

Journal

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG Mecklenburg-Vorpommern



Politik reflektieren – Seite 4

**Vertreterversammlung
ohne Ehrengast**

Qualitätssicherung – Seite 14

**Spezialisierte ambulante
Palliativversorgung**

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

so langsam kommt wieder Bewegung in die festgefahrene Gesundheitspolitik. Von der Regierung wird nun endlich der seit zehn Jahren bestehende Ärztemangel anerkannt. 20 000 Ärzte haben in den letzten Jahren Deutschland ver-



*Dr. med. Lothar Wilke
Stellv. Vorsitzender der
Vertreterversammlung
der KVMV*

lassen oder haben vorzeitig den Weg in die Rente gesucht. Überwachungsbürokratie – wie z. B. Rationierung von Leistungen, Regelleistungsvolumen, Richtgrößen, Sparzwänge bei Arzneimitteln, Heil- und Hilfsmitteln und viele, viele Bescheinigungen auf immer wieder neuen Formularen – hat den Frust und Verdruss noch verschärft.

Der in politischen Kreisen irrije Gedanke, dem Ärztemangel auf dem Lande durch Umverteilung von der Stadt aufs

Land zu begegnen, ist so nicht zu realisieren, denn auch in den großen Städten gibt es inzwischen viele unbesetzte Stellen.

Attraktive Arbeitsbedingungen sind gemeinsam mit den Gemeinden zu organisieren, auch Rückholungsprogramme könnten den Mangel an Ärzten beenden, nicht die vermehrte Ausbildung von Medizinern.

Die Arbeit am Patienten und mit den Patienten muss wieder in den Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit treten.

18,4 Arztkontakte pro Patient im Jahr sind nicht zu verkraften. Das derzeitige System belohnt die hohe Fallzahl, aber nicht die eigentliche Tätigkeit eines Arztes. Rezepte, Formulare und Bescheinigungen dürfen nicht zur Hauptaufgabe ärztlicher Tätigkeit werden.

Wer täglich 80 bis 100 Arzt-Patienten-Kontakte hat, kümmert sich am Ende des Tages nicht mehr um Paragraphen, wie die § 95 b und § 72 a des SGB V. Diese Paragraphen halten die Ärzte in einem Zwangssystem. Die Abschaffung dieser Paragraphen ist für uns eine vorrangige Aufgabe, denn Proteste oder kollektiver Verzicht auf die Zulassung werden mit sechs Jahren Ausgrenzung von der Teilnahme zur vertragsärztlichen Versorgung bestraft.

Im derzeitigen Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und FDP ist festgeschrieben, die Freiberuflichkeit der ärztlichen Tätigkeit ist ein tragendes Prinzip unserer Gesundheitsversorgung und sichert die Therapiefreiheit zu.

Eine Grundvoraussetzung ist ein einfaches, verständliches Vergütungssystem, das die Leistungen adäquat abbildet. Dabei sollten die Möglichkeiten der Kosten-erstattung bedacht und erweitert werden. Angesichts der vielfältigen Steuerungsinstrumente sollte auch überprüft werden, ob weiterhin eine Notwendigkeit für Richtgrößen in der ärztlichen Versorgung besteht.

Die Friedrich Ebert Stiftung – übrigens eine SPD-nahe Einrichtung, die die politische Erneuerung der sozialen Demokratie fördert – vergleicht die hausärztliche wie fachärztliche Tätigkeit in den Arztpraxen mit den Produktionsstrukturen von Einzel- und Kleinbetrieben. Damit wird der Patient zum Kunden.

Ein weiteres Thema wird uns auch in Zukunft beschäftigen, nämlich die ambulante spezialärztliche Versorgung (ASV) nach § 116 b SGB V. Inhalt dieses Paragraphens ist die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer und seltener Krankheiten, im Prinzip die ambulante Behandlung im Krankenhaus. Eine klare Tendenz zur Leistungsausweitung ist faktisch vorprogrammiert. Der Bedarf muss zumindest überprüft werden und die bestehenden Zulassungsausschüsse sollten die Zulassung der ASV übernehmen.

Und zum Schluss meiner Betrachtungen noch ein Hinweis auf eine Regelung der KBV. Die Ambulanten Kodierrichtlinien sind nicht wie geplant bundesweit zum 1. Juli 2011 eingeführt worden, was auch ein Verdienst unseres KV-Vorstandes ist. Wir sind aber weiterhin verpflichtet, die Diagnosen nach dem ICD-10 zu verschlüsseln.

Ich hoffe und wünsche, dass Sie einen schönen Sommerurlaub hatten bzw. ihn noch haben werden.

Mit freundlichem, kollegialem Gruß
Ihr

Inhaltsverzeichnis

Politik reflektieren

Vertreterversammlung ohne Ehrengast	4
Versorgungsgesetz in der Diskussion – KV Bayerns lädt zum Themenabend	6

Qualitätssicherung

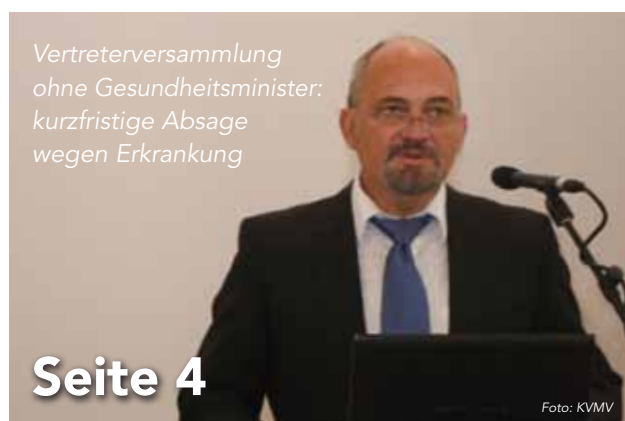
Medizinische Versorgung im Alter	7
Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	14

Justizariat

Infektionsschutz	8
------------------------	---

Vertragsabteilung

Beitritt zum Homöopathievertrag	5
Änderung der Meldepflicht von Kinder- Vorsorgeuntersuchungen	8



Informationen und Hinweise

Elektronische Gesundheitskarte – Kostenerstattung für Lesegeräte	9
Kompressionstherapie zu Hause	9
Bürokratieabbau für Augenärzte	13
Neurologie – Psychiatrie: Differenzierung von Tätigkeitsprofilen	16
Landesverband Adipositas – die Gründung	17

Medizinische Beratung

Festbetrag zu Escitalopram und Citalopram	10
Richtigstellung gefordert	10
Praxisservice: Patienteninformationen	10
Einschränkung der Verordnungsfähigkeit: Harn- und Blutzuckerteststreifen	11
Austausch identischer Packungsgrößen	11

Kassenärztliche Versorgung

Anstellung von Ärzten bei Ärzten	12
--	----



Mit spitzer Feder

Schwester Lissi und das Golfturnier	18
---	----

Steckbrief

Neue Mitglieder in der VV: Dr. med. Uwe Jahnke	19
---	----

Ermächtigungen und Zulassungen	20
--------------------------------------	----

Öffentliche Ausschreibungen	22
-----------------------------------	----

Feuilleton

Maler der Elemente: William Turner	23
--	----

Veranstaltungen	24
-----------------------	----

Fortbildung im Kassenärztlichen Notdienst	24
---	----

Personalien	25
-------------------	----

Menschen und Abenteuer

Der andere Weg nach Machu Picchu – Trekking de Luxe	26
--	----

Impressum	18
-----------------	----



Titel:
Children on the
Seashore
Joaquín Sorolla
Öl auf Leinwand
1903

Vertreterversammlung ohne Ehrengast

Von Eveline Schott*

An der Wand des Tagungsraumes prangte mit großen Lettern ein Plakat der KV Mecklenburg-Vorpommern – KV kreativ, KV konstruktiv, KV konfliktiv.

Dem Gast Daniel Bahr sollte auf den ersten Blick verdeutlicht werden, wie die Selbstverwaltung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in dem Flächenland Mecklenburg-Vorpommern gegen die Folgen der dramatischen Alters- und Morbiditätsentwicklung vorgeht.



Parlamentarische Arbeit ohne Gesundheitsminister – Dr. Eckert in seinem Bericht zur Lage

Schon dreimal wurde diese Vertreterversammlung verschoben. Musste der damalige Gesundheitsminister Philipp Rösler wegen der Wahl zum FDP-Vorsitzenden seine versprochene Teilnahme im Mai absagen, so erfuhren Vorstand und Verwaltung zwei Stunden vor Beginn dieser neu geplanten Sitzung von der fieberhaften Erkrankung Daniel Bahrs.

Auch um einen Gesundheitsminister machen krankmachende Keime nun mal keinen Bogen. Eine Tatsache, die niemand ins Kalikül gezogen hatte.

So blieb die Enttäuschung auf den Gesichtern der Organisatoren dieser Vertreterversammlung niemandem verborgen. Aber aufgeschoben ist ja nicht aufgehoben.

Parlamentarische Arbeit

Neben dem geplanten ehrenhaften Besuch kamen die gewählten Vertreter an diesem 28. Juni 2011 in Rostock vordergründig zu ihrer regulären Arbeitssitzung zusammen. Es galt, etliche Beschlüsse zu fassen.

Nach der Eröffnung der Versammlung durch ihren Vorsitzenden Dipl.-Med. Torsten Lange gab der Vorstandsvorsitzende, Dr. Wolfgang Eckert, im Bericht zur Lage einen Überblick über die Vorstandsarbeit der vergangenen Wochen und Monate. Dabei ging er im Wesentlichen auf die Aktivitäten der KVMV ein, dem drohenden Ärztemangel im Land zu begegnen.

Viel Geld wurde bisher in diese Aktivitäten gesteckt, immer mit großer Hoffnung auf Erfolg, bemerkte er. Ob es die Finanzierung des Lehrstuhls für Allgemeinmedizin sei oder die Finanzierung der Famulanten – gerade hier ist die Zahl auf das Achtfache gestiegen. Aber junge ausgebildete Ärzte blieben nicht im Land. Eine bittere Erkenntnis, räumte er gegenüber den Anwesenden ein. Eckert informierte, eine Studie zur Ursachenforschung an die Universitäten Greifswald und Rostock gegeben zu haben, um die Problematik des ausbleibenden ärztlichen Nachwuchses analysieren zu lassen. „Offenheit und Wahrheit“ seien in der Angelegenheit gefragt, und er erklärte gegenüber den Parlamentariern, dass das Problem durch die KVen allein nicht mehr zu lösen sei.

Als ausgesprochen positiv bewertete Eckert hingegen die neue Kommunikationskultur zwischen Politik und Ärzteschaft. Hier sei das Problem des Ärztemangels „endlich“ angekommen und anerkannt worden. Aber auch die Zeiten der so genannten „Unkultur der Überwachungsbürokratie“ in den Praxen können unter der jetzigen Gesundheitspolitik endlich ihr Ende erfahren und damit der „kollektiven Flucht“ aus dem System der Garaus gemacht werden, führte er weiterhin hoffnungsvoll aus.

In seinen weiteren Informationen widmete Eckert sich dem **AMNOG**, dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz. Er kritisierte hierbei die Krankenkassen und forderte sie auf, im Sinne ihrer Patienten zu handeln. Die Mehrkostenregelung müsse durch den Gesetzgeber neu geregelt werden.

Die Tatsache, dass die **AKR** (Ambulante Kodierrichtlinien) nicht eingeführt werden, wurde von ihm positiv bewertet. Eine Information, die die anwesenden Mitglieder und Gäste mit lautstarken Beifallsbekundungen honorierten. Zur **spezialärztlichen Versorgung** äußerte sich der erste Vorsitzende kritisch. Zu viele ungeklärte Fragen stünden diesbezüglich im Raum.

Der **Abbau von Bürokratie in den Arztpraxen** ist ein immer wieder geäußerter Wunsch des Vorsitzenden. Es sei wohl niemandem begreiflich zu machen, warum die für privatversicherte Patienten notwendigen schriftlichen Nachweise und Informationen auf viel weniger Papier gebracht werden können, als das demgegenüber für den GKV-Versicherten angeblich erforderlich sei. Dass es nach wie vor kein Steuerungssystem bzw. keine Steuerungsmittel gäbe, um die hohe Zahl der Patientenkontakte in Deutschland zu regulieren, beklagte er ebenfalls. Eine Hoffnung auf Regulierung ergäbe sich für ihn z.B. durch die **Kostenerstattung**.



Mit Stolz berichtete der Vorstandsvorsitzende den Anwesenden von den Erfolgen der **FALK-Gruppe**: „Weg vom KBV-Zentralismus“ ist das Ziel des gegründeten Verbundes aus vier gegenüber der KBV in Opposition gegangenen KVen. Damit hätten die KVen es geschafft,



Die Pause wird für das politische Gespräch oder den persönlichen Gedankenaustausch genutzt:
v.l.n.r.: Dipl.-Med. Siegfried Mildner mit Dr. Bernd Meyerink und Dr. Uwe Jahnke mit Dr. Andreas Timmel.

ihre Honorarverhandlungen mit den Kassen wieder auf regionaler Ebene zu führen – ein Akt wiederkehrender Selbstbestimmung. Das träfe auch für die **Konvergenzregelung** zu. Auch deren Abschaffung ist den Aktivitäten der FALK-Gruppe zu verdanken.

Zum **Referentenentwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes** bezog er ebenfalls Stellung. Diesbezüglich informierte er, dass Vorschläge aus dem jetzigen Entwurf bereits gängige Praxis in Mecklenburg-Vorpommern seien, wie z.B. Notdienstpraxen an die Krankenhäuser zu bringen.

Er begrüße die geplanten Regelungen zu den MVZ. Hier sollten ja in erster Linie Ärzte deren Träger sein, keine Kapitalgesellschaften. Ebenso nennenswert war die Tatsache, dass angestellte Ärzte aus einem MVZ auch wieder in die Niederlassung gehen könnten.

Bei den geplanten **Veränderungen in der Bedarfsplanung**, d.h. aber auch gleichzeitiger Zulassungssteuerung unter den Augen der Länder, müsse allerdings erst ein neues Profil des konstruktiven Zusammenwirkens gefunden werden.



Abschließend berichtete der Vorsitzende über das Zustandekommen der Arznei- und Heilmittelverordnungen im Land.

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung und Regelleistungsvolumen

Der Hauptabteilungsleiter Verträge, Dirk Martensen, informierte die anwesenden Vertreter in einem Rückblick über die Umsatzentwicklung der einzelnen Fachgruppen im Jahr 2010 sowie über die aktuellen Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses. Sehr ausführlich widmete er sich dem Referentenentwurf zum GKV-Versorgungsstrukturgesetz.

* Eveline Schott ist Leiterin der Presseabteilung der KVMV.

Hinweis der Redaktion: Im **Auf ein Wort** des Juli-Journals sprach Dipl.-Med. Torsten Lange von der Anwesenheit Daniel Bahrs auf der VV in Rostock.

Zeitliche Vorgaben durch Satz, Druck und Auslieferung des Heftes lassen uns dann schon einmal bestimmte Ereignisse voraussehen. Es rechnete allerdings niemand damit, dass der Gesundheitsminister erkranken könnte.

Beitritt zum Homöopathievertrag

Mit Wirkung zum 1. Juli 2011 ist die BKK Hercules dem Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie zwischen der KBV und der SECURVITA BKK beigetreten. Die Leistungen dieses Vertrages können somit auch für die Versicherten der BKK Hercules abgerechnet werden.

Die für die SECURVITA BKK abgegebenen Teilnahmeerklärungen der Vertragsärzte bleiben gültig für alle beigetretenen Krankenkassen. Somit ist für die BKK Hercules keine erneute Abgabe einer Teilnahmeerklärung für den Arzt erforderlich. Dem Vertrag beigetreten sind bisher die BKK Linde, die Daimler BKK, die BKK Essanelle, die BKK 24 sowie die BKK Pfaff. wg

Versorgungsgesetz in der Diskussion – KV Bayerns lädt zum Themenabend

Von Dr. med. Dieter Kreye*

Der Einladung der KV Bayerns für die FALK-Gruppe waren neben den KVen und der KBV auch Vertreter aus Politik (Jens Spahn, gesundheitspolitischer Sprecher der CDU/CSU), der Krankenhausgesellschaft und der Kassen (Wilfried Jacobs, Vorstand der AOK Rheinland-Pfalz) in die bayrische Landesvertretung nach Berlin gefolgt.



Am Informationsstand der KVMV: Neben Dr. Dieter Kreye stand Oliver Kahl (KVMV) für Fragen zur Verfügung.

Die KVMV zeigte unter dem Motto: „KV – kreativ, KV – konstruktiv, KV – konfliktiv“, was sie in den letzten Jahren für die Sicherung der Patientenversorgung geleistet hat – nämlich vieles von dem, was der Entwurf des Versorgungsgesetzes jetzt vorsieht.

Auf dem Podium wurden die Erwartungen an die anstehende Strukturreform diskutiert. Dabei wurde insbesondere aus Sicht der Vertragsärzteschaft gelobt, dass erstmals seit Jahrzehnten nach überwiegender Kostendämpfung jetzt endlich strukturelle Defizite im Gesundheitssystem aktiv angegangen werden sollen. Erstmals erkennt die Bundespolitik den drohenden und teilweise bereits bestehenden Ärztemangel als massives Problem an und versucht, durch zusätzliche Förderung dagegen zu steuern. Ob allein eine kleinräumigere Bedarfsplanung und die finanzielle Förderung auf Seiten der Ärzteschaft reicht, darf bezweifelt werden. Darüber hinaus gibt es auch Ansätze im Gesetz, durch strukturelle Änderungen die Attraktivität des Arztberufes wieder zu erhöhen, z.B. durch eine Reduzierung des Regressrisikos. Eine verantwortliche Einbindung der Patienten zur Verringerung der international höchsten Arztkontaktszahlen lehnt Herr Spahn wohl nicht zuletzt auch aus wahltaktischen Gründen ab.

Von allen Seiten begrüßt wurde auch, dass durch die Wiedereinführung der Honorarverhandlungs- und -verteilungskompetenz der Länder-KVen nun besser auf die

Versorgungsanforderungen in den jeweiligen Regionen reagiert werden kann. Nicht zentralistische Vorgaben aus Berlin, sondern die Erfordernisse vor Ort werden so wieder zum Maßstab der Tätigkeit der KVMV.

Die Podiumsdiskussion offenbarte, dass insbesondere die Etablierung der so genannten spezialärztlichen Versorgung noch erhebliches Streitpotential in sich birgt.

Zunächst erscheint es als positiv, dass dieser Bereich sich ohne finanzielle Einschränkungen entwickeln soll. Hier sieht die KV-Seite allerdings die große Gefahr, dass es durch die vorgesehene Bereinigung der Gesamtvergütung zu einer erheblichen Gefährdung der ambulanten



Dr. Wolfgang Eckert im Gespräch mit dem Arzt und Bundestagsabgeordneten Dr. Harald Terpe

Grundversorgung kommen kann. Sowohl die KVen als auch der Krankenhaussektor sehen im Referentenentwurf eine Benachteiligung ihrer jeweiligen Seite im Wettbewerb. Dabei wird von den Kliniken offenbar gern übersehen, dass die dortigen Investitionen aus staatlichen Mitteln bestritten werden, während die Vertragsärzteschaft diese finanziellen Brocken selber schultern muss. Herr Spahn signalisierte ganz klar die politische Absicht, beginnend mit dem „kleinen“ spezialärztlichen Bereich, den Versuch des sektorübergreifenden Wettbewerbs zu etablieren. Die Frage, warum die Politik nicht auch durch die Ermöglichung der Patientenbetreuung durch niedergelassene Ärzte in die Krankenhäuser hinein die Sektorengrenzen aufzuweichen versucht, konnte Herr Spahn nur mit einem hilflosen Achselzucken beantworten.

Fazit des Abends: Der vorliegende Referentenentwurf geht – wenn auch nicht mit der wohl notwendigen Konsequenz – strukturelle Systemprobleme mit neuen Lösungsansätzen an. Die Sicht der Ärzteschaft wurde an vielen Stellen berücksichtigt. Detailveränderungen und insbesondere eine konsequente Weiterführung in die eingeschlagene Richtung werden aber von Nöten sein.

* Dr. med. Dieter Kreye ist stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KVMV.

Medizinische Versorgung im Alter: Konzepte aus der Praxis für die Praxis

Von Katrin Schrubbe*

Die Menschen in Mecklenburg-Vorpommern werden zunehmend älter und stellen besondere Anforderungen an eine bedarfsgerechte Altersmedizin. Darauf will man sich im Land vorbereiten.

Aus diesem Grund haben die Kassenärztliche Vereinigung (KV), die Krankenhausgesellschaft und das Ministerium für Soziales und Gesundheit ihre Ideen gebündelt und gemeinsam mit allen praktisch Beteiligten im Bereich der Geriatrie den neuen Geriatrieplan für M-V entwickelt. Das Papier wurde Ende Juni 2011 in den

altersbedingte Probleme untersucht und gegebenenfalls einem spezialisierten Arzt vorgestellt werden. Aus Sicht der KV ergibt sich ein weiterer Lösungsansatz mit der „ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung (AGKB)“. In den Februar- und November-Ausgaben des KV-Journals 2009 wurde bereits darüber berichtet. Durch ein 20-tägiges Programm mit gezielten Übungen und Behandlungen in kleinen Gruppen sollen ältere Patienten mobilisiert und für die Bewältigung ihres Alltages gestärkt werden. Unter der Leitung eines Geriaters werden verschiedene Gesundheitsprofessionen mitein-

Neuer
Geriatrieplan
für
Mecklenburg-
Vorpommern
vorgestellt



In dem Pressegespräch standen für Fragen zur Verfügung: v.l.n.r. – Wolfgang Gagzow (KG), Nikolaus Voss (Staatssekretär) und Dr. Reinhard Wosniak (KVMV).

Räumen des Ministeriums den Medien präsentiert. Diesbezüglich informierten der Staatssekretär Nikolaus Voss, der Geschäftsbereichsleiter Qualitätssicherung Dr. Reinhard Wosniak von der KVMV und der Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Wolfgang Gagzow.

Mit dem Geriatrieplan sollen Möglichkeiten und Rahmenbedingungen für die altersmedizinische Versorgung geschaffen werden, die dann mit verschiedenen Ansätzen in geförderten Modellprojekten ausgefüllt werden können. Mit seinem Konsens über alle beteiligten Sektoren hinweg gilt dieses Papier als Novum auch für andere Bundesländer, so Dr. Wosniak. Darin sind Versorgungsstrukturen und vereinbarte Qualitätskriterien für die Versorgungspraxis veranschaulicht. Zukünftige Aufgaben wurden in einem Handlungsleitfaden zusammengefasst und betreffen die Prävention und Gesundheitsförderung, den ambulanten Bereich, die Akutkrankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen, die Pflege, die Palliativversorgung und die Vernetzung geriatrischer Versorgungsangebote. Ein Bestandteil ist das geriatrische Screening. Dabei sollen in Zukunft alle Patienten im Alter von über 65 Jahren bei der Aufnahme in ein Akutkrankenhaus auf weitere

bezogen. Laut Dr. Wosniak eine sinnvolle Kooperation für alle Beteiligten – am meisten profitiert jedoch der Patient. Bereits vier solcher Projekte auf Basis von Verträgen zwischen der KV und der AOK mit den Leistungsanbietern vor Ort gibt es – in Waren, Trassenheide, Ueckermünde und Stralsund. Aus Sicht der KV besteht die Absicht, das Konzept auszuweiten. Dabei kristallisiert sich besonders ein Problem heraus: Es werden zukünftig mehr spezialisierte Ärzte für alte Menschen gebraucht. Zur Zeit gibt es in M-V jedoch nur zwölf niedergelassene Mediziner mit der Zusatzqualifikation „Geriatrie“. Auch in den Kliniken werden etwa zehn Mal mehr Spezialisten gebraucht, als im Moment vorhanden sind, sagte Gagzow. Immerhin hat die Ärztekammer dazu ein neues Bildungsprogramm aufgelegt zur Erlangung des Fortbildungsdiploms „Geriatrische Grundversorgung“. Der Landesgeriatrieplan wurde bereits vom Kabinett beschlossen und dem Landtag zugeleitet. Ab September wird ein Beirat unter Federführung des Sozialministeriums seine Fortschreibung begleiten.

* Katrin Schrubbe ist Mitarbeiterin der Presseabteilung der KVMV.

Infektionsschutz

Von Frank Farys*

Im Juni-Journal 2011 wurden bereits unter der Überschrift „Infektionsschutz: Liquidation nach GOÄ“ juristische Hinweise gegeben, wie Vertragsärzte sich verhalten sollen, wenn prästationär von Kliniken das Screening und die Sanierung eines MRSA-Keimes verlangt wird.

Was ist jedoch zu beachten, wenn erst während des stationären Aufenthaltes ein solcher Keim entdeckt wird?

Während des stationären Aufenthaltes ist die Klinik vollumfänglich für die gesundheitliche Versorgung des Betroffenen verantwortlich. Dieser obliegt damit auch die Sanierung eines MRSA-Keimes. Erfolgt eine Entlassung, ohne dass eine Sanierung durchgeführt wurde, so kann die Klinik dies gleichwohl über den Weg der so genannten nachstationären Behandlung nachholen. Dabei darf die nachstationäre Behandlung sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.

Für den niedergelassenen Arzt ist dabei zu beachten, dass die Klinik für diese nachstationäre Behandlung eine Vergütung erhält. Sofern also in diesem Zusammenhang Leistungen des Niedergelassenen angefordert werden, so wird empfohlen, die anfordernde Klinik auf die dann anstehende Liquidation nach GOÄ hinzuweisen.

Etwas anderes gilt dann, wenn die Klinik keine nachstationäre Behandlung durchführen möchte, dem niedergelassenen Arzt gleichwohl aufgibt, den beim stationären Aufenthalt entdeckten MRSA-Keim zu sanieren. Da hier – im Gegensatz zur stationären oder auch nachstationären Behandlung – das Behandlungsmanagement allein dem Niedergelassenen obliegt, entscheidet dieser im Rahmen seiner Therapiefreiheit eigenständig, ob und in welcher Form eine Behandlung erfolgt.

Die Klinik kann also den Arzt nicht verpflichten, die Sanierung eines MRSA-Keimes vorzunehmen. Der Niedergelassene entscheidet vielmehr selbst, in welcher Form eine Behandlung erfolgt oder aber auch unterbleibt. Dass eine Behandlung unterbleibt, ist insbesondere bei gesunden Keimträgern denkbar, also Patienten, die keine Erkrankung haben, die durch den Keim ausgelöst wurde.

* Frank Farys ist Mitarbeiter im Justizariat der KVMV.

Änderung der Meldepflicht von Kinder-Vorsorgeuntersuchungen



Foto: Nicole Müller/www.pixelio.de

Die Vorschriften zur Meldung der Kinder-Vorsorgeuntersuchungen wurden vom Landtag in Mecklenburg-Vorpommern mit der Änderung des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst modifiziert.

Somit beschränkt sich die **gesetzliche Meldepflicht ab sofort nur auf die U3 bis U9**. Folglich entfällt eine Meldung der Teilnahme an der U2.

Da der vorgegebene Untersuchungszeitraum zwischen dem 3. und 14. Lebenstag lag und daher nicht alle Neugeborenen bereits im Zentralen Informationsregister erfasst waren, wurden trotz durchgeführter Untersuchung Erinnerungsschreiben an die Sorgeberechtigten versandt. Dies soll mit der Gesetzesänderung vermieden werden.

Fragen dazu beantwortet das Landesamt für Gesundheit und Soziales Mecklenburg-Vorpommern (LAGuS M-V), **Tel.:** 03 81.49 55-0. *hk*

Elektronische Gesundheitskarte

Kostenerstattung für Lesegeräte nur bis zum 30. September 2011

Bereits mit dem Schreiben vom 1. April 2011 informierte die KVMV über die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und der damit verbundenen Anschaffung der neuen Kartenlesegeräte.

Ab 1. Oktober 2011 stellen die Krankenkassen ihre Versicherten mit den neuen eGKs aus. Da diese im Gegensatz zu den alten Krankenversichertenkarten eine völlig neue Technologie beinhalten, können die alten KVK-Lesegeräte die neuen Gesundheitskarten nicht lesen. Aufgrund der bislang zögerlich eingehenden Anträge zur Kostenerstattung der Lesegeräte möchte die KV erneut darauf hinweisen, dass die **Erstattung nur bis zum 30. September 2011** (Datum des Posteingangs in der KVMV) erfolgt. Grundlage dafür ist der ausgefüllte Erstattungsantrag, der mit der Informationsbroschüre übersandt wurde.

Mit dem Antrag wird erklärt, dass die dort eingetragenen Kartenterminals funktionstüchtig in der Praxis in Betrieb genommen wurden. Auch bereits vor dem 1. April 2011 erworbene eHealth-BCS-Kartenterminals oder mobile Lesegeräte (Ausbaustufe 1+ oder 2) werden pauschal erstattet. Der Nachweis einer Rechnung ist nicht erforderlich.

Zur Höhe der Pauschalerstattung sowie zu weiteren Details kann man sich in der zugesandten Informati-



onsbroschüre, die auch auf der Internetseite der KVMV (<http://www.kvmv.info/aerzte/25/50/index.html>) zu finden ist, informieren. Eine stets aktuell gehaltene Übersicht über die zugelassenen mobilen und stationären Lesegeräte ist auf der Internetseite der KV Telematik ARGE: www.kv-telematik.de veröffentlicht. Der Erstattungsantrag ist auch im KV-SafeNet-Angebot unter dem Menüpunkt „eGK Erstattungsformular“ zu finden.

Rücksendeadresse für den Kostenerstattungsantrag bis zum 30. September 2011: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, EDV-Abteilung, Postfach 160145, 19091 Schwerin. Hotline der EDV-Abteilung: 03 85.74 31-257. *hk*

Kompressionstherapie zu Hause

In vielen Fällen erfolgt die Kompressionstherapie zu Hause durch eine Verordnung über die häusliche Krankenpflege. Die Kompressionstherapie unterstützt die ärztliche Behandlung und ist ein fester Bestandteil der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege.

Seit diesem Jahr gehört neben dem An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe (ab CCL 2) und dem Anlegen von Kompressionsverbänden auch das Abwickeln der Kompressionsverbände dazu.

Beim Ausstellen einer Verordnung ist zu beachten, dass alle Leistungen der Kompressionstherapie einzeln beurteilt werden müssen. Es gibt Patienten bzw. Angehörige, die z. B. Kompressionsstrümpfe **nicht anziehen**, das abendliche Ausziehen aber selbst bewerkstelligen können. In diesem Fall kann eine **Verordnung für häusliche Krankenpflege nur das Anziehen der Kompressionsstrümpfe umfassen**.

Voraussetzung für eine Verordnung in der häuslichen Krankenpflege für das An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe und auch für das Abwickeln der Kompressionsverbände ist, dass der Patient an einer starken Einschränkung der körperlichen oder der geistigen Leistungsfähigkeit mit Realitätsverlust leidet, so dass die Compliance bei der Therapie nicht sichergestellt ist.

Entscheidend ist weiterhin der Grad der Mobilisation, denn ein Erfolg in der Kompressionstherapie ist nur mit einer ausreichenden Aktivierung des venösen Rückflusses möglich. Bei immobilen bzw. bettlägerigen Patienten kommen daher allenfalls Kompressionsstrümpfe der Klasse 1 zur Thromboseprophylaxe in Betracht. Etwaig hiermit im Zusammenhang stehende Leistungen sind gemäß der Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nicht verordnungsfähig. *AOK Nordost*

Festbetrag zu Escitalopram und Citalopram

Am 17. Februar 2011 hat der Gemeinsame Bundesausschuss beschlossen, die Wirkstoffe Escitalopram (Ciprallex®) und Citalopram in einer Festbetragsgruppe zusammenzufassen.

Dieser Beschluss wurde vom Bundesministerium für Gesundheit nach einer ergänzenden Stellungnahme durch den G-BA nicht beanstandet.

Der Festbetrag ist zum 1. Juli 2011 festgesetzt.

Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten ab diesem Datum nur noch den Festbetrag. Der Preis für Escitalopram wurde vom Hersteller und vielen Reimportfirmen nicht auf dieses Niveau abgesenkt. Das bedeutet für Patienten, die Ciprallex® verordnet bekommen, dass sie eine Aufzahlung zu entrichten haben – auch dann, wenn sie zuzahlungsbefreit sind. Der zu entrichtende Betrag wird bestimmt durch Tagesdosis, Wirkstoffstärke und Packungsgröße und differiert bei den Anbietern am Tag des Redaktionsschlusses des Journal erheblich. So müssen Patienten zum heutigen Stand beim Hersteller für 100 Stück Ciprallex® 10 mg 147,65 Euro, für 100 Stück a 20 mg 204,65 Euro aufzahlen. Es gibt aber einzelne Reimportfirmen, für deren reimportierte Produkte derzeit wenig oder auch keine Aufzahlungen anfallen. Es lohnt sich, Preisvergleiche beim Verordnen anzustellen, wenn ein Patient unbedingt Ciprallex® weiter einnehmen möchte.

Zu beachten ist jedoch, dass die Arzneimitteldatenbanken in der Praxissoftware nicht alle 14 Tage – wie z.B. die Lauertaxe des Apothekers – aktualisiert werden.

Und wenn der Patient keine Mehrkosten leisten kann? Zitat einer Firma mit hohen Aufzahlungen: „Sollten Patienten diese Aufzahlung nicht tragen, sind Therapiewechsel die Folge.“

Die dem Journal beiliegende Arzneimittelinformation zu diesem Thema, die von der Gemeinsamen Arbeitsgruppe Arzneimittel der KVMV und der Landesverbände der Krankenkassen erarbeitet wurde, soll im Gespräch mit Patienten Hilfe leisten. *ekt*

Patienten- informationen

Seit Anfang Juli 2011 sind auf der Homepage der KVMV unter der Rubrik „Praxisservice“ Patienteninformationen verschiedener ärztlicher Gremien und Einrichtungen sowie weiterer Anbieter eingestellt worden.

Sie sollen im Praxisalltag helfen, zusätzlich zum ärztlichen Gespräch bei immer wiederkehrenden Fragen von Patienten oder Problemen der Versorgung informieren und aufklären. *ekt*

Richtigstellung gefordert

Vordruck suggeriert Anspruch der Versicherten auf Übernahme der Mehrkosten für Escitalopram

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung informierte am 7. Juli 2011 darüber, dass die Firma Lundbeck ein Formular an Ärzte versendet, mit dem Versicherte bei ihrer Kasse einen Antrag stellen können auf Übernahme der Mehrkosten für Ciprallex®. Bei Ablehnung sollen die Patienten basierend auf einem BSG-Urteil vom 1. März 2011 Klage einlegen.

Die Rechtsabteilung der KBV hat dazu eine Stellungnahme erarbeitet, die unter: www.kvmv.de ► Für Ärzte ► Arzneimittel ► Verordnungshinweise Arzneimittel, abrufbar ist.

In der Stellungnahme der KBV wird insbesondere erläutert, warum das benannte BSG-Urteil nicht relevant ist hinsichtlich des materiellen Anspruchs auf Sachleistung oder Kostenerstattung.

Die KBV wird die Firma Lundbeck zur Richtigstellung auffordern. *ekt*

Einschränkung der Verordnungsfähigkeit

Am 17. März 2011 fasste der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen den Beschluss, die bisher nicht begrenzte **Verordnungsfähigkeit von Harn- und Blutzuckerteststreifen bei nicht insulinpflichtigen Diabetikern mit Diabetes mellitus TypII einzuschränken**.

Nach Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit wurde dieser Beschluss am 16. Juni 2011 im Bundesanzeiger veröffentlicht und gilt ab dem 1. Oktober 2011.

Änderung der Anlage III der AM-RL:
Die Tabelle wird um folgende Nr. 52 ergänzt:

Arzneimittel und sonstige Produkte	Rechtliche Grundlagen und Hinweise
52. Harn- und Blutzuckerteststreifen bei Patienten mit Diabetes mellitus TypII, die nicht mit Insulin behandelt werden; ausgenommen bei instabiler Stoffwechsellage. Diese kann gegeben sein bei interkurrenten Erkrankungen, Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko (grundsätzlich je Behandlungssituation bis zu 50 Teststreifen)	Verordnungseinschränkung nach § 92 Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGB V in Verbindung mit § 16 Absatz 1 AM-RL

Für Patienten, die am **DMP Diabetes mellitus TypII** teilnehmen, gilt diese Festlegung gleichlautend. Die Regelung findet bei der Behandlung eines **Gestationsdiabetes** keine Anwendung. Es handelt sich bei diesem definitionsgemäß nicht um einen Diabetes mellitus TypII.

Teststreifen für nichtinsulinpflichtige TypII-Diabetiker, bei denen die regelmäßige Dokumentation einer stabilen Blutzuckerbilanz **aus beruflichen Gründen** nach dem Fahrerlaubnisrecht gefordert wird, ist keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. *ekt*

Austausch identischer Packungsgrößen

Packungsgrößen gelten als identisch und damit austauschfähig, wenn sie über das gleiche Packungsgrößenkennzeichen verfügen (N1, N2 oder N3).

Einzelne Arzneimittelhersteller versuchen, durch geschickte Wahl von ungewöhnlichen Stückzahlen zu verhindern, dass ihr Präparat im Rahmen der Rabattregelung ausgetauscht wird. Ab 2011 ist es für die Austauschfähigkeit ausreichend, wenn das Packungsgrößenkennzeichen gleich ist. Die genaue Inhaltsmenge darf trotzdem unterschiedlich sein. Die Apotheker dürfen im Rahmen von gesetzlich definierten Spannen agieren:

**N1 Messzahl +/- 20 Prozent,
N2 Messzahl +/- 10 Prozent,
N3 Messzahl – 5 Prozent.**

Diese Regelung führt in der Apotheke zu mehr Flexibilität.

Für den Regelfall wird empfohlen, für ein zu verordnendes Medikament die Packungsgröße mittels Packungsgrößenkennzeichnung auf dem Rezept festzulegen. So ist sichergestellt, dass das günstigste Präparat von der Apotheke ausgewählt wird.

In wenigen **Ausnahmen** (siehe Beispiel unten) ist die genaue Anzahl von Tabletten essentiell für die erfolgreiche Therapie. Nur in diesen Fällen wird geraten, den Wirkstoff und die genaue **Anzahl der Tabletten** (bzw. ein Fertigarzneimittel unter Weglassung der N-Bezeichnung) auf der Verordnung zu rezeptieren. Der Apotheker richtet sich in diesem Fall nach der exakten Mengenangabe. Das Setzen eines Aut-Idem-Kreuzes ist nicht notwendig und würde darüber hinaus die Zielerreichung „90 Prozent Aut-Idem-freie Verordnungen“ gefährden.

BEISPIEL: Der Arzt verschreibt Cefuroxim 14 Tabletten N1. Der Apotheker ist aufgefordert, bei nicht gekreuztem Aut-idem-Feld, eine Packung mit dem Kennzeichen N1 abzugeben, was dazu führen kann, dass der Patient eine Packung mit nur 12 Tabletten erhält. Für die häufigsten Indikationen, Wirkstoffe und in der Dauertherapie mag dies nicht von entscheidender Bedeutung sein, für eine festgesetzte Therapiedauer bei der Antibiose aber absolut nicht tauglich. Hier sollte der Arzt wie folgt vorgehen, wenn er die Therapie auf 14 Tabletten festlegen will: Er rezeptiert den Wirkstoff „Cefuroxim 14 Stück“ oder er verordnet z. B. „Cefurax 500 mg 14 Stück“.

Anstellung von Ärzten bei Ärzten

Von Oliver Kahl*

Zahlreiche Möglichkeiten zur Anstellung ärztlicher Mitarbeiter

Die Zahl der in der vertragsärztlichen Versorgung bei Ärzten und Medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte steigt stetig. Waren es in Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2000 noch 22 angestellte Ärzte, so sind es im Jahr 2010 bereits über 100 gewesen.

Grund für den Anstieg sind insbesondere natürlich die Möglichkeit zur Gründung Medizinischer Versorgungszentren und die wesentlich flexibleren rechtlichen Möglichkeiten nach dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz. Aber auch der Umstand, dass gerade junge Ärzte nicht selten den Schritt in die Freiberuflichkeit scheuen und für den Berufseinstieg nach Erwerb der Facharztanerkennung eine Anstellung bevorzugen, führt vermehrt zu Anstellungen im vertragsärztlichen Bereich. Häufig unterliegen niedergelassene Ärzte dem Missverständnis, dass nur Medizinische Versorgungszentren von den umfassenden Möglichkeiten zur Anstellung von Ärzten Gebrauch machen könnten. Dies ist jedoch nicht der Fall, vielmehr werden niedergelassene Ärzte und Medizinische Versorgungszentren bis auf wenige Ausnahmen in Bezug auf die Anstellung von Ärzten nahezu gleich behandelt. Mit anderen Worten, es ist nicht unbedingt erforderlich, ein Medizinisches Versorgungszentrum zu gründen, wenn in einer Arztpraxis einer oder mehrere Ärzte angestellt werden sollen. Außerdem ist die Anstellung von Ärzten nicht in jedem Fall mit der Einschränkung auf das bisher abgerechnete Punktzahlvolumen verbunden. Nachfolgend wird ein kurzer Überblick über die Möglichkeiten zur Anstellung von Ärzten bei Ärzten gegeben.

I. Anstellung von Ärzten in offenen Planungsbereichen (bestehende Zulassungsmöglichkeiten)

Sofern im Bedarfsplan offene Stellen (Zulassungsmöglichkeiten) vorhanden sind, kann ein Vertragsarzt bis zu drei vollzeitbeschäftigte Ärzte in seiner Praxis anstellen (bei Teilzeitbeschäftigungen wird auf bis zu drei Vollzeitstellen hochgerechnet). Eine Punktzahlobergrenze auf der Grundlage des bisherigen Praxisumfangs („Job-sharing“) wird nicht festgelegt. Vielmehr wird für diese angestellten Ärzte entsprechend ihres Tätigkeitsumfanges ein zusätzliches, gegebenenfalls anteiliges Regelleistungsvolumen zur Verfügung gestellt. Grundsätzlich ist die Anstellung von Ärzten in offenen Planungsbereichen auch nicht an die Einhaltung der Fachbereichsgrenzen gebunden. Vielmehr kann beispielsweise unter Berücksichtigung der derzeitigen Zulassungsmöglichkeiten ein

Chirurg im Kreis Parchim einen Allgemeinmediziner oder ein Hausarzt, im Landkreis Ludwigslust einen HNO-Arzt anstellen. Die Abrechnung erfolgt übrigens über die Betriebsstättennummer des Praxisinhabers, der aus dem Honorar das Gehalt des angestellten Arztes bezahlt. Die Kennzeichnung der arztindividuell erbrachten Leistungen erfolgt mit der lebenslangen Arztnummer.

II. Anstellung von Ärzten in gesperrten Planungsbereichen (keine bestehenden Zulassungsmöglichkeiten)

In einem für weitere Zulassungen des jeweiligen Fachgebiets gesperrten Planungsbereich ist eine Anstellung von Ärzten demgegenüber zunächst einmal nur bei Fachbereichsidentität möglich. Darüber hinaus muss sich die Praxis einer Leistungsobergrenze unterwerfen. Das in den letzten vier Quartalen vor Anstellung abgerechnete



Punktzahlvolumen bildet dann, erhöht um einen drei-prozentigen Fachgruppenschlag, die Abrechnungsobergrenze. Überschreitende Leistungen werden nicht vergütet. Diese Anstellungsvariante kann etwa dann sinnvoll sein, wenn der Praxisinhaber seinen bisherigen Tätigkeitsumfang reduzieren möchte, ein potenzieller Praxisnachfolger bis zur Praxisübernahme eingearbeitet werden soll oder ein im Krankenhaus angestellter Arzt zusätzlich in Teilzeit in einer Vertragsarztpraxis tätig werden möchte. Wenn demgegenüber die Praxis etwa durch die Behandlung einer größeren Patientenzahl oder durch

▼
ein anderes Leistungsspektrum (ambulante Operationen) ausgeweitet werden soll, scheidet diese Variante in der Regel aus. Hier muss der interessierte Arzt in Betracht ziehen, sich in dem gesperrten Planungsbereich eine Angestelltenstelle „zu schaffen“, in dem die bisherige Zulassung eines anderen Vertragsarztes in eine Angestelltenstelle umgewandelt wird. Dies geschieht so, dass der bisherige Zulassungsinhaber zu Gunsten der Anstellung bei seinem Kollegen auf seine Zulassung verzichtet. Scheidet dieser Kollege später – zumeist aus Altersgründen – aus der Praxis aus, kann die Stelle mit einem anderen Angestellten nachbesetzt werden. Diese ursprünglich nur für MVZ geltende Möglichkeit ist nunmehr auch für niedergelassene Ärzte ausdrücklich eröffnet worden. Häufig stellt sich hier die Frage des „Recyclings“, ob also die Angestelltenstelle später wieder in eine freiberufliche Zulassung umgewandelt werden kann. Diese Möglichkeit ist gegenwärtig nicht im Gesetz vorgesehen. Es besteht jedoch konkrete Aussicht, dass der Gesetzgeber dies zu Beginn nächsten Jahres ändern wird. Nach neuester Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie kann ein Arzt auch unter dem Gesichtspunkt des Sonderbedarfs angestellt werden. Hier ist nachzuweisen, dass die Tätigkeit des angestellten Arztes zur Sicherstellung der Versorgung aus den in der Bedarfsplanungsrichtlinie näher dargestellten Gründen unerlässlich ist. Es handelt sich um eine eng auszulegende Ausnahme, so dass der Bedarf im Vorfeld genau zu prüfen und zu belegen ist.

III. Anstellung von Ärzten in Zweigpraxen

Selbstverständlich können angestellte Ärzte auch teilweise oder ausschließlich in genehmigten Zweigpraxen tätig werden. So geschieht es nicht selten, dass ein niedergelassener Arzt die Praxis eines Kollegen übernimmt (Verzicht zugunsten einer Anstellung, vgl. oben)

und diese als Zweigpraxis mit dem dann angestellten Arzt weiterführt. Ferner sieht das Gesetz auch die Option vor, einen Arzt ohne Punktzahlbergrenze und Fachgebietsbeschränkung ausschließlich für den Betrieb einer Zweigpraxis in einem anderen Planungsbereich anzustellen, wenn dort noch Zulassungsmöglichkeiten bestehen. So könnte beispielsweise ein Arzt aus der Stadt Greifswald einen Hausarzt im Kreis Ostvorpommern für eine genehmigte Zweigpraxis anstellen, weil dort Zulassungsmöglichkeiten für Hausärzte bestehen.

IV. Zusammenfassung

Im Ergebnis kann festgehalten werden, dass es inzwischen zahlreiche Möglichkeiten zur Beschäftigung von Ärzten in Vertragsarztpraxen gibt. Diese Beschäftigung von Ärzten ist nicht zwingend mit einer Leistungsbegrenzung auf der Grundlage des bisherigen Abrechnungsvolumens verbunden. Auch für Vertragsärzte besteht die Möglichkeit der Praxisübernahme im Wege des Verzichts zu Gunsten einer Anstellung und im Ausnahmefall einer Anstellung aus Gründen des Sonderbedarfs. Die denkbaren Varianten sind zahlreich, weshalb eine individuelle Beratung unter Berücksichtigung der konkreten Praxissituation und der Zulassungsmöglichkeiten im einschlägigen Planungsbereich wärmstens zu empfehlen ist. Im Interesse der Sicherstellung der Versorgung möchte die KVMV gerne Ärzte, die einen angestellten Kollegen suchen und Ärzte, die lieber angestellt als freiberuflich arbeiten wollen, zusammenführen. Deshalb wird bei entsprechendem Interesse gebeten, einen Beratungstermin in der Abteilung Sicherstellung zu vereinbaren.

** Oliver Kahl ist Hauptabteilungsleiter Kassenärztliche Versorgung der KVMV.*

Bürokratieabbau für Augenärzte

Augenärzte, die photodynamische Therapien (PDT) durchführen, sind bis zum 30. Juni 2014 von der Pflicht zur Teilnahme an Dokumentationsprüfungen befreit. Die Augenärzte werden dadurch spürbar entlastet und haben mehr Zeit für ihre Patienten.

Bislang mussten Augenärzte, die zur Durchführung einer PDT berechtigt sind, einmal im Jahr Behandlungsdokumentationen von zehn abgerechneten Fällen zur Überprüfung an die KVen übermitteln.

Bei den Augenärzten hätten die KVen immer weniger PDT-Dokumentationen beanstanden müssen. Waren es anfangs noch 18 Prozent, seien es seit Jahren gleichbleibend rund acht Prozent. Somit konnte der GKV-Spitzenverband von einem Aussetzen der Prüfungen überzeugt werden.

Auf der Bundesebene sollen zukünftig auch weitere Arztgruppen vom Bürokratieabbau profitieren. *pr*

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung Von Anke Voglau*

Seit dem 1. August 2009 gibt es auch in Mecklenburg-Vorpommern die spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) aufgrund separat verhandelter Verträge.

Durch die Verträge zwischen gesetzlicher Krankenversicherung, Leistungserbringerteams und KVMV kann nun die spezialisierte palliativmedizinische Versorgung in

- Rostock,
- Ribnitz-Damgarten/Darß,
- Greifswald und Umland,
- Stralsund/Rügen,
- Ludwigslust und Umland sowie
- Schwerin

gemäß § 132 d SGB V vergütet werden. Weitere Verträge werden folgen.



Foto: Gerd Altmann/www.pixelio.de

Das Leistungserbringerteam in Neubrandenburg hat seit dem 1. April 2011 einen bilateralen Vertrag mit der gesetzlichen Krankenversicherung abgeschlossen.

Was ist SAPV?

Die Gesetzgebung hat hier genaue Festlegungen getroffen. Beschreibungen erfolgen in den §§ 132 d und 37 b SGB V sowie in der SAPV-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA):

„Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung zu ermöglichen. Im Vordergrund steht anstelle eines kurativen Ansatzes die medizinisch-pflegerische Zielsetzung, Symptome und Leiden einzelfallgerecht zu lindern.“

Konkrete Leistungsbeschreibungen der SAPV sind in der Richtlinie vorgenommen worden.

Anforderungen an die Erkrankung

Die SAPV-Richtlinie definiert folgendermaßen:

„Patienten mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden Erkrankung mit deutlich begrenzter Lebenserwartung, die eine besonders aufwendige Versorgung benötigen, welche nach den medizinischen und pflegerischen Erfordernissen in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs erbracht werden kann“, erfüllen die Anforderungen an die Erkrankung.

Die Rolle des verordnenden Arztes

Die Verordnung erfolgt über das Vordruckmuster 63 (Verordnung spezialisierter ambulanter Palliativversorgung). Der Vordruck ist über die KVMV in Schwerin zu beziehen: **Tel.** 03 85.74 31-351.

Die Erstverordnung ist nach der Gebührenposition 01425 EBM abzurechnen; die Folgeverordnung erfolgt unter der Gebührenposition 01426 EBM.

Die Verordnung nach Muster 63 kann ausgestellt werden durch (siehe auch EBM):

- den behandelnden Hausarzt oder Facharzt (z.B. der betreuende Onkologe)
 - den Klinikarzt bei Entlassung des Patienten.
- Diese Erstverordnung darf für maximal sieben Tage ausgestellt werden.

Was passiert dann?

Um die Koordination der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung kümmert sich in jedem Team ein Koordinations- und Lenkungsassistent. Die KVMV empfiehlt **deshalb dringend vor der Verordnung die Kontaktaufnahme mit dem Leistungserbringerteam**, damit die Abstimmung innerhalb des Teams erfolgen kann und das Eingangsassessment organisiert werden kann. Da das Eingangsassessment dringend für die Vollständigkeit des Verordnungsmusters 63 erforderlich ist, übergibt der verordnende Arzt das Verordnungsmuster dann dem SAPV-Team. Die Weiterleitung an die zuständige Krankenkasse erfolgt durch das SAPV-Team. Das SAPV-Team prüft mit dem Eingangsassessments innerhalb von drei Arbeitstagen nach Erhalt der Verordnung die Notwendigkeit und Eignung der besonderen Mittel der SAPV. Sofern für eine bedarfsgerechte Versorgung die Mittel der Regelversorgung (allgemeine Palliativversorgung) ausreichen, ist die Krankenkasse unverzüglich zu informieren. Neben der Krankenkasse werden auch der Versicherte und der Erstverordner über die Ergebnisse des Assessments informiert.



Häufige Fragen/Aussagen von besorgten Hausärzten

Ich mache doch schon immer Palliativmedizin. Was ist denn jetzt anders?

Natürlich ist die palliativmedizinische Versorgung Ihrer Patienten für Sie nicht neu. Ihre palliativmedizinische Tätigkeit wird als **allgemeine** palliativmedizinische Versorgung (AAPV) bezeichnet. Sie endet dort, wo das Symptomgeschehen so komplex wird, dass das Hinzuziehen eines **Spezialisten** erforderlich wird.

Die SAPV ist eine durch den Gesetzgeber definierte neue Leistung. Sie gründet auf eine zusätzliche Ausbildung. Nur Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und Pflegekräfte mit der Zusatzweiterbildung Palliativ-Care können über Sonderverträge spezialisierte palliativmedizinische bzw. -pflegerische Leistungen erbringen.

Muss ich meinen Patienten abgeben?

Nein, Sie bleiben der Hausarzt und für die hausärztlichen Belange Ihres Patienten weiterhin zuständig. Das SAPV-Team führt in der so genannten **additiv unterstützenden Teilversorgung** ausschließlich spezialisierte palliativmedizinische bzw. -pflegerische Leistungen durch. Besprechen Sie sich mit dem Team, um die Grenze zwischen Ihrer Tätigkeit und der Tätigkeit der spezialisierten Palliativversorgung genau definieren zu können.

Sollten Sie oder das SAPV-Team feststellen, dass für Ihren palliativ zu versorgenden Patienten eine vollständige Versorgung durch das SAPV-Team erforderlich ist, ist auch diese bei der zuständigen Krankenkasse zu beantragen. Erst dann ist es gegeben, dass das SAPV-Team auch die hausärztliche Betreuung Ihres Patienten übernimmt. Dies bestimmen ausschließlich medizinische Hintergründe oder es ist der Wunsch des Patienten bzw. Ihr eigener, Ihren Patienten in die **Vollversorgung** abzugeben.

Was wird mit den Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) nach SGB XI, übernimmt sie der Pflegedienst des SAPV-Teams?

Nein, hier verhält es sich ähnlich wie bei den Ärzten. Der Pflegedienst, der für die HKP zuständig ist, bleibt dies auch in der SAPV. Der Pflegedienst, welcher spezialisiert palliativ-pflegerisch tätig ist, ist ebenso an das SAPV-Team gebunden und erbringt in der additiv unterstützenden Teilversorgung keine häusliche Krankenpflege. Wird hier in die Vollversorgung gewechselt, ist das SAPV-Team verpflichtet, auch die Leistungen der HKP zu übernehmen.

Die Verordnungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln in der SAPV belasten meine Budgets.

Leider können wir an dieser Stelle ausschließlich die Auffassung der KVMV wiedergeben. Zum momentanen Zeitpunkt befasst sich die GKV auf Bundesebene mit dieser Thematik. Insofern bitten wir Sie, hier unter Vorbehalt die Auffassung der KVMV zur Kenntnis zu nehmen.

Nein. Sie bleiben in der Teilversorgung für die Verordnungen zuständig, die Ihre hausärztlichen Belange betreffen. Die Leistungen der SAPV sind als vollständig über Verträge gemäß § 132 d SGB V Abs. 1 zu vergütende Leistungen definiert. Das SAPV-Team ist zuständig für alle Verordnungen, welche die spezialisierten palliativmedizinischen bzw. -pflegerischen Leistungen betreffen. Das heißt, alle Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, die „...dem Ziel dienen, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen zu erhalten, zu fördern und zu verbessern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen oder familiären Umgebung ermöglichen...“, z.B. Schmerzmittel, Ernährung, Katheter, Krankbett, Betäubungsmittel sollen vom SAPV-Team verordnet werden. Damit wird nach Auffassung der KVMV neben der zusätzlichen Vergütung der pflegerischen und ärztlichen Leistungen auch hierfür eine Kostenübernahme gewährleistet, die das Arzneimittelbudget und den Sprechstundenbedarf des Hausarztes bzw. des SAPV verordnenden Arztes **nicht** belastet.

Sicher ist es grundsätzlich sinnvoll, sich mit dem SAPV-Team zu besprechen, um eine harmonische, gemeinsame und kollegiale Arbeitsweise zu ermöglichen. Das SAPV-Team in Ihrer Nähe ist 24 Stunden am Tag zu erreichen, berät Sie gern, unterstützt Sie in den zu treffenden Entscheidungen und in der Betreuung Ihrer Palliativpatienten, dies auch außerhalb der spezialisierten ambulanten Palliativmedizin. Eine Auflistung der Teams einschließlich der Telefonnummern finden Sie im Journal 7/2011 auf Seite 11.

* Anke Voglau ist Mitarbeiterin des Geschäftsbereiches Qualitätssicherung.

Neurologie – Psychiatrie:

Differenzierung von Tätigkeitsprofilen

An den Vorstand der KVMV wurde des Öfteren der Wunsch herangetragen, die Tätigkeitsfelder der Neurologie bzw. Psychiatrie im KV-Journal kurz darzustellen.

Der Berufsverbandsvorsitzende Deutsche Nervenärzte des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern, Dipl.-Med. Ramon Meißner, hat sich auf Anfrage dazu bereit erklärt.

Fachgebiet Nervenheilkunde

Für die Nichtnervenärzte lässt sich vereinfacht sagen, dass das Fachgebiet der Nervenheilkunde die Neurologie und die Psychiatrie umfasst. Die Neurologie beschäftigt sich im Wesentlichen mit den Erkrankungen aus dem Kapitel G (Soma) der ICD-10 und die Psychiatrie mit dem Kapitel F (Psyche). Beide Fachgebiete der Nervenheilkunde befassen sich also mit den Erkrankungen des Nervensystems, insbesondere dem zentralen Organ Gehirn – die Neurologie zusätzlich mit dem peripheren Nervensystem.

Unter einer ganzheitlichen Betrachtung des Menschen (Soma und Psyche) fällt eine Trennung oft schwer, hat sich aber aufgrund der technischen Möglichkeiten zunehmend vollzogen, so dass die komplexe Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie und Psychiatrie bzw. Facharzt für Nervenheilkunde aufgegeben wurde zu Gunsten einer der zunehmenden Spezialisierung Rechnung tragenden getrennten umfänglicheren Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie bzw. Facharzt für Psychiatrie (und Psychotherapie).

Im klinischen Praxisalltag ist diese Trennung nicht immer nützlich, da viele Patienten eine neuro-psychiatrische Komorbidität haben, z. B. Epilepsie bei Suchterkrankungen, Depression und Halluzinationen bei Parkinson sowie Symptome wie z. B. Tremor, Schwindel, Kopfschmerzen und Schlafstörungen, die sowohl Ausdruck einer neurologischen (hirnorganischen) als auch einer psychiatrischen (psychogenen) Erkrankung sein können.

Differenzierungen

Zu der genannten Problemstellung kommen sicherlich die Schwierigkeiten für viele Menschen in der begrifflichen Differenzierung bei den Psychotherapeuten hinzu: Psychologe und Psychiater – dies betrifft Patienten wie Ärzte, ist aber ein anderes Thema. Auch die Begrifflichkeit der „Psychosomatik“ (Facharzt für Psychosomatische Medizin, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychosomatische Grundversorgung) trägt nicht zur Entflechtung bei und schürt leider auch so manche Befindlichkeit durch die gelegentliche Bezeichnung als „kleine Psychiatrie“. Es ist für viele aber auch ohne das psychiatrische Stigma besser annehmbar. Dies gilt auch für die Neurologie – weshalb sicherlich viele psychiatrische Patienten mit z. B. Depressionen (F32/F33) meinen, lieber zum „Neurologen“ zu gehen. Dies erschwert dann aber allzu oft den therapeutischen Prozess. Zusammengefasst lässt sich vereinfacht sagen: Patienten mit neurologischen Beschwerden „gehören“ zum Nervenarzt oder Neurologen, Patienten mit psychiatrischen Beschwerden zum Nervenarzt oder Psychiater/Psychotherapeuten.

Facharzt für Neurologie und Psychiatrie; Facharzt für Nervenheilkunde (jeweils Nervenarzt); Facharzt für Neurologie und Facharzt für Psychiatrie (Doppelfacharzt)

▼		▼	
Facharzt für Neurologie		Facharzt für Psychiatrie	
(G0)	Entzündungen (s.a. Kap. A+B)	(F0)	Demenz (G3)
(G1)	Systematrophien	(F1)	Suchterkrankungen
(G2)	Bewegungsstörungen (z.B. Parkinson)	(F2)	Schizophrenien
(G3)	Degenerative Erkrankungen (z.B. Demenz (F0), MS/s.a. Kap. C+D)	(F3)	Affektive Erkrankungen (z.B. Depressionen)
(G4)	Anfallsleiden (z.B. Epilepsie, Migräne)	(F4)	Neurosen (z.B. Angst/Zwang)
(G5+6)	Periphere Nerven	(F6)	Persönlichkeitsstörungen
(G7)	Neuromuskuläre Erkrankungen (z.B. Myasthenie)	(F7)	Geistige Behinderung
(G8)	Lähmungen (s.a. Kap. I+M+S)	(F8+9)	Entwicklungsstörungen (FA f. Kinder-Jugend-Psychiatrie)

Anmerkung: Einige Nervenärzte verstehen sich und arbeiten eher als Neurologe, andere eher als Psychiater, was vor Ort bekannt ist oder erfragt werden muss bzw. kann.

Autor: Ramon Meißner, Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte, Landesverband M-V.

Der Landesverband Adipositas

Der Landesverband Adipositas M-V e.V. hat sich im Dezember 2010 gegründet. Er ging aus einer Initiative einer Selbsthilfegruppe hervor, welche den Vorstoß unternommen hat, die Versorgung adipöser Menschen in M-V zu verbessern.

In der Zwischenzeit ist es gelungen, sieben Krankenhäuser, die Ärztekammer, vier Krankenkassen und Krankenkassenverbände, den MDK, das Sozialministerium, die Krankenhausgesellschaft und mehrere Selbsthilfegruppen an einem runden Tisch zu versammeln. Es wurde sehr schnell klar, dass die Selbsthilfe eine Plattform braucht, um konzentriert Aufgaben planen und ausführen zu können. So kam es zu der Gründung des Landesverbandes am 4. Dezember 2010 in Rostock.

Ziel ist es, in Mecklenburg-Vorpommern ambulante Adipositaszentren mit Netzwerkcharakter zu errichten. Die genauen Zuständigkeiten sowie Rahmenbedingungen sind derzeit zentraler Bestandteil sehr produktiver Diskussionen am runden Tisch. Sicherlich wird ein Zentrum aus Ernährungsmedizinern oder Allgemeinmedizinern, Internisten mit ernährungsmedizinischer Erfahrung, Ärzten für Psychotherapie, Psychologen, Psychotherapeuten, Ernährungsberatern, Diätassistenten sowie Sport- und Bewegungstherapeuten bestehen, um in einem ganzheitlichen Ansatz innerhalb eines strukturierten Gewichtsabnahmeprogrammes eine Adipositas-therapie zu garantieren. Gleichzeitig soll interdisziplinär die Möglichkeit einer chirurgischen Intervention bei geringen Erfolgsaussichten oder Therapieversagern evaluiert werden.

Der Hausärzterverband nahm am zweiten runden Tisch des Verbandes teil und möchte die Arbeit des Adipositasverbandes konstruktiv unterstützen.

Auch dürfen Kinder und Jugendliche auf diesem Weg nicht vergessen werden. Genauso wie bei den Erwachsenen hat sich eine Arbeitsgruppe Kinder und Jugendliche gebildet, die nun ein Behandlungskonzept erstellt. Unabhängig von der Behandlungsform erscheint eine

lebenslange Nachsorge und Therapie unumgänglich. Auch hier stehen die Adipositaszentren als Ansprechpartner zur Verfügung.

Konzeptionell spielt der Hausarzt eine zentrale Rolle im Versorgungskonzept adipöser Menschen.

Der Hausarzt sieht seinen Patienten zuerst, er kennt den Patienten, und er muss entscheiden, ob ein Präventionsprogramm und basale Maßnahmen – wie Aufklärung und Änderung der Ernährungsgewohnheiten – ausreichen. Zudem ist der Hausarzt als Bindeglied zwischen den Patienten und den Adipositaszentren zu sehen. Eine Kooperation mit den Zentren ist essentiell für den weiteren Therapieerfolg und wird von den Zentren gefördert. Zudem ist zu jeder Zeit gewährleistet, dass Essstörungen rechtzeitig erkannt und diese einer spezifischen Therapie zugeführt werden können.

Selbsthilfegruppen nehmen in der dauerhaften Stabilisierung nach Gewichtsabnahme eine zentrale Rolle ein. Nur durch den Austausch der Betroffenen untereinander können Bereiche angesprochen und diskutiert werden, die in sehr persönlicher Weise einem Arzt nicht geschildert werden. Der Erfahrungsaustausch unter Betroffenen ist unabdingbar. Deshalb werden wir uns bemühen – an jedem Zentrum eine Selbsthilfegruppe zu beheimaten.

Der Landesverband hat sich zum Ziel gesetzt, gemeinsam mit den niedergelassenen Hausärzten, den Kliniken und den vor Ort ansässigen Selbsthilfegruppen Aufklärungsarbeit im ganzen Land und auf breiter Ebene anzubieten.

Der Landesverband ist erreichbar in der Geschäftsstelle Henrik-Ibsen-Straße 20 in 18106 Rostock und unter: info@landesverband-adipositas-mv.de. Die Internetseite ist unter: www.landesverband-adipositas-mv.de im Netz zu finden und bietet vielfältige Informationen.

Dr. Matthias Kraft – Vorsitzender Landesverband
Wilfried Freier-Seelig – stellv. Vorsitzender



Schwester Lissi und das Golfturnier

Also liebe Leser, so habe ich meinen Doktor noch nie erlebt. Am Montag nach dem KV-Golfturnier kam er in die Praxis und grummelte immer kopfschüttelnd etwas in seinen Bart von Neun-Loch-Kitesurfen, aufgequollenen verfärbten Händen, trockener Wäsche und Schmerzen in der Schulter. Statt mit einer Trophäe im Arm kam er mit schlechter Laune. Das passte zum Montag-Morgen-Gewitter und hielt die Stimmung in ihm aufrecht, der er sich bereits seit 48 Stunden hemmungslos hingab.

Was war geschehen? Mein Doktor nahm als leidenschaftlicher Golfer einfach nur am ersehnten KV-Golfturnier in Rostock-Warnemünde teil.

Aller Wahrscheinlichkeit nach hatten aber die golffreudigen Ärzte und Gäste dieser Veranstaltung nicht den richtigen Draht zu Petrus gefunden. Vielleicht saß dessen Schwiegermutter zu lange in einem ärztlichen Wartezimmer oder die Verordnung entsprach nicht deren Vorstellung, jedenfalls hatte er es den Golfern so richtig verdorben, oder vielleicht auch nur meinem Chef?

Also zuerst schickte Petrus auf diesen schönen 18-Loch-Golfplatz Stunden vor dem „Kanonenschlag“ – das ist der Startbeginn, ließ ich mir erklären – schon einmal 36 Liter Regenwasser auf einen Quadratmeter. Und am eigentlichen Turniertag ließ er es nicht von oben regnen, nein, er ließ den Regen seitlich auf seine „Delinquenten“ wirken. Bei Windstärke sechs im Mittel gelang die Horizontale nicht ganz. Wenn er es jedoch in Spitzen auf Windstärke acht brachte, stand der Regen parallel zum Horizont. Aber über 50 Unerschrockene, bewaffnet mit schwerem Golfbesteck und eingekleidet wie auf hoher See, trotzten Wind und Wetter, anfänglich zumindest.

Es kam aber, wie es eben kommen musste. Über Stunden gibt auch die teuerste Naht einer Regenjacke nach und lässt das kühle Nass, erst durch die Golfbekleidung, dann bis auf die nackte Haut ungehemmt wirken. Die Sachen klebten am Körper und erst wenn sie sich vollgesogen hatten, konnte der Regen endlich die Schuhe erreichen. Diese wiederum hielten das Wasser ganz fest, was dann wohl zu merkwürdigen Geräuschen in dem einen wie dem anderen Fall führte. Summa summarum: verquoll-

Ist nicht mein Doktor – das ist Dr. Wilke aus Schwerin.

lene Füße und von den Handschuhen verfärbte Hände, frieren, Nässe bis auf die Haut. Dabei konnte mein Doktor sich glücklich schätzen, hatte er doch trockene Kleidung im Gepäck. Woher er allerdings die schmerzende Schulter hatte, erzählte er nicht. Er berichtete nur von einem Golfer, dem beim Abschlag aufgrund der Nässe der Schläger aus der Hand rutschte und den selben Weg nahm, wie sein Ball. Ob dabei mein Doktor im Weg stand?

Auf jeden Fall, 18 Loch konnten beim besten Willen nicht gespielt werden. Das Turnier fand nach neun Loch ein Ende. Sieger waren alle Beteiligten, weil sie über lange Strecken kampfesmutig aushielten. Mit Humor haben es alle ertragen, fast alle bis auf meinen Doktor. Und machen wir uns nichts vor: Es wird für alle Zeit das Golfspiel bleiben, über das im Nachhinein am meisten gelacht werden wird. stt



Impressum Journal der Kassenärztlichen Vereinigung M-V | 20. Jahrgang | Heft 227 | August 2011

Herausgeber Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern | Neumühler Str. 22 | 19057 Schwerin | Postfach 160145 | 19091 Schwerin | www.kvmv.de | **Redaktion** Abt. Öffentlichkeitsarbeit | Eveline Schott | Tel.: 0385.7431-213 | Fax: 0385.7431-386 | E-Mail: presse@kvmv.de | **Beirat** Dr. med. Dieter Kreye | Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski | Axel Rambow | **Satz und Gestaltung** Katrin Schilder | **Anzeigen und Druck** Produktionsbüro TINUS | Kerstin Gerung | Großer Moor 34 | 19055 Schwerin | www.tinus-medien.de | **Erscheinungsweise** monatlich | **Bezugspreise** Einzelheft: 3,10 Euro Jahresabonnement: 37,20 Euro

Für die Mitglieder der KVMV ist der Bezug durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für den Inhalt von Anzeigen sowie 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 Herausgebers (KVMV). Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint. Alle Rechte vorbehalten.

Wer sind die neuen Mitglieder in der Vertreterversammlung?

In der Beantwortung zweier Fragen soll der interessierte Leser einen kleinen Einblick in die politische Arbeit sowie die Freizeitaktivitäten der jeweiligen Mitglieder bekommen.

1. Welche Ziele haben Sie sich für Ihre berufspolitische Arbeit in den bevorstehenden sechs Jahren in der VV gesteckt?
2. Wie bringen Sie Ihre jetzigen berufspolitischen Aktivitäten in Einklang mit der ärztlichen Tätigkeit und der Familie?



Foto: von privat

Dr. med.
Uwe Jahnke (52)

Facharzt für Orthopädie
in Bad Doberan

Arbeit in der VV:

bisher keine Ämter in der KV oder in anderen Ärztevertretungen

Weiteres: Mitglied des Berufsverbandes Orthopädie und Unfallchirurgie bzw. Bund der Osteologen Mecklenburg-Vorpommern

1 Mir geht es in erster Linie um die Rückgewinnung der Honorarhoheit von der KBV auf die Länder-KVen. Die positiven Entscheidungen dazu vor kurzem habe ich mit großem Interesse wahrgenommen. Ich freue mich auf die diesbezüglichen Aktivitäten, mich mit allen gewählten Vertretern auf der regionalen Ebene um eine angemessene Bezahlung der ärztlichen Leistungen aller Niedergelassenen zu bemühen.

Außerdem geht es mir um eine Verbesserung der Akzeptanz unserer Selbstverwaltung gegenüber der Politik und hier im Besonderen um eine bessere Zusammenarbeit mit der derzeitigen Sozialministerin Manuela Schwesig.

2 Über die Jahre habe ich gelernt, die ärztliche Tätigkeit zu optimieren. In diesem Zusammenhang habe ich keine großen Zeitprobleme, meine Freizeitaktivitäten umzusetzen und zu gestalten. Arbeit und Freizeit sind ausgewogen. Meine Freizeit verbringe ich mit Haus und Garten. Mein Hund ist allerdings immer dabei. Ich segle sehr gern – natürlich auf der Ostsee und ab und zu auch im Mittelmeer, kann diese Aktivitäten aber in letzter Zeit doch weniger für mich umsetzen. Lange Spaziergänge und vor allem das Lesen historischer Romane bereiten mir großes Vergnügen.

Ermächtigungen und Zulassungen

Der Zulassungsausschuss beschließt über Ermächtigungen und Zulassungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Weitere Auskünfte erteilt die Abteilung Sicherstellung der KVMV, Tel.: 03 85.74 31-368 oder -369.

BAD DOBERAN

Ermächtigung

Dr. med. *Antje Kloth*,
Fachklinik für geriatrische Rehabilitation in Tessin,
zur neurologischen Betreuung der Bewohner des Senioren-
pflegeheimes „Bi uns to hus“, St.-Jürgen-Str. 62 in 18195 Tes-
sin, auf Überweisung von niedergelassenen FÄ für Neurologie
und Psychiatrie und niedergelassenen Hausärzten, bis zum 30.
September 2013.

GÜSTROW

Ermächtigung

Dr. med. *Gunnar Gaffke*, KMG Klinikum Güstrow GmbH,
für Leistungen nach den EBM-Nummern 33061, 33076 und
34502, bis zum 30. Juni 2013.

GREIFSWALD/OSTVORPOMMERN

Ermächtigungen

Dr. med. *Antje Belau*, Universitätsklinikum Greifswald,
zur Betreuung von gynäkologisch-onkologisch erkrankten Pa-
tientinnen auf Überweisung von onkologischen Schwerpunkt-
praxen, bis zum 30. September 2013;

Prof. Dr. med. *Holger Lode*, Universitätsklinikum Greifswald,
für Diagnostik und Therapie bei Patienten mit onkologischen
und hämatologischen Erkrankungen, angeborenen und er-
worbenen Immundefekten sowie Gerinnungsstörungen auf
Überweisung von Vertragsärzten, bis zum 30. Juni 2013;

Dr. med. *Lucas Hegenscheid*, Kreiskrankenhaus Wolgast,
zur Diagnostik urogynäkologischer Erkrankungen nach den
EBM-Nummern 08310 und 08311 inklusive erforderlicher
Grundleistungen auf Überweisung von niedergelassenen FÄ
für Urologie und Frauenheilkunde und Geburtshilfe, bis zum
30. Juni 2013.

NEUBRANDENBURG/MECKLENBURG-STRELITZ

Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

Dr. med. *Ines Lenge*, FÄ für Innere Medizin/Hämatologie und
Internistische Onkologie in Neubrandenburg, zur Anstellung
von MUDr. *Anna Kuvikova* als FÄ für Innere Medizin und (SP)
Hämatologie und Onkologie in ihrer Praxis, ab 1. Juli 2011.

Ermächtigungen

Dr. med. *Wolfgang Beyer*, Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer
GmbH Neubrandenburg,
für kinderchirurgische Leistungen auf Überweisung von nieder-
gelassenen FÄ für Kinderchirurgie und niedergelassenen FÄ für
Kinder- und Jugendmedizin, die über eine Anerkennung als Kin-
derchirurg verfügen, bis zum 30. Juni 2013;
ausgenommen sind Leistungen, die die Klinik für Kinderchirur-
gie gemäß § 115 a und b und § 116 b SGB V erbringt.

Dr. med. *Ines Vanselow*,

Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH Neubrandenburg,
zur Teilnahme an den multidisziplinären Fallkonferenzen im
Rahmen des Mammographie-Screening-Programms nach den
EBM-Nummern 01758 und 40852, bis zum 30. Juni 2013;

Dr. med. *Sascha Pietruschka*,

Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH Neubrandenburg,
für MRT-Untersuchungen bei Patienten mit Prostatakrebs
nach Jod-Seed-Implantation auf Überweisung des ermäch-
tigten Urologen und zur Erbringung von CT-Leistungen mit
dem 10-Zeilen-Multislice-CT auf Überweisung der an der Kli-
nik ermächtigten Pulmologen, Urologen, Hämatologen/On-
kologen, Strahlentherapeuten und Endokrinologen, bis zum
30. Juni 2013;

Dr. med. *Thomas Decker*,

Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH in Neubranden-
burg, Erweiterung um die Leistungen im Rahmen des Mam-
mographie-Screening-Programms nach den EBM-Nummern
01756, 01757, 01758, 40100, 40852;

Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH Neubrandenburg,
zur Behandlung von Patienten mit Mukoviszidose auf Über-
weisung von Vertragsärzten, bis zum 30. Juni 2014;
ausgenommen sind Leistungen, die das Klinikum Neubran-
denburg gemäß § 115 a und § 116 b SGB V erbringt.

Beendigung einer Ermächtigung

Prof. Dr. med. *Hans-Joachim Feickert*,

Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH in Neubranden-
burg, mit Wirkung ab 16. Mai 2011.

Der Berufungsausschuss beschließt:

Dr. med. *Dagmar Kayser*,

Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH in Neubrandenburg,
im Rahmen der erteilten Ermächtigung ist die Überweisung
von niedergelassenen HNO-Ärzten möglich.

PARCHIM

Genehmigungen von Anstellungsverhältnissen

Dr. med. *Elke Brandt*, FÄ für Allgemeinmedizin in Dabel, zur
Anstellung von Dr. med. univ. *Sylvester Loewe* als FA für All-
gemeinmedizin in ihrer Praxis, ab 9. Juni 2011;

MediClin MVZ Plau am See, zur Anstellung von Dr. med. *Helge
Iwersen-Schmidt* als FA für Neurologie im MVZ, ab 1. Juli 2011.

Widerruf der Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

MediClin MVZ Plau am See, zur Anstellung von Dr. med. *Mi-
chael Nichtweiß* als FA für Neurologie und Psychiatrie im MVZ,
ab 1. Juli 2011.

ROSTOCK

Ende der Zulassung

Dipl.-Med. *Christiane Scheibner*,

FÄ für Urologie in Rostock, endete mit Wirkung ab 1. Juli 2011;

Dipl.-Soz.-Päd. *Jan-Peter Vespermann*,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut für Rostock, endete mit Wirkung ab 1. März 2011.

Die Zulassung haben erhalten

Bianca Sayyad,
FÄ für Urologie für Rostock, ab 1. Juli 2011;

Dr. med. *Jens Schroeder*,
FA für Innere Medizin für Rostock für die hausärztliche Versorgung, ab 1. Januar 2011;

Beate Warncke,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin für Rostock, ab 1. Dezember 2011.

Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

Gemeinnützige MVZ der GGP Rostock GmbH, zur Anstellung von Dr. med. *Moritz Westhoff* als FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie im MVZ, ab 9. Juni 2011.

Ermächtigungen

Prof. Dr. med. *Rudolf Guthoff*,
Universitätsklinikum Rostock,
für konsiliarärztliche Leistungen im Rahmen des Fachgebietes Augenheilkunde auf Überweisung von niedergelassenen FÄ für Augenheilkunde und der ermächtigten Abteilung für Tropenmedizin und Infektionskrankheiten der Klinik für Innere Medizin des Universitätsklinikums Rostock, bis zum 30. Juni 2013;

Klinik für Strahlentherapie des Universitätsklinikums Rostock, Erweiterung der bestehenden Ermächtigung auf Überweisung von ermächtigten Ärzten der Universität Rostock, des Südstadtklinikums Rostock und der ermächtigten Universitätsfrauenklinik Rostock.

Beendigungen der Ermächtigung

Dr. med. *Christina Gerth-Kahlert*, Universitätsklinikum Rostock, mit Wirkung ab 1. Juni 2011;

Gemeinnütziges Sozialpädiatrisches Zentrum in Rostock gGmbH, gemäß § 95 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 27 Ärzte-ZV.

SCHWERIN/WISMAR/NORDWESTMECKLENBURG

Ende der Zulassung

Dipl.-Med. *Renate Lütke*,
FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Schwerin, endet mit Wirkung ab 4. Januar 2012.

Die Zulassung hat erhalten

Dr. med. *Anne-Luise Krambeer*,
FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde für Schwerin, ab 4. Januar 2012.

Ermächtigungen

Dr. med. *Helga Weinrich*,
HELIOS Kliniken Schwerin,
für radiologische Leistungen nach den EBM-Nummern 34246 bis 34248, 34251, 34252, 34280, 34281, 34260 auf Überweisung von Vertragsärzten, ermächtigten Ärzten und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen, bis zum 30. Juni 2012;

Wolfgang Schneider,
Arzt in Gägelow, bis zum 30. Juni 2013;

Dr. med. *Peter Winkler*,
HELIOS Kliniken Schwerin,
für Diagnostik und Therapie von Patienten mit Tumoren des Fachbereiches auf Überweisung von niedergelassenen Fach-

ärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie zur onkologischen Nachbetreuung der Patienten auf Überweisung von Vertragsärzten, bis zum 31. März 2013;
nicht abrechenbar sind Leistungen, die die Klinik gemäß §§ 115 a und b und 116 b SGB V erbringt.

STRALSUND/NORDVORPOMMERN

Ermächtigungen

Dr. med. *Elke Hamann*,
Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH,
für folgende Leistungen auf Überweisung von Vertragsärzten ermächtigt: ▶ Magen-/Darmdiagnostik im Rahmen des Fachgebietes ▶ komplexe radiologische und sonographische Mammadiagnostik ▶ internistische Röntgendiagnostik ▶ radiologische Gefäßdiagnostik ▶ urologische Röntgendiagnostik auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Urologie, bis zum 30. November 2012;

Dr. med. *Stefan Heinrich*,
HANSE-Klinikum Stralsund GmbH,
zur Durchführung spezieller proktologischer Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen FÄ für Innere Medizin/Gastroenterologie und niedergelassenen Fachärzten für Chirurgie, bis zum 31. Dezember 2012;

Prof. Dr. med. habil. *Matthias Birth*,
HANSE-Klinikum Stralsund GmbH,
Ermächtigung wird geändert: Ab 1. Juli 2011 ist die Durchführung spezieller proktologischer Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen FÄ für Innere Medizin/Gastroenterologie nicht mehr Bestandteil der Ermächtigung.

UECKER-RANDOW

Ermächtigungen

Dr. med. *Frank Parlow*,
Asklepios-Klinik Pasewalk,
für konsiliarärztliche Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen FÄ für Orthopädie und Chirurgie, bis zum 30. Juni 2013;

Dr. med. *Ruth Radmann*,
Asklepios-Klinik Pasewalk,
zur pädiatrischen Ultraschalldiagnostik nach den EBM-Nummern 33012, 33042, 33052 auf Überweisung von Vertragsärzten, bis zum 30. Juni 2013.

INFORMATIONEN

Die Praxissitzverlegung innerhalb des Ortes geben bekannt:

Michaela Scholz,
Fachärztin für Allgemeinmedizin,
neue Adresse: Breite Str. 19, 19089 Crivitz;

Dr. med. *Henri Ammenn*,
Facharzt für Innere Medizin/Pneumologie,
neue Adresse: Werkweg 1, 18273 Güstrow;

Dipl.-Psych. *Katrin Prante*,
Psychologische Psychotherapeutin,
neue Adresse: Stephanstr. 8A, 18055 Rostock.

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

Öffentliche Ausschreibungen

von Vertragsarztsitzen gem. § 103 Abs. 4 SGB V



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

Planungsbereich/Fachrichtung	Übergabetermin	Bewerbungsfrist	Ausschreibungs-Nr.
Schwerin			
Allgemeinmedizin	nächstmöglich	15. August 2011	06/06/11/1
Allgemeinmedizin	nächstmöglich	15. August 2011	17/07/11
Innere Medizin (<i>hausärztlich</i>)	Ende 2011	15. August 2011	15/04/11
Innere Medizin (<i>hausärztlich</i>)	nächstmöglich	15. August 2011	19/05/11/1
Rostock			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	2. Januar 2012	15. August 2011	15/07/11
Greifswald			
Allgemeinmedizin	nächstmöglich	15. August 2011	06/05/11/1
Güstrow			
Augenheilkunde	nächstmöglich	15. August 2011	05/05/11
Kinder- und Jugendmedizin	nächstmöglich	15. August 2011	13/05/09
Haut- und Geschlechtskrankheiten	nächstmöglich	15. August 2011	07/09/10
Parchim			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Juli 2012 (nach Absprache auch früher)	15. August 2011	13/04/11
Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz			
Kinder- und Jugendmedizin	nächstmöglich	15. August 2011	30/05/11/3
Kinder- und Jugendmedizin	1. April 2012	15. August 2011	11/07/11
Innere Medizin (<i>halber Vertragsarztsitz</i>)	nächstmöglich	15. August 2011	25/05/11
Uecker-Randow			
Neurologie und Psychiatrie	1. Januar 2012	15. August 2011	28/06/11
Stralsund/Nordvorpommern			
Kinder- und Jugendmedizin	1. Oktober 2011	15. August 2011	04/07/11

Die Ausschreibungen erfolgen zunächst anonym. Bewerbungen sind unter Angabe der Ausschreibungsnummer an die KVMV, Postfach 160145, 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.

Wir kümmern uns
um **Ihren Internetauftritt.**

Print | Web | CD | DVD



produktionsbüro TINUS | 19055 Schwerin | Großer Moor 34 | Telefon 0385.59382800 | Telefax 0385.593828022

Maler der Elemente: William Turner

Von Renate Ross*

Feuer, Wasser, Luft und Erde – diese vier Elemente – kombinierte William Turner wie kein anderer Maler seiner Zeit. Seine neue Art der künstlerischen Weltaneignung veranschaulichen 95 Gemälde und Aquarelle aus der Tate Gallery in London, weiteren britischen, deutschen und amerikanischen Sammlungen in der Ausstellung im Bucerius Kunst Forum in Hamburg.

Als schöpferische Prinzipien galten die vier Elemente nach dem griechischen Philosophen Empedokles bereits in der Antike. Diese Lehre ersetzten um 1800 Erkenntnisse über die 30 chemischen Elemente und



Neumond; oder "Ich habe mein Boot verloren ...", ausgestellt 1840, Tate London

bildeten die Grundlage für das moderne Periodensystem. Die Maler reagierten mit neuem Interesse an den elementaren Stoffen. Joseph Mallord William Turner, im Londoner Viertel Westminster am 23. April 1775 als Sohn eines Barbiers und Perückenmachers geboren, erlebt eine Zeit des Umbruchs der Ökonomie und des Lebens in England. 1787 begann er aus topographischen Stichwerken zu kopieren. Erste Aquarelle stellte der Vater im Geschäft aus und verkaufte sie für ein bis drei Schilling. Der junge William nahm Zeichen- und Aquarellunterricht, studierte an der Royal Academy of Arts und war eingebunden in die zeitgenössischen Forschungen der Naturwissenschaften. Den Maler, der früh die traditionellen Malwege der Götterdarstellung verließ, bewegte der Kampf der Naturkräfte, die durch Energie miteinander fusionieren. Während seiner Reisen – genauer künstlerische Expeditionen mit Naturstudien – war Turner auf der Suche nach einer stimmungsvollen Analyse der elementaren Verhältnisse, vor allem Licht und Farbe. Von großem künstlerischem Interesse

war der Regenbogen als die Lichterscheinung mit ihren Farben. Darin fand der Künstler seine Rezeption von Goethes Farbenlehre bestätigt. Sein von der Geologie geschulter Blick für Gesteinsarten spiegelt sich wider in gemalten Gebirgslandschaften und Erosionsmotiven. Unter dem Aspekt der monumentalen Bergwelten dominiert „Die Teufelsbrücke, Sankt Gotthard“ und unter dem des Gedächtnisses der Erde „Ein Bergpass um 1830“. Den Effekt wie im erwachenden Licht von „Morgen inmitten der Coniston Fells, Cumberland“ betrachtete Turner als grundlegend für sein Schaffen.

Etwa ein Drittel des Oeuvres sind Seestücke. Das Element Wasser ist überwiegend als bedrohlich gestaltet – ein für den Künstler immerwährender Kampf mit Sturm und Wellen. Präsent sind unter den erstmalig ausgestellten 15 Aquarellen seine ausdrucksstarken Werke „Sturm über dem Meer“ und „Stürmische See“. Phänomene des Wetters wie Wind, Sturm, Regenbogen und Gewitter reflektierte William Turner fast nur im Aquarell. Imponierend ist mit tobenden Wolken „Paestum im Gewitter“. Eine große Rolle spielt das Element Feuer. Die als Achtjähriger erlebte Feuersbrunst am 16. Oktober 1834 am Londoner Parlament blieb ein nachhaltiges Erlebnis. Seine Begeisterung für das venezianische Feuerwerk drückte Turner aus in Gouachen und Aquarellen, als er sich 1840 zum dritten Mal in der Lagunenstadt aufhielt. Ergriffen wurde der englische Künstler auch von der Vulkan-Mode. Nach spektakulärer Schilderung über den Ausbruch eines Vulkans auf der Karibikinsel Saint-Vincent malte er „Der Ausbruch des Soufriere auf der Insel Saint Vincent am 30. April 1812 um Mitternacht“. Zwei Jahre später entstanden „Der Zorn des Vesuvs“ und „Ausbruch des Vesuvs“. Feuriges Rot bestimmt die Atmosphäre, die das expressive Potential der Farben beleuchtet.

Während im unteren Oktogon des Kunstforums mit seinen frühen Werken vier große Bilder zu den Elementen Erde, Luft, Wasser und Feuer im Zentrum stehen, fasziniert im oberen Oktogon das farbgewaltige Spätwerk. Turner sprengte die konventionelle Landschaftsmalerei und führte die komponierten Elemente zur Abstraktion. Außergewöhnlich sind die von Wirbelstruktur geprägten Bilder „Der Abend der Sintflut“ und „Walfänger“. Die kreisende Dynamik zieht den Betrachter in das Bild hinein. William Turner hinterließ über 30000 Werke. Hoch verehrt wurde er 1851 in der Krypta von St. Paul's Cathedral, London, beigesetzt. „William Turner. Maler der Elemente“ wird bis zum 11. September 2011 (täglich 11 – 19 Uhr, donnerstags bis 21 Uhr) gezeigt.

* Renate Ross ist Journalistin in Schwerin.

Regional

Schwerin KVMV – 22. Oktober 2011

QM Termin für das 2. Halbjahr
22. Oktober 2011 – QMÄ-Grundlagenseminar

Uhrzeiten für QMÄ-Seminar: samstags von 9 bis 17 Uhr.

Inhalte: Grundlagen des Qualitätsmanagements; Vorbereitung der erfolgreichen Einführung eines praxisinternen QM-Systems; Zertifizierungsmöglichkeiten. Die Onyx-Integratives Gesundheitsmanagement GmbH bietet darüber hinaus noch praxisindividuelle QM-Einführungskurse vor Ort in der Praxis an. Dabei unterstützen wir auch gern bis zur Zertifizierungsreife durch den TÜV.

Teilnahmegebühr für QMÄ-Grundlagenseminar: 190 Euro (Ärztin/Arzt/Dienstleister, inkl. QM-Katalog und Verpflegung); 110 Euro (je QM-Beauftragte/r) auf Konto: Kennwort: QM/„Schwerin“ Onyx GmbH, Konto-Nr.: 0005333296, Bankleitzahl: 30060601, Deutsche Apotheker- und Ärztekasse Rostock.

Information/Anmeldung: Kassenärztliche Vereinigung M-V, Martina Lanwehr, Tel.: 03 85.74 31-375; Dr. Sabine Meinhold, Tel.: 03 97 71.5 91 20.

Überregional

Berlin – 17. bis 18. September 2011

Berufspolitische Seminarreihe

Hinweise: Ort: Michaelsen Palais, Schützenstr. 6a; Themen 17. bis 18. September 2011: Grundlagen der Gesundheitspolitik, Gesundheitssysteme im Vergleich, Ärzte und Medien, Funktion der Ärztekammern, Funktion der Kassenärztlichen Vereinigungen, das deutsche Gesundheitssystem aus Sicht der Politik;

Weitere Termine: 22. bis 23. Oktober 2011: medizinische Aus- und Weiterbildung: aktuelle Probleme und Reformbestrebungen, Rolle der freien Ärzteverbände, Grundlagen der Pharmapolitik, Vertragsarztrecht, Krankenhäuser – Organisation und Finanzierung, Ärztebedarf und Arztzahlenentwicklung; 19. bis 20. November 2011: Rednerschulung mit Video-Controlling – Schutzgebühr 20 Euro.

Information/Anmeldung: Johanna Czarnetzki, Tel.: 030. 20 62 08 52, Fax: 030.20 62 08 29, E-Mail: johanna.czarnetzki@hartmannbund.de, Referat Stiftungen und Seminare der Friedrich-Thieding-Stiftung des Hartmannbundes.

Fortbildung im Kassenärztlichen Notdienst

Infolge des guten Zuspruchs auf frühere Veranstaltungen findet im Oktober 2011 an insgesamt zwei Nachmittagen erneut eine Fortbildungsreihe zum Kassenärztlichen Notdienst statt.

Ziel der Veranstaltung ist die Vermittlung und Vertiefung von Kenntnissen, die für besondere Beanspruchungen im Notdienst erforderlich sind. Gerade vor dem Hintergrund der Notdienstverpflichtung aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ist die regelmäßige Auffrischung und Vertiefung der Kenntnisse wichtig.

Sämtliche in M-V vertragsärztlich tätigen Ärzte sowie Ärzte, die zusätzlich freiwillig am Kassenärztlichen Notdienst teilnehmen, haben die Möglichkeit, zu folgenden Themen fachliche Informationen – auch Tipps und Hinweise von erfahrenen Praktikern – zu erhalten:

- Der Kassenärztliche Notdienst – Erfahrungen eines Allgemeinmediziners
- Der kinderärztliche Notfall – häufig auftretende Diagnosen und deren Behandlung
- Der gynäkologische Notfall
- Augenerkrankungen und -verletzungen
- Der HNO-Notfall
- Der neuropsychiatrische Patient
- Die ärztliche Leichenschau.

Die kommende Veranstaltung wird im Hause der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern in Schwerin stattfinden.

Bei auftretenden Fragen oder wenn eine Teilnahme gewünscht wird, steht *Jenny Dorsch*, Abteilung Sicherstellung, Tel.: 03 85.74 31 152 oder per E-Mail: JDorsch@kvmv.de gern zur Verfügung.

Die genauen Termine werden in der kommenden Journal-Ausgabe und auf der Homepage der KVMV (www.kvmv.de) bekannt gegeben. *do*



Foto: Paul-Gregor Meißner/www.pxveto.de

50.**GEBURTSTAG**

- 1.8.** Dr. med. *Petro Markert*,
angestellter Arzt in Greifswald;
- 2.8.** Dr. med. *Karl Ulrich*,
niedergelassener Arzt in Jarmen;
- 3.8.** Dr. med. *Claudia Druse*,
niedergelassene Ärztin in Neubrandenburg;
- 3.8.** Dr. med. *Gabriele Krüger*,
niedergelassene Ärztin in Torgelow;
- 5.8.** Dr. med. *Liane Engelhardt*,
niedergelassene Ärztin in Rostock;
- 13.8.** Dr. med. *Ulf-Birger Riedel*,
niedergelassener Arzt in Demmin;
- 16.8.** Dipl.-Med. *Roland Vogt*,
niedergelassener Arzt in Lübz;
- 16.8.** Dr. med. *Nils Akkermann*,
niedergelassener Arzt in Bad Doberan;
- 27.8.** Dipl.-Med. *Uwe Potschwadek*,
niedergelassener Arzt in Rostock;
- 29.8.** Dipl.-Med. *Petra Baumann*,
niedergelassene Ärztin in Burow.

60.**GEBURTSTAG**

- 3.8.** Dipl.-Med. *Annelie Fentens*,
niedergelassene Ärztin in Wismar;
- 10.8.** Dr. med. *Michael Schütt*,
ermächtigter Arzt in Hagenow;
- 14.8.** *Richard Bader*,
niedergelassener Arzt in Woldegk;
- 28.8.** Dr. med. *Karin Krüger*,
niedergelassene Ärztin in Schwerin.

65.**GEBURTSTAG**

- 6.8.** Dr. med. *Peter Schwanitz*,
ermächtigter Arzt in Rostock;
- 16.8.** *Gertrud Schwarz*,
niedergelassene Ärztin in Neustrelitz;
- 30.8.** *Waltraud Neuenfeldt*,
niedergelassene Ärztin in Neustadt-Glewe.

70.**GEBURTSTAG**

- 1.8.** Dr. med. *Horst Conradt*,
niedergelassener Arzt in Rostock;
- 15.8.** Dr. med. *Marianne Pardeyke*,
niedergelassene Ärztin in Bützow;
- 24.8.** Dr. med. habil. *Ilona Rjasanowski*,
Einrichtungssärztin in Karlsburg;
- 27.8.** MR Dr. med. *Gerhard Schulz*,
angestellter Arzt in Krakow am See.

NAMENSÄNDERUNG

Cornelia Buchholz, seit dem 1. April 1991 niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin in Grevesmühlen, führt nun den Namen *Oemler*.

Dipl.-Med. *Karin Heuer*, seit dem 1. Februar 1992 niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin in Kühlungsborn, führt nun den Namen *Nowitzki*.

Wir gratulieren...

allen auf das Herzlichste und wünschen Ihnen
beste Gesundheit und allzeit gute Schaffenskraft!

*Güte ist, wenn man das
leise tut, was die anderen
laut sagen.*

Friedl Beutelrock



Foto: Halina Zaremba/www.pixelio.de

WIR TRAUERN UM

SR *Helga Berger*, geb. 26.11.1938,
verstorben am 4.6.2011, Plau am See.

Dr. med. *Gerd Berger*, geb. 25.6.1938,
verstorben am 6.6.2011, Plau am See.

PD Dr. med. habil. *Manfred Belusa*, geb. 10.3.1938,
verstorben am 17.6.2011, Neu Zierhagen.

Priv.-Doz. Dr. med. *Jörg Emmrich*, geb. 21.11.1952,
verstorben am 25.6.2011, Rostock.

Dipl.-Med. *Gerrit Tolkemitt*, geb. 23.12.1942,
verstorben am 7.7.2011, Rostock.

Der andere Weg nach Machu Picchu – Trekking de Luxe

Von Dr. Bodo Seidel*

Auf der Suche nach Bergabenteuern stand einmal nicht das Extreme, sondern der Wunsch nach neuen Bergwelten und auch etwas Komfort im Vordergrund. Genau dies fanden wir mit der Bergreise „Trekking de Luxe – Mountain Lodges of Peru“ im Katalog eines Bergspezialisten. Im Oktober 2010 begann die Planung der Bergreise gemeinsam mit Neubrandenburger Bergfreunden. In Vorbereitung des Höhengaufenthaltes nutzen wir dabei das Höhentrainingszentrum im Hotel „Bornmühle“ am Tollensesee.

Dann ging es Ende Mai 2011 auf große Reise. Erste Station nach zwölf Stunden Flugzeit war Lima, die Hauptstadt Perus. Von zwölf Tourteilnehmern kam allein die Hälfte aus M-V. Der erste Tag hier war mit interessanten Besichtigungen der Altstadt gefüllt. Mit der Zeitumstellung kämpften allerdings alle. Aber die Höhenanpassung war optimal gestaltet mit Besichtigungen der unterschiedlichsten Orte in Höhen bis zu 4900 Metern. Allein der Titicacasee liegt schon 3800 Meter über dem Meeresspiegel. An allen Stationen gab es Führungen, Besichtigungen von historischen Zentren, von Klöstern und Märkten. Am Colca Canyon riskierten wir nicht nur einen Blick in die tiefste Schlucht der Erde, wir wanderten hier und waren fasziniert vom Flug des Kondors und sahen auch Vikunjas, Lamas und Alpaccas. Die zehnstündige Fahrt mit der fauchenden Andenbahn in die Inkahauptstadt Cusco durch die melancholische Weite des Altiplano-Hochlands über die Paßhöhe La Raya auf 4313 Meter mit kurzem Halt war ein überwältigendes Erlebnis. Überall fanden wir Spuren der Inkas, Reste des Sonnentempels, aber auch die Bauten der spanischen Eroberer.

Am 9. Reisetag nahm dann endlich die ersehnte Trekkingtour ihren Anfang. Unser Marsch begann auf einer Höhe von 3300 Metern. Ein Teil unseres Gepäcks wurde auf Lasttiere verladen, übrig blieb nur der Tages-

rucksack. Diese Etappe hat eine Länge von ca. 12 Kilometern, geht 750 Meter hoch und 250 Meter bergab. Kurz vor dem Sonnenuntergang erreichten wir die fantastisch gelegene Salkantay Lodge auf 3800 Metern Höhe. Den Nachtschlaf genossen wir dann in exklusiven Doppelzimmern mit Dusche und nicht in Zelten – wie bei der Besteigung des Kilimandscharo oder auf Tischen und Bänken wie am Mont Blanc in einer Hütte.

Im Banne der Gletscher Salkantay (6270 Meter) und Humantay (5917 Meter) wanderten wir am Folgetag durch ein malerisches Hochtal zum zauberhaften Humantay-Gletschersee. Einige Mutige von uns badeten im sechs Grad grünblauem See. In einem Zusatzprogramm mit acht Tourteilnehmern erklommen wir dann auch noch den Hausberg der Lodge mit genau 4600 Metern Höhe. Gipfelfoto mit Inkakreuz, herrlicher Blick auf die wunderbare Bergwelt und Pause unter azurblauem Himmel entschädigten uns für den mühsamen Anstieg. Der dritte Wandertag begann um 7.30 Uhr. Er ging durch die Hochebene von Soraypampa, bis vor die Eisabbrüche des Salkantay-Gletschers. Gegen 11 Uhr waren wir auf dem Soray-Pass in 4535 Metern Höhe, dem eigentlich höchsten Punkt der Trekkingtour. Nach dem Abstieg, mit bester Versorgung für das leibliche Wohl und vielen zusätzlichen Informationen über das Leben der Inkas übernachteten wir wieder fürstlich in einer Lodge.

Am nächsten Morgen begann für einige Unentwegte von uns eine Wanderung sehr früh in völliger Dunkelheit. Wir nutzten Stirnlampen, brauchten Mütze und Handschuhe und die atmungsaktive Bergjacke. Der Sonnenaufgang war fantastisch. Nach ca. 400 Höhenmetern erreichten wir im warmen Licht der Morgensonne einen doppelten Bergsee am Fuße des Humantay. Die obligate Tageswanderung führte uns erst über ein karges Hochland, dann durch dichten Bergnebelwald – am Wegesrand immer wieder Orchideen – und endete in der üppig grü-



Foto: Martin St-Amant/de.wikipedia.org/

▼
nen Landschaft der Messada. An diesem Tag wurde uns ein fantastisches Essen aus dem Erdofen-Pachamanca gereicht. Höhepunkt dieses Menüs war dann das peruanische Nationalgericht – Meerschweinchen. Die folgenden Tage wanderten wir auf dem historischen Inka-Trail, auf Inkatreppen durch Obst- und Kaffeeplantagen. Wir besuchten einheimische Kaffeebauern und wurden dabei in die Kunst des Kaffeeröstens eingeweiht.

Machu Picchu – Weckruf 4 Uhr, Frühstück 5 Uhr, Busfahrt 6 Uhr und um 7 Uhr erreichten wir als einer der ersten Touristengruppen das geheimnisvolle Machu Picchu in 2450 Metern Höhe, eines der sieben Weltwunder. Die aufgehende Sonne ließ die versunkene Inkastadt in einem mystischen Licht erscheinen. Wir bestiegen mit dem 300 Meter herausragenden hohen Huayana Picchu unseren letzten Tourberg und erkundeten im Gipfelbereich die beeindruckenden Ruinen der Inkas. Höhenangst begleitete zahlreiche Bergkletterer und ließ den ersten Teil des Abstieges überaus gefährlich erscheinen. Dann folgte eine traumhafte Führung durch das Weltwunder unter Erklärungen und Demonstrationen unseres Bergführers. Machu Picchu war der

Höhepunkt der Tour und dies, obwohl wir jetzt am Tage den ersten Massentourismus unseres gesamten Aufenthaltes in Peru erlebten. Am Pfingstsonntag besuchten wir noch einen Gottesdienst in der Kathedrale und erlebten ein Volksfest mit Trachtenumzug auf Cuscos Hauptplatz.

Gegen Abend ging unser Rückflug in Etappen über Lima und Madrid nach Berlin, wo wir am Pfingstmontag gegen 21 Uhr landeten. Hinter uns lagen ca. 950 Kilometer Busfahrt, insgesamt drei Zugfahrten, ein Bootsausflug, 88 Kilometer Wanderweg mit 4700 Metern Aufstieg und 6200 Metern Abstieg und eine Unmenge von wunderschönen Erlebnissen eines einzigartigen Trekking-Konzeptes zum Kennenlernen Perus. Im Einflussgebiet der Lodgen werden auch mit diesen Touren Programme zur Bekämpfung der Armut durch die Organisation „Yanapana Peru“ realisiert. Spenden tragen dadurch zu besserer Bildung, Gesundheitsversorgung, Ernährung und auch Bekleidung bei.

** Dr. med. Bodo Seidel ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Neubrandenburg.*

Kreisstellen der Kassenärztlichen Vereinigung M-V

1 ► Greifswald

Wolgaster Straße 1, 17489 Greifswald,
Tel.: 038 34.89 90 90, **Fax:** 038 34.89 90 91
Dr. med. *Hans-Jürgen Guth*,
Praxis – Tel.: 038 34.58 51 80;

2 ► Güstrow

Rövertannen 13, 18273 Güstrow,
Tel.: 038 43.21 54 43, **Fax:** 038 43.21 54 43
Dipl.-Med. *Ingrid Thiemann*,
Praxis in Bützow – Tel.: 038 46.12 46 7;

3 ► Ludwigslust

Gartenstraße 4, 19294 Neu Kaliß,
Tel.: 038 758.36 46 0, **Fax:** 038 758.36 46 1
Dr. med. *Silvio Mai*,
Praxis Neu Kaliß – Tel.: 038 758.36 46 0;

4 ► Malchin

Heinrich-Heine-Str. 40, 17139 Malchin,
Tel.: 039 94.63 28 35, **Fax:** 039 94.29 91 79
Dirk Woidich,
Praxis – Tel.: 039 94.22 47 47;

5 ► Neubrandenburg

An der Marienkirche, 17033 Neubrandenburg,
Tel.: 039 55.44 26 13, **Fax:** 039 55.58 47 80
Dr. med. *Victor Harsch*,
Praxis – Tel.: 039 55.42 25 74 3;

6 ► Neustrelitz

Friedrich-Wilhelm-Str. 36, 17235 Neustrelitz,
Tel.: 039 81.20 52 04, **Fax:** 039 81.20 52 12
Dr. med. *Peter Schmidt*,
Praxis in Waren – Tel.: 039 91.73 26 99;

7 ► Parchim

Lübzer Str. 21, 19370 Parchim,
Tel.: 038 71.21 39 38, **Fax:** 038 71.62 99 53
Jörg Menschikowski,
Praxis – Tel.: 038 71.21 27 60;

8 ► Pasewalk

Prenzlauer Str. 27, 17309 Pasewalk,
Tel.: 039 73.21 69 62, **Fax:** 039 73.21 69 62
Dipl.-Med. *Jürgen Pommerenke*,
Praxis in Rollwitz – Tel.: 039 73.44 14 14;

9 ► Rostock

Paulstraße 48-55, 18055 Rostock,
Tel.: 038 1.377 74 79, **Fax:** 038 1.377 74 97
Dipl.-Med. *Thomas Hohlbein*,
Praxis – Tel.: 038 1.311 14 7;

10 ► Schwerin

Neumühler Str. 22, 19057 Schwerin,
Tel.: 038 57.43 13 47, **Fax:** 038 57.43 11 51
Dipl.-Med. *Siegfried Mildner*,
Praxis – Tel.: 038 57.39 71 59;

11 ► Stralsund

Bleistr. 13 A, 18439 Stralsund,
Tel.: 038 31.25 82 93, **Fax:** 038 31.25 82 93
Dr. med. *Andreas Krüger*,
Praxis – Tel.: 038 31.49 40 07;

12 ► Wismar

Lübsche Str. 148, 23966 Wismar,
Tel.: 038 41.70 19 83, **Fax:** 038 41.32 72 33
Dr. med. *Peter-Florian Bachstein*,
Praxis – Tel.: 038 41.72 88 31.

