitere Mitglieder sind:

Prof. Dr. K. *Ulrich Petry*,
Wolfsburg

Prof. Dr. *Peter K. Kohl*,
Berlin

Prof. Dr. *Detlef Petzoldt*,
Heidelberg

*Sexually Transmitted Disease

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

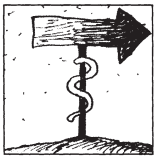
Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern schreibt auf Antrag folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme durch einen Nachfolger aus, da es sich um für weitere Zulassungen gesperrte Gebiete handelt.

Planungsbereich/Fachrichtung	Übergabetermin	Bewerbungsfrist	Ausschreibungs-Nr.
Rostock			
Allgemeinmedizin	1. Januar 2007	15. September 2006	07/02/06
Allgemeinmedizin	nächstmöglich	15. September 2006	15/02/06/2
Allgemeinmedizin	1. April 2007	15. September 2006	01/06/06
Allgemeinmedizin (Praxisanteil)	nächstmöglich	15. September 2006	13/12/05
Innere Medizin (hausärztlich)	1. Januar 2007	15. September 2006	15/03/06
Kinder- und Jugendmedizin	nächstmöglich	15. September 2006	03/01/06/2
Schwerin/Wismar/Nordwestmecklenburg			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	nächstmöglich	15. September 2006	11/08/05
Schwerin			
Allgemeinmedizin	nächstmöglich	15. September 2006	07/12/05
Allgemeinmedizin	1. Januar 2007	15. September 2006	18/04/06
Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1. Juli 2007	15. September 2006	07/06/06
Orthopädie	10. Januar 2007	15. September 2006	31/07/06
Demmin			
Nervenheilkunde	1. Januar 2007	15. September 2006	23/03/06
HNO-Heilkunde	1. Oktober 2006	15. September 2006	28/09/05
Kinder- und Jugendmedizin	nächstmöglich	15. September 2006	30/12/05
Ludwigslust			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1. Oktober 2006	15. September 2006	29/05/06
Stralsund/Nordvorpommern			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1. Januar 2007	15. September 2006	11/01/06
Rügen			
Chirurgie	nächstmöglich	15. September 2006	27/12/05
Greifswald/Ostvorpommern			
Chirurgie	1. Februar 2007	15. September 2006	21/08/06
Auf Antrag der Kommunen werden folgende Vertragsarztsitze öffentlich ausgeschrieben:			
Stadt Demmin			
Augenheilkunde		15. September 2006	15/08/05
Stadt Bützow			
Augenheilkunde		15. September 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.



Start des DMP Asthma bronchiale und COPD

Zum 1. Juli 2006 startete das DMP Asthma bronchiale und COPD im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. Hier wurde eine kassenübergreifende vertragliche Vereinbarung zur Diagnose und Therapie für betroffene Patienten geschlossen. Versicherte der AOK, der IKK, der BKK und des VdAK/AEV können an dem oben genannten Programm teilnehmen. Demnächst werden die LKK MOD und die Knappschaft ebenfalls dieser Vereinbarung zum DMP beitreten. Derzeit läuft hierzu noch das Unterschriftsverfahren. Aufgrund einiger Nachfragen zur Handhabung der Abrechnungsziffern möchte die KV darauf hinweisen, dass für die Erstdokumentation (GOP 99510 bzw. 99540), Folgedokumentation (GOP 99511 bzw. 99541) und für die Betreuungspauschale (GOP 99530 bzw. 99560) keine Abrechnungsziffer in die Praxissoftware eingegeben werden muss. Diese Ziffern werden nach Übermittlung der Daten der eingereichten Dokumentationen bei der Datenstelle durch die KVMV intern geschrieben. Nur bei Durchführung von Schulungseinheiten ist dieses erforderlich. Zur Verdeutlichung wurde die folgende Übersicht erstellt:

Asthma bronchiale/ COPD

Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen	GOP *****
Erstellung und Versand der Folgedokumentationen	GOP *****
einmalige Betreuungspauschale für koordinierenden Vertragsarzt nach Einschreibung	GOP ******

Die mit ***** gekennzeichneten GOP werden durch die KVMV geschrieben.

Schulungen Asthma bronchiale und COPD

Programm	Anzahl Patienten	zeitlicher Rahmen	GOP
Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulungen im Kindes- und Jugendalter e.V	bis zu maximal 8 Kinder und Jugendliche pro Schulung	18 Einheiten je 45 Min. für Kinder und 12 Einheiten je 45 Min. für die Eltern	99512
Nachschulungen (frühestens nach einem Jahr, max. einmal im Jahr abrechnungsfähig)	max. 8	mind. 45 Min.	99513
Die Ambulante Fürther Asthmaschulung (AFAS) oder das Nationale Ambulante Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA)	max. 8	6 Einheiten je 60 Min.	99515
Nachschulungen AFAS/NASA (frühestens nach einem Jahr, max. einmal im Jahr abrechnungsfähig)	max. 8		99516
Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch-obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA)	max. 8	6 Einheiten je 60 Min.	99542
Nachschulungen COBRA (frühestens nach einem Jahr, max. einmal im Jahr abrechnungsfähig)	max. 8	mind. 45 Min.	99543

Weitere Informationen auf der Homepage der KVMV unter www.kvmv.de/Praxisservice/Qualitätssicherung/DMP Asthma. *km*

Rückfragen sind zu richten an: Kirsten Martensen, Abteilung Qualitätssicherung, **Tel.:** (0385) 7431-243

Bitte daran denken, dass vor Beginn der Dokumentation die Teilnahmeerklärung bei der KVMV vorliegen muss!

Weniger Aufwand für Dokumentationen – Mehr Zeit für Patienten

Bereits seit dem 1. Oktober 2005 gibt es die Möglichkeit zur belegfreien elektronischen Dokumentation im Rahmen von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP). Nähere Informationen zur Vorgehensweise sind im Journal 10/2005 veröffentlicht worden.

Vorteile dieser Verfahrensweise sind vor allem:

- weniger Aufwand für die Arztpraxis und somit mehr Zeit für den Patienten,
- erheblich gesunkener Korrekturaufwand durch automatische Plausibilitätsprüfung,
- weniger Formulare bzw. Vordrucke,
- Sicherheit durch elektronische Verschlüsselung der Daten sowie eine schnellere Verarbeitung.

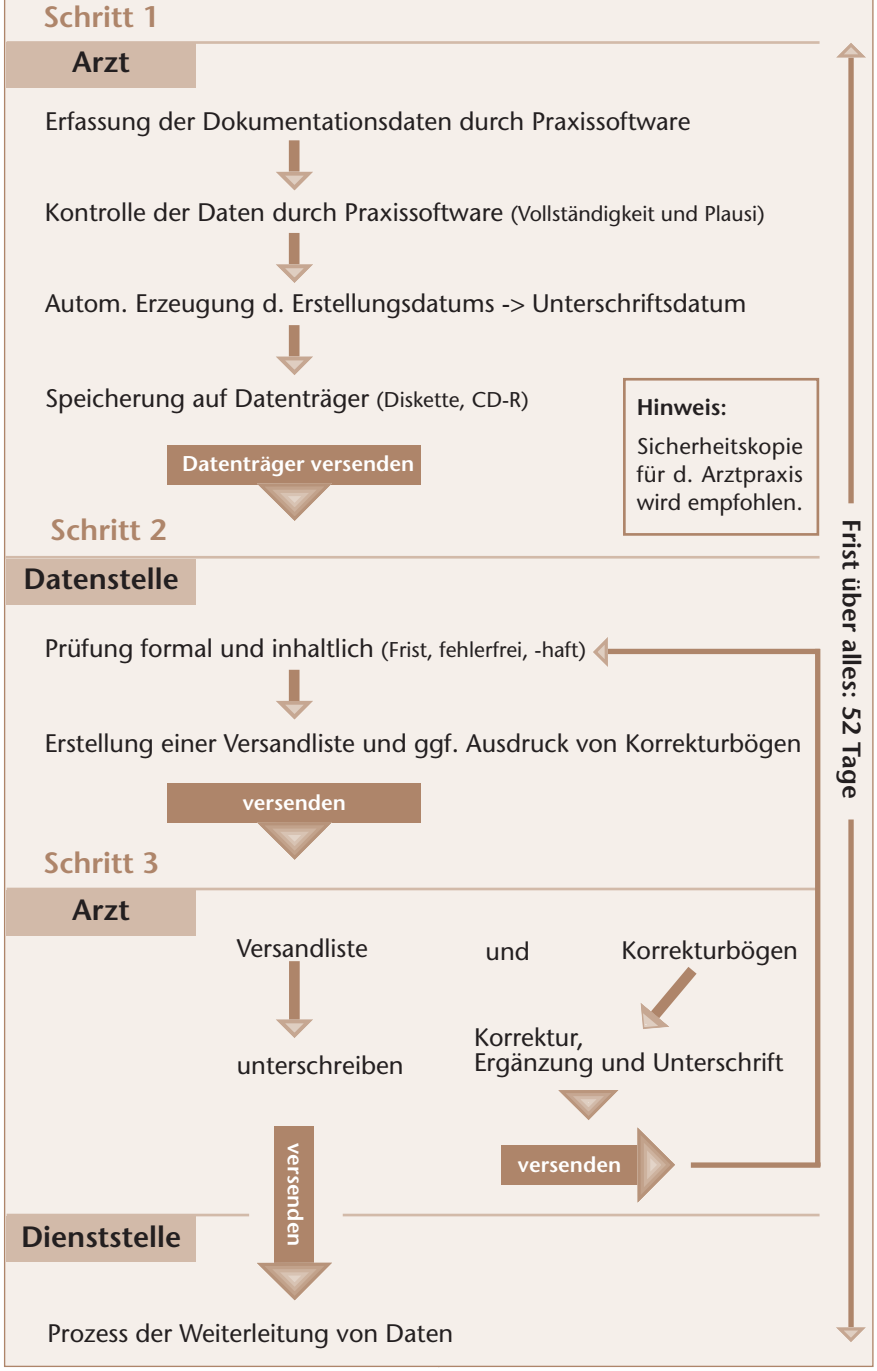
Da vergleichsweise leider wenige Ärzte die neue Dokumentationsform nutzen, weist die KV an dieser Stelle nochmals auf die Vorgehensweise hin (siehe Schema).

Fragen zum eDMP sind zu richten an die KVMV, Abteilung Qualitätssicherung oder die **Curaplan-Hotline** (0385-308308) bzw. an einen AOK-Praxisbetreuer. *km*

Mit dem Aberglauben ist es auch so eine Sache. Ich habe noch keinen Menschen getroffen, der sein 13. Monatsgehalt zurückgegeben hat.

*Fritz Muliar (*1919); österr. Schauspieler*

Ablaufschema der elektronischen DMP-Dokumentation



Leistenhernie, Varizen und Co

*Von Torsten Lange**

Bei vielen Krankheiten (wie Katarakt, Leistenbruch, Varizen, Handkrankheiten, im kieferorthopädischen Bereich oder Arthroskopien bzw. gynäkologische Erkrankungen u.v.m.) stellt sich oft die Frage: Ambulante Operation oder besser stationäre Behandlung?

Vieles spricht für die ambulanten Eingriffe: Vor- und Nachbetreuung aus einer Hand, postoperative Betreuung in vertrauter Umgebung und in der Regel kürzerer Krankheitsverlauf sowie geringeres Infektionsrisiko durch multiresistente Keime. Dabei nicht zu unterschätzen ist auch der Kostenfaktor im stationären Bereich, welcher aus meiner Sicht aber nicht der Hauptgrund für die Entscheidung zur ambulanten Op. sein darf.

Somit ist hier der Hausarzt als Vermittler und Organisator gefragt. Er empfiehlt im Gespräch mit dem Patienten, eventuell nach Sicherung der Diagnose durch einen fachärztlichen Kollegen, die für den Patienten beste Möglichkeit. Dabei stellen Krankheiten wie schweres Asthma, schwere Herz-Kreislauf-Erkankungen, Gerinnungsstörungen und schlechtes soziales Umfeld oder auch mangelnde Compliance echte Kontraindikationen für eine ambulante Op. dar. *Der Hausarzt spielt auch im Bereich der Vorbereitung und Nachbehandlung einer ambulanten Op. eine wichtige Rolle.* Bei ihm werden die notwendigen Voruntersuchungen (EKG, Blut, Lungenfunktion, Herz-Kreislauf-Funktion) für die Narkose und Operation durchgeführt. Er muss ggf. entscheiden, ob bestimmte Medikamente (z.B. Metformin, ASS, Falithrom) abgesetzt werden sollten. Oft müssen Patienten bei entsprechender Indikation zwischenzeitlich auf Heparin umgestellt werden. Hier ist oft ein guter Kontakt zum Operateur und Anästhesisten hilfreich, um die beste Lösung für den Patienten zu finden.

Für die gesamte Op.-Vorbereitung kann der Hausarzt Komplexe des EBM 2000plus abrechnen.

Nach abgelaufener Operation erscheint i.d.R. der Patient wieder in der hausärztlichen Praxis. Hier werden dann Wundkontrollen durchgeführt, Verbände erneuert etc. Große Op.-Praxen verlagern diese Leistungen per Rücküberweisung in die Hausarztpraxis, was wiederum abrechnungsfähig ist. Oft hat der Patient einen kürzeren Weg zum Hausarzt als zum Operateur.

Für den sicher seltenen Fall auftretender Komplikationen kann der Hausarzt den Patienten jederzeit beim Operateur vorstellen.

Zusammenfassend überwiegen, für mich betrachtet, die Vorteile einer ambulanten Op. gegenüber der stationären Therapie.

Dem Patienten wird kostengünstig geholfen, die Klinik wird entlastet, der chirurgisch tätige Kollege kann operieren und die Krankenkassen sparen Geld. Das alles geht jedoch nur mit einem guten Vermittler – dem Hausarzt, der den engen Kontakt zu seinen operierenden Kollegen hält.

Eine Op.-Liste für den Hausarzt, aus der hervorgeht, welche operativen Schwerpunkte die entsprechenden fachärztlichen Kollegen überhaupt haben, wäre hier hilfreich. Der Öffentlichkeitsausschuss der Vertreterversammlung arbeitet seit längerer Zeit an einer solchen Liste, um die Qualität zu erhöhen und die Wege für den Patienten zu verkürzen. Leider erschweren Datenschutzrechtliche Vorgaben die Aufstellung einer solchen Übersicht.

** Dipl.-Med. Torsten Lange ist niedergelassener Allgemeinmediziner und stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der KVMV.*

Neue Telefonnummer der AOK: (landesweit)

Neu ab 23. September 2006 für nur 6 Cent pro Anruf

Einwahl: 01802 / 590 590-0 (Zentrale)
Die vierstelligen Durchwahlnummern bleiben unverändert.

Abteilungsfax: 01802 / 590 590 (bekannte vierstellige Durchwahl)

Bildschirmfax: 01802 / 590 591 (bekannte vierstellige Durchwahl)

Nachfolgend die neuen Rufnummern für unsere Hotlines:

DMP-/Arzneimittel-Hotline:
01802 / 590590-1516

Firmenkunden-Hotline:
01802 / 590590-1818

Gesundheitstelefon:
01802 / 590590-1819

Härtefall-Hotline:
01802 / 590590-1919

Privatkunden-Hotline:
01802 / 590590-1212

Persönliche Assistenz und Persönliches Budget

*Von Wiltraud Kornagel und Britta Sümnicht**

Leben mit Persönlicher Assistenz (PA) heißt „individuelle Hilfeleistungen“ zur Versorgung und Teilhabe von Menschen mit Behinderung am gesellschaftlichen Leben zur Verfügung zu haben.

Was bedeutet das?

Die Persönliche Assistenz umfasst praktische Hilfestellungen in Lebensbereichen, in denen sich der behinderte Mensch alltäglich befindet. Sie ist ein „ganzheitliches Hilfeprinzip“ im ambulanten Bereich für Grundpflege, Haushalt, Freizeit, Ausbildung und Beruf, beispielsweise auch für behinderte Eltern. Mit diesem „ganzheitlichen Hilfeprinzip“ wird dieser Bevölkerungsgruppe ein weitgehend selbstbestimmtes, aktives Leben ermöglicht. Der Gesetzgeber hat dieses erkannt und im Rahmen des Sozialgesetzbuches (SGB IX) die Möglichkeiten der behinderten Bürger zu mehr Selbstbestimmung gestärkt und gesetzlich verankert.
Persönliche Assistenz steht allen Menschen mit physischer und/oder psychischer Behinderung zur Verfügung. Voraussetzung dafür ist die Fähigkeit des Assistenznehmers, seinen Alltag selbst zu strukturieren und der Persönlichen Assistenz klare Anweisungen zu geben.

Verein „Ohne Barriere e.V.“

Er hat in Rostock mit Unterstützung des Sozialamtes der Hansestadt die Möglichkeit geschaffen, Menschen mit Bedarf einer Persönlichen Assistenz/einem Persönlichen Budget beratend zur Seite zu stehen. Er kann aktiv Hilfe und Unterstützung für Menschen mit Behinderungen im Bereich der Eingliederungshilfe nach § 39 u. 40 BSHG oder auch im pflegerischen Bereich anbieten.
Das Versorgungskonzept basiert auf einem Dreiecksvertrag, einem Arbeitsvertrag mit dem/der Assistenten/in und einem Leistungsvertrag (Assistenzvertrag) mit dem/der behinderten Assistenznehmer/in, der/die über eigene Kompetenzen in den Bereichen Wohnung, Finanzen, Organisation, Anleitung des Assistenten und Arbeitsrecht verfügt.

Das Versorgungskonzept

Es sichert den Betreuungs- und Pflegebedarf im individuellen Wohnumfeld der Behinderten durch häusliche Dauerpflege, hauswirtschaftliche Versorgung sowie Mobilitäts- und Kommunikationshilfen und sonstige erforderliche Hilfeleistungen.
Die Finanzierung der PA kann über ein trägerübergreifendes persönliches Budget (SGB IX Budgetverordnung) erfolgen. Das Persönliche Budget bedeutet die Wahlmöglichkeit für Leistungsberechtigte, Leistungen zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben nicht als Sachleistung, sondern als Geldleistung oder als Gutschein zu erhalten.

Das Persönliche Budget

Es kann Leistungen z.B. der Rehabilitationsträger, der Pflegekassen, der Sozialhilfeträger und/oder des Integrationsamtes beinhalten und wird von einem der beteiligten Leistungsträger in Vertretung trägerübergreifend als Komplexleistung erbracht.
Budgetfähige Leistungen sind:
- Eingliederungshilfe (SGB XII § 57)
- Hilfe zur Pflege (SGB XII § 61, Abs. 2, Satz 3 und 4)
- Pflegeleistungen (SGB XI § 35a)
- berufliche Rehabilitation (SGB III § 103 Satz 2)
- Arbeitsassistenz (SGB IX § 102 Abs. 7)
- Teilhabeleistungen (SGB IX § 17).

Grundlage für die Bewilligung des Persönlichen Budgets ist eine Bedarfsfeststellung im Rahmen eines Budgetverfahrens und der Abschluss einer Zielvereinbarung mit der Fixierung der persönlichen Ziele des Menschen mit Behinderung.

Die rechtlichen Voraussetzungen

Für das persönliche Budget sind sie auf Grundlage von SGB IX § 17 Abs. 2 in allen Leistungsgesetzen leistungsübergreifend enthalten. Das persönliche Budget kann seit dem 1. Juli 2004 beantragt und bewilligt werden. Einen Anspruch auf Persönliches Budget haben ab dem 1. Januar 2008 verbindlich alle Menschen mit einer Behinderung für alle Leistungen der Teilhabe, die budgetfähig, also alltäglich und in ihrem Bedarf regelmäßig sind.
Die im Verein „Ohne Barrieren e.V.“ Rostock angesiedelte und mit Unterstützung des Sozialamtes Rostock geschaffene Beratungsstelle befindet sich im Lohmühlenweg 1, 18057 Rostock. Beratungszeiten: Montag von 9 bis 14 Uhr, Donnerstag von 9 bis 19 Uhr. Außerhalb dieser Zeiten individuell nach telefonischer Vereinbarung unter (0381) 2524848.

Mit diesem Artikel möchte der Beirat für behinderte und chronisch kranke Menschen in Rostock für diese Betreuungsform sensibilisieren, um noch mehr Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen helfen zu können, ein bestmögliches eigenständiges Leben in allen Bereichen zu führen.

** Wiltraud Kornagel ist Sprecherin und Britta Sümnicht stellvertretende Sprecherin der Arbeitsgruppe Gesundheit und Soziales des Beirates für behinderte und chronisch kranke Menschen der Hansestadt Rostock.*

Luftfahrt und ihre Geschichte sind nicht Begriffe, die man a priori mit unserem Bundesland in Verbindung bringt. Legt man das Buch der Historikerin und Mitarbeiterin des Technischen Landesmuseums – nachdem man es zum Nutzen und mit Vergnügen gelesen hat – aus der Hand, stellt sich die Sache anders dar. Möller erzählt nämlich keine „Geschichten“, sondern bietet, gut lesbar und solide recherchiert, ein buntes und interessantes Kaleidoskop relevanter Themen.
In achtzehn Episoden wird ebenso

Kathrin Möller:

Lilienthal, Fokker & Co,

Rostock 2006,
ISBN 3-356-01127-8,
12,90 Euro

über berühmte wie, fast noch wesentlicher, in Vergessenheit geratene oder unbekannte Erfinder, Piloten und Geschäftsleute berichtet, deren Wirken in Zusammenhang mit der Entwicklung der Luftfahrt steht bzw. diesen heutigen Stand oft erst ermöglichte. Wichtig ist dabei eine kritische Sicht, die auch problematische Seiten dieser Geschichte in jüngster Zeit nicht ausblendet, sondern in ihren Zusammenhang stellt.
Der inhaltliche Bogen spannt sich dabei thematisch vom Ausgang des 18. Jahrhunderts bis in die Gegenwart, von Otto Lilienthal bis Ludwig Bölkow. Zahlreiche Fotos, Zeichnungen und aussagefähige Zitate unterstützen die Aussagen. Hinweise auf weiterführende Literatur und auf einschlägige Museen informieren und animieren den Interessenten. *jl*

Luftbilder von Reimer Wulf haben ihre eigene Qualität. Diesmal war er mit dem Flugzeug über der Landeshauptstadt unterwegs. Zweifellos ist es ihm gelungen, die unverwechselbare Erscheinung Schwerins mit seinem Medium zu erfassen. Nahezu neunzig Aufnahmen geben die Stadt in den mannigfachen Facetten ihres Wesens wieder. Man sollte Muße mitbringen, um sich die volle Breite und Tiefe der ausgewählten Motive zu erschließen, denn das informative und ästhetische Angebot ist enorm. Die Abbildungen beziehen

Reimer Wulf:
Über den Dächern von Schwerin.
Rostock 2006,
ISBN 3-356-01144-8, 24,90 Euro

auch die reizvolle Umgebung gebührend ein.
Es mag dahin gestellt sein, ob die Stadt der sieben Seen nun gerade für Aufbruch und Veränderung steht, wie der Klappentext verheißt. Dies schmälert in keiner Weise die vielfältigen erläuternden Aussagen, die den in gewohnter Manier gestalteten Texten des ersten ehemaligen Pressesprechers der KVMV Detlef Hamer zu entnehmen sind.
Hervorzuheben ist der einleitende einfühlsame und kluge Essay „Wasserstadt - aus der Luft betrachtet“ des Ex-Schweriners Sebastian Kleinschmidt, kongenial ergänzt durch Grafiken des Schweriners Hartwig Hamer. *jl*

Längst gehört der in der Uckermark gebürtige und schließlich in Bad Doberan seinen Lebenslauf beschließende Ehm Welk zur Nationalliteratur. Der mit den Worten des Kenners und Herausgebers Konrad Reich „bis zur Mitte der dreißiger Jahre des vorigen Jahrhunderts ein hochgerühmter, viel gelesener und befehdeter Journalist und Stückeschreiber“ ist hierzulande vor allem durch seine „Heiden“ und „Gerechten von Kummerow“ populär geblieben.
Der vorliegende Band indes setzt den Schwerpunkt anders. Er bietet unter

Ehm Welk:

Geliebtes Leben,

Rostock 2006,
ISBN 3-356-01148-0,
12,90 Euro

dem titelgebenden Motto mehr als sechzig Seiten „Gedanken und Ansichten für diesen und jenen Gebrauch“ und aus den Jahren 1927 bis 1933 mehr als dreißig erstmals veröffentlichte Beiträge, die Welk als Chefredakteur der „Grünen Post“ unter dem Pseudonym Thomas Trimm veröffentlichte. Sie ordnen sich ein in den markanten Meinungsjournalismus jener Zeit.
Die hohen Genuss bereitende Lektüre verdeutlicht auch die Zeitlosigkeit gar vieler Themen und Probleme. Für Lebenskunst im Umgang mit sich und anderen finden sich hier charakteristische Beispiele.
Eine essayistische Einführung von Reich und Erläuterungen zu den Texten erleichtern dem heutigen Leser da, wo notwendig, das Verständnis Welks. *jl*

Multiprofessionelle Teams flächendeckend erforderlich!

Von Wolf Diemer

Derzeit erfolgt die ambulante Versorgung unheilbar kranker Patienten mit einer begrenzten Lebenserwartung weitgehend getrennt und wenig koordiniert durch Hausärzte, Pflegedienste und ambulante Hospizdienste. Die daraus resultierende Situation ist nicht nur von einer Unterversorgung in der ambulanten Betreuung betroffener Patienten und ihrer Angehörigen gekennzeichnet, sondern auch von einer Über- und Fehlversorgung durch vermeidbare Krankenhausaufenthalte. So kommt es, dass die meisten Menschen in Krankenhäusern und Heimen sterben, obwohl es der Wunsch vieler Menschen ist, bis zum Tode in der vertrauten häuslichen Umgebung betreut zu werden.

Problem

Die Versorgung und Begleitung schwerkranker und sterbender Patienten erfordert in der Regel einen deutlich erhöhten Behandlungs-, Koordinations- und Betreuungsaufwand, der von den Ärzten und Leistungserbringern in den sektoralen Strukturen des Gesundheitswesens häufig nicht geleistet werden kann. Dies spiegelt sich deutlich in der Fläche in folgenden Problemfeldern:

- weitgehend fehlende fachliche und sektorenübergreifende Koordination von Behandlung und Betreuung;
- Defizite in der palliativmedizinischen ärztlichen, palliativpflegerischen, psychosozialen, therapeutischen und spirituellen Versorgung und Begleitung;
- oftmals nicht sichergestellte Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln (besonders am Wochenende);
- weitgehendes Fehlen von bedarfsgerechten Strukturen zum Umgang mit Krisensituationen und einer individuellen Notfallplanung;
- Mängel in der Kommunikation;
- mangelnde Unterstützung bei der Bewältigung der schweren Erkrankung und der Sterbesituation;
- unzureichende entlastende Hilfen für Angehörige;
- fehlende gesetzliche Regelung zur Freistellung von Angehörigen;
- geringe oder fehlende Integration der ambulanten Hospizdienste mit qualifizierter ehrenamtlicher Sterbebegleitung und palliativpflegerischer Beratung;
- inadäquate Finanzierung der allgemeinen Hospiz- und Palliativversorgung und fehlende Finanzierung der spezialisierten Palliativversorgung.

Zuwendung und Unterstützung in den schwierigsten Momenten des Lebens neben professioneller, palliativmedizinischer Versorgung

Hier haben die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin und die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz gemeinsam einen Lösungsvorschlag erarbeitet:

Die ambulante Hospiz- und Palliativversorgung wird durch Schaffung eines flächendeckenden Angebotes mit Ambulanten Hospiz- und Palliativzentren (AHPZ) nachhaltig verbessert und weiterentwickelt. Mit den AHPZ wird das derzeit vorhandene Leistungspotential in der allgemeinen Hospiz- und Palliativversorgung gezielt koordiniert und durch ein spezialisiertes Leistungsangebot ergänzt. **Dabei wird die Versorgung der betroffenen Patienten durch die behandelnden Hausärzte und ambulanten Pflegedienste nicht ersetzt.** Entsprechend dem individuellen Bedarf des Betroffenen und seiner Angehörigen sowie dem unterschiedlichen Unterstützungsbedarf der Hausärzte und Pflegedienste stehen die Angebote der AHPZ komplementär zur Verfügung. Insbesondere bei Patienten mit hohem Betreuungsbedarf werden durch die AHPZ bisher bestehende Versorgungsdefizite ausgeglichen.

Aufgaben eines AHPZ

Das sind insbesondere
- Aufbau, Koordinierung und Stabilisierung eines Netzwerks der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung,
- spezialisierte Beratung und Konsiliartätigkeit zu Fragen und Angeboten im Zusammenhang mit der Hospiz- und Pallia-

Zum fachmännischen Handeln gehört natürlich die Mobilität der ambulanten Hospiz-/Palliativteams

tivversorgung, - spezialisierte palliativmedizinische ärztliche und palliativpflegerische Versorgung (inkl. Case Management) unter Einbeziehung weiterer Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams, - individuelle Notfallplanung, - Unterstützung und Behandlung in Krisen rund um die Uhr, - Unterstützung zur Bewältigung der schweren Erkrankung, insbesondere durch Einbindung ehrenamtlicher Hospizhelfer, - Vorhaltung wichtiger Arznei- und Hilfsmittel für Notfallsituationen, - Dokumentation und Qualitätsmanagement, - Öffentlichkeitsarbeit.

AHPZ koordinieren und erbringen in Ergänzung zu den bestehenden Leistungserbringern sektorenübergreifend die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung. Sie tragen dafür Sorge, dass schwerkranken Menschen und ihren Angehörigen zur rechten Zeit am rechten Ort die jeweils erforderliche und angemessene ärztliche, pflegerische, therapeutische, seelsorgerische und soziale Hilfe durch palliativmedizinisch speziell weitergebildete Kräfte zur Verfügung steht. AHPZ zielen darauf ab, Formen der Unter-, Fehl- oder Überversorgung zu vermeiden.

Aufgrund der vielschichtigen Koordinations-, Behandlungs- und Betreuungsaufgaben bestehen AHPZ aus einem multiprofessionellen Team aus Ärzten, Pflegefachkräften, Sozialarbeitern, therapeutischen Berufsgruppen und Seelsorgern (jeweils mit berufsspezifischer Weiterbildung in Palliative Care) unter enger Einbindung qualifizierter ehrenamtlicher Hospizhelfer.

Ambulante Hospiz- und Palliativzentren sind wirtschaftlich und organisatorisch selbständige Einheiten. Sie sind verpflichtet, mit bestehenden ambulanten und stationären Hospiz- und Palliativeinrichtungen eng zusammenzuarbeiten und sollten bevorzugt bei diesen angesiedelt werden. Das Einzugsgebiet soll in Abhängigkeit von der Bevölkerungsdichte und den räumlichen Entfernungen die Erreichbarkeit innerhalb von 30 Minuten gewährleisten.

Schlussfolgerung

Die weit überwiegende Mehrheit schwerkranker und sterbender Menschen wünscht sich die Betreuung in der gewohnten häuslichen Umgebung. Dies ist derzeit aber nur unzureichend realisiert. Daher ist eine strukturelle Veränderung zu einer ambulanten und sektorenübergreifenden Hospiz- und Palliativversorgung zwingend notwendig.

Deshalb fordern die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG Hospiz) einen Rechtsanspruch auf Leistungen der spezialisierten Palliativversorgung im SGB V zu verankern und Ambulante Hospiz- und Palliativzentren wohnortnah einzurichten.

Des Weiteren fordern DGP und BAG Hospiz eine Stärkung der Basisversorgung in der Betreuung Schwerkranker und Sterbender, die ihren Niederschlag auch in den Gebührenordnungen der beteiligten Ärzte und Leistungserbringer finden muss. Durch gezielte Anreize sollte die Zusammenarbeit der o.g. Beteiligten in der Basisversorgung mit den bestehenden Diensten und Einrichtungen der Hospiz- und Palliativversorgung sowie den AHPZ gefördert werden.

Den zur nachhaltigen Verbesserung der Versorgung erforderlichen Mehraufwendungen stehen Kosteneinsparungen u.a. durch Vermeidung von Notarzteinsätzen und der Reduzierung von Krankenhausaufenthalten gegenüber.

Der Text entstand unter Verwendung der gemeinsamen „Konzeption zur flächendeckenden ambulanten und sektorenübergreifenden Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland: Ambulante Hospiz- und Palliativ-Zentren (AHPZ)“ vom 31. Januar 2006 der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) und der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG), der auf Seiten der DGP von einer Arbeitsgruppe unter Leitung des Autors erarbeitet wurde.

** Dr. med. Wolf Diemer ist Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz- & Palliativmedizin Mecklenburg-Vorpommern.*
Weitere Informationen unter:
www.diemer@uni-greifswald.de
www.uni-greifswald.de/palliativ
www.dgpalliativmedizin.de
www.hospize.net

50. Geburtstag

4.9. Dr. med. *Reiner Lübcke*, niedergelassener Arzt in Schwerin;

19.9. Dipl.-Med. *Martin Adolphi*, niedergelassener Arzt in Sukow;

21.9. Dr. med. *Ute Brunstein*, niedergelassene Ärztin in Greifswald;

21.9. Dr. med. *Torsten Thomas*, niedergelassener Arzt in Grimmen;

22.9. Dipl.-Med. *Jutta Schilder*, niedergelassene Ärztin in Rostock;

27.9. Dr. med. *Birgitt Oldenburg*, niedergelassene Ärztin in Neubrandenburg;

30.9. Dr. med. *Dagmar Steinhöfel*, ermächtigte Ärztin in Pasewalk.

60. Geburtstag

1.9. Dr. med. *Barbara Metzdorf*, niedergelassene Ärztin in Thiessow;

17.9. *Christine Schmidt*, niedergelassene Ärztin in Sellin;

24.9. Dr. med. *Wilfried Schimanke*, ermächtigter Arzt in Rostock.

65. Geburtstag

1.9. Dr. med. *Eva-Maria Kopp*, niedergelassene Ärztin in Ludwigslust;

3.9. Dr. med. *Wolfgang Lemmel*, niedergelassener Arzt in Zarrendorf;

3.9. Dr. med. *Gudrun Kuhlmey*, niedergelassene Ärztin in Rostock;

3.9. Dr. med. *Gudrun Gorski*, niedergelassene Ärztin in Kalkhorst;

8.9. Dr. med. *Udo Schulz*, niedergelassener Arzt in Waren;

9.9. SR Dr. med. *Sigrid Wünn*, niedergelassene Ärztin in Pasewalk;

22.9. Doz. Dr. med. habil. *Michael Sonnenburg*, niedergelassener Arzt in Güstrow;

30.9. Dr. med. *Klaus-Dieter Dabbert*, niedergelassener Arzt in Stralsund.

75. Geburtstag

27.9. Dr. med. *Peter Klopf*, FA für Chirurgie/FA für Allgemeinmedizin im Ruhestand in Wismar;

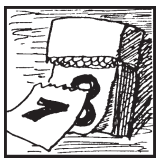
30.9. MR Dr. med. *Manfred Krohn*, niedergelassener Arzt in Ahlbeck.

Dipl.-Med. *Gabriele Schröder*, seit dem 2. Januar 1991 niedergelassen als Fachärztin für Allgemeinmedizin in Anklam, führt heute den Namen *Schröder-Nitz*.

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

Verstärkung in der Medizinischen Beratung

Seit dem 1. August 2006 arbeitet die Medizinische Beratung der KV wieder zu zweit.
Neben der diplomierten Medizinerin **Brigitte Nick** übernimmt **Birgit Naumann (43)** u.a. nun Aufgaben im Zusammenhang mit der Arzneimittelversorgung.
Birgit Naumann ist Diplommedizinerin, Fachärztin für Strahlentherapie. Sie dürfte noch vielen KV-Mitgliedern bekannt sein.
In den letzten zwei Jahren arbeitete sie als beratende Ärztin in der KV Niedersachsen in Hannover.
Davor war sie bereits fünf Jahre in der Medizinischen Beratung der KVMV aktiv.
Sie ist in der KV unter
Tel.: (0385) 74 31 248 zu erreichen.



Landeshauptversammlung des NAV-Virchow-Bund Landesverband Mecklenburg-Vorpommern

Termin: 9. September 2006, 10 Uhr.
Ort: Rathaus Stralsund „Löwescher Saal"
Thema: Gesundheitspolitisches Forum zur Gesundheitsreform 2006.
Gast: Dr. *Rolf Koschorrek*, CDU Bundestagsfraktion/Gesundheitsausschuss; SPD Bundestagsfraktion – N. N.
Teilnehmergebühr: Keine
Auskunft/Anmeldung: Dr. med. *Andreas Donner*, Schützenstraße 9, 17489 Greifswald, **Tel.:** (0 38 34) 8 93 60,
E-Mail: andreasdonner@t-online.de.

Qualitätsmanagement/QEP-Seminare 2006

Zielgruppe: Ärzte und Arzthelferinnen.
Termine/Ort: 15./16. September 2006 in Rostock, 29./30. September 2006 in Hagenow, 6./7. Oktober 2006 in Schwerin, 13./14. Oktober 2006 in Stralsund, 13./14. Oktober 2006 in Ludwigslust, 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 mit Ausnahme der Seminare in Hagenow und Ludwigslust, die freitags von 13.30 bis 18.00 und samstags von 8.30 bis 16.30 Uhr stattfinden.
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 mit Ausnahme der Seminare in Hagenow und Ludwigslust: Ärzte 275 Euro, Arzthelferinnen 185 Euro.
Auskunft/Anmeldung: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, *Martina Lanwehr*, **Tel.:** (0385) 74 31-375.

Veranstaltung zum Thema: Sicherung der unverzichtbaren Liquidität

Veranstalter: Hartmannbund, Landesverband Mecklenburg-Vorpommern; Deutsche Apotheker- und Ärztebank.
Termin: 14. September 2006.
Ort: Haus der Heilberufe, Wismarsche Straße 304, Schwerin.
Inhalt: Die Veranstaltung richtet sich an Ärzte und bietet hilfreiche Hinweise zur Gestaltung der Bereiche Steuern, Vermögen, Liquidität, Finanzierung, Alterssicherung.
Referent: Dr. *Jürgen Axer*, IWP-Institut für Wirtschaft und Praxis Bicanski GmbH (Münster).
Teilnehmergebühr: 59 Euro.
Auskunft/Anmeldung: Hartmannbund e.V., Landesverband Mecklenburg-Vorpommern, Geschäftsstelle, An der Obertrave 16 a, 23552 Lübeck,
Tel.: (0451) 39689600,
Fax: (0451) 39689601,
E-Mail: lv.mv@hartmannbund.de.

„Zwischen Technik und Begegnung. Neuere Aspekte zur psychotherapeutischen Beziehung"

Veranstalter: Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Mecklenburg-Vorpommern e.V., Augustenstraße 44 a, 18055 Rostock.
Termin: 29. September 2006, 16.15 bis 18.30 Uhr.
Ort: Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse Mecklenburg-Vorpommern e.V., Augustenstraße 44 a, 18055 Rostock.
Referent: Prof. Dr. *Helmut Junker*.
Hinweis: Für die Veranstaltung werden drei Fortbildungspunkte der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vergeben.
Teilnahmegebühr: 8 Euro die Stunde.
Auskunft/Anmeldung: Sekretariat, **Tel.:** (0381) 4590393 (mittwochs 14.30 bis 18.30 Uhr),
Internet: www.ippmv.de.

Schweriner Runde – Sonographie und Endoskopie für Anwender

Zielgruppe: sonographierende und gastroenterologisch-endoskopisch tätige und interessierte Ärzte.
Termin: 11. Oktober 2006, 18 Uhr.
Ort: HELIOS Kliniken Schwerin, Wismarsche Straße 393-397, 19055 Schwerin, Festsaal im Haus 13 (auf dem Gelände der Nervenklinik).
Leitung: Dr. med. *Hubert Bannier*, HELIOS Kliniken Schwerin, Klinik für Innere Medizin, Wismarsche Straße 393-397, 19055 Schwerin.
Hinweis: Interessante Befunde können demonstriert werden; Fortbildungspunkte werden bei der Ärztekammer beantragt.
Auskunft/Anmeldung: Kassenärztliche Vereinigung, Abteilung Qualitätssicherung, *Gerlinde Geick*,
Tel.: (0385) 7431-376.

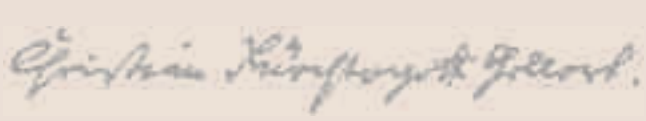
Länderübergreifende Fortbildungs- und Informationsveranstaltung zu der Problematik Transidentität und Intersexualität

Termin: 9. September 2006, 13.30 bis 20.00 Uhr.
Ort: Wasserschloss Gnemern (an der A 20).
Thema: Probleme und Lösungen auf dem Weg des sozialen Wechsels. Ein Leben in Menschenwürde und Selbstbestimmung.
Inhalte: u.a. Betroffene stellen ihre Situation dar, Erfahrungsaustausch und Diskussion zu Problembereichen wie TSG, Psychotherapie, Alltagstest???, geschlechtsangleichende Maßnahmen und ein Leben im sozialen Wechsel.
Beabsichtigt ist eine BBC-Doku (*David Raimar*, der Mädchenjunge).
Teilnehmerkosten: 20 Euro an *Ralf Trute*, Hannoversche Volksbank, Konto-Nr. 521 967 100, BLZ 251 900 01.
Anmeldung: bitte per **E-Mail:** concierge-ralf@gmx.de oder per **Tel.:** (033 704) 61 565.

Das Land der Hinkenden

Vorzeiten gabs ein kleines Land,
Worin man keinen Menschen fand,
Der nicht gestottert, wenn er redte,
Nicht, wenn er ging, gehinket hätte;
Denn beides hielt man für galant.
Ein Fremder sah den Übelstand;
Hier, dacht er, wird man dich im Gehn bewundern müssen;
Und ging einher mit steifen Füßen.
Er ging, ein jeder sah ihn an,
Und alle lachten, die ihn sahn,
Und jeder blieb vor Lachen stehen,
Und schrie: Lehrt doch den Fremden gehen!

Der Fremde hielts für seine Pflicht,
Den Vorwurf von sich abzulehnen.
Ihr, rief er, hinkt; ich aber nicht;
Den Gang müßt ihr euch abgewöhnen!
Der Lärmen wird noch mehr vermehrt,
Da man den Fremden sprechen hört.
Er stammelt nicht; genug zur Schande!
Man spottet sein im ganzen Lande.

Gewohnheit macht den Fehler schön,
Den wir von Jugend auf gesehn.
Vergebens wirds ein Kluger wagen,
Und, dass wir töricht sind, uns sagen.
Wir selber halten ihn dafür,
Bloß, weil er klüger ist, als wir.

(Eine Fabel von Christian Fürchtegott Gellert, 1715-1769)