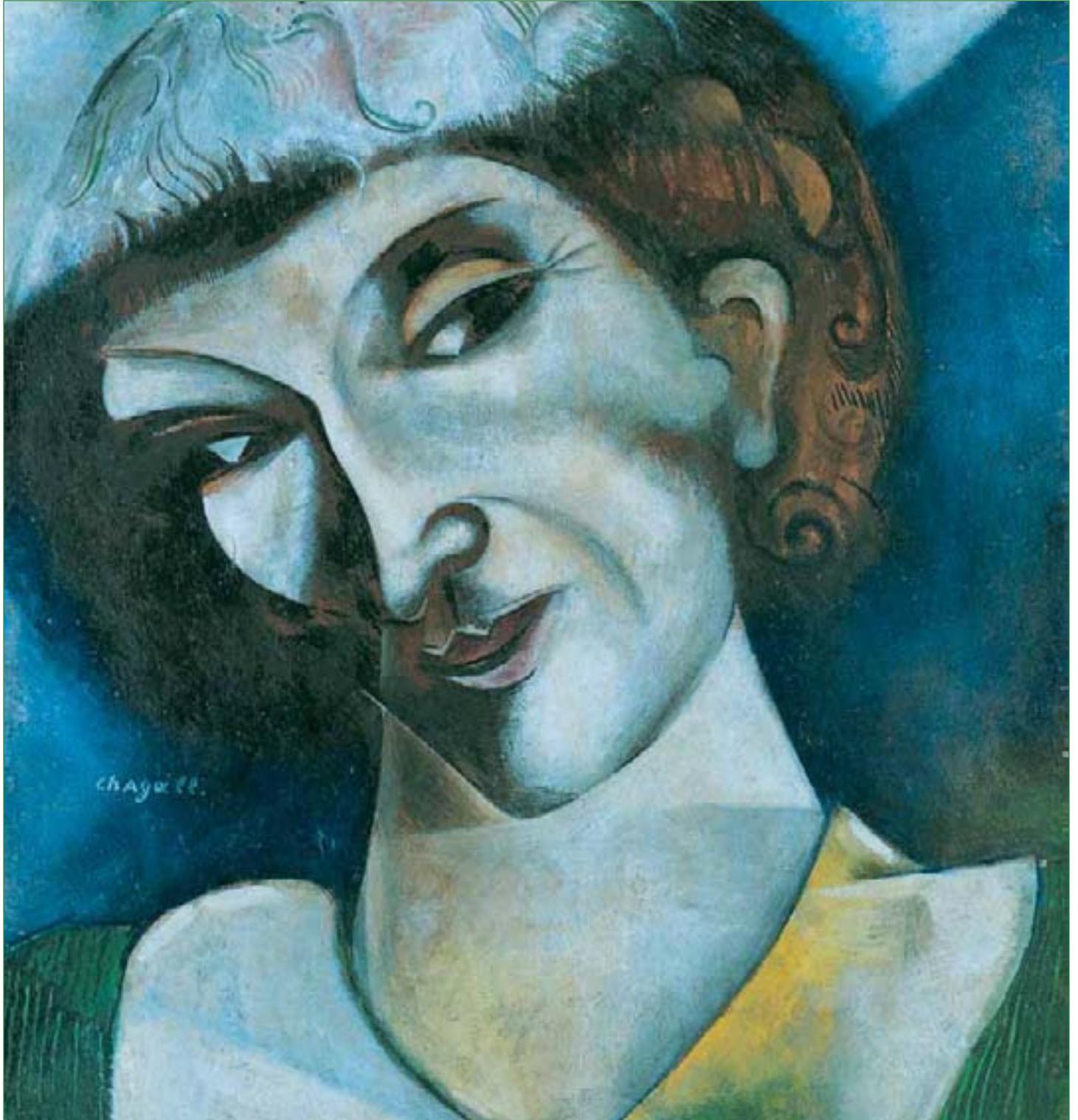


JOURNAL

der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern



Inhalt

Reformzwang – Die Zeit läuft ab	4
Neuer EBM kommt pünktlich	6
Arzneimittel-Rahmenvorgaben für 2008	6
Änderung Hilfsmittel-Richtlinie	7
Stand der ambulanten Versorgung	8
Statutenänderung	9
Fortbildung im Notdienst	9
Arzneimittelkosten-Barometer	10
Ermächtigungen/Zulassungen	11
Begründungspflichtige Heilmittelverordnungen	13
Öffentliche Ausschreibungen	14
Ärztliche Leichenschau	15
Behandlung alkoholbelasteter Patienten	16
Umstellung auf eDMP finanziell gestützt	17
Poliomyelitis	18
Feuilleton: Gräber von Paestum	19
Termine, Kongresse und Fortbildungsveranstaltungen	20
Personalien	21
Tag der Deutschen Einheit	22
Moderne Arzneitherapie	23
Impressum	13

Titel:

„Selbstbildnis“

Marc Chagall

Öl auf Karton,

auf Leinwand gezogen (1914)

Auf ein Wort

Entlastendes Raster

Nach meinem Duden, 6. Auflage, Band 5, bedeutet das Wort plausibel: so beschaffen, dass es einleuchtet. Es leuchtet wohl auch ein, dass ich an dieser Stelle unserem Juristen, Herrn Kahl, einmal danke, der uns die unterschiedlichsten Folterinstrumente (Prüfeinrichtungen) der Politik in einigen Folgen und sachlich nahe gebracht hat. Es klang manchmal so wie das Grimmsche Märchen „Von einem, der auszog, das Fürchten zu lernen“. Nur ist es heute und hier bittere Realität.

Die juristische Gänsehaut beim Lesen bestimmter Paragraphen des SGB V, von Berichten aus dem BMG und von Briefen eines gewissen Herrn Knieps ist nicht mehr temporär, sie ist permanent und allgegenwärtig. Müßig ist der Streit, ob wir unseren Wohnsitz von Sodom nach Gomorrha verlegt haben oder ob wir vom Regen in die Traufe gekommen sind, die Konvergenzen zu dem verlassenen System sind schon erstaunlich.

Es wird gesagt, dass es einen vorsätzlichen Nihilismus nicht geben kann. Manchmal jedoch neige ich dazu, über einen Nihilismus mit Vorsatz nachzudenken.

Die Körperschaft erfindet ständig das Rad neu. Der Sicherstellungsauftrag im Griff der Bedarfsplanung muss laufen. Die Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin muss mit dem Wegbrechen der Praxissitze Schritt halten. Motivation, Freude am Beruf und Lebensqualität müssen stimmig gemacht werden. Da ist es doch auch legitim, die Hammer gleich mit-

zuerfinden, die die Bremsklötze der Politiker und die Mauern aus ideologischem Hass einfach wegschlagen. Warum sollen wir nicht unseren Ermessensspielraum ausnutzen? Das ist nicht Serviceleistung einer Körperschaft, das ist ihr Auftrag.

Bei der von Amts wegen durchgeführten Plausibilitätskontrolle sollen Abrechnungsauffälligkeiten durch Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen in Verbindung mit Zeitprofilen herausgefunden werden.



Dietrich Thierfelder

Die reine Lehre spricht von einer Quartalsarbeitszeit von 780 Stunden und einer Tagesarbeitszeit von zwölf Stunden. Wer drei Tage über zwölf Stunden arbeitet oder über 780 Stunden liegt, erfüllt die Aufgreifkriterien und muss mit tiefgreifenden Prüfungen rechnen. An dieser Stelle sind wir auf Ihre Mit-

hilfe angewiesen. Ohne Kenntnis der Besonderheiten der einzelnen Praxis lässt sich die Plausibilität der Abrechnung nicht abschließend beurteilen. So sind etwa die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten, die Job-Sharing-Tätigkeit, die Abhaltung einer Sonnabend-Sprechstunde oder die Beschäftigung qualifizierten nichtärztlichen Personals Besonderheiten einer Praxis, die eine zeitliche Auffälligkeit bei näherer Betrachtung erklären können.

Auch eine hohe Fallzahl kann mit Rücksicht auf die Besonderheiten der Komplexleistungen mit obligatorischem und fakultativem Leistungsinhalt die Überschreitung der Zeitprofile im Einzelfall erklären. Es ist kein Zufall, dass im Bereich der KV Hamburg mit einer vergleichsweise geringen durchschnittlichen Fallzahl praktisch keine Überschreitungen der Quartalsarbeitszeiten zu verzeichnen sind. Demgegenüber tap- pen in Mecklenburg-Vorpommern,

als einem KV-Bereich mit sehr hohen durchschnittlichen Fallzahlen, ganze Fachgruppen mehr oder weniger geschlossen in die „Plausi-Falle“.

An dieser Stelle sehen wir unseren Auftrag darin, zu ermitteln: Wer rechnet tatsächlich falsch ab und wer stellt unter Aufbietung aller sächlichen und personellen Ressourcen die Versorgung sicher? Wer falsch abrechnet, verdient keinen Schutz. Wer sicherstellt, verdient jede nur mögliche Unterstützung. In diesem Sinne haben wir einen Fragebogen erarbeitet, mit dessen Hilfe wir Ihnen die Darstellung der Besonderheiten Ihrer Praxis so leicht wie möglich machen wollen. Ohne großen zusätzlichen Aufwand können auf diese Weise die notwendigen Angaben gemacht werden, die wir benötigen, um eine sachgerechte Entscheidung treffen zu können.

Zusammenfassend lässt sich unser Bemühen um Plausibilität wie eine Rasterfahndung nach entlastenden Momenten beschreiben.

Immer wieder möchte ich einen Leitsatz betonen, der eigentlich in jede Praxis gehört: **„Wir erfüllen keine Wünsche, wir übernehmen Verantwortung.“**

Ihr



Reformzwang – Die Zeit läuft

Von Bernd Sträßer

Vor dreißig Jahren wurde der Reigen der Kostendämpfungs- und Reformgesetze im Gesundheitswesen mit dem Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz eröffnet. Seitdem blicken wir auf eine permanente Gesetzesnovellierung zurück. Die Grundstrukturen des deutschen Gesundheitswesens sind dennoch weitgehend konstant geblieben. Mit der fortgesetzten Reformgesetzgebung hat sich lediglich die Regelungsdichte des Systems erhöht. Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz wird hieran nichts Entscheidendes ändern.

Leitmotive der Reformgesetze jüngerer Zeit waren durchweg mehr Eigenverantwortung der Versicherten und Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auf der einen Seite und zwischen Leistungserbringern auf der anderen Seite. Im Klartext: Eigenverantwortung durch mehr Eigenbeteiligung der Versicherten und Wettbewerb durch einen Vertragswettbewerb mit erweiterten Möglichkeiten der Krankenkassen für Selektivverträge; das Kollektivvertragssystem wird seit Jahren durch die Reformgesetze mit dem Zauberwort Wettbewerb unterminiert. Dabei wird in geschickter Weise – ungeachtet aller Proteste auf Seiten derjenigen, die Kranke behandeln – die Verhandlungsposition der Leistungserbringer durch Partikularisierung geschwächt. Bereits daran ist zu erkennen, dass die Politik überhaupt nicht daran denkt, Wettbewerb im Sinne freier Märkte in den Grenzen sozialpolitischer Rahmenbedingungen des Gesetzgebers zu installieren. **Die Politik hat es exzellent verstanden, Wettbewerb auf die Verpackung zu schreiben und erhöhte staatliche Lenkung inhaltlich darin unterzubringen.** Bei gleichzeitiger Übertragung der Verantwortung bürdet sie die Umsetzung den Selbstverwaltungen der Kostenträger und Leistungserbringer auf. Das lässt sich unter anderem daran ablesen, dass die Reichsversicherungsordnung des Jahres 1982 nur zwei Absätze zur Gesamtvergütung im § 368 f und zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab nach § 368 g einen Absatz benötigte; im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz sind dafür fünf bzw. viereinhalb Seiten im Bundesgesetzblatt erforderlich. Insofern dienen alle gesetzgeberisch formulierten Wettbewerbsbehandlungen nur den Zielen eines politisch definierten Systemerhalts. Grundsätzlich ist daran zunächst einmal keine Kritik anzubringen.

Die nach wie vor unbeantworteten Fragen sind jedoch andere:

- Wie sollen angenäherte Grundlagen der Leistungserbringung herbeigeführt werden, sprich vergleichbare Vergütungsniveaus zwischen West und Ost?
- Wie soll dem sich abzeichnenden Ärztemangel – insbesondere in der Grundversorgung – begegnet werden?
- Wie erreicht man eine solide Finanzierungsbasis für die GKV – „nachhaltig“, um ein Lieblingswort des ehemaligen Bundeskanzlers Schröder zu benutzen.

Die mangelnde Nachhaltigkeit politischer Entscheidungen illustriert sich an den aktuell geführten Debatten über eine Nachbesserung der Hartz IV-Gesetze. Genau deshalb bedarf es in einem „Wachstumsmarkt“ wie dem des Gesundheitswesens „nachhaltiger“ Reformen, um mittelfristige Planungssicherheit für die Akteure zu erreichen, deren Mittelpunkt in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung besteht. Dass hierbei zwischenzeitliche Eingriffe in Form von gesetzlichen Novellierungen notwendig sind, ergibt sich schon allein aus Tatsachen des medizinischen Fortschrittes, den Weiterentwicklungen im Bereich der Pharmakologie und den seit langem absehbaren aber nachhaltig ignorierten demografischen Folgen. Insbesondere der letzte Aspekt findet keine genügende

Die mangelnde Nachhaltigkeit politischer Entscheidungen illustriert sich an den aktuell geführten Debatten über eine Nachbesserung der Hartz IV-Gesetze. Genau deshalb bedarf es in einem „Wachstumsmarkt“ wie dem des Gesundheitswesens „nachhaltiger“ Reformen, um mittelfristige Planungssicherheit für die Akteure zu erreichen, deren Mittelpunkt in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung besteht. Dass hierbei zwischenzeitliche Eingriffe in Form von gesetzlichen Novellierungen notwendig sind, ergibt sich schon allein aus Tatsachen des medizinischen Fortschrittes, den Weiterentwicklungen im Bereich der Pharmakologie und den seit langem absehbaren aber nachhaltig ignorierten demografischen Folgen. Insbesondere der letzte Aspekt findet keine genügende

Die mangelnde Nachhaltigkeit politischer Entscheidungen illustriert sich an den aktuell geführten Debatten über eine Nachbesserung der Hartz IV-Gesetze. Genau deshalb bedarf es in einem „Wachstumsmarkt“ wie dem des Gesundheitswesens „nachhaltiger“ Reformen, um mittelfristige Planungssicherheit für die Akteure zu erreichen, deren Mittelpunkt in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung besteht. Dass hierbei zwischenzeitliche Eingriffe in Form von gesetzlichen Novellierungen notwendig sind, ergibt sich schon allein aus Tatsachen des medizinischen Fortschrittes, den Weiterentwicklungen im Bereich der Pharmakologie und den seit langem absehbaren aber nachhaltig ignorierten demografischen Folgen. Insbesondere der letzte Aspekt findet keine genügende

Die mangelnde Nachhaltigkeit politischer Entscheidungen illustriert sich an den aktuell geführten Debatten über eine Nachbesserung der Hartz IV-Gesetze. Genau deshalb bedarf es in einem „Wachstumsmarkt“ wie dem des Gesundheitswesens „nachhaltiger“ Reformen, um mittelfristige Planungssicherheit für die Akteure zu erreichen, deren Mittelpunkt in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung besteht. Dass hierbei zwischenzeitliche Eingriffe in Form von gesetzlichen Novellierungen notwendig sind, ergibt sich schon allein aus Tatsachen des medizinischen Fortschrittes, den Weiterentwicklungen im Bereich der Pharmakologie und den seit langem absehbaren aber nachhaltig ignorierten demografischen Folgen. Insbesondere der letzte Aspekt findet keine genügende

Die mangelnde Nachhaltigkeit politischer Entscheidungen illustriert sich an den aktuell geführten Debatten über eine Nachbesserung der Hartz IV-Gesetze. Genau deshalb bedarf es in einem „Wachstumsmarkt“ wie dem des Gesundheitswesens „nachhaltiger“ Reformen, um mittelfristige Planungssicherheit für die Akteure zu erreichen, deren Mittelpunkt in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung besteht. Dass hierbei zwischenzeitliche Eingriffe in Form von gesetzlichen Novellierungen notwendig sind, ergibt sich schon allein aus Tatsachen des medizinischen Fortschrittes, den Weiterentwicklungen im Bereich der Pharmakologie und den seit langem absehbaren aber nachhaltig ignorierten demografischen Folgen. Insbesondere der letzte Aspekt findet keine genügende



Berücksichtigung. Nach der dritten Landesprognose zur Bevölkerungsentwicklung Mecklenburg-Vorpommerns wird es bis 2020 einen Bevölkerungsrückgang von 13,5 Prozent geben, bei einem gleichzeitigen extremen Anstieg der Altersstruktur. Die geschätzte durchschnittliche Lebenserwartung im Land bis zum Jahre 2020 wird bei den Frauen auf 83 Jahre und bei den Männern auf 77 Jahren steigen. Hier wird sich nach Prognosen des UCEF-Instituts aus Rostock der Anteil der über 55-Jährigen auf der Basis des Jahres 2004 von unter 50 Prozent auf deutlich über 65 Prozent bis zum Jahr 2020 erhöhen. In anderen Bundesländern weichen die Prognosen graduell ab, an dem generellen Trend ändert sich aber auch dort nichts. Wenn es keine Leistungsrationierung geben soll, werden die absoluten Ausgaben für Gesundheitsleistungen weiter steigen. Relativ gesehen sind sie stabil, da der Anteil der GKV-Leistungsausgaben am Bruttoinlandsprodukt relativ konstant ist.

Vor diesem Hintergrund ist es von entscheidender Bedeutung für alle Beteiligten – Kostenträger, Leistungserbringer und auch Versicherte (Patienten) – wieder verlässliche Strukturen zu schaffen. Hierzu ist es aber unzureichend, laufend Reformen zu verabschieden, die die genannten Herausforderungen nicht berücksichtigen. Gefordert sind Richtungsentscheidungen. Der so gerne von der Politik benutzte Begriff des Wettbewerbs bringt uns bei der Lösung dieser Probleme auch nicht weiter, zumal er gesetzgeberisch gleich wieder konterkariert wird. Stichwort: Spitzenverband Bund der Krankenkassen, dem eine Fülle von Aufgaben übertragen worden ist. Gleichzeitig wird sich im Rahmen der Fusionsprozesse die Zahl der Krankenkassen künftig weiter deutlich verringern

und aufgrund ihrer Größe ihr Machtpotenzial zunehmen. Zudem werden sie noch von den bisherigen Krankenkassenverbänden unterstützt.

Wettbewerb und Planung sind begrifflich die ordnungspolitischen Gegenpole zwischen Marktwirtschaft und Daseinsvor- und -fürsorge. Merkmal der Marktwirtschaft ist der Wettbewerb, bei der Daseinsvor- und -fürsorge ist es die Planung. Die durch Wettbewerb erzielbaren betriebswirtschaftlichen Kostensenkungen führen nicht zwangsläufig zu einer Ausgabenreduzierung der Krankenkassen. Der immer wieder von der Politik geforderte Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern kann aus deren Sicht nicht primär das Ziel der Ausgabenreduktion für die Kran-

in einem Selektivvertragssystem die Vertragslandschaft überschaubar zu halten. Es kann keinem Vertragsarzt daran gelegen sein, zehn, zwanzig oder mehr unterschiedliche Verträge mit Krankassen und ebenso vielen Abrechnungsstellen handhaben zu müssen. Das Zaubermittel ist also nicht der vom Gesetzgeber planwirtschaftlich verordnete Wettbewerb, sondern unter den gegebenen Bedingungen kooperatives Handeln.

Und wer weiß, ob das im GKV-WSG festgelegte Zeitfenster eingehalten wird, das deutlich über den Termin der nächsten Bundestagswahl hinausgeht. Ich wage vorauszusagen, dass bereits vorher die nächste Reform kommen wird und dazu bedarf es keiner prophetischen Fähigkeiten.

Es kann keinem Vertragsarzt daran gelegen sein, zehn, zwanzig oder mehr unterschiedliche Verträge mit Krankassen und ebenso vielen Abrechnungsstellen handhaben zu müssen.

kenkassen haben. Ein Wettbewerb der Krankenkassen um Versicherte schlechthin existiert auch nicht, bestenfalls um den erwünschten Versicherten, also den mit dem geringen Krankheitsrisiko.

Wo bleibt also der Wettbewerb? Mit dem GKV-WSG ist unter dem Deckmantel „Wettbewerb“ zusätzlicher staatlicher Dirigismus bei paralleler Erstarkung der Verhandlungsmacht der Krankenkassen eingeführt worden. Wie kann deshalb der zunehmenden Nachfragemacht der Krankenkassen eine adäquate Angebotsmacht gegenübergestellt werden, die auf gleicher Höhe agiert?

Ein Anfang ist mit der Kooperationsvereinbarung zwischen den fachgruppenübergreifenden Berufsverbänden und der KVMV gemacht worden (siehe auch KV-Journal September 2007). Sie bietet die Chance,

Denn einer Kompromissreform fehlt von Beginn an die Nachhaltigkeit (siehe oben Hartz IV). Daneben sind entscheidende Probleme ungelöst, medizinischer Fortschritt, Demografie und nicht zuletzt die Vergütungs- und Strukturprobleme im ambulanten Sektor, also mehr Zeit für die Arbeit am Patienten, weniger Zeit für Bürokratie und das ganze bei einer die wirtschaftliche Existenz sichernden Vergütung.

Man kann aus den Reformgesetzen seit 1992 das Fazit ziehen, dass die Halbwertszeiten stabiler Handlungsbedingungen ständig abgenommen haben oder es auch als Schrumpfung der Gegenwart bezeichnen. Ergebnis wird keine Nachhaltigkeit, keine Zukunftssicherheit und keine Demografiefestigkeit sein. Ständige Reformen gewährleisten nur **„Relative Stabilität durch Instabilität“**.

Meilenstein einer Honorarreform

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat in seiner 6. Sitzung am 19. Oktober 2007 abschließend über die Neufassung des EBM mit Wirkung ab 1. Januar 2008 entschieden.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat beschlossen, dass die Mehrwertsteuererhöhung 2007 auf alle betroffenen Kostenarten der EBM-Kalkulation anzuwenden ist. Weiterhin wurde der jährliche kalkulatorische Arztlohn auf Grundlage der für Vertragsärzte vorausgesetzten wöchentlichen Arbeitszeit in Höhe von 51 Stunden von bisher 95.539 Euro auf den mit Wirkung ab 1. Januar 2008 gültigen Betrag von 105.571,80 Euro festgelegt. Die Bewertung der sogenannten durchschnittlichen kalkulatorischen Arztminute wird damit von bisher 77,09 Cent auf künftig 86,09 Cent erhöht. Die damit erreichte Anpassung des kalkulatorischen Arztlohnes entspricht einer Steigerung in Höhe von 10,51 Prozent.

Insgesamt ist die Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses als Erfolg zu werten. Relativiert wird dieser Erfolg leider dadurch, dass

durch die unveränderten gesetzlichen Regelungen zur Honorarverteilung 2008 keine Möglichkeiten bestehen, die durchgesetzten Bewertungssteigerungen im EBM bereits im Jahr 2008 wirksam an die Vertragsärzte weiterzugeben.

Die Möglichkeit, dass sich die Erhöhungen der Leistungsbewertungen des EBM auch positiv im Portemonnaie der Vertragsärzte bemerkbar machen, besteht erst mit den ab dem Jahr 2009 greifenden gesetzlichen Regelungen zur vertragsärztlichen Honorarreform. Deren entscheidende Stellgrößen wie insbesondere die Festlegung des für die Überführung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes in die ab 2009 gültigen regionalen Euro-Gebührenordnungen maßgeblichen Orientierungswertes müssen erst noch durch den Bewertungsausschuss definiert werden.

Insoweit gibt der Erfolg zwar Anlass zu Optimismus, dieser Erfolg kann zugleich aber nur als erster der gesetzlich vorgesehenen Schritte zur dringend benötigten Anhebung der vertragsärztlichen Honorare ab dem Jahr 2009 verstanden werden. Oberstes Ziel der Kassenärztlichen Bundes-

vereinigung wird es nun sein, auch die weiteren Schritte zu der durch den Gesetzgeber ab 2009 zugestanden Verbesserung der vertragsärztlichen Honorarsituation mit allem Nachdruck gegenüber Politik und Krankenkassen umzusetzen.

Über die genauen Details der Beschlussfassungen des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neufassung des EBM sowie über die Regelungen der Honorarverteilung ab 1. Januar 2008 auf Landesebene wird die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern sofort und zeitgerecht informieren.

Die amtliche Bekanntmachung des EBM 2008 wird in Form einer CD-ROM in einer der nächsten Ausgaben des Deutschen Ärzteblattes im November 2007 erscheinen. Darüber hinaus wird eine KBV-Informationsbroschüre im Deutschen Ärzteblatt voraussichtlich am 21. Dezember 2007 veröffentlicht.

mg/pr

Arzneimittel-Rahmenvorgaben für 2008 vereinbart

Ein Malus auf der Basis von DDD-Kosten ist in der beschlossenen Rahmenvorgabe Arzneimittel nicht mehr vorgesehen.

Die jüngste Gesundheitsreform hat Rabattverträge zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und den Arzneimittelherstellern deutlich gestärkt. Diese aber lassen eine vertretbare Umsetzung der sich hauptsächlich

auf generische Substanzen beziehenden Durchschnittskosten-Regelung nicht mehr zu. Rabattierte Arzneimittel sind gesetzlich aus der Durchschnittskosten-Regelung herauszunehmen. Für nahezu alle generischen Substanzen bestehen mittlerweile Rabattverträge.

Stattdessen haben sich die Bundesvertragspartner auf eine Liste von zwölf Arzneimittelgruppen für ver-

ordnungsstarke Gebiete verständigt. Über die Festlegung von Zielquoten in diesen zwölf Gruppen lassen sich Wirtschaftlichkeitsreserven erschließen.

Die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen empfehlen den Verhandlungspartnern auf Landesebene, auf dieser Grundlage im Rahmen regionaler Zielvereinbarungen gemeinsame Regelungen zu treffen.



Die KBV und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben sich auf ein bundesweites Ausgabenplus von 4,1 Prozent (das entspricht mehr als einer Milliarde Euro) verständigt. Carl-Heinz Müller, Vorstand der KBV betonte „Wir sind im Großen und Ganzen mit dem Vereinbarten zufrieden. Allerdings ist zu wünschen, dass die Verlagerung von Leistungen aus der stationären in die ambulante Versorgung bei den nachfolgenden regionalen Verhand-

lungen angemessen einberechnet wird“.

„Diese Rahmenvorgaben stärken eine innovative ambulante Arzneimittelversorgung, bei der individuelle Therapiespielräume als Grundlage der Qualität der Patientenversorgung dienen“, sagte Müller und fuhr fort: „Zugleich ruht die Verantwortung für die Arzneimittelausgaben auf mehreren Schultern, und das ist gut so. Die Vertragsärzte sind sich ihrer Mitverantwortung wohl bewusst.

Wo immer günstige Nachahmerpräparate einsetzbar sind, verordnen sie diese auch. Doch sind genauso Krankenkassen, Arzneimittelhersteller, Apotheker und Patienten für die Höhe der Ausgaben verantwortlich und können diese beeinflussen. **Was aber nicht passieren darf, ist, dass der Arzt zum Bestpreis-Agenten der Krankenkassen wird und sich vornehmlich mit Preisvergleichen beschäftigt.“**

Die Verantwortung für das Preisgeschehen sollte bei den Marktpartnern, besonders bei den Krankenkassen und der pharmazeutischen Industrie, liegen, forderte der KBV-Vorstand. Denkbar seien beispielsweise regionale Preisvereinbarungen von Krankenkassen und Apothekern, so Müller. Er unterstrich, dass die Aufgabe der Ärzte die Indikationsstellung und die Wirkstoffauswahl bleiben müsse. Bis zum 30. November 2007 werden die Verhandlungen auf Landesebene abgeschlossen sein. Über das Ergebnis werden die Ärzte sofort unterrichtet. *pr*

Änderung der Hilfsmittel-Richtlinie Produktgruppe 31 „Schuhe“

Zum 1. Juni 2007 wurde die Produktgruppe 31 grundlegend überarbeitet.

Die wesentlichen Änderungen im Leistungsrecht betreffen die neuen Empfehlungen zur Tragezeit von orthopädischen Schuhen (Funktionsfähigkeit in der Regel mindestens zwei Jahre), die Streichung diverser Positionen bei den Zurichtungen an konfektionierten Schuhen, wie z. B. die Einarbeitungen von Längs- und Quergewölbestützen (hier wird die Einlagenversorgung als wirtschaftlicher und gleich effektiv angesehen) und die Streichung der Position Torqheelabsatz.

Bei den orthopädischen Maßschuhen wurde die Streichung diverser separat abrechenbarer Zusätze und eine Modifizierung der Kombinierbarkeit einzelner Zusatzarbeiten vorgenommen.

Weitere Informationen können unter:

<http://www.internet.ikk.de/himi/> (Definition und Indikation S. 4 – 15) eingesehen werden.

Im Einzelfall sind Fragen an die jeweilige Krankenkasse zu richten.

bn



Zum Stand der ambulanten Versorgung

Nachstehend werden die Übersichten veröffentlicht, die darüber Auskunft erteilen, welche Planungsbereiche und Fachgebiete für Niederlassungen noch offen bzw. gesperrt sind und die zahlenmäßige Darstellung der trotz Sperrung im Fachgebiet Psychotherapie noch möglichen Zulassungen für ärztliche Psychotherapeuten.

Die nachfolgenden Übersichten wurden laut Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen Mecklenburg-Vorpommern in der Sitzung am 24. Oktober 2007,

mit Stand 23. Oktober 2007, erstellt. Grundlage sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung.

Zulassungsmöglichkeit im partiell geöffneten Planungsbereich

Für folgendes Fachgebiet besteht die Möglichkeit **bis zum 15. Dezember 2007** einen Antrag auf Zulassung beim Zulassungsausschuss für Ärzte zu stellen, da hier eine partielle Öff-

nung besteht: **Nervenheilkunde im Planungsbereich Rostock.**

Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit
- Approbationsalter
- Dauer der Eintragung in die Warteliste.

Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge.

Bedarfsplan für die ambulante Versorgung im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern														
(gesperrte Planungsbereiche = X) Farbe: partielle Öffnung														
Kreisfreie Städte	Fachgebiet													
	HÄ	INT	PÄD	ANÄ	AUG	CHI	GYN	HNO	DER	NER	ORT	URO	RAD	PSY
Rostock	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Landkreise	Fachgebiet													
	HÄ	INT	PÄD	ANÄ	AUG	CHI	GYN	HNO	DER	NER	ORT	URO	RAD	PSY
Bad Doberan	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Demmin	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Güstrow	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Ludwigslust		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Müritz	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Parchim		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Rügen	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Uecker-Randow	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Kreisregionen	Fachgebiet													
		INT	PÄD	ANÄ	AUG	CHI	GYN	HNO	DER	NER	ORT	URO	RAD	PSY
Greifswald/Ostvorpommern		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Stralsund/Nordvorpommern		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Schwerin/Wismar/Nordwestmecklenburg		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

Wenn Planungsbereich gesperrt noch mgl. Zulassung			
Kreisfreie Städte	PSY	Psychotherapeuten	
		Ärztliche	Psychologische
Rostock	X	16	0
Landkreise			
Bad Doberan	X	1	0
Demmin	X	2	0
Güstrow	X	2	0
Ludwigslust	X	1	0
Müritz	X	2	0
Parchim	X	0	0
Rügen	X	2	0
Uecker-Randow	X	1	0
Kreisregionen			
Greifswald/Ostvorpommern	X	0	0
Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz	X	2	0
Stralsund/Nordvorpommern	X	0	0
Schwerin/Wismar/Nordwestmecklenburg	X	0	0

Auch der beste Gaul stolpert einmal.

Sprichwort

Es wird jedem niederlassungswilligen Arzt bzw. Psychotherapeuten empfohlen, sich vor der Antragstellung in der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin, Abteilung Sicherstellung, über die jeweilige Versorgungssituation zu informieren sowie eine Niederlassungsberatung in Anspruch zu nehmen.

Farbe: Partielle Öffnung

Stand Arztzahlen: 23. Oktober 2007, Stand Einwohner: 30. Juni 2007

Kreis/Kreisregion	Hausärzte
Greifswald	X
Ostvorpommern	
Neubrandenburg	
Mecklenburg-Strelitz	
Stralsund/Nordvorpommern	
Schwerin	X
Wismar/Nordwestmecklenburg	

Statutenänderung/Ergänzung der Gebührenordnung

Die Vertreterversammlung hat in ihrer Sitzung am 26. September 2007 eine Ergänzung der Gebührenordnung um die Ziffer 6 beschlossen. Beigefügt möchte die KV nochmals die vollständige Gebührenordnung zur Kenntnis geben, die in ihrer vorbeschriebenen Ergänzung mit dieser Veröffentlichung in Kraft tritt.

Gebührenordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (ohne Geschäftsstelle der Gemeinsamen Selbstverwaltung) auf der Grundlage der Satzung § 3 (5) für besonders aufwendige Verwaltungstätigkeiten bzw. -verfahren in der Fassung des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 26. September 2007:

1 Eintrag in die Warteliste jährlich (gem. § 103 Abs. 5 SGB V)	je 10,00 Euro
2 Zweitausfertigungen bereits erhaltener Unterlagen auf ausdrückliches Verlangen des an der vertragsärztlichen Versorgung Beteiligten	0,50 Euro (je Blatt), höchstens 5,00 Euro

3 Beglaubigung von Abschriften und Auszügen	0,50 Euro (je Blatt), höchstens 5,00 Euro
4 Bearbeitung einer Pfändung	10,00 Euro
5 Erstellung von Adressaufklebern (z. B. für Schulungsveranstaltungen)	je 0,20 Euro
6 Bearbeitung eines Widerspruchs, soweit er nicht erfolgreich war	100,00 Euro

Bei den an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Mitgliedern werden die Gebühren mit der jeweils auf die Erfüllung des Gebührentatbestandes folgenden Honorarabrechnung verrechnet. *ts*

Fortbildung im kassenärztlichen Notdienst

Thema: Anforderungen im kassenärztlichen Notdienst anhand von Leitsymptomen aus Sicht unterschiedlicher Fachgruppen

1. Teil: 7. November 2007, 15.30 bis ca. 19.30 Uhr – Vorträge der Fachgruppen Allgemeinmedizin, Pädiatrie und HNO-Heilkunde

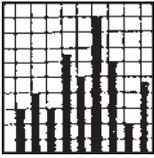
2. Teil: 14. November 2007, 15.30 bis ca. 20.00 Uhr – Vorträge der Fachgruppen Gynäkologie, Augenheilkunde, Orthopädie, Neurologie/Psychiatrie und Informationen zur ärztlichen Leichenschau

Ort: Hörsaal der Beruflichen Schule am Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg, Allendestraße 30

Teilnahme: nur nach vorheriger Anmeldung und Überweisung der Teilnahmegebühr in Höhe von 20 Euro pro Tag auf das Konto der APO-Bank Schwerin, Kto.: 0 003 053 393, BLZ 120 906 40.

Anmeldung: Katja Lange, Tel.: (0385) 7431-366, E-Mail: klange@kvmv.de oder sicherstellung@kvmv.de.

Per Post: KVMV, Neumühler Straße 22, 19057 Schwerin, Abteilung Sicherstellung. *kl*



Betrachtungen August/September 2007

Von Jürgen Grümmert*

Diesen Monatsbeitrag zum Stand der Einhaltung der Arzneimittelkosten schreibt nicht der Hauptgeschäftsführer, sondern nur noch der Fachmann dieses großen Aufgabengebietes.

Vorab eingeschätzt war im letzten Monat der August in Mecklenburg-Vorpommern mit 52,5 Mio. Euro. Tatsächlich liegen die Ausgaben in diesem Monat bei 53,6 Mio. Euro. Das bedeutet einen Anstieg zum Vorjahresmonat von 7,5 Prozent. Mit diesem Anstieg liegt Mecklenburg-Vorpommern deutschlandweit aber im unteren Drittel. Für ganz Deutschland sind die Ausgaben an Arzneimitteln nach ABDA-Daten um 11,3 Prozent angewachsen.

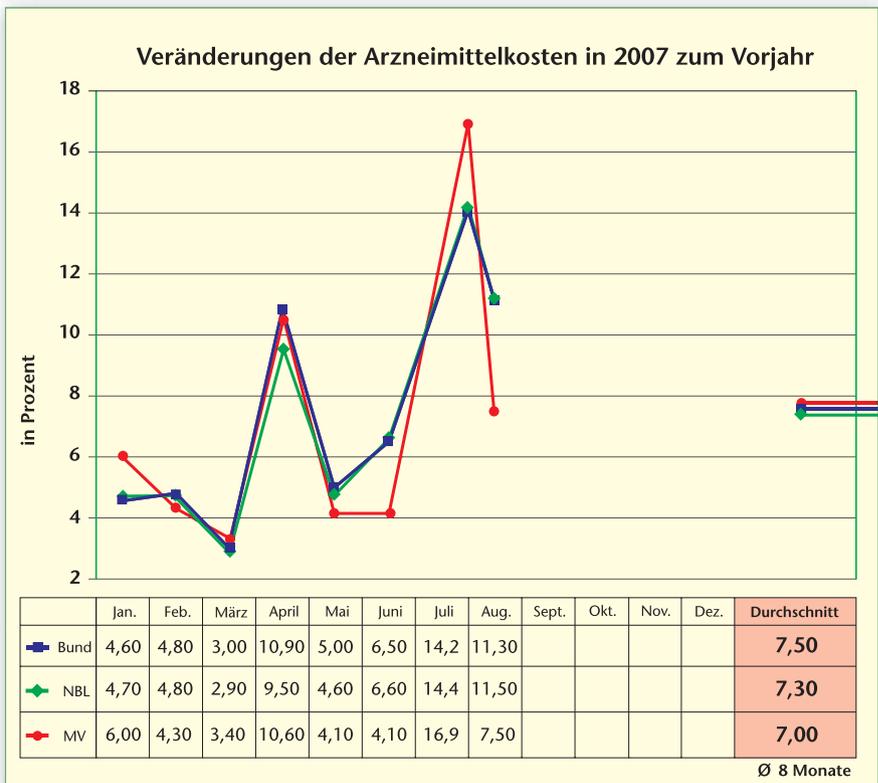
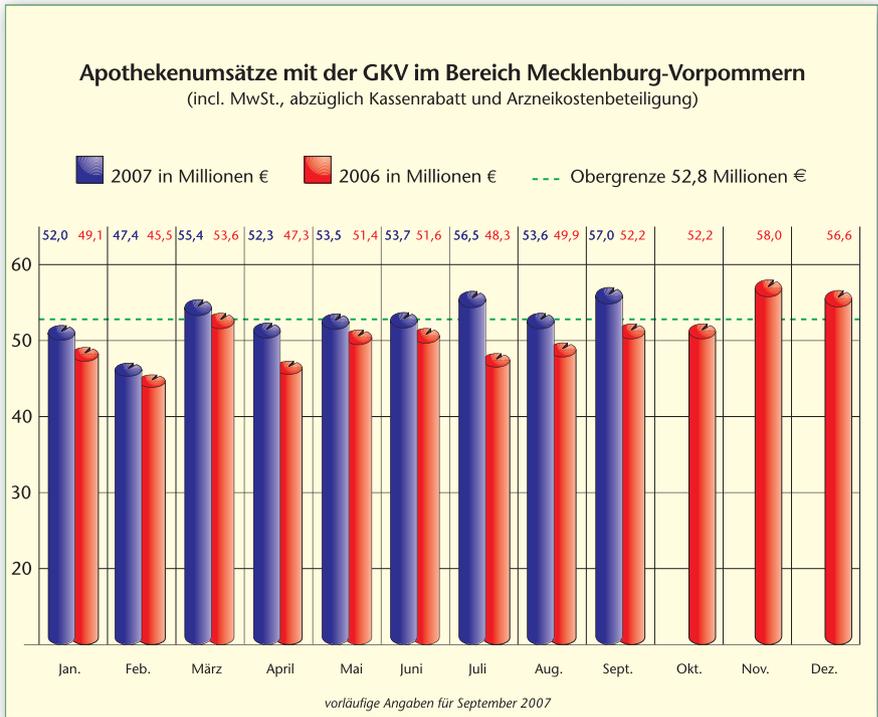
Die vertraglich vereinbarte Obergrenze von monatlich 52,8 Mio. Euro wurde damit in Mecklenburg-Vorpommern in den ersten acht Monaten des Jahres 2007 bereits fünf Mal überzogen.

In den neuen Bundesländern weisen die KVen folgende Anstiege im August auf:

- KV Brandenburg 10,3 Prozent
- KV Sachsen-Anhalt 9,7 Prozent
- KV Sachsen 15,4 Prozent
- KV Thüringen 11,0 Prozent
- KV M-V 7,5 Prozent

Somit hat Mecklenburg-Vorpommern in diesem Monat aber den geringsten Anstieg der Kosten in den neuen Bundesländern zu verzeichnen.

Fortsetzung auf Seite 13



Der Zulassungsausschuss beschließt über Ermächtigungen und Zulassungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

Weitere Auskünfte erteilt die Abteilung Sicherstellung der KVMV, Tel.: (0385) 7431-371.

Der Zulassungsausschuss beschließt

Bad Doberan

Die Zulassung hat erhalten

Prof. Dr. med. *Günther Neeck*, FA für Innere Medizin für Bad Doberan, ab 1. Januar 2008.

Ruhen der Zulassung

Dipl.-Med. *Iris Akkermann*, FÄ für Allgemeinmedizin in Lichtenhagen, ab 1. Oktober 2007 befristet bis zum 30. September 2008.

Greifswald/Ostvorpommern

Ende der Zulassung

Dr. med. *Elke Seidel*, FÄ für Kinder- und Jugendmedizin in Greifswald, endet am 2. Januar 2008.

Die Zulassung hat erhalten

Dr. med. *Frauke Seidel*, FÄ für Kinder- und Jugendmedizin für Greifswald, ab 2. Januar 2008;

Dr. med. *Astrid Lindberg*, FÄ für Allgemeinmedizin für Neuenkirchen, ab 2. Januar 2008.

Ermächtigung

Die Poliklinische Institutsambulanz am Psychologischen Institut der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, ab 30. August 2007 gemäß § 117 Abs. 2 SGB V zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten und der im § 95 Abs. 3 SGB V genannten Personen im Behandlungsverfahren der Verhaltenstherapie.

Die Ermächtigung ist begrenzt auf 100 Behandlungsfälle pro Jahr, bis zum 30. Juni 2009.

Güstrow

Die Zulassung haben erhalten

Dipl.-Soz.-Päd. *Antje Hennemann-Muskulus*,

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin für Güstrow, ab 1. Oktober 2007;

Heike Rombach, FÄ für Innere Medizin für Teterow für die hausärztliche Versorgung, ab 1. Januar 2008.

Ludwigslust

Die Zulassung hat erhalten

Dr. med. *Ole Abrahamsen*, FA für Innere Medizin für Neuhaus für die hausärztliche Versorgung, ab 1. Oktober 2007.

Genehmigung zur Ermächtigung einer Nebenbetriebsstätte

Dr. med. *Wolfgang Zachgo*, niedergelassener FA für Innere Medizin/Pulmologie in Geesthacht wird die Genehmigung zur Führung einer Nebenbetriebsstätte in Boizenburg, Reichenstr. 12 mit Wirkung ab 1. Oktober 2007 erteilt.

Dr. med. *Petra Mikloweit*, niedergelassene FÄ für Innere Medizin/Pulmologie in Geesthacht wird die Genehmigung zur Führung einer Nebenbetriebsstätte in Boizenburg, Reichenstr. 12 mit Wirkung ab 1. Oktober 2007 erteilt.

Müritz

Die Zulassung haben erhalten

Dr. med. *Bastian Mayr*, FA für Orthopädie und Unfallchirurgie für Röbel, ab 1. Oktober 2007;

Dr. med. *Niclas Ansorge*, FA für Orthopädie für Waren, ab 1. Oktober 2007.

Ende der Zulassung

Dr. med. *Walter Senf*, FA für Allgemeinmedizin in Waren, endete am 1. Oktober 2007;

Dr. med. *Evelyn Ansorge*, FÄ für Orthopädie in Waren, endete am 1. Oktober 2007.

Widerruf der Genehmigung einer Gemeinschaftspraxis

Dr. med. *Walter Senf* und Dr. med. *Sven-Christian Lange*, Fachärzte für Allgemeinmedizin in Waren, ab 1. Oktober 2007.

Die Genehmigung einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft haben erhalten

Dr. med. *Sven-Christian Lange* und Dr. med. *Christoph Ullmann*, Fachärzte für Allgemeinmedizin für Waren, ab 1. Oktober 2007.

Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz

Die Genehmigung einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft haben erhalten

Gunnar Zinapold und *Sören Dreßler*, Fachärzte für Nervenheilkunde für Neubrandenburg, ab 1. Oktober 2007.

Ermächtigung

Dipl.-Päd. *Andreas Tesch*, AWO Mecklenburg-Strelitz gGmbH Neustrelitz, ab 1. September 2007 zur Durchführung von Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen und damit im Zusammenhang stehender Leistungen für den Standort Neubrandenburg, bis zum 30. September 2009.

Rostock

Die Zulassung haben erhalten

Dr. med. *Andrea Piontke*, FÄ für Allgemeinmedizin für Rostock, ab 2. Januar 2008;

Alexandra Ahrens, FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie für die ausschließliche psychotherapeutische Versorgung für Rostock, ab 30. August 2007.

Die Genehmigung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft haben erhalten

Dr. med. *Rafiea Saadi*, niedergelassener FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Rostock und Dr. med. *Sabine Hellmund*, niedergelassene FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Magdeburg, zur Erbringung schlafmedizinischer Leistungen mit Vertragsarztsitz in Rostock, ab 1. Oktober 2007.

Ende der Zulassung

Dr. med. *Uta Leithäuser*, FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie für die ausschließliche psychotherapeutische

Versorgung ab 1. April 2007 wird auf Grund des Verzichts unwirksam;

Dr. med. *Regina Fischer*,
FÄ für Augenheilkunde in Rostock,
endete am 1. Oktober 2007;

Dr. med. *Wolfram Gläser*,
FA für Augenheilkunde in Rostock,
endete am 1. Oktober 2007;

Dr. med. *Barbara Pankow*,
FÄ für Allgemeinmedizin in Rostock,
endet am 2. Januar 2008;

Dr. med. *Jan Wüsthoff*,
FA für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in
Rostock, endet am 1. Januar 2008.

Widerruf der Genehmigung einer Gemeinschaftspraxis

Dr. med. Jan Wüsthoff und Dr. med. Jens Schweder, Fachärzte für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie für Rostock, ab 1. Januar 2008.

Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

Dr. med. *Annekatrin Heine*, Dr. med. *Karla Läufer*, Dr. med. *Norbert Schulz* und *Sabine Bohl*, Fachärzte für Augenheilkunde in Rostock, für Dr. med. *Regina Fischer* als angestellte Ärztin in ihrer Praxis, ab 1. Oktober 2007;

Dr. med. *Annekatrin Heine*, Dr. med. *Karla Läufer*, Dr. med. *Norbert Schulz* und *Sabine Bohl*, Fachärzte für Augenheilkunde in Rostock, für Dr. med. *Wolfram Gläser* als angestellter Arzt in ihrer Praxis, ab 1. Oktober 2007;

Dr. med. *Wolfgang Kähler*, FA für Innere Medizin in Rostock, für *Jens Freytag* als angestellter Arzt in seiner Praxis, ab 1. Oktober 2007.

Korrektur des Ermächtigungsumfanges

Dr. med. *Antje Kloth*,
Fachklinik für geriatrische Rehabilitation in Tessin,
Ermächtigung zur Betreuung der Bewohner des Seniorenpflegeheimes „Bi uns tu hus“, St. Jürgen-Str. 62 in 18195 Tessin ab 1. Oktober 2007 auf Überweisung durch Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, bis zum 30. September 2009.

Rügen

Ende der Zulassung

Christian Riebe,
FA für Innere Medizin in Sassnitz, endete am 9. August 2007 durch seinen Tod.

Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

Dipl.-Med. *Carmina Spreemann*, FÄ für

Allgemeinmedizin in Bergen, für Dr. med. *Gernot Steffen* als angestellter Arzt in ihrer Praxis, ab 1. Oktober 2007.

Widerruf der Genehmigung einer Gemeinschaftspraxis

Dr. med. *Kerstin Plümer* und Dr. med. *Christian Schnur*, Fachärzte für Diagnostische Radiologie, ab 1. Oktober 2007 in Bergen.

Der Widerruf hat zur Folge, dass die Zulassung von Herrn Dr. med. *Christian Schnur* als Facharzt für Diagnostische Radiologie für Bergen mit Wirkung ab 1. Oktober 2007 endet.

Schwerin/

Wismar/Nordwestmecklenburg

Ende der Zulassung

Dr. med. *Sabine Gaydov*,
FÄ für Allgemeinmedizin in Schwerin,
endete am 1. Oktober 2007;

Dipl.-Med. *Ingrid Weidmann*,
FÄ für Allgemeinmedizin in Wismar,
endete am 1. Oktober 2007;

Dipl.-Med. *Armin Wieland*,
FA für Innere Medizin in Dorf Mecklenburg, endete am 26. August durch seinen Tod.

Die Zulassung hat erhalten

Christian von Deuster,
FA für Allgemeinmedizin für Schwerin,
ab 1. Oktober 2007.

Verlängerung der Zulassung

SR *Ernst Dörrfel*,
FA für Allgemeinmedizin in Kirchdorf/ Poel, bis zum 31. Dezember 2010.

Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses im MVZ

HELIOS MVZ Schwerin,
Cornelia Ledderboge, FÄ für Orthopädie,
als angestellte Ärztin im MVZ,
ab 1. Oktober 2007.

Aufhebung der Ruhensanordnung der Zulassung

Dr. med. *Ingrid Dieckmann*,
FÄ für Augenheilkunde in Wismar,
ab 1. Oktober 2007.

Stralsund/Nordvorpommern

Ende der Zulassung

Dr. med. *Regina Reimann*,
FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Stralsund,
endete am 1. November 2007;

Dr. med. *Johannes Schnierer*,
FA für Urologie in Stralsund,
endet am 2. Januar 2008.

Die Zulassung haben erhalten

Dr. med. *Frank Ruhland*,
FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe für Stralsund,
ab 1. November 2007;

Dr. med. *Ingo Büttner*,
FA für Urologie für Stralsund,
ab 2. Januar 2008.

Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

Dr. med. *Stefan Wintel*, FA für Allgemeinmedizin in Zingst, für *Andreas Martin* als angestellter Arzt in seiner Praxis, ab 1. Oktober 2007.

Uecker-Randow

Die Zulassung hat erhalten

Sonja Purrmann,
FÄ für Innere Medizin für Strasburg für die hausärztliche Versorgung,
ab 1. Januar 2008.

Informationen

Die Praxissitzverlegung innerhalb des Ortes geben bekannt:

Frank Kawohl,
FA für Allgemeinmedizin
neue Adresse:
Friedrich-Engels-Str. 03,
18435 Stralsund;

Dipl.-Psych. *Marcus Hamm*,
Psychologischer Psychotherapeut
neue Adresse:
Goethestr. 8,
18055 Rostock;

Dr. med. *Ildiko Zeitvogel*,
FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
neue Adresse:
Poststr. 14,
17087 Altentreptow;

Dr. med. *Benita Noack*,
FÄ für Psychotherapeutische Medizin
neue Adresse:
Marienstr. 33,
17489 Greifswald,
ab 1. Oktober 2007;

Dr. med. *Frank Giese* und Dr. med. *Renate Giese*,
FÄ für Allgemeinmedizin
neue Adresse:
Karlshagener Str. 1,
17034 Neubrandenburg.

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



Fortsetzung von Seite 10

Bei Betrachtung der ersten acht Monate des Jahres 2007 ergeben sich für die neuen Bundesländer folgende Zuwächse zum Vorjahreszeitraum:

KV Brandenburg	8,2 Prozent
KV Sachsen-Anhalt	6,7 Prozent
KV Sachsen	7,3 Prozent
KV Thüringen	7,5 Prozent
KV M-V	7,0 Prozent

Im Vergleich mit dem Durchschnitt der neuen Bundesländer von 7,3 Prozent und aller Kassenärztlichen Vereinigungen von 7,5 Prozent, liegt Mecklenburg-Vorpommern mit 7,0 Prozent günstig.

Eine Vorabinformation für die Ausgaben des September lässt aber keinen Optimismus zu. Danach sind in diesem abschließenden Sommermonat Rekordausgaben von 57,0 Mio. Euro angefallen. Das bedeutet wiederum einen Anstieg zum Vorjahresmonat von 9,2 Prozent.

Insgesamt wird damit die Obergrenze in Mecklenburg-Vorpommern 2007 bereits um über 25 Mio. Euro überschritten. Für die noch beiden ausstehenden Monate des Jahres, die immer hohe Arzneikosten aufwiesen, sind deshalb höchste Anstrengungen notwendig.

** Dr. Jürgen Grümmert – ehemaliger Hauptgeschäftsführer der KVMV*

Genehmigung begründungspflichtiger Heilmittelverordnungen

Die **BKK der MTU Friedrichshafen GmbH** verzichtet auf die Genehmigungspflicht begründungspflichtiger Heilmittelverordnungen gemäß § 11.5 der Heilmittelrichtlinien.

Eine aktuelle Übersicht der verzichtenden Krankenkassen ist auf der Internetseite der KVMV www.kvmv.de unter „Für Ärzte/ Arznei- und Heilmittel/ allgemeine Verordnungshinweise für Heilmittel“ einzusehen.

hk

Impressum:

Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, 16. Jahrgang, Heft 182, Oktober 2007

Herausgeber:
Kassenärztliche Vereinigung M-V

Redaktion:
Eveline Schott (verantwortlich)

Beirat: Dr. Wolfgang Eckert,
Dr. Dietrich Thierfelder,
Axel Rambow

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 Euro

Abonnement:
Jahresbezugspreis 37,20 Euro

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

Anzeigen:
Digital Design Druck und Medien GmbH

Redaktion:
Journal der Kassenärztlichen Vereinigung M-V,
Postfach 16 01 45, 19091 Schwerin, Tel.:
(0385) 7431-213,
Fax: (0385) 7431-386,
E-Mail: presse@kvmv.de

Gesamtherstellung:
Digital Design Druck und Medien GmbH, Eckdrift 103, 19061 Schwerin,
Tel.: (03 85) 48 50 50,
Fax: (03 85) 48 50 51 11,
E-Mail: info@digitaldesign-sn.de,
Internet: www.digitaldesign-sn.de.

Öffentliche Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen

gem. § 103 Abs. 4 SGB V

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) 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.
Schwerin/Wismar/Nordwestmecklenburg			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	nächstmöglich	15. November 2007	11/08/05
Haut- und Geschlechtskrankheiten	nächstmöglich	15. November 2007	24/01/07
Kinder- und Jugendmedizin (Praxisanteil)	1. April 2008	15. November 2007	21/11/06
Wismar			
Kinder- und Jugendmedizin	1. Januar 2009	15. November 2007	29/08/07
Schwerin			
Allgemeinmedizin (Praxisanteil)	nächstmöglich	15. November 2007	26/03/07
Allgemeinmedizin	1. Februar 2008	15. November 2007	10/10/07
Rostock			
Allgemeinmedizin	1. Januar 2009	15. November 2007	02/09/07
Allgemeinmedizin	1. Januar 2009	15. November 2007	04/10/07
Innere Medizin (hausärztlich)	nächstmöglich	15. November 2007	03/09/07
Innere Medizin (hausärztlich)	1. April 2008	15. November 2007	09/10/07
Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1. Juli 2008	15. November 2007	07/06/06
Rügen			
Allgemeinmedizin	4. Januar 2008	15. November 2007	27/09/07
Demmin			
Allgemeinmedizin	1. April 2008	15. November 2007	11/07/07
Nervenheilkunde	nächstmöglich	15. November 2007	23/03/06
Kinder- und Jugendmedizin	nächstmöglich	15. November 2007	09/03/07
Kinder- und Jugendmedizin	nächstmöglich	15. November 2007	30/12/05
Bad Doberan			
Kinder- und Jugendmedizin	1. Januar 2008	15. November 2007	29/05/07
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1. Februar 2008	15. November 2007	12/10/07
Ludwigslust			
Chirurgie (Praxisanteil)	1. Oktober 2008	15. November 2007	22/06/07
Kinder- und Jugendmedizin	1. Juli 2008	15. November 2007	18/10/07

Auf Antrag der Kommunen werden folgende Vertragsarztsitze öffentlich ausgeschrieben:

Stadt Demmin

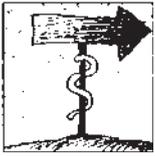
Augenheilkunde 15. November 2007 15/08/05

Stadt Bützow

Augenheilkunde 15. November 2007 10/11/05

Die Praxisgründungen sollten zum nächstmöglichen Termin erfolgen. Die Ausschreibungen erfolgen zunächst anonym. Nähere Auskünfte erteilt die Abteilung Sicherstellung, KVMV, Tel. (0385) 7431-363. Bewerbungen sind unter Angabe der Ausschreibungsnummer an die KVMV, Postfach 16 01 45, 19091 Schwerin, zu richten. Den Bewerbungsunterlagen sind beizufügen:

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



Häufig gestellte Fragen

Von Oliver Kahl

Die Durchführung der Leichenschau dürfte wohl zu den weniger angenehmen Aufgaben des Arztes zu zählen sein. Möglicherweise ist die Durchführung der Leichenschau gerade deshalb häufig Gegenstand von Anfragen, etwa im Hinblick auf die Zuständigkeit oder die zu beanspruchende Vergütung.

Die KVMV hat aus diesem Grund einmal die häufigsten Fragen zu diesem Thema zusammengestellt und unter Zugrundelegung des Bestattungsgesetzes Mecklenburg-Vorpommern, in dem die wesentlichen Regelungen zur Durchführung der Leichenschau getroffen sind, beantwortet. Weitergehende Anfragen können selbstverständlich jederzeit an das Justitiariat der KVMV gerichtet werden.

1. Wo ist die Durchführung der Leichenschau geregelt?

Die Durchführung der Leichenschau ist im Gesetz über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen im Land Mecklenburg-Vorpommern (Bestattungsgesetz Mecklenburg-Vorpommern – BestattG M-V) geregelt.

2. Wer veranlasst die Leichenschau?

Vgl. § 3 Abs. 2 BestattG:

- die zum Haushalt gehörenden Personen (z. B. Angehörige),
- derjenige, in dessen Wohnung, Unternehmen oder Einrichtung sich der Sterbefall ereignet hat,
- jeder, der eine Leiche auffindet (z. B. die Polizei)

3. Wer ist zur Vornahme der Leichenschau verpflichtet?

Vgl. § 3 Abs. 3 BestattG:

- bei Sterbefällen in Krankenhäusern jeder dort tätige Arzt
- bei Sterbefällen in Fahrzeugen des Rettungsdienstes ohne Notarzt der im nächst gelegenen Krankenhaus diensthabende Arzt
- in allen anderen Fällen jeder erreichbare niedergelassene Arzt sowie Ärzte im Notfalldienst und Rettungsdienst

4. Sind Ärzte im Notfalldienst und insbesondere im Rettungsdienst generell von der Leichenschau befreit?

Vgl. § 3 Abs. 4 BestattG:

Nein.

Sie sind wie jeder andere Arzt grundsätzlich zur Durchführung der Leichenschau verpflichtet (vgl. oben Ziffer 3). Allerdings haben sie die Möglichkeit sich auf die Todesfeststellung zu beschränken, wenn sie an der Wahrnehmung ihrer Aufgaben im Notfalldienst oder Rettungsdienst gehindert würden (z. B. weil bereits ein neuer Einsatz ansteht oder weil der Fundort der Leiche so ungünstig belegen ist, dass bei längerem Verweilen möglicherweise Rettungsfristen nicht eingehalten werden können).

Beschränkt sich der im Notfalldienst oder Rettungsdienst tätige Arzt auf die Todesfeststellung, hat er hierüber eine Bescheinigung auszustellen und dafür zu sorgen, dass ein anderer Arzt eine vollständige Leichenschau durchführt.

5. Unter welchen Voraussetzungen kann die Leichenschau abgelehnt werden?

Vgl. § 3 Abs. 3 Satz 2 BestattG:

Ein Arzt kann es ablehnen, über die Feststellung des Todes hinaus eine Leichenschau vorzunehmen, wenn er durch die weiteren Feststellungen sich selbst oder einen Angehörigen der Gefahr einer strafrechtlichen Verfolgung oder eines Verfahrens nach dem Ordnungswidrigkeiten-Gesetz aussetzen würde.

6. Innerhalb welches Zeitraumes ist die Leichenschau durchzuführen?

Vgl. § 4 Abs. 1 BestattG:

- Die Leichenschau ist unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern), spätestens jedoch innerhalb von acht Stunden nach der Aufforderung dazu durchzuführen.
- Ob ein Zuwarten nach dem Auffinden der Leiche bis zur Durchführung der Leichenschau erforderlich ist, beurteilt sich allein nach medizinischen Gesichtspunkten (Vorliegen sicherer Todesmerkmale); das Gesetz trifft hierzu keine Vorgaben.



Ein Jahr Behandlung alkoholbelasteter Patienten in der integrierten Versorgung

Von Jeannette Wegner

90.000 Alkoholranke in Mecklenburg-Vorpommern – die Tendenz ist steigend. Die Zahl der mitbetroffenen Familienangehörigen wird auf das Drei- bis Vierfache geschätzt. Beunruhigend ist das sich zunehmend verringende „Eintrittsalter“ Betroffener. Vor allem in den jüngeren Altersgruppen ist eine drastisch erhöhte Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten aufgrund alkoholbedingter Erkrankungen zu verzeichnen. Grund genug, sich mit der Verbesserung der Versorgungsstrukturen in unserem Land zu befassen.

So haben die Innungskrankenkassen Nord und Direkt sowie die sich schon seit Jahren mit der Suchtproblematik beschäftigenden Vertragsärzte gemeinsam mit den HELIOS-Kliniken Schwerin und der Klinik Schweriner See Lübstorf einen „Suchtvertrag“ mit Wirkung vom 1. Oktober 2006 geschlossen (siehe auch Nov.-Journal 06). Bisher ist er auf die Regionen Schwerin, Wismar, Nordwestmecklenburg, Ludwigslust und Parchim begrenzt. Eine territoriale Ausweitung wird im Rahmen der Weiterentwicklung des Vertrages auf Rostock, Stralsund, Neubrandenburg und Greifswald von der IKK angestrebt. Erstmals an einem solchen Projekt ist die Deutsche Rentenversicherung Nord beteiligt. Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern war während der gesamten Verhandlungszeit in die Gespräche mit Kostenträgern und Leistungserbrin-

gern involviert und übernimmt seit Beginn des Vertrages die Abrechnung der im Rahmen der einzelnen Module abrechenbaren Pauschalen.

Inzwischen findet diese Weiterentwicklung des Vertrages zur Betreuung von Suchtpatienten durch die Schwerpunktpraxen Sucht aus dem Jahre 2002 auch im Sozialministerium Anerkennung.

Das Konzept sieht nach einer vorangehenden Motivationsphase sowohl eine ambulante als auch stationäre Entzugsbehandlung vor, und zwar in Abhängigkeit von der individuellen Situation des Betroffenen. Gleiches gilt für die sich anschließende Entwöhnung. Wesentlicher Bestandteil des Projektes ist die auf die Entwöhnung folgende Nachbetreuung über zwei Jahre, um einen langfristigen Therapieerfolg zu sichern. Der Betroffene wird neben der medizinischen und psychologischen Behandlung im Rahmen des Projektes kontinuierlich durch einen Fallmanager, der über eine besondere Fachausbildung der IKK verfügt, begleitet.

Ende September 2006 wurde das Konzept im Hause der KVMV 30 interessierten Ärzten, vorwiegend Hausärzten, vorgestellt. **Der Hausarzt** als die vertraute Bezugsperson der Patienten ist besonders prädestiniert, die Symptome eines Alkoholmissbrauchs oder gar der Alkoholabhängigkeit zu erkennen und den Patienten einer gezielten Behandlung zuzuführen. **Der Gynäkologe** übernimmt diese Funktion bei der werdenden Mutter.

Bei den Betroffenen ist das Eingeständnis des Alkoholproblems meist mit Schamgefühlen und Unsicherheit verbunden, so dass ein Arzt-

besuch größtenteils nur durch die somatischen Beschwerden zustande kommt. So könnte grundsätzlich **jede Fachgruppe** mit den alkoholbedingten Folgeschäden, wie z. B. Leberentzündung, Fettleber, Leberzirrhose, hirnorganischen Störungen, Nervenschädigungen, Bluthochdruck oder Depressionen, konfrontiert werden.

Für alle Fachgruppen wird also das Modul Motivation relevant. Für dieses Modul kann jede Fachgruppe ohne weitere Voraussetzungen am Vertrag teilnehmen. Gleiches gilt für das Modul Nachsorge, welches besonders für die Hausärzte wesentlicher Bestandteil sein würde. Dennoch sind derzeit nur fünf Ärzte in freier Praxis, drei davon in Schwerpunktpraxen Sucht, beteiligt. Diese betreuen zurzeit 49 Teilnehmer.

Als anfängliche Screeninginstrumente könnten bei Auffälligkeiten und verdächtigen Untersuchungsbefunden Fragenkataloge*, wie sie z.B. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung herausgegeben werden, dienen:

CAGE Fragen

Haben Sie jemals daran gedacht, weniger zu trinken?

Haben Sie sich schon einmal darüber geärgert, dass Sie von anderen wegen Ihres Alkoholkonsums kritisiert wurden?

Haben Sie sich jemals wegen des Trinkens schuldig gefühlt?

Haben Sie jemals morgens als erstes Alkohol getrunken, um sich nervlich zu stabilisieren oder einen Kater loszuwerden?

Zwei oder mehr Ja-Antworten signalisieren einen schädlichen oder abhängigen Konsum.

ICD-10-Fragen

Eine exakte Diagnose erlaubt die Überprüfung der Kriterien eines Abhängigkeitssyndroms:

Spüren Sie (häufig) einen starken Drang, eine Art unbezwingbares Verlangen, Alkohol zu trinken?

Kommt es vor, dass Sie nicht mehr aufhören können zu trinken, wenn Sie einmal begonnen haben?

Trinken Sie manchmal morgens, um eine bestehende Übelkeit oder das Zittern (z. B. Ihrer Hände) zu lindern?

Brauchen Sie zunehmend mehr Alkohol, bevor Sie eine bestimmte (die gewünschte) Wirkung erzielen?

Ändern Sie Tagespläne, um Alkohol trinken zu können bzw. richten Sie den Tag so ein, dass Sie regelmäßig Alkohol konsumieren können?

Trinken Sie, obwohl Sie spüren, dass Alkoholkonsum zu schädlichen körperlichen, psychischen oder sozialen Folgen führt?

Die Diagnose Alkoholabhängigkeit sollte nur gestellt werden, wenn während der letzten zwölf Monate mindestens drei Kriterien feststellbar sind.

Das in der Mitte des Jahres gezogene Fazit der IKK war eine tendenziell positive Grundaussage. Allerdings lässt die Laufzeit des Vertrages eine konkrete Aussage zur Verringerung der stationären Aufnahmen oder Verweildauer noch nicht zu. Betreut werden 45, vorrangig männliche Teilnehmer in der Altersgruppe von 30 bis 50 Jahren. Die Erstansprache erfolgte

zunächst in den Schwerpunktpraxen, aber auch über die Krankenkassen, das Krankenhaus und über die Beratungsstelle. Nach einer Umfrage bei den Teilnehmern sind diese mit der Behandlung ihres Suchtproblems im Rahmen der integrierten Versorgung zufrieden.

Nach der Diagnosestellung „Alkoholabhängigkeit“ können die Ärzte durch Förderung der Änderungsbereitschaft und Änderungskompetenz ihrer Patienten sowie durch Begleitung und Beobachtung im Rahmen der

Rückfallprävention ihren Beitrag leisten, den Teufelskreis Missbrauch und Abhängigkeit zu durchbrechen.

** Zu beziehen sind die Fragenkataloge als Faltblatt oder Kopiervorlagen mit weiteren Informationen, gesammelt in einem Beratungsleitfaden, kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Tel.-Nr.: (0)221 8992-0.*

Für den Gynäkologen kann ein auf die Schwangerenvorsorge ausgerichteter Beratungsleitfaden mit angepassten Fragen bezogen werden („Alkoholfrei durch die Schwangerschaft!“).

Umstellung auf eDMP finanziell gestützt

Wichtiger Hinweis für Teilnehmer der DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, KHK, Asthma, COPD und Brustkrebs

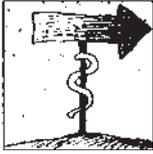
Durch den Gesetzgeber wurde geregelt, dass ab 1. April 2008 die DMP-Dokumentationen nur noch vergütet werden, wenn sie elektronisch erstellt und versendet wurden. Siehe dazu auch KV-Journal September 2007, Seite 16. Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern konnte mit den Krankenkassen eine Einmalzahlung zur Förderung der Umsetzung dieses WSG-Beschlusses vereinbaren. Danach wird jedem Arzt, der auf eDMP umstellt, einmalig ein Betrag in folgender Höhe gezahlt:

- **250 Euro** für Ärzte, die bereits am eDMP teilnehmen bzw. die bis zum 31. Oktober 2007 über eDMP dokumentiert haben (s. Rundschreiben),
- **200 Euro** für diejenigen Ärzte, die bis 31. Dezember 2007, und
- **150 Euro** für die, die bis zum 31. März 2008 auf eDMP umgestellt haben.

Die Kassenärztliche Vereinigung wird diese Zahlung mit einer der jeweiligen Quartalsabrechnungen vornehmen. Grundlage dafür ist eine Mitteilung der Datenstelle über die elektronisch dokumentierenden Ärzte zu den jeweiligen Stichtagen. Voraussetzung ist, dass die im DMP notwendigen Dokumentationen für alle in ein DMP eingeschriebenen Versicherten und für alle DMP, an denen die Praxis teilnimmt, auf elektronischem Wege erstellt und als Datensatz versendet wurden.

Die elektronische Übermittlung kann im Online-Verfahren über die KVMV, mittels Diskette, CD-ROM und DVD erfolgen.

rw



Poliomyelitis: Ist die Krankheit wirklich vergessen?

Von Christa Kollak und
Margit Glasow*

- **Claudius, römischer Kaiser (54–41 v. Christi)** • **Franklin D. Roosevelt, 32. amerikanischer Präsident**
 - **Renata Tebaldi, Opernsängerin**
 - **Wilma Rudolph, Weltklasseläuferin ...**
- Sie alle hatten Kinderlähmung.**

Durch die Schluckimpfung gegen Poliomyelitis (Kinderlähmung) in den 50er und 60er Jahren konnte diese heimtückische Krankheit in Europa so gut wie ausgerottet werden. In Deutschland erkrankten zuletzt 1992 zwei Menschen an Polio, 1998 wurde der bislang letzte Polio-Fall aus dem Süden der Türkei gemeldet. Im Juni 2002 ist Europa von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für poliofrei erklärt worden. **Durch die Erfolgsgeschichte der Impfung ist das Wissen um diese Krankheit fast in Vergessenheit geraten und zur medizinischen Rarität geworden.** Doch die Poliomyelitis-Viren sind in einigen Regionen der Erde immer noch aktiv und die Gefahr einer Einschleppung dieser Viren in Länder, die schon lange als poliofrei gelten, ist nicht zu unterschätzen. Angesichts dieser Tatsache wird deutlich, wie wichtig konsequente Schutzimpfungen sind. Nur wenn alle Menschen in einer Bevölkerung gegen einen Krankheitserreger wie das Polio-Virus immun sind, kann sich der Erreger nicht mehr vermehren und stirbt aus. Empfohlen wird eine Grundimmunisierung ab dem Säuglingsalter. Wer eine Fernreise plant, sollte ebenfalls seinen Impfschutz überprüfen lassen.

Deutlich wird die Notwendigkeit der Schutzimpfung auch daran, wenn man sich vor Augen hält, wie schwierig ein Leben nach überstandener Poliomyelitis sein kann. In Deutschland leben heute noch etwa 60.000 Menschen, die vor Einführung der Impfung an Kinderlähmung erkrankten.

Etwa 50 Prozent von ihnen leiden nach Angaben des Bundesverbandes Polio e. V. an einem Post-Polio-Syndrom (PPS), das Jahrzehnte nach überstandener Krankheit auftreten und sich beispielsweise durch starke Müdigkeit oder neu einsetzende Lähmungserscheinungen mit Muskelschwund und Schmerzen äußern kann.

Für all diese Menschen und ihre Angehörigen ist der Bundesverband Polio e. V. Ansprechpartner und Berater. Er arbeitet heute bereits deutschlandweit in etwa 61 regionalen Selbsthilfegruppen und 43 Kontaktstellen. In vielen Bundesländern gibt es Landesverbände. So auch in Mecklenburg-Vorpommern. Dieser Landesverband hat bei der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern ein offenes Ohr gefunden, so gibt es u. a. eine gute Zusammenarbeit mit Medizinern des HANSE-Klinikums Stralsund.

Im November wurde der 1. Polio-Tag für Ärzte, Betroffene, Therapeuten und Interessenten in Mecklenburg-Vorpommern erfolgreich durchgeführt.

Das Anliegen des Landesverbandes ist es weiterhin, auch niedergelassene Mediziner und Therapeuten zu

sensibilisieren, die sich gemeinsam mit Betroffenen zu diesem seltenen Krankheitsbild austauschen, gegenseitiges Verständnis aufbringen und die entsprechende Behandlung vornehmen.

Der Bundesverband Polio e. V. ist bundesweit der größte Verband seiner Art. **Eine wichtige Aufgabe sieht er als Interessenvertreter aller Polio-betroffenen vor allem darin, dass das Krankheitsbild des PPS als eigenständiges Krankheitsbild bei der Ärzteschaft anerkannt wird und die Betroffenen dadurch die notwendige therapeutische und Hilfsmittelversorgung erhalten können.**

Der Bundesverband ist deshalb auch Mitglied der Allianz Chronischer Seltener Erkrankungen (ACHSE) e.V. geworden, einem Netzwerk von Patientenorganisationen. Denn Menschen, die an einer seltenen Krankheit leiden, haben mit ganz besonderen Problemen zu kämpfen, zum Beispiel gibt es oft nur sehr wenige Ärzte, die von den spezifischen Besonderheiten mehr als nur einmal gehört und wirkliche Erfahrung haben. Denn auch wenn Deutschland und Europa dank der Schutz-Impfung als poliofrei gilt: Die 60.000 Menschen, die mit den Spätfolgen der Poliomyelitis bzw. mit dem PPS leben, dürfen nicht vergessen werden.

* *Christa Kollak*
Bundesverband Poliomyelitis e.V.
Landesverband M-V
Tel. und Fax: 039771/27 9 27
E-Mail: u.kollak@worldonline.de
Margit Glasow
Pressereferentin Bundesverband



„Pinakothek“ antiker Freskomalerei

Von Renate Ross

Paestum mit seinen drei grossen dorischen Tempeln (Basilika, Poseidon- und Cerestempel) ist durch die Stiche Giovanni Battista Piranesis (1720–1778) und die Beschreibung Goethes in seiner Italienischen Reise (1887) früh berühmt geworden.

Weniger bekannt ist, dass die Stadt südlich von Pompeji einen der größten Schätze antiker Freskomalerei bewahrt. Es war sensationell, als der Pflug eines Bauern in den 60er Jahren des 20. Jh. auf Stein stieß. Archäologen entdeckten die Gräberfelder des antiken Paestum, eine der nördlichsten griechischen Kolonien in Unteritalien. In der von den Griechen gegründeten Stadt bargen die Ausgraber etwa 200 mit der klassischen Freskomalerei ausgestaltete Steinkistengräber aus der Zeit der Lukaner (4. Jh. v. Ch.).

43 bemalte Grabplatten stellt das Museo Archeologico Nazionale di Paestum erstmals für die Ausstellung im Bucerius Kunst Forum Hamburg zur Verfügung. Darunter sind sieben vollständig erhaltene, jeweils aus vier tonnenschweren Einzelplatten bestehende Steingräber, die erstmalig zu ihrer ursprünglichen Form zusammengesetzt wurden und frei im Raum stehen.

Im Unterschied zu den Pyramiden der Pharaonen, den Grabstelen der Griechen und römischen Sarkophagen waren die Gräber der Lukaner nicht für die Nachwelt gedacht. Sie wurden gleich nach dem Begräbnis verschlossen. Diesem Umstand ist es zu verdanken, dass die Fresken in dieser Qualität erhalten geblieben sind.

Im Oktogon des Kunst Forums strahlen die auferstandenen Steinkisten umgeben vom lichten Hellblau der Wände den Zauber frisch gehobener Schätze aus. Dieses Phänomen sah Prof. Dr. *Bernard Andreae*, vormals Direktor des Deutschen Archäolo-



Der schwarze Ritter

gischen Instituts in Rom und Kurator der Ausstellung, voraus. Aufgebaut ist das bekannteste Grab, das „Grab des schwarzen Ritters“, obwohl nicht der Reiter, sondern sein Pferd schwarz ist. Das Motiv ist so dominant, weil es ohne Schmuckelemente die gesamte Platte ausfüllt.

Der Ritter ist prächtig geschmückt. Die Fresken, mit denen die vier Steinplatten jeweils in impressionistischer Manier verziert sind, entstanden in einem Schwung am Todestag des Bestatteten. Der Freskenmaler stieg in das Kistengrab, wo die mit Kalkstuck grundierten Platten auf den letzten kreativen Schliff warteten.

Die Kultur der Lukaner manifestiert sich in ihrem Glauben an den Kreislauf von Werden, Vergehen und Wiedererstehen. Ranken und Palmenzweige symbolisieren diese Ewigkeit, Bänder und Kränze verknüpfen die Lebenden mit den Toten. Während im Museum Paestum die Platten eine Bildergalerie sind, betritt der Besucher im Kunst Forum eine Nekropole, die anschaulich die antike Lebenswelt belegt. Die Malerei ist historisch-soziologisch interessant. Jung Dahingeschiedene bekamen prächtig ausgemalte Ruhestätten, denn sie sollten ihr Dasein ersatzweise im Bilde fortführen. Während Frauengräber die Aufbahrung mit Klagefrauen, Musikanten und Opferszenen darstellen, feierte man in Männergräbern die Toten als siegreiche Kämpfer. Fabeltiere wie Sphinx und Greif sind vertreten, der Hahn als Symbol der Fruchtbarkeit und Granatäpfel zum Zeichen des ewigen Lebens. Den Toten wurden wertvolle Grabbeigaben mit auf den Weg gegeben. Dies dokumentieren in Vitrinen bronzene Rüstungen und kunstvoll bemalte Töpfereien.

Der Rezeption der antiken Tempel in den bildenden Künsten von 1750 bis 1850 widmet sich der zweite Teil der Ausstellung mit 55 Gemälden, Radierungen, Zeichnungen und Aquarellen. Eine Premiere in Deutschland sind Piranesis letzte Zeichnungen. Präsentiert werden aus dem Museo Archeologico Nazionale Neapel als Modelle in Kork geschnitten die drei dorischen Tempel aus dem 18. Jh..

Die Exposition ist bis 20. Januar 2008 täglich 11 bis 19 Uhr, donnerstags bis 21 Uhr, im Bucerius Kunst Forum, Hamburg, Am Rathausmarkt, zu sehen.



Regional

8. November 2007

**HANSE-Klinikum Stralsund,
Medizinische Klinik**

SonoSeminar 2007/2008

Termine und Themen:

Donnerstag, 16.00 Uhr

8. November 2007: Interventionen,
Überblick, Beispiele;

13. Dezember 2007: Gallenblase;

21. Februar 2008: Gallenwege;

13. März 2008: diffuse Leber-
pathologie;

17. April 2008:

liquide Leberherde;

22. Mai 2008: solide Leberherde;

19. Juni 2008: Lebergefäße.

Information:

Dr. med. *Jörg Spengler*,

HANSE-Klinikum Stralsund,
Medizinische Klinik, Ultraschallab-
teilung, Große Parower Straße

47– 53, 18435 Stralsund,

Tel.: (03831) 352766,

Fax: (03831) 352706,

E-Mail:

joerg.spengler@klinikum-hst.de

16. und 17. November 2007

KVMV Schwerin

QM Termine für das 2. Halbjahr

16. und 17. November 2007

Dr. *Astrid Buch*; KPQM

7. und 8. Dezember 2007

Dr. *Bodo Seidel*; KPQM.

Inhalte: Grundlagen des Qualitäts-
managements; Vorbereitung der er-
folgreichen Einführung eines praxis-
internen QM-Systems; Zertifizierungs-
möglichkeiten.

Ort: KVMV, Schwerin.

Teilnehmergebühr:

Für Ärzte 262 Euro; Für Arzthelferinnen

150 Euro auf Konto; **Kennwort:** QM-

Seminar/„Datum“ Onyx GmbH,

Konto-Nr.: 0005333296,

Bankleitzahl: 10090603,

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank
Rostock.

Information/Anmeldung:

Kassenärztliche Vereinigung MV,

Martina Lanwehr,

Tel.: (0385) 7431375;

Dr. *Sabine Meinhold*,

Tel.: (039771) 59120.

20. November 2007

Rostock

Fortbildungsveranstaltung zum The-
ma Ärztliche Kunstfehler – Was Sie
über Arzthaftung wissen sollten

Information:

Annette Barbull,

Hartmannbund e.V., Landesverband
Mecklenburg-Vorpommern, Ge-
schäftsstelle, An der Obertrave 16a,
23552 Lübeck,

Tel.: (0451) 39689600,

Fax: (0451) 39689601,

E-Mail: lv.mv@hartmannbund.de.

30. November 2007

Rostock

Öffentlicher Vortrag: Aspekte der
Triebmischung in: S. Freud: Der
Wahn und die Träume in W. Jensens
„Gradiva“

7. Dezember 2007

Rostock

Öffentlicher Vortrag: Vom Traum als
Hüter des Schlafs zum Schlaf als Hüter
des Traums

Information:

Institut für Psychotherapie und Psycho-
analyse Mecklenburg-Vorpommern e.V.,
Augustenstraße 44a, 18055 Rostock,

Tel./Fax: (0381) 4 59 03 93

(mittwochs 14.30 bis 18.30 Uhr),

Internet: www.ippmv.de.

30. November; 1. Dezember;

2. Dezember 2007/Neuruppin

Echo & DplEcho Aufbaukurs

15. Dezember 2007

Neuruppin

Echo & DplEcho: Echohospitationen
(fakultativ)

16. Dezember 2007

Neuruppin

Echo & DplEcho: Prüfungsvorbereitung
(fakultativ)

Information:

Ruppiner Kliniken GmbH

Sekretariat Medizinische Klinik A,
Christel Krüger, Fehrbelliner Straße 38,
16816 Neuruppin,

Tel.: (03391) 393110,

Fax: (03391) 393109,

E-Mails:

MedA@ruppiner-kliniken.de;

kjg.schmailzl@ruppiner-kliniken.de

6. Dezember 2007

Greifswald

2. Fachtagung „Gesundheit – Wirtschaft
– Telematik“

Information:

Vernetzte Gesundheit e.V.,

Pappelallee 1, 17489 Greifswald,

Tel.: (03834) 872632,

Fax: (03834) 872634,

E-Mail:

csiedler@vernetztegesundheit.de,

Internet:

www.vernetztegesundheit.de

Jeden 2. und 4. Montag im Monat,
19.30 bis 21.00 Uhr

Greifswald

Kontinuierliche Balintgruppe unter
Leitung von Dr. *Benita Noack*

Zielgruppe: Ärzte

Information:

Praxis Dr. *Benita Noack*,

Marienstr. 33, 17489 Greifswald,

Tel.: (03834) 594664 (jeweils 5 Mi-
nuten vor der vollen Stunde)

**50. Geburtstag**

- 11.11. Dipl.-Med. *Christian Mencke*, niedergelassener Arzt in Rastow;
- 12.11. Dr. med. *Grit Witte*, niedergelassene Ärztin in Schwerin;
- 16.11. Dipl.-Med. *Ursula Thiele*, niedergelassene Ärztin in Ueckermünde;
- 19.11. Dipl.-Med. *Marina Kuschinski*, niedergelassene Ärztin in Stralsund;
- 25.11. Dr. med. *Michael Buchner*, niedergelassener Arzt in Ribnitz-Damgarten;
- 30.11. Dr. med. *Ralf Bülow*, niedergelassener Arzt in Schwerin.

60. Geburtstag

- 2.11. Dipl.-Med. *Günther Oriwol*, niedergelassener Arzt in Röbel;
- 9.11. Dr. med. *Brigitte Schumann*, niedergelassene Ärztin in Rostock;
- 14.11. Dr. med. *Hannelore Jentzen*, niedergelassene Ärztin in Güstrow;
- 17.11. Dr. phil. *Axel Wotschke*, Psychologischer Psychotherapeut in Heiligenhafen.

65. Geburtstag

- 2.11. Dr. med. *Hanns Joachim Rosbach*, niedergelassener Arzt in Schwerin;

- 22.11. Dipl.-Med. *Brigitte Lüdtké*, ermächtigte Ärztin in Stralsund;
- 28.11. SR *Siegried Seemann*, niedergelassene Ärztin in Plau am See.

Namensänderung

Dr. med. *Barbara Retzlaff-Klein*, seit dem 1. Juli 1991 niedergelassen als Fachärztin für HNO-Heilkunde in Rostock, führt seit dem 24. September 2007 den Namen Retzlaff.

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

Schlechte Nachricht: Deutsche Ärzte sind oft schlechter dran als die Patienten

Die deutschen Ärzte sind europaweit die kränksten: Zu diesem Fazit kommt das Institut für Ärztegesundheit in Villingen. Laut Statistik sind deutsche Mediziner **dicker, rauchen mehr, sterben häufiger am Infarkt und sind stärker selbstmordgefährdet** als in allen anderen Ländern. So greifen etwa 20 Prozent der Ärzte zur Zigarette, unter Medizinstudenten raucht sogar jeder Dritte. „Mit diesen Zahlen liegen wir in Deutschland deutlich über den Quoten anderer Länder“, betont Bernhard Mäulgen, Leiter des Instituts für Ärztegesundheit in Villingen. Zum Vergleich: In den USA rauchen nur etwa drei Prozent der Ärzte, und in England ist es jeder Zehnte.

Jeder dritte Arzt ist überdies übergewichtig. Viele der Ärzte versuchen eine Diät, sagt Mäulgen, doch die meisten scheiterten. **Knapp die Hälfte der Ärzte betreibt keinen Sport**, gerade mal 18 Prozent kommen auf die zwei wöchentlichen Trainingseinheiten, die von ihren Sportmedizinerkollegen empfohlen werden.

Drei Viertel zeigen eine unausgewogene Ernährung, sie ernähren sich vor allem zu fett und kalorienreich. Überdurchschnittlich **oft findet man bei ihnen Burn-out und Depressionen**. „Ihre Selbstmordrate ist bis zu 3,4 Mal höher als die der anderen Bürger“, warnt Psychologe Harald Jurkat von der Universität Gießen, bei Ärztinnen sei die Rate sogar um bis zu 5,7 Mal erhöht. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Arzt alkohol- oder drogensüchtig wird, ist fast doppelt so hoch wie in der Durchschnittsbevölkerung.

(J.Z., Die Welt vom 31.08.07)

Gute Nachricht: Ärztin arbeitet wieder

Die nach einem Tötungsversuch im Mai schwer verletzte Schweriner Hausärztin arbeitet wieder. Allerdings leidet sie noch immer unter dieser Tat und findet nur allmählich wieder in das Arbeitsleben zurück.

Der Täter, ein 74-jähriger Rentner, musste sich vor der Schwurgerichtskammer des Schweriner Landgerichts verantworten. Er wurde inzwischen zu einer Einweisung in die Psychiatrie verurteilt.

pr



Die KVMV auf 30 Quadratmetern

Von Eveline Schott

Mit einem gigantischen Bürgerfest empfing die Landeshauptstadt Mecklenburg-Vorpommerns zum 17. Jahrestag der deutschen Einheit ihre Gäste.



Bundeskanzlerin Angela Merkel beim offiziellen Festakt im Staatstheater.

Es sei ein Erfolg der Menschen in den neuen Ländern, dass der Osten Deutschlands einen „großen Sprung nach vorn gemacht“ habe, hob der Ministerpräsident von Mecklenburg-Vorpommern Harald Ringstorff hervor.

Trotzdem dürften auch künftige Aufgaben nicht vergessen werden. Die Arbeitslosigkeit im Osten sei noch immer fast doppelt so hoch wie im Westen

lenburg-Vorpommern flächendeckend eingeführte Mammographie-Screening.

Der gastgebende Ministerpräsident und seine Ehefrau, als Schirmherrin des Mammographie-Screenings, besuchten auf ihrem offiziellen Rundgang auch den Stand der KV. Im Gespräch berichtete der Zweite Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung, Dietrich Thierfelder über die Erfolge dieser Krebsfrüherkennungsuntersuchung, bei der es in Mecklenburg-Vorpommern gelang, gleichzeitig eine lückenlose telemedizi-

1. *Der Ministerpräsident und seine Ehefrau informieren sich beim zweiten KV-Vorsitzenden.*
2. *Die Allgemeinärztin Sabine Bank (r.) beim Blutdruckmessen.*
3. *Kein Besuch von Ulla Schmidt am KV-Stand: hier mit Erwin Sellering (r.) während des Rundgangs.*

1

In der Innenstadt Schwerins präsentierten sich bei bestem herbstlichen Sonnenschein alle 16 Bundesländer, die Verfassungsorgane, gesellschaftliche Organisationen sowie namhafte Firmen des Landes.

Auch die politische Prominenz war auf vielen Plätzen und an verschiedenen Standorten präsent. Bei aller positiven Bilanz für die vergangenen 17 Jahre deutsche Einheit bleibt der Aufbau Ost „weiterhin eine Schwerpunktaufgabe für die Bundesregierung“, erklärte die

und das Lohnniveau Ost liege ebenfalls unter dem Westniveau, fügte er hinzu.

Das Land Mecklenburg-Vorpommern präsentierte sich als „Gesundheitsland Nr. 1“ in einem großen Zeltkomplex vor dem Schweriner Marstall.

Zwischen Ärztekammer und der Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfe des Landes präsentierte sich auch die Kassenärztliche Vereinigung zum Thema Prävention.

Schwerpunkt hierbei war das in Meck-

nische Übertragung von Bild- und Befundberichten umzusetzen sowie eine zentrale Langzeitarchivierung der Daten vorzuhalten.

An den beiden Veranstaltungstagen boten die Schweriner Hausärztinnen Ute Döring und Sabine Bank mit ihren Schwestern Präventionsberatung an. Dem Engagement beider Ärztinnen ist es auch zu verdanken, dass der Strom der Besucher am KV-Stand selbst bis zum Ende der Veranstaltung nicht abbriss.



2



3



Der Arzt – ein gesundheitspolitisch kreativer Apotheker

Von Torsten Lange*

Wieder wird ein Patient aus dem Krankenhaus oder aus der Rehabilitationsklinik entlassen. Es geht ihm gut. Der Arzt hofft, dass nicht alle Medikamente seines Patienten umgestellt wurden. Aber einen Protonenpumpenhemmer wird er sicher erhalten haben – das haben sie bei der Entlassung immer! Warum eigentlich? Vielleicht bekommen die Patienten bedingt durch den Stress im Krankenhaus Blähungen und Oberbauchkrämpfe oder gar ein Ulcus???

„Herr Doktor, hier ist die Liste der Tabletten, die ich jetzt nehmen soll.“ Wie schön, denkt der Arzt und seine Festplatte im Kopf fängt an, sich zu drehen, die Arbeitsspeicher laufen heiß und differenzieren in Kassenpatient oder Privatpatient. Handelt es sich um Letzteren, besteht bezüglich der Verordnung kaum ein Problem. Der Arzt muss zwar auch hier die Medikation anpassen, aber unter wesentlich freieren Bedingungen.

Doch er ist nun ein Kassenpatient. Außerdem entspricht eines der Medikamente nicht den modernen Leitlinien. Das andere wiederum passt nicht in die DDD-Vorgaben – es liegt hier deutlich darüber – aber wegen der Asthma-Erkrankung scheint es medizinisch sinnvoll zu sein. Was soll der Arzt nun machen? Also zuerst: **Er ist der Arzt und muss das Medikament rezeptieren.**

Aber lässt es sein Budget zu? Entspricht es auch den DMP-Vorgaben? Gibt es Interaktionen mit den anderen Medikamenten? Gehört es denn zu den Generika? Hat er schon alle seine Reserven erschlossen? Hat das Medikament vielleicht einen Preis

oberhalb des Festbetrages, dessen Differenz der Patient dann selber bezahlen muss, auch wenn er befreit sein sollte?

Nein, der Arzt wird wohl doch ein anderes Präparat nehmen müssen – aber welches, das Medikament, das die Klinik empfohlen hat?

„Sie sollen noch ASS nehmen“, schreibt die Klinik. „Das müssen sie aber allein kaufen“, sagt der Arzt dem Patienten. „Es ist gut und billig!“ Beim nächsten Präparat geht das Abwägen weiter – soll er denn nun ein Kreuz bei „Aut idem“ machen, damit der Arzt sicher geht, dass der Patient auch genau dieses Medikament erhält? Aber dann verletzt er die Vorgaben der Rabattverträge der Krankenkassen und wird eventuell unwirtschaftlich!

Es wäre schön, wenn diese Arznei nicht erstattungsfähig sei, dann müsste der Patient das Medikament allein bezahlen.

Der Arzt wäre fein raus!?

„Geben sie mir doch bitte ein Medikament, bei dem ich nichts zu zahlen muss Herr Doktor“. Der Arzt sucht ein Medikament, welches 20 Prozent unterhalb des Festbetrages liegt und überlegt lange, so er noch kann. Schön, dass das Wartezimmer ja so gut wie leer ist und wir viel Zeit haben, und er findet doch wirklich ein passendes Medikament für den Patienten, doch leider entspricht es nicht seinen persönlichen Vorstellungen. Egal, er versucht das! Irgendwie muss er ja weiterkommen.

Habe ich denn jetzt allen Richtlinien und Vorgaben entsprochen, denkt der Arzt? „Danke“, sagt der Patient, „schön, dass sie mich aufgeklärt haben, jetzt sehe ich voll durch!“

Der Arzt fühlt sich elend, er befindet



sich in einem moralischen Dilemma, bei seinen Verordnungen Wirtschaftlichkeit und Wirkung am Individuum Patient in stetigem Einklang halten zu müssen. Aus Sicht der Kassenvertreter und der Gesundheitspolitiker ist ein gutes Präparat doch ein preiswertes Präparat – oder?

Man will wohl nicht wahrhaben, dass dieses Dilemma, in dem sich der Arzt befindet, schon längst zu einer deutlichen Rationierung und somit zu einer Zweiklassenmedizin geführt hat.

Wir kamen optimistisch aus einer Wüste mit wenigen und rationierten Medikamenten und laufen immer weiter in den politisch verordneten Dschungel von Anordnungen, Gesetzen und Richtlinien mit Heimtücken, Fallgruben und Gefahren für den Arzt.

Jeder muss für sich wissen, nie das Wohl des Patienten vergessend, wie er diesen Dschungel durchkämpft. Hat der Arzt nun wirklich Medizin oder doch Pharmazie oder gar Betriebswirtschaft studiert?

Also machen wir weiter Kreuze oder nicht? Wir haben die freie Wahl der Entscheidung!?

* Dipl.-Med. Torsten Lange ist Allgemeinmediziner

Ihre Ansprechpartner in den Kreisstellen der Kassenärztlichen Vereinigung M-V:

Kreisstelle Greifswald

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

Kreisstelle Güstrow

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

Kreisstelle Ludwigslust

Gartenstraße 4,
19303 Tewswo, 19303
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

Kreisstelle Malchin

Heinrich-Heine-Straße 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

Kreisstelle Neubrandenburg

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

Kreisstelle Neustrelitz

Friedrich-Wilhelm-Straße 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

Kreisstelle Parchim

Lübzer Str. 21
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

Kreisstelle Pasewalk

Prenzlauer Straße 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

Kreisstelle Rostock

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

Kreisstelle Schwerin

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

Kreisstelle Stralsund

Bleistraße 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

Kreisstelle Wismar

Lübsche Straße 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

