

# Journal

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG Mecklenburg-Vorpommern



Qualitätssicherung – Seiten 6 bis 10

**Kodieren im Fokus –  
Sucht**

Justizariat – Seite 11

**Abrechnung ärztlicher  
Folgebehandlungen**

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,**

für das Jahr 2011 hat das Bundesgesundheitsministerium ein „Versorgungsgesetz“ angekündigt. Anlass genug für manchen Politiker, sich ins rechte Licht rücken



Foto: KVMV

*Dr. med. Dieter Kreye*

*Stellvertretender Vorsitzender  
des Vorstandes der KVMV*

zu wollen. Die ersten Prachtblüten haben das Licht der Welt ja auch schon erblickt, aber der Reihe nach ...

Den Anfang machte die Arbeitsgruppe Gesundheit der CDU mit dem wohl mehr aus der Feder der KBV stammenden so genannten „Spahnpapier“. Hier sind viele Gedanken eingeflossen, die aus ärztlicher Sicht geeignet sind, das System deutlich effektiver zu machen.

Der unter der Rubrik „Gleichbehandlung“ propagierte Vorschlag „Ein- und Zwei-Bett-Zimmer für alle“ trifft uns nicht, allerdings sollten seine Schöpfer mal in ihren Versicherungspolice nachschauen, für diesen Komfort erheben die Privatversicherer einen Zusatzbeitrag. Und ein solches „Mehr“ kann auch jeder GKV-Versicherte abschließen. Ohnehin bleibt der Eindruck, dass die Politiker sich in der realen Welt nicht so recht auskennen. Stichwort Zwei-Klassen-Medizin: Während der Leistungsanspruch von gesetzlich Krankenversicherten bekanntlich auf zweckmäßige und wirtschaftliche Maßnahmen beschränkt ist, gibt es Derartiges selbst nach einer 13-jährigen Ära Schmidt für Privatversicherte nicht. Eine unterschiedliche Herangehensweise ist somit gesetzlich gewollt! Da wäre also zunächst der Gesetzgeber gefordert, die Rechtsgrundlage zu ändern, wenn er denn will.

Anders die Denkweise bei der SPD. Sie will eine drakonische Bestrafung der Ärzte, wenn Patienten nicht innerhalb von fünf Tagen einen Termin bekommen. Da scheinen nicht nur die Haare auf dem Kopf durcheinander gekommen zu sein. Wie tief muss der Hass gegen die Ärzteschaft sitzen, wenn solch Unfug publiziert wird. Dabei sollten wir uns schon aus Eigeninteresse der Frage der Terminwartezeiten doch etwas näher widmen. Es dürfte unstrittig sein, dass es hier Probleme gibt. Und wir sollten handeln, bevor ratlose Politiker in der Öffnung der Krankenhäuser eine vermeintliche Lösung finden.

Wartezeiten sind wohl weniger im Status der Versicherten als in den vorhandenen Rahmenbedingungen begründet.

Ich halte es aber für illusorisch, in der Zukunft auf einen breiten Nachwuchsstrom zu hoffen, dafür war die Geburtenrate einfach zu niedrig. Es sollte allerdings sehr intensiv versucht werden, ausgewanderte Mediziner wieder nach Deutschland in die Versorgung zurück zu holen. Wenn wir darüber hinaus die hier Tätigen von der unsäglichen Bürokratie entlasten würden, hätten wir auf Jahre keinen Mangel an ärztlicher Arbeitskraft. Ein weiteres Hauptproblem sehe ich darin, dass die Lösung von Problemen zu häufig an der falschen Stelle stattfindet.

Dafür gibt es verschiedene Ursachen. Zunächst sind die Patienten in die Steuerung gar nicht eingebunden, wohl ein Hauptmangel im System. Der EBM lenkt – anders als die GOÄ – mit seinem hohen Pauschalierungsgrad die ärztlichen Aktivitäten eher auf das konservierende Kontrollieren vermeintlich Kranker und auf langgezogenes statt rasches Lösen gravierender gesundheitlicher Probleme. Hier besteht die eigentliche Benachteiligung der gesetzlich Krankenversicherten im Vergleich zu den Privatpatienten.

Das System der Richtgrößenprüfung und die daraus möglicherweise resultierenden existenzbedrohenden Regresse führen nicht selten zu einem ärztlich veranlassten Patiententourismus, der dann wieder anderweitig dringende Termine blockiert. Hier sollten wir die mit den Kassen vereinbarte Aussetzung der Prüfungen bei einer 90-prozentigen aut-idem-Zulassung konsequent nutzen.

Darüber hinaus sind wir alle aufgefordert, wo immer möglich, auf das angekündigte Versorgungsgesetz dahingehend Einfluss zu nehmen, die Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige, effiziente und zügige Lösung von Patientenproblemen zu schaffen. Auf einem toten Gaul können weder Patienten noch Ärzte reiten. Noch ist das Pferd „Gesundheitswesen“ gut im Trab. Damit es so bleibt – packen wir es an!

## Inhaltsverzeichnis

### Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung

Wer diskutieren will, muss definieren .....	4
Arztsuche über iPhone möglich.....	5

### Qualitätssicherung

Die Kodierung im Fokus – Sucht .....	6
KBV zur Ambulanten Kodierrichtlinie .....	9
Alkohol – nicht nur ein Problem der jungen Menschen.....	9
Rösler will Verlängerung der Übergangsfrist zur Einführung der AKR .....	10

### Justizariat

Folgebehandlungen nach Schönheitseingriffen .....	11
---	----



### Abrechnung

EBM-Änderungen zum 1. April 2011 .....	12
Fortbildungsprogramm Hautkrebs-Screening .....	12

### Medizinische Beratung

Arzneimittel-Richtlinie – KONKRET .....	13
---	----

### Arzneimittelkosten-Information

Arzneimittelverordnungen, Richtgrößen, aut idem... ..	14
Moderatorenschulung für Qualitätszirkel .....	14

### Vertragsabteilung

Zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen – Kündi- gung des Vertrages mit der BIG direkt gesund.....	15
--	----

### Informationen und Hinweise

Warnemünder Tage für Komplementärmedizin .....	15
JADe – Junge Allgemeinmedizin Deutschland .....	16
Forderung ärztlicher Atteste.....	16



AOK Nordost setzt auf Kooperation vor Ort .....	17
---	----

### Ermächtigungen und Zulassungen .....

Gründung der Tinnitus-Selbsthilfegruppe „Ohrwurm“ in M-V .....	20
---	----

### Öffentliche Ausschreibungen .....

.....	21
-------	----

### Feuilleton

Werkschau – Bilder einer Epoche: Gerhard Richter.....	22
---	----

### Personalien .....

32. Sportweltspiele 2011 .....	23
--------------------------------	----

### Soziales Engagement

Wenn einer eine Reise tut – Sri Lanka .....	24
---	----

### Veranstaltungen .....

Ausstellung bricht Tabu des Sterbens .....	27
Fritz Eisel .....	27
4. Golfturnier .....	27

### Impressum .....



#### Titel:

Kinderfasching,  
**Fritz Eisel**  
1988, Öl auf Leinwand

(Abdruck mit freundlicher  
Genehmigung von Paul  
Eisel, siehe auch Seite 27)

# Rationalisierung, Rationierung und Priorisierung

Prof. Dr. med. Fritz Beske

## Wer diskutieren will, muss definieren

„Rationalisierung vor Rationierung“, „Rationalisieren statt rationieren“, „Wir lehnen die Rationierung, die Verweigerung notwendiger Leistungen kategorisch ab“ oder „Jede Diskussion über Rationierung und



Foto: IGSF Kiel

Prof. Dr. med. Fritz Beske  
(MPH),  
Fritz Beske Institut  
für Gesundheits-System-  
Forschung Kiel

**Priorisierung wird als unethisch abgelehnt“ – dies sind gängige Aussagen zu einer Diskussion über die Problematik von Rationierung und Priorisierung im Gesundheitswesen, eine Diskussion, die an Bedeutung gewinnt. Grund hierfür ist auch die mit diesen Aussagen provozierte implizite Rationierung, eine Art der Leistungseinschränkung, die einhellig abgelehnt wird. Niemand jedoch, der über Rationierung und Priorisierung spricht, definiert, wo-**

**rüber er spricht. Damit wird eine Diskussion über zwei Begriffe geführt, für die es keine allgemein anerkannten Definitionen gibt.**

Anders ist es mit der **Rationalisierung**. Dies ist ein volkswirtschaftlicher Begriff, der bedeutet, dass mit gleichen Mitteln mehr Güter oder Dienstleistungen oder die gleichen Güter oder Dienstleistungen mit weniger Mitteln produziert werden können. Diese Begriffsbestimmung ist allgemein anerkannt und unumstritten. Rationalisierung ist auch für das Gesundheitswesen von Bedeutung, denn es gibt wohl kaum einen Leistungs- oder Verwaltungsbereich, in dem nicht rationalisiert werden kann. Die ökonomischen Vorteile von Rationalisierung kommen jedoch im Wesentlichen nur derjenigen Institution zugute, die rationalisiert, dies meist auch nur mittel- oder langfristig. Es kommt damit zu keiner über die eigene Institution hinausgehenden Einsparung im Gesundheitssystem insgesamt. In der Öffentlichkeit werden immer wieder Einsparpotenziale

im Gesundheitswesen durch Rationalisierung in Milliardenhöhe behauptet, wobei niemals auch nur im Ansatz versucht worden ist, das behauptete Einsparpotenzial zu begründen, zu berechnen oder die behaupteten Einsparungen in irgendeiner Form zu belegen. Anfragen unseres Instituts bei Autoren sind stets unbeantwortet geblieben. Sollte also mit der Feststellung, rationalisieren statt rationieren, die Auffassung verbunden sein, dass Rationalisierung eine Diskussion über Rationierung überflüssig macht, so geht diese Feststellung ins Leere. Das Wort Rationierung leitet sich von lateinisch ratio ab, was Vernunft oder Verstand bedeutet. Rationierung ist daher von seinem Ursprung her ein wertneutraler Begriff. Rational bedeutet vernünftig, zweckmäßig oder schlüssig. **Rationierung** wäre damit im Gesundheitswesen die sinnvolle, die vernünftige, die rationale Verwendung begrenzter Mittel, der bestmögliche Einsatz begrenzter Ressourcen mit einem Optimum an Versorgung und bestmöglichem Resultat. An keiner Stelle wird Rationierung als die Vorenthaltung notwendiger Leistungen so definiert, wie es unglückseligerweise in die öffentliche Diskussion eingebracht worden ist. **Mit der Begründung, dass Rationierung gleichzusetzen ist mit der Verweigerung einer notwendigen Versorgung, wird jede Diskussion über Rationierung abgelehnt, da die Verweigerung notwendiger Leistungen nicht diskussionsfähig ist.** Es dürfte schwer sein, diese Belastung des Begriffs Rationierung in der öffentlichen Meinung dauerhaft zu korrigieren.

### Explizite und implizite Rationierung

Es gibt zwei Formen von Rationierung, die explizite und die implizite Rationierung. **Explizite oder offene Rationierung ist eine öffentlich gemachte, begründete und damit transparente Nichtgewährung von Leistungen.** Auch die Einführung oder Erhöhung von Zuzahlungen kann als explizite Rationierung bezeichnet werden. Implizite oder heimliche, stille, verborgene, verdeckte, unkontrollierte oder versteckte Rationierung ist jede Form der Rationierung, die nicht öffentlich gemacht wird. Wartezeiten zum Beispiel können eine Form der impliziten Rationierung sein. Budgets können dann zu impliziter Rationierung führen, wenn ihr Volumen nicht ausreicht, um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. In staatlich finanzierten Gesundheitssystemen sind Budgets eine übliche Form der Finanzierung von

▼  
Gesundheitsleistungen mit einer Tendenz zur impliziten Rationierung. **Die implizite Rationierung ist die ungerechteste und unsozialste Form von Leistungseinschränkung überhaupt. Sie ist zufallsbedingt und wahllos und kann damit gerade diejenigen von Leistungen ausschließen, für den diese Leistungen notwendig und bedarfsgerecht sind.**

**Priorisierung** geht auf den lateinischen Wortstamm „prior“ zurück, der drei Bedeutungen hat: der Vordere oder Vorderste, der Erste oder Frühere und der Höherstehende oder Wichtigere. Im Französischen wird „priorité“ als Vorrang definiert. Dementsprechend geht es bei der Priorisierung um Vorrangiges und Nachrangiges, um Prioritäten und um Posterioritäten.

Vertikale Priorisierung ist in der Medizin die Aufstellung einer Rangordnung, einer Hierarchie innerhalb eines bestimmten und abgegrenzten Versorgungsbereichs, einer bestimmten Indikation oder eines bestimmten Krankheitsbildes, zum Beispiel Kardiologie, Diabetes oder Onkologie. Es ist eine Rangfolge der jeweiligen Behandlungsmöglichkeiten in Diagnostik und Therapie. Vertikale Priorisierung kann eine Form von Qualitätssicherung sein.

**Horizontale Priorisierung ist die Gewichtung unterschiedlicher Versorgungsbereiche, Indikationen und Krankheiten. Es ist die Allokation von Finanzmitteln nicht nur für einzelne Krankheiten oder Krankheitsgruppen, sondern für eine Gesundheitsversorgung insgesamt und damit für ein vollständiges Gesundheitssystem.** Eine horizontale Priorisierung ist bisher noch für kein Gesundheitssystem angegangen worden. Für eine Reihe von Politikbereichen wird gesagt, die Gesellschaft müsse wissen und sagen, was ihr dieser Politikbereich wert ist.

**Beispiele sind:** ▶ innere und äußere Sicherheit

- ▶ Familie
- ▶ Bildung
- ▶ Forschung
- ▶ Versorgung der Alten
- ▶ Gesundheit.

Die Zuordnung von Mitteln zu einzelnen Politikbereichen ist eine Form von horizontaler Priorisierung, dies im politischen Bereich allerdings ohne wissenschaftliche Begründung so, wie es für den Gesundheitsbereich gefordert werden muss.

### Neubestimmung des Leistungskatalogs der GKV

Der heutige Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) dürfte in absehbarer Zeit aufgrund der demografischen Entwicklung und des medizinischen Fortschritts, aber auch wegen der zu erwartenden Umstellung der Finanzierung der GKV von

einer bedarfsbestimmten in eine einnahmeorientierte Finanzierung, unfinanzierbar sein. Gefordert werden muss zunächst eine Neubestimmung der Aufgaben der GKV im SGB V mit dem Schwerpunkt Versorgung im Krankheitsfall, ergänzt um definierte Präventionsaufgaben, insgesamt eine Konzentration auf notwendige Leistungen. Dies wäre nach der hier vorgelegten Definition eine Verbindung von expliziter Rationierung und horizontaler Priorisierung.

#### **Anschrift des Verfassers:**

Prof. Dr. med. *Fritz Beske* (MPH), Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel, Weimarer Straße 8, 24106 Kiel

*Abdruck mit freundlicher Genehmigung von „Arzt und Krankenhaus“ (Heft 1/2011)*

## Arztuche über iPhone möglich

**Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat eine eigene Applikation für das iPhone und das iPad entwickelt. Die „BundesArztuche“ steht kostenlos zur Verfügung.**

Jeder kann sich die Applikation auf sein iPhone laden und damit an jedem beliebigen Ort in Deutschland nach einem Arzt oder Psychotherapeuten suchen. Dieser kostenlose Service von KBV und KVen ist für die Versicherten aller Krankenkassen.

Die Applikation bietet eine Schnellsuche und eine Detailsuche. Man kann innerhalb von Sekunden den nächsten Orthopäden oder Kinderarzt finden. Wer genauere Fachgebiete oder Zusatzbezeichnungen braucht, findet diese in den Untermenüs.

Die Ergebnisse zeigt das Programm in einer Liste oder auf einer Landkarte um den eigenen Standort an. **Durch Anklicken eines Arztes bekommt der Nutzer Adresse, Telefonnummer, Fachgebiete, Zusatzbezeichnungen und Sprachen genannt. Den Weg zum Arzt zeigt die iPhone-Navigation auf einer Karte ebenfalls an.**

In der Detailsuche lässt sich beispielsweise abfragen, ob im Umkreis von zwanzig Kilometern ein Kinderarzt mit dem Fachgebiet Kinderkardiologie zu finden ist. Auch die gezielte Suche über den Namen eines Arztes ist möglich.

Weitere Informationen sind auf der Seite: [www.kbv.de/arztuche/iphoneApp.html](http://www.kbv.de/arztuche/iphoneApp.html) zu finden. *kbv/stt*

## Die Kodierung im Fokus

Autoren\*

Auch wenn die Einführung der Ambulanten Kodierrichtlinien voraussichtlich um ein weiteres halbes Jahr verschoben wird (siehe auch Brief des Ministers auf Seite 10), hat die korrekte Dokumentation der Behandlungsdiagnosen eine hohe Bedeutung für dieses Bundesland. Die finanziellen Zuweisungen an die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds erfolgen bereits heute vorrangig aufgrund der mittels ICD-Diagnosen dokumentierten Morbidität des stationären und ambulanten Bereiches. Voraussichtlich ab 2013 soll auf der Basis der heute von den Vertragsärzten dokumentierten Morbidität auch die Verteilung der finanziellen Mittel für die ambulante medizinische Versorgung länderspezifisch erfolgen. Aus diesem Grunde wird die KVMV auch weiterhin in loser Folge über die korrekte Anwendung der ICD-Diagnosen zur Dokumentation wichtiger Erkrankungen informieren.

## Sucht – Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen

Die Abhängigkeit von Alkohol, Drogen, Medikamenten, Schlafmitteln, Tabletten, Nikotin, Kaffee und anderen Suchtmitteln nennt man **Sucht**, oder auch „schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit von psychoaktiven Substanzen“.

Sucht ist ein gewaltiges Problem, das sich nicht an Schichten oder Bildungsstandards hält, sondern alle Bevölkerungsschichten betrifft.

Fast jeder fünfte Erwachsene in Deutschland raucht, obwohl mittlerweile den meisten bekannt sein dürfte, was die Folgen sind bzw. sein können.

Stoffe, die süchtig machen, beeinflussen sowohl Körper als auch Psyche. Meist sorgen sie dafür, dass man kurzzeitig in einen Zustand kommt, der als schöner, ruhiger oder lockerer erlebt wird, als ohne die Substanzen. Das Problem hierbei ist nur, dass sich Menschen an solche Zustände sehr schnell gewöhnen können und diese so häufig wie möglich erleben wollen. Das kann zur Abhängigkeit führen. Eine Sucht wird dabei anfänglich häufig verneint.

Wie viele Menschen letztendlich die Kriterien für eine Abhängigkeit erfüllen, kann nur geschätzt werden. Da es typischerweise zu der Störung gehört, dass die Sucht geleugnet wird, versucht man sich verschiedener Statistiken (z.B. Krankenhausstatistiken, Unfallstatistik oder Verhaftungen wegen Drogenbesitzes) zu bedienen.

Die häufigste Suchterkrankung ist die Tabakabhängigkeit. Statistiken gehen von mindestens zehn Millionen Abhängigen aus. Die zweithäufigste Suchterkrankung in Deutschland ist die Alkoholabhängigkeit, der Alkoholismus. Etwa 2,5 Millionen leiden gesichert an dieser Erkrankung. Es gibt auch Schätzungen, die von einer Häufigkeit von zehn bis fünfzehn Prozent, also acht bis zwölf Millionen Kranken ausgehen.

Etwa 1,5 Millionen Menschen in Deutschland (darüber sind unterschiedliche Angaben im Internet zu finden) leiden an einer Medikamentenabhängigkeit, beispielsweise von Schmerzmitteln, Beruhigungsmitteln oder Schlafmitteln. Bezüglich der so genannten illegalen Drogen (Heroin,

Kokain etc.) schwanken die Zahlen der Erkrankten zwischen 90.000 und 160.000.

In M-V wurden im Jahre 2010 insgesamt 376 Opiat-abhängige substituiert, 30 davon kamen als „Urlauber“ nach M-V (z. B. aus Bayern, Nordrhein-Westfalen, Hansestadt Hamburg). Bei 14 Patienten ist eine Abdosierung erfolgreich gelungen. Der älteste substituierte Patient war Jahrgang 1952. Da die acht Schwerpunktpraxen (s.: [www.kvmv.de](http://www.kvmv.de) ▶ Für Ärzte ▶ Praxisservice ▶ Qualitätssicherung ▶ Schwerpunktpraxen ▶ Sucht) für eine flächendeckende Substitution nicht ausreichen, werden sie von weiteren 18 Ärzten unterstützt, die nach Konsiliarregelung bis zu drei Opiatabhängige substituieren. Abgesehen von der Medikamentenabhängigkeit finden sich in der Gruppe der Kranken deutlich mehr Männer als Frauen. Das typische Einstiegsalter für Tabak und Alkohol liegt zwischen dem 16. und 18. Lebensjahr.

**Um die Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung stellen zu können, müssen mindestens drei der folgenden Kriterien erfüllt sein:**

- 1. Starker Wunsch oder Zwang**, eine Substanz zu konsumieren oder etwas immer wieder zu tun. So verspürt ein alkoholkranker Mensch ein starkes Verlangen nach dem nächsten Schluck, der Nikotinsüchtige die Gier nach der nächsten Zigarette. Dieses Verlangen kann auch dann stark sein, wenn noch keine körperliche Abhängigkeit vorhanden ist, also keine körperlichen Symptome beim Entzug auftreten.
- Ein zweites Kennzeichen einer Sucht ist der **Kontrollverlust**. So ist beispielsweise ein Alkoholkranker kaum in der Lage zu kontrollieren, wann er trinkt, bzw. wann er mit dem Trinken aufhört und wie viel Alkohol er konsumiert.
- Aus der Unfähigkeit, den Konsum einer Droge zu kontrollieren bzw. auf ein bestimmtes Verhalten zu verzichten, resultiert der **Verlust zur Abstinenz**. Dies geht soweit, dass der suchtkranke Mensch selbst dann auf seine Drogen nicht verzichten kann, wenn



- ▼
- die Sucht bereits schwere gesundheitliche oder soziale Konsequenzen hat.
4. Menschen, die in eine Sucht schlittern, brauchen immer größere Mengen ihrer Droge, um den gleichen Effekt zu erzielen. Der Körper gewöhnt sich an die Droge, der Konsum steigt. Die Toleranzgrenze steigt.
  5. Die heftigsten Entzugserscheinungen treten beim Absetzen harter Drogen wie Heroin, aber auch bei Alkoholikern beim Entzug auf. Sie reichen von verhältnismäßig leichten Symptomen wie Schwitzen, Frieren und Zittern bis hin zu starken Gliederschmerzen, Schlafstörungen, Halluzinationen und Kreislaufzusammenbrüchen. Da die Gier nach der Droge dabei ins Unermessliche wächst, ist ein Entzug aus eigener Willenskraft kaum zu schaffen.
  3. Wer in einer Sucht gefangen ist, verliert das Interesse an anderen Beschäftigungen. Hobbys, soziale Kontakte und selbst der Beruf werden vernachlässigt. Die Droge wird zum Lebensmittelpunkt. Der Kranke zieht sich aus seinem sozialen Umfeld zurück.

Bei den Folgen einer Sucht muss man unterscheiden zwischen den körperlich-psychischen und den sozialen Folgen. Körperlich können nahezu alle Organe in Mitleidenschaft gezogen werden. Der Alkohol bzw. der Alkoholismus führt direkt oder indirekt zu Leberschäden oder Leberzerstörung, Entzündung der Bauchspeicheldrüse (Pankreatitis), Hirnschäden, Magenbeschwerden oder Magengeschwür (Ulcus). Er führt weiterhin zu Nervenschädigungen, zu Bluthochdruck (arterielle Hypertonie), erhöhtem Schlaganfallrisiko (Apoplex), Krampfadern (Varicosis) in der Speiseröhre, erhöhtem Krebsrisiko. Bei illegalen Drogen kommen noch vermehrt Infektionskrankheiten (Hepatitis, AIDS etc.) hinzu. Medikamentenabhängige Patienten erleben oft einen so genannten „paradoxen“ Effekt. Beispielsweise führt zu häufige Einnahme von Kopfschmerztabletten zu erneuten Kopfschmerzen und Schlafmittelmisbrauch führt zu Schlaflosigkeit.

Psychische Veränderungen, wie depressive Zustände und soziale Vereinsamung, sind direkte oder indirekte Folgen. Insbesondere bei der Abhängigkeit von Cannabis hat sich vor allem bei Jugendlichen gezeigt, dass es zu deutlichen Störungen in der Entwicklung der eigenen Emotionalität und der sozialen Entwicklung kommen kann. Auch gibt es Hinweise, dass Cannabis die Wahrscheinlichkeit eines Ausbruchs einer Psychose bzw. Schizophrenie erhöhen kann, wenn eine entsprechende Veranlagung besteht. Auch verstärkt Cannabis Angst- und Panikstörungen. Alkohol führt auf längere Sicht zu dauerhaften Abbauprozessen im Gehirn, zu Wortfindungsstörungen, zu Gedächtnisverlust, Ent-

hemmung, Verlust des logischen, planvollen Denkens und Ähnlichem.

#### **Im ICD-10 stehen für die Kodierung folgende Codes zur Verfügung:**

„Dieser Abschnitt enthält eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und mit verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern; die Gemeinsamkeit besteht im Gebrauch einer oder mehrerer psychotroper Substanzen (mit oder ohne ärztliche Verordnung). Die verursachenden Substanzen werden durch die dritte Stelle, die klinischen Erscheinungsbilder durch die vierte Stelle kodiert; diese können je nach Bedarf allen psychotropen Substanzen zugeordnet werden. **Es muss aber berücksichtigt werden, dass nicht alle Kodierungen der vierten Stelle für alle Substanzen sinnvoll anzuwenden sind.**

Die Identifikation der psychotropen Stoffe soll auf der Grundlage möglichst vieler Informationsquellen erfolgen, wie die eigenen Angaben des Patienten, die Analyse von Blutproben oder von anderen Körperflüssigkeiten, charakteristische körperliche oder psychische Symptome, klinische Merkmale und Verhalten sowie andere Befunde, wie die im Besitz des Patienten befindlichen Substanzen oder fremdanamnestic Angaben. Viele Betroffene nehmen mehrere Substanzarten zu sich. Die **Hauptdiagnose** soll möglichst nach der Substanz oder Substanzklasse verschlüsselt werden, die das gegenwärtige klinische Syndrom verursacht oder im Wesentlichen dazu beigetragen hat. **Zusatzdiagnosen** sollen kodiert werden, wenn andere Substanzen oder Substanzklassen aufgenommen wurden und Intoxikationen (vierte Stelle .0), schädlichen Gebrauch (vierte Stelle .1), Abhängigkeit (vierte Stelle .2) und andere Störungen (vierte Stelle .3-.9) verursacht haben. Nur wenn die Substanzaufnahme chaotisch und wahllos verläuft, oder wenn Bestandteile verschiedener Substanzen untrennbar vermischt sind, soll die Diagnose „Störung durch multiplen Substanzgebrauch (F19.-)“ gestellt werden.

#### **F10.- psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol**

F10.0	akute Intoxikation (akuter Rausch)
F10.1	schädlicher Gebrauch
F10.2	Abhängigkeitssyndrom
F10.3	Entzugssyndrom
F10.4	Entzugssyndrom mit Delir
F10.5	psychotische Störung

▼

F10.6	amnestisches Syndrom
F10.7	Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F10.8	sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F10.9	nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung

- F11.- psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode**  
**F12.- –“– durch Cannabinoide**  
**F13.- –“– durch Sedativa oder Hypnotika**  
**F14.- –“– durch Kokain**  
**F15.- –“– durch Stimulantien einschließlich Koffein**  
**F16.- –“– durch Halluzinogene**  
**F17.- –“– durch Nikotin**  
**F18.- –“– durch flüchtige Lösungsmittel (Schnüffelstoffe)**  
**F19.- –“– durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen**

In M-V wurden folgende ICDs in den Suchtpraxen am häufigsten verschlüsselt (siehe Tabelle):

ICD	ICD-Text	Anz.
F10.2	psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom	34394
F19.2	psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom	8865
F11.2	psychische und Verhaltensstörungen durch Opiode: Abhängigkeitssyndrom	4417
F10.3	psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom	3305
F10.1	psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: schädlicher Gebrauch	2815

(Tabelle: Absolutzahlen der Quartale 1/2002 bis 3/2009)

Innerhalb des Projektes «**Schwerpunktpraxis Sucht**» hat die KVMV auf Anregung praktizierender Ärzte mit den Krankenkassen einen speziellen Vertrag ausgehandelt, der die ambulante Betreuung Suchtkranker fördert. **Seit 2002** gibt es in M-V die „Vereinbarung von Leis-

tungen zur ambulanten Behandlung und Betreuung von Suchtpatienten durch Schwerpunktpraxen Sucht im Rahmen eines Modellvorhabens nach § 63 Abs. 1 SGB V“. Der Vertrag wird **seit 2010 als § 73a-Vertrag SGB V** fortgeführt und dient damit weiter der Verbesserung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung von suchtkranken Patienten in M-V.

Die medizinische Betreuung suchtkranker Menschen erstreckt sich nicht nur auf die **Behandlung der körperlichen und psychischen Leiden**. Der Suchtkranke wird heutzutage nicht mehr isoliert als Person gesehen, die suchtkrank geworden ist, sondern es wird seine **Umgebung, das soziale Umfeld**, in dem er lebt, einbezogen. Angesichts **gravierender Folgeerkrankungen und zunehmender Multimorbidität bei Suchtkranken** sowie einer Vielzahl psychosomatischer Störungen, aber auch wegen der allgemeinen Tendenz zu einer gesundheits-schädigenden Lebensweise ist eine **qualifizierte, koordinierende ärztliche Behandlung und Betreuung** erforderlich.

Durch eine frühzeitige Diagnosestellung und Intervention sowie eine mit anderen Leistungserbringern abgestimmte Behandlung durch die über viele Jahre gleiche ärztliche Bezugsperson kann eine höhere Therapieakzeptanz geschaffen werden.

Die „Schwerpunktpraxis Sucht“, die durch einen „Suchtarzt“ geleitet wird, erarbeitet **individuelle Therapiepläne** für den einzelnen Patienten, in denen Diagnostik, Motivierung, Entgiftungstherapie und Entwöhnungsbehandlung Schwerpunkte bilden.

Die Schwerpunktpraxis arbeitet eng mit anderen Leistungserbringern wie Fachkliniken, Tageskliniken, Beratungsstellen, Sozialdiensten und Gesundheitsämtern zusammen.

Mit dem Ziel, das hochqualifizierte Suchthilfesystem in M-V für noch mehr Betroffene erreichbar zu machen, sind **regionale „Betreuungsteams“** unter der Leitung von „Schwerpunktpraxen Sucht“ aufgebaut worden. Sie übernehmen neben der medizinisch-therapeutischen Tätigkeit auch die Koordinierung der Kooperationspartner in der jeweiligen Region. Durch diese vernetzten Angebote ist eine höhere Haltequote zum abstinenten Leben bei Abhängigen erreicht worden, und Folgekosten können vermindert werden.

Insbesondere durch Frühintervention, ambulante Entgiftung und regionale Zusammenarbeit von Leistungserbringern können neben spezifischen Behandlungskosten auch Kosten für die Frühberentung, Unfallkosten oder Kosten für Lebertransplantationen vermieden werden.

\* Dr. Dagmar Greiner – Referentin Qualitätssicherung KVMV, Maren Gläser – Abt.-Ltrn. Abrechnung KVMV, Liane Ohde – Mitarbeiterin Qualitätssicherung KVMV

## Die KBV zur Ambulanten Kodierrichtlinie (AKR)

**Gibt es weiterhin Dauerdiagnosen und werden diese übermittelt?** Wenn man die neue Software „scharf“ stellt, dann fallen nicht die Dauerdiagnosen prinzipiell weg, sondern die bisherigen Dauerdiagnosen gehen in einen neuen Ordner „anamnestische Diagnosen“. Jetzt muss der Arzt bzw. Psychotherapeut initial einmal festlegen, was unter Berücksichtigung der AKR nun die „neuen“ Dauerdiagnosen sind, die dann wieder in einen neuen Ordner „Dauerdiagnosen“ sortiert werden und (wie früher auch) jedes Quartal als Behandlungsdiagnosen weitergegeben werden können. Man muss diesen Ordner nur einmal anklicken.

Es gibt dazu im Netz eine gute Anleitung, die bei der KBV unter: [www.richtigkodieren.de](http://www.richtigkodieren.de) und dann im Unterordner „richtig kodieren“, links in den Untermenü-Punkten zu finden ist.

Damit man festlegen kann, was nun wirklich jedes Quartal behandlungsrelevant ist, sollten natürlich die Kodierrichtlinien gelesen sein. Einen guten Überblick gibt auch das Beiblatt des Ärzteblattes („Richtig kodieren“). Dauerdiagnosen sind vernünftig. (Beispielsweise bei multimorbiden Patienten, z.B. mit dialysepflichtiger Niereninsuffizienz, müssten jedes Quartal 20 bis 25 Diagnosen kodiert werden, die nun einmal jedes Quartal behandelt werden.) Bis jetzt hat noch niemand auf die Dauerdiagnosen geachtet. Es tauchten teilweise Impfungen oder Allergien oder auch mal eine Grippe auf. Das geht natürlich nicht. Deshalb ist das initiale Aufräumen so wichtig. *kbv*



## Alkohol –

nicht nur ein Problem der jungen Menschen:

**Rund 1,3 Millionen Menschen im Alter zwischen 60 und 69 Jahren trinken täglich Alkohol in riskanten Mengen. Dies stellte Prof. Tilman Wetterling, Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Klinikum Berlin-Hellersdorf, auf einer Veranstaltung zum Thema „Sucht im Alter“ fest.**

Neben dem Alkoholkonsum seien auch die Einnahme von psychoaktiven Substanzen und die Wechselwirkungen von Medikamenten untereinander problematisch.

Wetterling zufolge müsse davon ausgegangen werden, dass etwa zehn Prozent der männlichen und vier Prozent der weiblichen Bevölkerung über 75 Jahre ein Suchtproblem haben könnten.

**Die Gründe für eine Alkohol- bzw. Medikamentenabhängigkeit im Alter sind vielfältig:**

- ▶ der Tod des Partners,
- ▶ körperliche Schmerzen,
- ▶ aber auch finanzielle Sorgen können eine Rolle spielen.

Selten kommt es zu einer Behandlung der Sucht. Nur ein Patient von 100 entscheide sich für einen Entzug, stellt der Chefarzt einer Entwöhnungsklinik, Dr. Andreas Dieckmann, fest. Dabei unterscheide sich der Entzug älterer Menschen nicht von dem jüngerer Suchtpatienten. Allerdings hielten sich die Krankenkassen bei der Kostenübernahme für eine Entwöhnung älterer Menschen zurück. *kbv/stt*

## Rösler will Verlängerung der Übergangsfrist zur Einführung der AKR

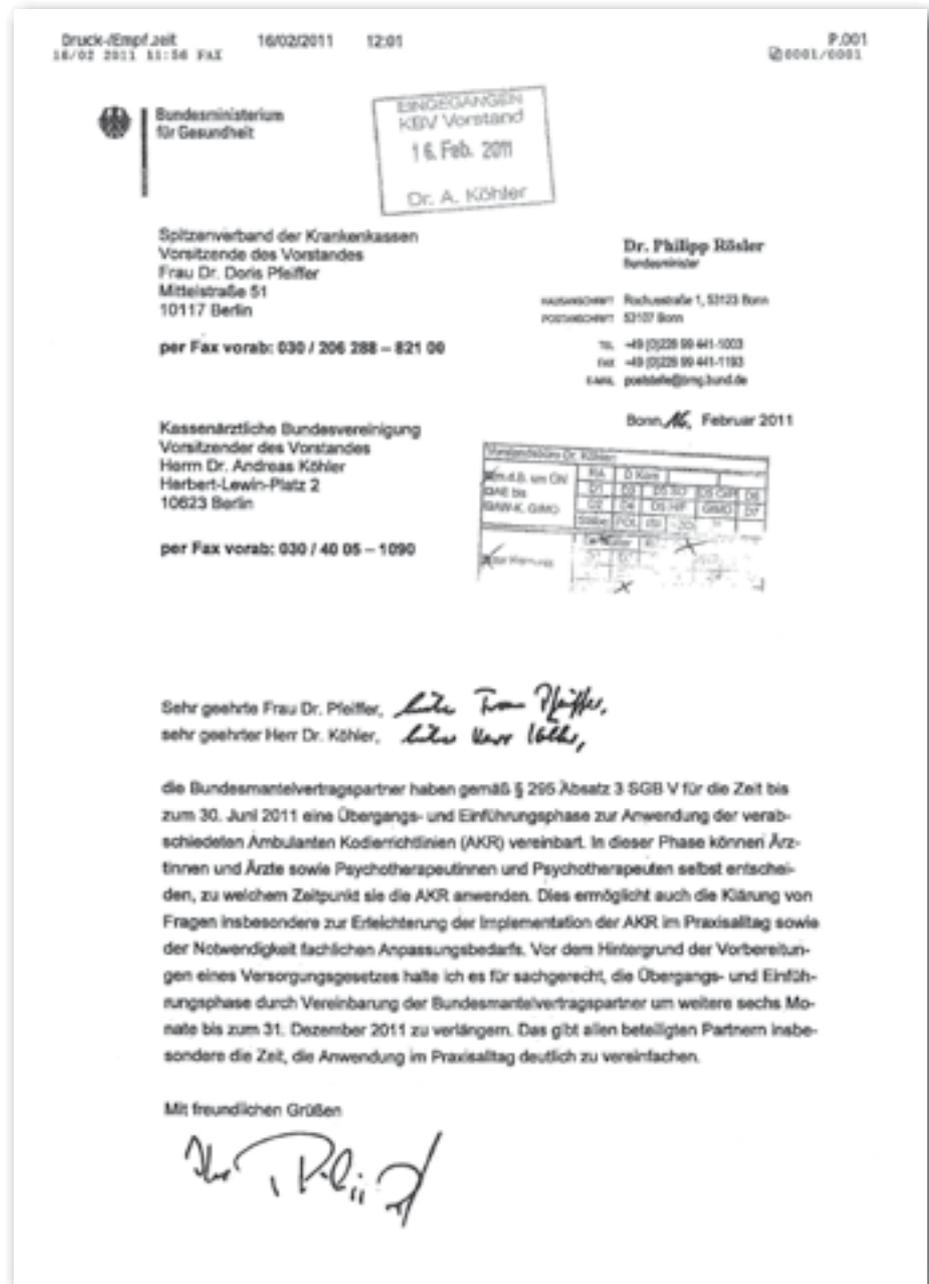
Der Bundesgesundheitsminister, Philipp Rösler, schlägt vor, die Einführung der Allgemeinen Kodierrichtlinien (AKR) um ein weiteres halbes Jahr zu verlängern – bis zum 31. Dezember 2011.

Rösler kommt damit den Ärzten entgegen, die auf eine deutliche Vereinfachung der Richtlinie hoffen. Dieses weitere halbe Jahr gebe allen Beteiligten die Zeit, die Anwendung der AKR im Praxisalltag deutlich zu vereinfachen und fachlich anzupassen.

Der Vorstand der KVMV begrüßt die Initiative des Gesundheitsministers und wird alles tun, sein Anliegen auf Bundesebene durchzusetzen.

Sehr geehrte Frau Dr. Pfeiffer,  
sehr geehrter Herr Dr. Köhler,

die Bundesmantelvertragspartner haben gemäß § 295 Absatz 3 SGB V für die Zeit bis zum 30. Juni 2011 eine Übergangs- und Einführungsphase zur Anwendung der verabschiedeten Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) vereinbart. In dieser Phase können Ärztinnen und Ärzte sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten selbst entscheiden, zu welchem Zeitpunkt sie die AKR anwenden. Dies ermöglicht auch die Klärung von Fragen insbesondere zur Erleichterung der Implementation der AKR im Praxisalltag sowie der Not-



wendigkeit fachlichen Anpassungsbedarfs. Vor dem Hintergrund der Vorbereitungen eines Versorgungsgesetzes halte ich es für sachgerecht, die Übergangs- und Einführungsphase durch Vereinbarung der Bundesmantelvertragspartner um weitere sechs Monate bis zum 31. Dezember 2011 zu verlängern. Das gibt allen beteiligten Partnern insbesondere die Zeit, die Anwendung im Praxisalltag deutlich zu vereinfachen.

Mit freundlichen Grüßen Ihr Philipp Rösler

# Abrechnung ärztlicher Folgebehandlungen nach Schönheitseingriffen U69.10!

Von Frank Farys\*

**Immer wieder werden Patienten in der Praxis vorstellig, bei denen ärztliche Folgebehandlungen nach dem Tätowieren, Piercen oder anderweitigen ästhetischen Eingriffen notwendig werden. Schnell stellt sich die Frage, wer die Kosten der Behandlung tragen soll.**

## 1. Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung

Auch wenn das Tätowieren, Piercen oder die medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operationen selbst keine Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung darstellen, so bleibt die Behandlung etwaiger Folgen oder auftretender Komplikationen aus diesen Eingriffen gleichwohl Kassenleistung bzw. wird aus Sicht des Arztes zunächst als solche gegenüber den Krankenkassen abgerechnet. Die „Korrektur“ erfolgt erst später nach der Abrechnung der Behandlung durch die Krankenkassen gegenüber dem Versicherten.

## 2. Kasse prüft eventuelle Kostenbeteiligung des Patienten

Nachdem der Arzt eine derartige Behandlung als Kassenleistung abgerechnet hat, prüft die Krankenkasse, inwieweit der Versicherte in angemessener Weise an den Kosten zu beteiligen ist, aber auch, ob etwaig gezahltes Krankengeld für die Dauer der Behandlung (teilweise) versagt bzw. zurückgefordert wird. Ob und inwieweit die einzelnen Krankenkassen ihren diesbezüglichen Verpflichtungen tatsächlich nachkommen, kann nicht gesagt werden. Um ihren gesetzlichen Auftrag zu erfüllen, müssten die Krankenkassen indes in jedem der erfassten Fälle tätig werden.

## 3. Weg der Meldung

Hier stellt sich nun die Frage, wie die Krankenkassen von derartigen Behandlungen überhaupt erfahren. Die Krankenkasse erlangt Kenntnis über den Vorfall und die relevanten Daten dergestalt, dass der Arzt die Diagnose nach dem ICD-10 mit der Zeichenfolge U69.10! verschlüsselt: Anderenorts klassifizierte Krankheit, für die der Verdacht besteht, dass sie Folge einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings ist.

## 4. Pflicht zur Meldung an die Krankenkassen

Den wenigsten Ärzten dürfte bekannt oder bewusst sein, dass sie verpflichtet sind, der Krankenkasse die erforderlichen Daten mitzuteilen, sofern eine Behandlung nach so genannten Schönheitseingriffen erfolgt. Entsprechend auch der Hinweis in den Kodierrichtlinien zu U69.10!: Die

Schlüsselnummer dient der Umsetzung des § 52 SGB V (Leistungsbeschränkung bei Selbstverschulden) und ist verpflichtend anzugeben. Hiermit ist den Ärzten vom Gesetzgeber eine Meldepflicht auferlegt worden. Unabhängig von dieser Pflicht dürfte es auch im ärztlichen Interesse sein, dass Privatbehandlungen nicht zu Lasten und auf Kosten der Solidargemeinschaft erbracht werden.



## 5. Arzt-Patienten-Beziehung

Dass die Erfüllung der Meldepflicht eine nicht unerhebliche Belastung für das Arzt-Patienten-Verhältnis bedeuten kann, dürfte auf der Hand liegen. Schließlich wird durch die Mitteilung an die Krankenkasse die ärztliche Schweigepflicht durchbrochen, was nicht in allen Fällen im Interesse des Patienten sein dürfte. Die Mitteilung selbst ist jedoch nicht von einer Zustimmung des Versicherten abhängig.

## 6. Information des Patienten

Um hier vorzubeugen bzw. den Patienten nicht ganz schutzlos zu belassen, soll der Arzt den Versicherten über den Grund seiner Mitteilung an die Krankenkasse und die gemeldeten Daten informieren. Die Mitteilung sollte deshalb auch nur erfolgen, wenn konkrete, durch eindeutige Befunde oder Berichte gestützte Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Folgen einer medizinisch nicht indizierten ästhetischen Operation, einer Tätowierung oder eines Piercings behandelt werden sollen. Zur Sicherheit sollte auch dokumentiert werden, dass eine Information an den Patienten erfolgte.

\* Frank Farys ist Mitarbeiter im Justizariat der KVMV.

## EBM-Änderungen zum 1. April 2011

### Neubewertung des Hausbesuches nach GOP 01410 und des Mitbesuches nach GOP 01413

**Der Bewertungsausschuss hat in seiner 248. Sitzung Beschlüsse zu Änderungen des EBM gefasst.**

Zur Sicherung der Versorgung in besonderen Situationen werden die normalen Hausbesuche nach GOP 01410 und Mitbesuche nach GOP 01413 neu bewertet und die Prüfzeiten entsprechend angepasst.

verträge zur Förderung dieser Leistungen bleiben unberührt.

Bereits seit dem 4. Quartal 2010 werden im hausärztlichen Versorgungsbereich und in den Fachgruppen Nervenärzte, Neurologen, Psychiatrie und Psychotherapie unter anderem die vorgenannten Gebührenord-

GOP EBM	Bewertung alt in Punkten	Bewertung neu in Punkten	Prüfzeit alt in Punkten	Prüfzeit neu in Punkten
01410	440	600	15	20
01413	215	300	5	7

Im Weiteren führt der Beschluss des Bewertungsausschusses aus, dass die GOP 01410, GOP 01413 sowie die GOP 01415 außerhalb des Regelleistungsvolumens mit dem Orientierungspunktwert zu vergüten sind. Bestehende Vereinbarungen der Parteien der Gesamt-

nungspositionen 01410 und 01413 als freie Leistungen mit dem Punktwert von 3,5048 Cent vergütet. Der Beschluss des Bewertungsausschusses wurde im Heft 6 vom 11. Februar 2011 veröffentlicht und steht unter dem Vorbehalt der Zustimmung durch das BMG. *mg*

## Fortbildungsprogramm Hautkrebs-Screening am 6. Mai 2011 in Greifswald

### Hinweise zur Veranstaltung:

**Ort:** Hotel Best Western, Hans-Beimler-Straße 1–3; **Uhrzeit:** 14.00 bis 22.45 Uhr.

### Inhaltliche Schwerpunkte der Fortbildung:

- ▶ Ätiologie des Hautkrebs, Krankheitsbilder, Häufigkeit, Risikofaktoren oder -gruppen, gezielte Anamnese;
- ▶ visuelle, standardisierte Ganzkörperinspektion;
- ▶ potentieller Nutzen und Schaden von Früherkennungsmaßnahmen, Kriterien zur Beurteilung von Früherkennungsmaßnahmen;
- ▶ Maßnahmen zur Ansprache der Versicherten;
- ▶ Programm der Krebsfrüherkennungsuntersuchung, Gesundheitsuntersuchung und frühzeitige Sensibilisierung des Patienten (das gesetzliche Programm der KFU/GU);
- ▶ Vorstellung und Diskussion von Fallbeispielen;
- ▶ Dokumentationsmaßnahmen und interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Die Teilnahme befähigt zur Antragstellung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung Hautkrebs-Screening.

**Information/Anmeldung:** MED FOR MED, Messestr. 20, 18069 Rostock, **Tel.:** 03 81.20 74 97 09, **Fax:** 03 81. 7 95 33 37, **E-Mail:** kontakt@med-for-med.de, **Internet:** [www.med-for-med.de](http://www.med-for-med.de). *dl*

## Arzneimittel-Richtlinie – KONKRET

### Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie

1. Präzisierung der Verordnungsfähigkeit von **Clopidogrel in Kombination** mit ASS beim akuten Koronarsyndrom zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse:

- ▶ Patienten mit akutem Koronarsyndrom **ohne** ST-Strecken-Hebung während eines Behandlungszeitraumes von bis zu zwölf Monaten
- ▶ Patienten mit Myokardinfarkt **mit** ST-Strecken-Hebung, für die eine Thrombolyse in Frage kommt, während eines Behandlungszeitraumes von bis zu 28 Tagen.

Dafür entfällt in der Arzneimittel-Richtlinie Anlage III unter Nr. 21 der bisherige Satz 3.

#### Neu aufgenommen wird unter rechtlichen Grundlagen und Bewertungen:

„Die Behandlung mit Clopidogrel plus ASS bei akutem Koronarsyndrom bei Patienten mit einem ST-Strecken-Hebungs-Infarkt, denen bei einer perkutanen Koronarintervention ein Stent implantiert wurde, ist nicht Gegenstand dieser Regelung.“

*(in Kraft getreten am 5. Februar 2011)*

Die bekannten Ausnahmen für die Verordnungsfähigkeit von Clopidogrel in der **Monotherapie** zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse gelten wie bekannt weiter.

#### Clopidogrel ist in der Monotherapie nur verordnungsfähig bei:

- ▶ pAVK-bedingter Amputation oder Gefäßintervention oder
- ▶ diagnostisch eindeutig gesicherter typischer Claudicatio intermittens mit Schmerzurückbildung in < 10 min bei Ruhe oder
- ▶ ASS-Unverträglichkeit, soweit wirtschaftliche Alternativen nicht eingesetzt werden können.

**Achtung:** Wegen der Nichtbeachtung der Arzneimittel-Richtlinie bei der Verordnung von Clopidogrel haben die Krankenkassen bereits Anträge auf Prüfung der Verordnung im Einzelfall gestellt. Dazu wurden bereits Regresse ausgesprochen.

2. **Stimulantien** z.B. Psychoanaleptika, Psychoenergetika, coffeinhaltige Mittel

Die bekannten Regelungen unter Nr. 44, Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (Verordnungseinschränkungen für Stimulantien) wurden noch weiter verschärft.

**Bisher:** ▶ Stimulantien nicht verordnungsfähig mit Ausnahme bei Narkolepsie und Hyperaktivität (ADS/ADHS) bei Kindern ab sechs Jahre und Weiterführung der Therapie bei Jugendlichen im Rahmen einer therapeutischen Gesamtstrategie



Foto: Sigrid Roßmann/pixelio.de

**Neu:** ▶ weitere Anforderungen an die **Diagnose:** (nicht allein auf das Vorhandensein eines oder mehrerer Symptome stützen, sondern beispielsweise Verwenden der DSM-IV Kriterien),

▶ **Verordnung** nur noch durch einen Spezialisten für Verhaltensstörungen:

- ▶ FÄ/FA für Kinder- und Jugendmedizin
- ▶ FÄ/FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- ▶ FÄ/FA für Nervenheilkunde, Neurologie und/oder Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapie
- ▶ Ärztliche Psychotherapeuten mit einer Zusatz-Qualifikation zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen nach § 5 Absatz 4 der Psychotherapievereinbarung,

▶ **Anwendung** nur unter Aufsicht der oben genannten Spezialisten,

▶ Verordnung durch **Hausärzte** nur in Ausnahmefällen und wenn gewährleistet ist, dass die Aufsicht durch einen Spezialisten für Verhaltensstörungen erfolgt,

▶ besondere **Dokumentation**, insbesondere bei Dauertherapie über 12 Monate sowie Beurteilung der behandlungsfreien Zeitabschnitte, die mindestens einmal jährlich erfolgen sollte. *ekt*

*(in Kraft getreten am 1. Dezember 2010)*

## Arzneimittelverordnungen, Richtgrößen, aut idem, Verordnungsquoten und die Systematik Von Dan Oliver Höftmann\*

In den vergangenen Wochen informierte die Kassenärztliche Vereinigung über die Eckpunkte der Arzneimittelvereinbarung für 2011, die Befreiungsmöglichkeiten im Falle einer eventuellen Richtgrößenprüfung und die Vereinbarung von Zielquoten je definierter Arztgruppe.

**Warum das alles?  
Wieso sind diese Dinge wichtig?  
In welcher Reihenfolge ist was zu beachten?**

Entscheidend für die Vermeidung einer Richtgrößenprüfung ist zuallererst die Einhaltung der **Richtgröße**. Die bislang geltenden Richtgrößen sind im Dezember 2010 veröffentlicht worden. Die neuen Richtgrößen für 2011 werden zeitnah folgen. Diese geben fachgruppenbezogenen Aufschluss darüber, in welchem Kostenrahmen durchschnittlich je kurativem Behandlungsfall (M/F und R) Arzneimittel verordnet werden können. Überschreitungen werden von der gemeinsamen Prüfstelle jahresweise geprüft. Dabei zählt das gesamte Verordnungsvolumen eines Arztes in Bezug auf seine kurativen Fallzahlen. Eine Überschreitung wird nicht sofort, sondern erst ab einer Größenordnung von 15 Prozent bedeutsam. In diesem Fall führt die Prüfstelle Beratungen durch. Auch wenn keine finanziellen Folgen drohen, so entsteht doch ein entsprechender Rechtfertigungsaufwand. Ab einer Überschreitung der Richtgrößen von 25 Prozent droht dann ein Regress. Insoweit ist die Einhaltung der Richtgrößen bei der Verordnung von Arzneimitteln ganz bedeutsam.

Eine zweite Möglichkeit, sich vor einem Richtgrößenregress zu schützen, ist die Einhaltung von **aut-idem-Quoten**

(Rundschriften 3/2011). Für das Jahr 2011 konnte eine Befreiungsmöglichkeit von der Richtgrößenprüfung vereinbart werden. Diese greift, wenn der Arzt bei mindestens 90 Prozent seiner Arzneimittelverordnungen (ausgenommen Antiepileptika, Neuroleptika, Schilddrüsenhormone) über das Freilassen des aut-idem-Feldes eine Substitution des Arzneimittels ermöglicht hat. Bei Ärzten, die Gripeschutzimpfungen vornehmen, kommt hinzu, dass auch bei der Verordnung von Grippeimpfstoffen in 90 Prozent der Grippeimpfstoffverordnungen das aut-idem-Feld freigelassen und damit die Substitution zugelassen werden muss, um die Befreiung von der Richtgrößenprüfung zu erreichen. Ebenso soll der Anteil der adjuvantierten Grippeimpfstoffe nicht mehr als 15 Prozent aller verordneten Grippeimpfstoffe überschreiten.

Die zusätzlich vereinbarten maximal drei **Zielquoten** – siehe Rundschriften 3/2011 – sind kein Aufgreifkriterium für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung. Wenn aber ein Arzt in eine Richtgrößenprüfung gerät, kann die Einhaltung dieser Zielquoten positiv – die Nichteinhaltung dagegen leider auch negativ – gewertet werden.

**Zusammenfassend ist festzuhalten, dass es zwei Möglichkeiten zur Befreiung von Regressen gibt:**

1. **Einhaltung der Richtgröße,**
2. **Einhaltung der oben beschriebenen aut-idem-Regelungen.**

Die Zielvereinbarungen rangieren in der Systematik der Vereinbarungen dahinter.

\* Dan Oliver Höftmann ist stellvertretender Verwaltungsdirektor der KVMV.

## Moderatorenschulung für Qualitätszirkel im Mai 2011



**Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern bietet wieder ein Moderatorentaining für die Organisatoren von Qualitätszirkeln an.**

Ärzte, die Interesse an der Zertifizierung als Moderatoren für Qualitätszirkel haben, melden sich bitte, aufgrund der begrenzten Teilnehmerzahl, umgehend bzw. **spätestens bis zum 8. April 2011** bei *Ilona Holzmann*, **Tel.:** 03 85.74 31 244.

Die Schulung findet am 13. und 14. Mai 2011 im Tagungshotel Schloss Hasenwinkel statt. *ih*

## Zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen – Kündigung des Vertrages mit der BIG direkt gesund

Mit Wirkung zum **31. März 2011** hat die BIG direkt gesund den bundesweiten Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10) **gekündigt**.

Die U10 konnte nach diesem Vertrag von Kinderärzten und unter bestimmten Voraussetzungen auch von Hausärzten abgerechnet werden. **Ab 1. April 2011** ist die U10 bei der BIG direkt gesund **lediglich nur noch von den Kinderärzten** über einen Vertrag mit der BVKJ Service GmbH abrechenbar. Bestandteil dieses Vertrages sind auch die U11 sowie die Schutzimpfung gegen Rotaviren.

Damit die Abrechnung des Vertrages mit der BIG direkt gesund in gewohnter Weise mit der Quartalsabrechnung gegenüber der KVMV erfolgen kann, steht die KVMV mit der Krankenkasse hinsichtlich einer Abrechnungsvereinbarung in Verhandlung. Ebenso setzt sich die KV für eine Beteiligung der Hausärzte analog den Verträgen mit der



Knappschaft und der Techniker Krankenkasse ein. Über das Ergebnis wird zeitnah informiert.

Der Vertrag zur präventionsorientierten hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b SGB V wird weitergeführt. *jw*

## Warnemünder Tage für Komplementärmedizin vom 6. bis 8. Mai 2011

Norddeutscher Kongress für Komplementär- und Schulmedizin  
Diskussionsplattform für eine patientennahe ganzheitliche Versorgung

**Veranstaltungsort:** Technologiepark Rostock-Warnemünde, Friedrich-Barnewitz-Straße 5

**Themenschwerpunkte – Hauptprogramm 7. Mai 2011, Beginn: 9.30 Uhr**

**1. Hauptthema: Entzündung und Krebs**

► Inflammation und Krebs – Molekularbiologie und Immunologie ► Therapiestrategien in der Onkologie – Ansatzpunkte und Nebenwirkungsmanagement ► Targeted Therapies bei Tumoren ► Selen in der Therapie von Malignomen

**2. Hauptthema: Entzündung und weitere Indikationen**

► Schilddrüsenerkrankungen ► Behandlungsoptionen mit Mikronährstoffen ► chronisch entzündliche Darmerkrankungen ► chronische Entzündungen und Phytotherapie

Am Freitag, dem 6. Mai 2011, ab 13 Uhr und am Sonntag, dem 8. Mai 2011, ab 9 Uhr finden verschiedene Workshops statt.

**Anmeldung und Buchung** bis zum 16. April 2011 über TUI ReiseCenter, Kongressabteilung, Hauptstraße 69, 74889 Sinsheim, **Fax:** 07261.9467 10, **Tel.:** 07261.9467 26 oder -27, **E-Mail:** sinsheim@tui-reisecenter.de, **Stichwort:** Warnemünde 2011. Anfragen zum Programm und den Kursen über: Institut für Prävention und Gesundheitsförderung, **E-Mail:** ipg-mv@web.de.

19 CME-Punkte der Ärztekammer M-V, 12 Fortbildungspunkte für das Zertifikat der NATUM „Ganzheitliche Frauenheilkunde“ *uf*

## – Junge Allgemeinmedizin Deutschland

Die Junge Allgemeinmedizin Deutschland (JADe) ist eine Arbeitsgemeinschaft von Ärzten in Weiterbildung bzw. junger Fachärzte für Allgemeinmedizin, die sich zum Ziel gesetzt hat, die Weiterbildungs-, Arbeits- und Forschungsbedingungen der jungen Ärzte in der Allgemeinmedizin zu verbessern.

Sie wurde Ende September 2008 auf dem 42. Kongress der wissenschaftlichen Fachgesellschaft für Allgemeinmedizin „Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin“ (DEGAM) gegründet.

Die JADe möchte Ansprechpartner für alle sein, die in der Allgemeinmedizin – ob in der Klinik oder Praxis – als junge Ärzte tätig sind, und hat in Form von regionalen Weiterbildungsgruppen oder Interessenvertretungen in jedem Bundesland lokale Ansprechpartner.

Derzeit sind knapp 200 Ärzte in der Weiterbildung und Fachärzte für Allgemeinmedizin bis fünf Jahre nach der Facharztprüfung in der JADe aktiv.

Auf nationaler Ebene arbeitet die JADe mit der DEGAM und dem Deutschen Hausärzterverband zusammen, wahrt hierbei ihre inhaltliche und organisatorische Unabhängigkeit. International fungiert sie als Bindeglied

zum europaweiten Zusammenschluss der jungen Allgemeinmediziner „Vasco da Gama Movement“ ([www.vdgm.eu](http://www.vdgm.eu)) und der Weltorganisation für Allgemein- und Familienärzte ([www.globalfamilydoctor.com](http://www.globalfamilydoctor.com)).

Jedes Jahr findet vor dem jährlichen DEGAM-Kongress eine Konferenz der JADe statt (22. September 2011). Für jeweils ein Jahr werden vier JADe-Sprecher gewählt für die Themenbereiche:

► Weiterbildung ► Regionalgruppen ► internationale Zusammenarbeit ► Öffentlichkeitsarbeit.

Diese vier Sprecher vertreten die JADe nach außen. Die Mitgliedschaft ist kostenfrei, der Beitritt erfolgt über ein E-Mail-Forum, das den Austausch unter den Mitgliedern erleichtert. Auf diese Weise werden sowohl Fachfragen, persönliche Anliegen oder berufspolitische Belange diskutiert. Die JADe motiviert junge Kollegen, das Fach Allgemeinmedizin attraktiver zu gestalten. Jeder vom PJ über die Weiterbildung Allgemeinmedizin bis fünf Jahre nach der Facharztprüfung Allgemeinmedizin ist herzlich eingeladen bei der JADe mitzuwirken: [www.jungeallgemeinmedizin.de](http://www.jungeallgemeinmedizin.de). PR/stt

## Forderung ärztlicher Atteste für Schüler im Krankheitsfall

**Es ist eine gängige Methode von Seiten der Schulen, für ihre Schüler im Krankheitsfall ärztliche Atteste einzufordern.**

Die Entschuldigung eines minderjährigen Schülers bei Erkrankung liegt in der Verantwortung der Erziehungsberechtigten. In der Regel erfolgt dieses mit einer einfachen schriftlichen Benachrichtigung durch einen erziehungsberechtigten Elternteil.

Bestehen von Seiten der Schule berechtigte Zweifel, ob der Unterricht aus gesundheitlichen Gründen versäumt wird, kann die Schule allerdings auch ein ärztliches Attest verlangen. In Ausnahmefällen kann von der Schule mit Zustimmung des zuständigen Schulrats sogar eine Stellungnahme des Gesundheitsamtes eingeholt werden. Das Ausstellen dieser Atteste stellt allerdings für die Arztpraxen eine nicht unwesentliche Belastung dar, teilt Dr. Ernst Ruickoldt (FA für Kinder- und Jugendmedizin) dem KV-Journal mit. Gleichzeitig verweist er auf eine Übersicht, die ihm das Landesgesundheitsamt M-V

zur Verfügung gestellt hat, welche die Besuchs- und Tätigkeitsverbote in Gemeinschaftseinrichtungen bei entsprechenden Erkrankungen und bei Krankheitsverdacht begründet (§ 34 IfSG).

Diese Übersicht ist unter: [www.lagus.mv-regierung.de](http://www.lagus.mv-regierung.de)

► Gesundheit ► Infektionsschutz/Prävention ► Publikationen ► Allgemeine Publikationen – für Experten ► Wiedezulassungsempfehlungen zu finden. In diesem Zusammenhang sei es sinnvoll, in der Praxis über einen Aushang darauf hinzuweisen, dass JEDES ärztliche Attest kostenpflichtig sei, so Ruickoldt.

Nach GOÄ über die Ziffer 70 mit dem 2,15-fachen Satz sind fünf Euro für die Erstellung eines solchen Attestes zu zahlen. stt



Foto: Stephanie Hoschlaeger/pixelio.de

## AOK Nordost setzt auf Kooperation vor Ort

Versorgungsdefizite lassen sich nur gemeinsam beheben Von Frank Michalak

**Nur durch eine enge und konstruktive Zusammenarbeit zwischen den Akteuren des Gesundheitswesens kann auch zukünftig eine qualitativ hochwertige, flächendeckende medizinische Versorgung gewährleistet werden. Die Vereinigung der beiden AOKs Mecklenburg-Vorpommern und Berlin-Brandenburg zur AOK Nordost – Die Gesundheitskasse bietet in dieser Hinsicht große Potenziale.**



Foto: AOK Nordost

**Frank Michalak** ist Vorstandsvorsitzender der neuen AOK Nordost – Die Gesundheitskasse. Zum Führungstrio der Kasse gehören außerdem Gerlinde König, stellvertretende Vorstandsvorsitzende und Friedrich Wilhelm Bluschke, Mitglied des Vorstandes. Mit rund 1,8 Millionen Versicherten ist die zum 1. Januar 2011 fusionierte AOK Nordost die größte Versorgerkasse in den drei Bundesländern und zählt auch bundesweit zu den Top 10 der gesetzlichen Krankenkassen. Zugleich zählt sie zu den größten Arbeitgebern und Ausbildungsunternehmen in den drei Ländern.

Doch Fusionen sind kein Selbstzweck. In einem infolge politischer Entscheidungen immer mehr durch Wettbewerb gekennzeichneten Gesundheitssystem ist die AOK Nordost mit einem Marktanteil von insgesamt 28,3 Prozent sehr gut aufgestellt: Sowohl umfassende Präventions- und Versorgungsprogramme als auch regionale oder lokale Initiativen können so gut begleitet werden. Dabei setzen wir als regionale Kasse auf die Kooperation mit den Gesundheitspartnern vor Ort. So kann in einzelnen Regionen die Weiterentwicklung von bereits bestehenden, erfolgreichen Projekten sowie deren sinnvolle und bedarfsgerechte Übertragung auf andere Regionen vorangetrieben werden.

Erste Schritte in diese Richtung wurden bereits eingeleitet. So wird derzeit in Gesprächen mit der Ärzte-

schaft in Mecklenburg-Vorpommern erörtert, inwieweit Module des Kinder-Vorsorgeprogramms AOK Junior auch in die kinderärztliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern einfließen können.

Kooperation spielt aber vor allem auch im Hinblick auf den demografischen Wandel und strukturelle Defizite eine wesentliche Rolle. Gerade in strukturschwachen, alternden Regionen wie Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern müssen alle Partner im Gesundheitswesen bereit sein, über neue Versorgungsformen nachzudenken.

Ein guter Ansatz ist hier zum Beispiel die enge Verzahnung von ärztlicher, therapeutischer und pflegerischer Versorgung in den Pflegeeinrichtungen. Dieser Versorgungsansatz hat gezeigt, wie durch sinnvolle Vernetzung Heimbewohner an Lebensqualität hinzugewinnen und zugleich Kosteneinsparungen möglich werden. Darüber hinaus können Ärzte durch solche Versorgungskonzepte in ihrer Arbeit entlastet werden. Im Ergebnis wurde und wird deutlich: Verbesserung der Qualität und Erhöhung der Wirtschaftlichkeit müssen keine Gegensätze sein. **Das zeigt sich auch bei den in Mecklenburg-Vorpommern entwickelten individuellen Versorgungsprogrammen, wie der ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung und der Wundversorgung.**

Ein weiteres Beispiel für eine konstruktive Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern und Kostenerstatern ist die im Herbst 2009 von der damaligen AOK Brandenburg und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg gegründete IGiB (Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg). Die Verbesserung der medizinisch betreuten Pflege in Heimen, innovative Projekte für die Versorgung chronisch Kranker sowie eine effizientere Arzneimittelversorgung sind einige Ziele der IGiB, die bereits zu ersten Lösungen geführt haben.

Ziel aller Bemühungen muss es darum auch zukünftig sein, den Spagat zwischen Wirtschaftlichkeit und Qualität in der Versorgung zu meistern. Das bedeutet für alle Beteiligten die Herausforderung, unter den schwierigen politischen Rahmenbedingungen intelligente Lösungsansätze zu finden. Dieser Herausforderung wird sich die AOK Nordost stellen: immer mit Blick auf die besonderen Versorgungsstrukturen der einzelnen Regionen.

Gute Ergebnisse in der Versorgung setzen jedoch voraus, dass die Mittel aus dem Gesundheitsfonds auch dorthin fließen, wo sie wirklich gebraucht werden – in die medizinische Behandlung, umfassende Betreuung und menschenwürdige Pflege der Kranken.



# 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

### Ende der Zulassung

Dipl.-Med. *Sabine Neumann*, Fachärztin für Allgemeinmedizin in Bad Doberan, endet mit Wirkung ab 1. April 2011.

### Widerruf der Genehmigung einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft

Dipl.-Med. *Sabine Neumann*, Fachärztin für Allgemeinmedizin, und Dr. med. *Hans-Dieter Neumann*, fachärztlicher Internist in Bad Doberan, ab 1. April 2011.

phrologie,

- ▶ Dipl.-Med. *Marianne Schütt* als hausärztliche Internistin,
- ▶ Dipl.-Med. *Nils Baumann* als Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie.

### Ermächtigung

Dr. med. *Michael Schütt*,  
Kreiskrankenhaus Hagenow,  
ab 1. Januar entfällt die Durchführung von Leistungen der Angiographien, CT-gesteuerten Punktionen und der periradikulären Therapie.

## DEMMIN

### Ende der Zulassung

*Heike Rombach*, Fachärztin für Innere Medizin in Dargun, endete mit Wirkung ab 4. Februar 2011.

## GREIFSWALD/OSTVORPOMMERN

### Änderung der Zulassung

Dr. med. *Ulrike Kordaß*, Fachärztin für Humangenetik für einen hälftigen Versorgungsauftrag für Greifswald, ab 1. Februar 2011;

*Robert Kinzel*,

Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie für Greifswald, ab 1. April 2011.

### Ermächtigung

Dr. med. *Brigitte Würfel*,  
Kreiskrankenhaus Wolgast,  
für sonographische Untersuchungen im Rahmen des Fachgebietes Pädiatrie nach den EBM-Nummern 01600, 01436, 33042, 33043, 33052 auf Überweisung von Vertragsärzten, bis zum 31. März 2013.

### Der Berufungsausschuss beschließt:

Prof. Dr. med. *Michael Jünger*,  
Universitätsklinikum Greifswald,  
die Ermächtigung wird um die Erbringung von Leistungen der EBM-Ziffern 10320, 10322 und 10324 auf Überweisung von niedergelassenen Pädiatern und Gynäkologen erweitert.

## LUDWIGSLUST

### Die Zulassung haben erhalten

MVZ Ludwigslust GmbH,  
für Ludwigslust, Bahnhofstr. 29, ab 1. April 2011;

MVZ Hagenow GmbH,  
für Hagenow, Parkstr. 16, ab 1. April 2011.

### Genehmigungen von Anstellungsverhältnissen

MVZ Ludwigslust GmbH,  
zur Anstellung im MVZ ab 1. April 2011 von:  
▶ *Michael Pollok* als Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie,  
▶ Dipl.-Med. *Beate Bley* als hausärztliche Internistin;

MVZ Hagenow GmbH,  
zur Anstellung im MVZ ab 1. April 2011 von:

- ▶ Dr. med. *Bernd Gohlke* als Facharzt für Innere Medizin/Ne-

## MÜRITZ

### Ermächtigungen

*Christian Stöckigt*,  
MediClin Müritz-Klinikum GmbH Waren,  
für radiologische Leistungen nach den EBM-Nummern 34248, 34283 bis 34287, 34294 bis 34296 und 34502 auf Überweisung von niedergelassenen Vertragsärzten, bis zum 31. März 2013;

Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der MediClin Müritz-Klinikum GmbH Waren,  
für Leistungen nach der EBM-Nummer 01780 auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, bis zum 31. März 2013;

Dr. med. *Käthe Knieling*,

MediClin Müritz-Klinikum GmbH Waren,  
für ambulante Chemotherapien sowie für Leistungen nach den EBM-Nummern 02340, 02341, 33042 auf Überweisung von Vertragsärzten, ausgenommen der Leistungen, die das Müritz-Klinikum in Waren gemäß § 116 b SGB V erbringt, bis zum 31. März 2013.

## NEUBRANDENBURG/MECKLENBURG-STRELITZ

### Ende der Zulassung

Dr. med. *Wolfgang Kreissl*,  
Facharzt für Allgemeinmedizin in Neustrelitz, endet mit Wirkung ab 1. April 2011.

### Die Zulassung hat erhalten

*Doreen Krause*,  
Fachärztin für Allgemeinmedizin für Neustrelitz,  
ab 1. April 2011.

### Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

Dr. med. *Ute Deutschmann*, niedergelassene hausärztliche Internistin in Neubrandenburg, zur Anstellung von *Christine Fielmuth* als Fachärztin für Allgemeinmedizin in ihrer Praxis, ab 20. Januar 2011.

### Ermächtigung

OMR Dr. med. habil. *Wolf-Diethard Pietruschka*,  
Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH in Neubrandenburg, für bronchologische Leistungen zur Nachsorge bei Patienten mit kurativ bzw. palliativ behandeltem Bronchial-Karzinom auf Überweisung von niedergelassenen Hausärzten und Facharztinternisten. Diese Ermächtigung gilt längstens bis zur

Rechtskraft der Zulassung des Krankenhauses Neubrandenburg nach § 116 b SGB V, bis zum 31. März 2013.

#### **Der Berufungsausschuss beschließt:**

Dr. med. *Rolf Dewitz*,  
Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH in Neubrandenburg,  
wird ab 27. Januar 2011 für konsiliarische urogynäkologische Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen Gynäkologen und Urologen ermächtigt, bis zum 31. März 2013.

### PARCHIM

#### **Die Zulassung hat erhalten**

MVZ Parchim GmbH,  
für Parchim, Ziegendorfer Chaussee 7, ab 1. April 2011.

#### **Genehmigungen von Anstellungsverhältnissen**

MVZ Parchim GmbH,  
zur Anstellung im MVZ ab 1. April 2011 von:

- ▶ Dipl.-Med. *Cornelia Brenning* als Fachärztin für Innere Medizin/Nephrologie,
- ▶ Dipl.-Med. *Irene Przybilla* als Fachärztin für Allgemeinmedizin,
- ▶ Dr. med. *Björn-Gunnar Wolf* als Facharzt für Allgemeinmedizin.

#### **Ende der Zulassung**

Dipl.-Med. *Brigitte Frenzel*,  
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Spornitz,  
endete mit Wirkung ab 8. Dezember 2010.

### ROSTOCK

#### **Ende der Zulassung**

MR Dr. med. *Harry Geidel*,  
Facharzt für Allgemeinmedizin in Rostock,  
endete mit Wirkung ab 1. Januar 2011;

MR Dr. med. *Adolf-Friedrich Lau*,  
Praktischer Arzt in Rostock,  
endete mit Wirkung ab 1. Januar 2011.

#### **Widerruf der Genehmigung von Anstellungsverhältnissen**

Gemeinnütziges MVZ der GGP Rostock GmbH, zur Anstellung von Dr. med. *Kerstin Lüthens* als Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie im MVZ, ab 15. Januar 2011;

Gemeinnütziges MVZ der GGP Rostock GmbH, zur Anstellung von Dr. med. *Brig Cornelia Bartels* als Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie im MVZ, ab 1. Februar 2011;

Gemeinnütziges MVZ an der Universitätsklinikum Rostock GmbH, zur Anstellung von Dr. med. *Edelgard Dörfling* als Fachärztin für Anästhesiologie im MVZ, ab 6. Januar 2011.

#### **Genehmigung von Anstellungsverhältnissen**

Gemeinnütziges MVZ der GGP Rostock GmbH, zur Anstellung von *Lutz Pinkoeski* als Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie im MVZ, ab 15. Januar 2011;

Gemeinnütziges MVZ der GGP Rostock GmbH, zur Anstellung von *Diane Lange* als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie im MVZ, ab 1. Februar 2011;

Gemeinnütziges MVZ an der Universitätsklinikum Rostock GmbH, zur Anstellung von Dr. med. *Björn Glasenapp* als Facharzt für Anästhesiologie im MVZ, ab 6. Januar 2011;

Medizinisches Labor Rostock Dr. *Matic* und Kollegen – Medizinisches Versorgungszentrum GbR, zur Anstellung von Dr. med. *Sönke Prinz* als Facharzt für Pharmakologie und Toxikologie im MVZ, ab 1. Februar 2011.

#### **Ermächtigung**

Prof. Dr. med. *Kaja Frank Ludwig*,  
Klinikum Südstadt Rostock,  
für konsiliarärztliche Leistungen bei festgestellter Adipositas bei einem BMI ab 40 auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Chirurgie, Fachärzten für Allgemeinmedizin sowie hausärztlichen und fachärztlichen Internisten; auf dem Überweisungsschein ist der BMI kenntlich zu machen. Ausgeschlossen sind Leistungen, die die Klinik gemäß § 115 a und b SGB V erbringt, bis zum 31. März 2013.

### RÜGEN

#### **Ende der Zulassung**

Dr. med. *Ernst-Friedrich Coelle*,  
Praktischer Arzt in Sellin,  
endete mit Wirkung ab 20. Januar 2011.

#### **Die Zulassung haben erhalten**

Dr. med. *Anne Hermerschmidt*,  
Fachärztin für Allgemeinmedizin für Bergen, ab 1. April 2011;  
Dr. med. *Ines Gliem*,  
Fachärztin für Allgemeinmedizin für Sellin, ab 20. Januar 2011.

#### **Beendigung eines Anstellungsverhältnisses**

Nephrologische Fachambulanz des Universitätsklinikums Rostock, zur Anstellung von Dr. med. *Annette Fähnrich* als Fachärztin für Innere Medizin/Nephrologie, ab 31. Dezember 2010.

### SCHWERIN/WISMAR/NORDWESTMECKLENBURG

#### **Die Zulassung haben erhalten**

MVZ Schwerin West GmbH,  
für Schwerin, Kieler-Str. 31, ab 1. April 2011;  
MVZ Schwerin Ost GmbH,  
für Schwerin, Dreescher Markt 1, ab 1. April 2011.

#### **Genehmigungen von Anstellungsverhältnissen**

MVZ Schwerin West GmbH,  
zur Anstellung im MVZ ab 1. April 2011 von:

- ▶ *Andreas M. Morawietz* als Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie,
- ▶ Dipl.-Med. *Maren Paukstat-Allrich* als hausärztliche Internistin,
- ▶ *Reinhard J. Schodrok* als Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie,
- ▶ Dr. med. *Regina Löffler* als Fachärztin für Innere Medizin/Kardiologie,
- ▶ Dr. med. *Svenja Nitsche* als Fachärztin für Allgemeinmedizin,
- ▶ Dr. med. *Ulrike Garling* als Fachärztin für Innere Medizin/Kardiologie,
- ▶ Dr. med. *Dierk von Appen* als Facharzt für Allgemeinmedizin,
- ▶ *Daniela Klerch* als hausärztliche Internistin,
- ▶ Dr. med. *Raimar Steinbeck* als Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie,
- ▶ *Inge Selmikat* als Fachärztin für Innere Medizin/Nephrologie,
- ▶ Dipl.-Med. *Helga Grahl* als hausärztliche Internistin,
- ▶ Dr. med. *Astrid Crone* als Fachärztin für Allgemeinmedizin;

MVZ Schwerin Ost GmbH,  
zur Anstellung im MVZ ab 1. April 2011 von:

- ▶ Dr. med. *Sabine Bank* als Fachärztin für Allgemeinmedizin,
- ▶ Dr. med. *Jürgen Friedmann* als fachärztlicher Internist,
- ▶ Dipl.-Med. *Godehard Bublak* als hausärztlicher Internist,
- ▶ Dr. med. *Hartmuth Müller* als Facharzt für Allgemeinmedizin,
- ▶ Dr. med. *Kurt Hafften* als Facharzt für Allgemeinmedizin,
- ▶ Dr. med. *Gisela Siebert* als Fachärztin für Allgemeinmedizin.

### Genehmigungen von Nebenbetriebsstätten

MVZ Schwerin West GmbH,

- ▶ Dr. med. *Raimar Steinbeck* und *Inge Selmikat*, für die Standorte der Nebenbetriebsstätten in Schwerin, Johannes-R.-Becher-Str. 20, und in Leezen, Wittgensteiner Platz 1,
- ▶ Dipl.-Med. *Helga Grahl* und Dr. med. *Astrid Crone* für den Standort der Nebenbetriebsstätte in Schwerin, Johannes-Brahms-Str. 59, ab 1. April 2011;

MVZ Schwerin Ost GmbH,

- ▶ Dr. med. *Sabine Bank* und Dr. med. *Kurt Hafften*, für den Standort der Nebenbetriebsstätte in Schwerin, Hamburger Allee 130, ab 1. April 2011.

### Ende der Zulassung

Dr. med. *Egon Neumann*,  
Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Wismar, endet mit Wirkung ab 1. April 2011.

### Die Zulassung hat erhalten

Dr. med. *Barbara Brunsch*,  
Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten für Wismar, ab 1. April 2011.

### Widerruf der Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

Dr. med. *Detlef Rothacker*, Facharzt für Pathologie in Schwerin, zur Anstellung von Dr. med. *Agota Theallier-Janko* als Fachärztin für Neuropathologie in seiner Praxis, ab 1. Januar 2011.

### Ermächtigungen

Frauenklinik der HELIOS Kliniken Schwerin,  
für Leistungen nach den EBM-Nummern 01780 und 01786 auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, bis zum 31. Dezember 2012;

Dr. med. *Christian Marin*,  
HELIOS Kliniken Schwerin,  
zur Betreuung hämatologisch-onkologisch erkrankter Patienten auf Überweisung von Vertragsärzten, bis zum 31. März 2012.

### Beendigung der Ermächtigung

Dr. med. *Jens Oberländer*,  
HELIOS Kliniken Schwerin, mit Wirkung ab 1. April 2011.

## STRALSUND/NORDVORPOMMERN

### Ende der Zulassung

Dr. med. habil. *Ingrid Poethe*,  
Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie in Stralsund, endet mit Wirkung ab 1. Januar 2011;

Dipl.-Med. *Dagmar Settekorn*,  
Fachärztin für Orthopädie in Stralsund, endet mit Wirkung ab 1. Juli 2011.

### Die Zulassung haben erhalten

*Anja Kunert*,  
Fachärztin für Allgemeinmedizin für Barth, ab 1. April 2011;  
Prof. Dr. med. *Johannes Plath*,  
Facharzt für Orthopädie für Stralsund, ab 1. Juli 2011.

## UECKER-RANDOW

### Ende der Zulassung

Dipl.-Med. *Sabine Jäger*,  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in Ueckermünde, endet mit Wirkung ab 8. November 2010.

## INFORMATIONEN

### Die Praxissitzverlegung innerhalb des Ortes geben bekannt:

Dr. med. *Jens Thonack*, Facharzt für Allgemeinmedizin,  
**neue Adresse:** Hans-Beimler-Str. 1-3, 17489 Greifswald;

Dr. med. *Frank Bahlo*, Facharzt für Urologie,  
**neue Adresse:** Penzliner Str. 62, 17235 Neustrelitz.

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

## Gründung der Tinnitus-Selbsthilfegruppe „Ohrwurm“ in Mecklenburg-Vorpommern

**Am 20. Januar 2011 fand im Ateliercafe des Waldemarhofes in Rostock die Eröffnungsveranstaltung der unter der Schirmherrschaft der Deutschen Tinnitusliga (DTL) stehenden Selbsthilfegruppe statt. Mit ihrem Angebot steht sie für das ganze Bundesland Mecklenburg-Vorpommern offen.**

„Ohrwurm“ in Rostock richtet sich an Erkrankte mit Tinnitus, Morbus Meniere und Hyperakusis. Einmal monatlich sollen Betroffenen, aber auch Angehörigen oder anderweitig Interessierten Informationen in Form von Seminaren, Workshops, Vorträgen über diese speziellen Erkrankungen vermittelt werden.

Hier soll im gegenseitigen Verständnis und mithilfe des Erfahrungsschatzes jedes Einzelnen nach Wegen gesucht werden, wie mit der Erkrankung besser umgegangen werden kann.

Für weitere Fragen, Informationen oder die Zusendung von Flyern sollen folgende Kontakte genutzt werden:  
Dr. *Gerhard Schmager*, **Tel.:** 0381/6860377, **E-Mail:** gerhardschmager@freenet.de; Dr. *Kristine Groth*, **Tel.:** 0176/40310299, **E-Mail:** groth22@gmx.de; *Detlef Fischer*, **Tel.:** 0381/3770807, **E-Mail:** d-fischer-hro@t-online.de. kg

# Öffentliche Ausschreibungen

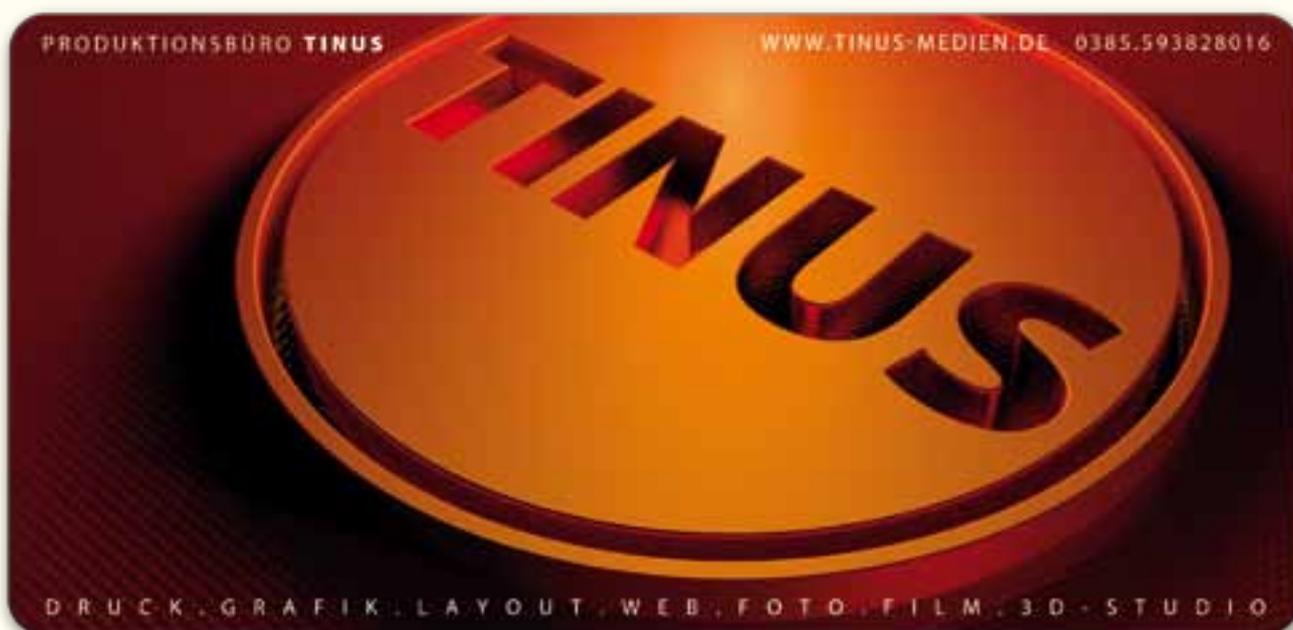
## von Vertragsarztsitzen gem. § 103 Abs. 4 SGB V



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.
<b>Rostock</b>			
HNO-Heilkunde	1. April 2012	15. März 2011	26/01/11
Radiologie ( <i>Praxisanteil/halber Vertragsarztsitz</i> )	1. Mai 2011	15. März 2011	09/02/11/1
Radiologie ( <i>Praxisanteil/halber Vertragsarztsitz</i> )	1. Mai 2011	15. März 2011	09/02/11/2
Kinder- und Jugendmedizin	1. Juli 2011	15. März 2011	18/02/11
<b>Müritz</b>			
Kinder- und Jugendmedizin ( <i>Praxisanteil</i> )	nächstmöglich	15. März 2011	01/04/08
<b>Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz</b>			
Innere Medizin	nächstmöglich	15. März 2011	02/08/10
Frauenheilkunde und Geburtshilfe ( <i>halber Vertragsarztsitz</i> )	1. Oktober 2011	15. März 2011	06/02/11
Kinder- und Jugendmedizin	nächstmöglich	15. März 2011	01/02/11/2
<b>Güstrow</b>			
Kinder- und Jugendmedizin	nächstmöglich	15. März 2011	13/05/09
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1. Juli 2011	15. März 2011	07/09/10
<b>Stralsund/Nordvorpommern</b>			
Innere Medizin/Nephrologie ( <i>Praxisanteil</i> )	1. April 2011	15. März 2011	15/02/11

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 Ärzteregister; ▶ Nachweise über die seit der Eintragung in das Arztregister ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten; ▶ Lebenslauf; ▶ polizeiliches Führungszeugnis im Original.



## Gerhard Richter

Von Renate Ross\*

**Innerhalb der Weltspitze nimmt Gerhard Richter unter den Künstlern der Gegenwart den ersten Platz ein. Sein 80. Geburtstag im kommenden Jahr ist Anlass, ihn mit großen Retrospektiven international zu würdigen.**

Auftakt sind zwei einander ergänzende Präsentationen. Die Hamburger Kunsthalle beleuchtet in der Schau „Unschärf. Nach Gerhard Richter“ die Auseinandersetzung junger Künstler mit der von Richter etablierten Ästhetik der Unschärfe. Das Bucerius Kunst Forum stellt mit „Bilder einer Epoche“ die Werkgruppe der großformatigen gemalten Fotos in den Mittelpunkt.



Foto: Timm Rautert

*Gerhard Richter am Fototisch*

50 Leihgaben aus 25 deutschen und internationalen Sammlungen aus der frühen Schaffensphase Gerhard Richters, die seinen Ruhm begründen, zeigt das Bucerius Kunst Forum. In seiner Bilderwelt begegnen sich das Banale und das Böse: Träume und Sehnsüchte, schnelle Autos, Erinnerungen, die beklemmende Vergangenheit, aktuelle Politik und alltägliche Gebrauchsgegenstände.

Der Künstler isolierte Motive aus Magazinen wie Stern und Quick. Aus den Fotos, die in jener fernseh- und bildarmen Zeit eine enorme Wirkung hatten, schuf er seine Bilder einer Epoche. Das Werk erscheint als Wiedergeburt der Malerei aus dem Geist von Pop Art und Fluxus, der radikalsten, experimentellsten Kunstbewegung des 20. Jahrhunderts. Die großformatigen Gemälde – sie zeichnen sich wirkungsvoll an den weißen Wänden ab – zählen zu den Bildikonen der 1960er Jahre. Zeitsymbolische Züge schwingen mit im Gemälde „XL 513“. Es gibt einen der ersten Jets mit Camouflage (1964 herausgekommen) wieder. Aggression und Faszination sind gleichermaßen präsent und das in dem Augenblick, da amerikanische Militärbasen in der Bun-

desrepublik ausgebaut wurden und die Luftangriffe auf Vietnam starteten. Für „Motorboot“ dient als Vorlage ein Foto in einer Anzeige für eine von Kodak eingeführte Kamera mit schnellem Filmkassettensystem. Hohe Malkunst sind auch die ikonischen Werke „Ema – Akt auf einer Treppe“, „Frau mit Schirm“ und „Tote“. Der „Faltbare Trockner“ – ein Alltagsmotiv – sei nicht ironisch gemeint, sagt Richter: „Der hatte eher etwas Tragisches, denn er thematisierte das Leben in einer Sozialwohnung, ohne die Möglichkeit, die Wäsche rauszuhängen. Das war ja mein Wäschetrockner, den ich in einer Zeitung wieder entdeckte, quasi objektiviert.“ Für das Bild „Zwei Fiat“ griff Richter auf eine marginal in einer Schokoladenwerbung auftauchende Aufnahme von zwei an einer Waldkulisse vorbeisausenden Autos zurück. Die durch rasche Bewegung motivierte Unschärfe erscheint wie eine Absicherung malerischer Verwischungsmethode.

Leben und Kunst sind bei Gerhard Richter, dessen Kindheitswunsch es war, Maler zu werden, eng verknüpft. Er studierte in den 50er Jahren mit dem Schwerpunkt Wandmalerei an der Dresdner Kunstakademie. „Es war eine sehr fundierte Ausbildung“, aber: „Das Ziel war der sozialistische Realismus“, so der Künstler. Im März 1961 reiste er aus in die Bundesrepublik, studierte in Düsseldorf, ist beeindruckt von Sigmar Polke, Roy Lichtenstein, Joseph Beuys und den „Nouveaux Realistes“. In der Vita 1967: Nach der Farbe erste graue Bilder, die erste Gastprofessur. Ausstellungen und Anerkennungen weltweit folgen.

Höhepunkt der Schau ist das Schlüsselwerk Richters, der Zyklus „18. Oktober 1977“ zum Tod der RAF-Mitglieder. Damit schloss er seine fundamental bedeutende Werkgruppe der gemalten Photographien ab. Es ist eine Leihgabe des New Yorker MoMA – 1995 angekauft. Gerhard Richter verarbeitete mit künstlerischen Mitteln ein bis heute aktuelles Trauma. Er sichtete die Bildüberlieferung der RAF (1970-1977), rekonstruierte das kollektive Bildgedächtnis, legte ein Arbeitsalbum mit über 100 Abbildungen an. 15 Motive bilden die Vorlagen für seine Zyklusgemälde in verwischter Schwarz-Weiß-Malerei. Der in Köln lebende Ausnahmekünstler schuf einen neuen Typus des Historienbildes, dessen Unbestimmtheit das Ereignis in der Schwebe lässt, auffordert, sehr genau hinzusehen und zu entdecken.

*Die Ausstellungen sind im Bucerius Kunst Forum bis 15. Mai (täglich 11 bis 19 Uhr, Donnerstag bis 21 Uhr) und in der Kunsthalle bis 22. Mai (Dienstag bis Sonntag 10 bis 18 Uhr, Donnerstag 10 bis 21 Uhr) zu sehen.*

*\* Renate Ross ist Journalistin in Schwerin.*

**50. GEBURTSTAG**

- 4.3.** Dr. med. *Andreas Bibergeil*,  
niedergelassener Arzt in Neubrandenburg;
- 5.3.** Dr. med. *Ute Rentz*,  
niedergelassene Ärztin in Schwerin;
- 8.3.** Dr. phil. *Gerald Schlecht*,  
niedergelassener Psychologischer  
Psychotherapeut in Rostock;
- 14.3.** Dr. med. *Claus Jürgen Köttgen*,  
niedergelassener Arzt in Hagenow;
- 15.3.** Dipl.-Psych. *Andrea Bülow*,  
niedergelassene Psychologische  
Psychotherapeutin in Schwerin;
- 17.3.** Dipl.-Psych. *Anke Schelm*,  
niedergelassene Psychologische  
Psychotherapeutin in Rostock;
- 19.3.** Dipl.-Med. *Otfried Ziesler*,  
niedergelassener Arzt in Neubrandenburg;
- 19.3.** Dipl.-Med. *Volker Dieckhoff*,  
niedergelassener Arzt in Güstrow;
- 23.3.** Dr. med. *Jens Förster*,  
niedergelassener Arzt in Greifswald;
- 24.3.** Dipl.-Med. *Eva Fehlhaber*,  
niedergelassene Ärztin in Neubrandenburg;
- 26.3.** Dipl.-Med. *Kerstin Vulpius*,  
niedergelassene Ärztin in Grimmen;
- 29.3.** Dipl.-Med. *Ulrike Winter*,  
niedergelassene Ärztin in Laage.

**60. GEBURTSTAG**

- 1.3.** Dipl.-Med. *Dietlind Schuster*,  
niedergelassene Ärztin in Kröpelin;
- 12.3.** Dr. med. *Horst Rühr*,  
niedergelassener Arzt in Greifswald;
- 14.3.** Dipl.-Med. *Beate Broda*,  
niedergelassene Ärztin in Leezen.

**65. GEBURTSTAG**

- 3.3.** Dipl.-Med. *Axel Andres*,  
niedergelassener Arzt in Goldberg.

**70. GEBURTSTAG**

- 20.3.** OMR Dr. med. *Adolf Hille*,  
angestellter Arzt in Boizenburg;
- 28.3.** Dr. med. *Jürgen Abel*,  
ermächtigter Arzt in Greifswald.

**75. GEBURTSTAG**

- 28.3.** SR Dr. med. *Astrid Kortum*,  
niedergelassene Ärztin in Lübben.

**Wir gratulieren...**

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

## 32. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit vom 2. bis 9. Juli auf Gran Canaria

**Austragungsort der 32. Sportweltspiele der Medizin und Gesundheit ist Las Palmas auf Gran Canaria (Kanarische Inseln) – ideale Bedingungen für Freizeitsportler, denn dort ist das Wetter gemäßigt, obwohl die Insel auf der Höhe der Sahara vor der afrikanischen Küste liegt.**

Erwartet werden über 2.500 sportbegeisterte Mediziner aus mehr als 50 Ländern. Alle akkreditierten Freizeitsportler können Freunde und Angehörige mitbringen, die aber ohne Wertung starten. In rund 25 Einzel- und Mannschaftsdisziplinen, wovon die meisten in Altersklassen eingeteilt sind, werden die Sportweltspiele ausgetragen. Von Tennis und Golf über Leichtathletik und Schwimmen bis hin zu Radrennen und Fußball reicht die Liste der Sportarten.

Teilnehmen kann jeder Mediziner und jede Medizinerin sowie Kollegen und Kolleginnen, die einen medizinischen Beruf ausüben oder ein Studium oder eine Ausbildung in einem Pflegeberuf haben. Auch Studenten der entsprechenden Fachbereiche können sich akkreditieren lassen. Weitere Informationen unter: [www.sportweltspiele.de](http://www.sportweltspiele.de). PR/stt



Fotos: Ann Kathrin Müller/www.sportweltspiele.de

## Wenn einer eine Reise tut ...

Von Siegfried Mildner\*

**30° C (plus!), 80 bis 90 Prozent Luftfeuchtigkeit. Es ist die kalte Jahreszeit in Sri Lanka. Nachts gehen die Temperaturen auf bitterkalte 25° C zurück. Kein Klima für einen europäischen Warmblüter. Kein Klima für mich. Schon beim Frühstück läuft der Schweiß aus allen Poren, und ich in langen Hosen und Hemd! Aber heute ist etwas Besonderes angesagt. Ich besichtige heute das Krankenhaus in Galle, der zweitgrößten Stadt Sri Lankas.**



Der 52-jährige Allgemeinmediziner Siegfried Mildner neben seinem geförderten Patenkind, der jungen Medizinerin Sewandi

Vor fünf Jahren lernte ich in Deutschland einen Ceylonesen kennen, der mir das Konzept des LIONS Club in Hikkaduwa nahebrachte. Weltweit wird Geld über persönliche Patenschaften gesammelt, um jungen Halbwaisen mit schwerkrankem Elternteil und zahlreichen Geschwistern ein Studium zu ermöglichen. Ohne diese Patenschaft wäre das nicht möglich. Zwar ist das Studieren in Sri Lanka kostenlos. Wer aber soll dann die Familie ernähren? Also nahm ich so eine persönliche Patenschaft an und ermöglichte mit 25 Euro (!) monatlich einem kleinen, zarten, schüchternen jungen Mädchen mit Namen Sewandi das Medizinstudium. Über fünf Jahre schrieb sie regelmäßig, in anfänglich holprigem Englisch, über ihre Studienerfolge. Immer sehr persönlich, immer sehr anschaulich. Und immer besser. Ende August 2010 schrieb sie von ihrem erfolgreichen Studienabschluss, diesmal in perfektem Englisch.

Es ist November. Da steht sie nun – eine junge selbstbewusste Frau – Frau Doktor. Und sie will mir IHRE Arbeitsstelle zeigen. Wir sehen uns zum allerersten Mal in natura – es ist ein anrührend emotionaler Moment, als sie mich umarmt und „DANKE“ sagt.

Als junge Ärztin gehört sie jetzt – auch Dank meiner Unterstützung – zu den gut verdienenden Sri Lankesen, 33.000 Rupies (ca. 200 Euro) monatliches Anfangsgehalt sind eine Menge Geld! Dort! Und mit meinen 4500 Rupies monatlich habe ich ihr Studium ermöglicht.

Die Gesundheitsfürsorge ist in den staatlichen Krankenhäusern mit Ausnahme der Medikamente kostenfrei. Es gibt aber auch private kostenpflichtige Häuser und Ambulanzen. Eine gesetzliche Krankenversicherung gibt es nicht. Für ein Entwicklungsland hat Sri Lanka aber ein erstaunlich gutes Gesundheitswesen mit sehr gut ausgebildeten Ärzten. Und vor dem zweitgrößten Krankenhaus des Landes, hier in Galle, stehe ich nun. Wir würden sagen, ein Haus der Maximalversorgung. Hinweise auf CT und MRT, Hinweisschilder zur Sonografie, Gastroskopie, Koloskopie, Pfeile in Richtung EKG – alles ist da. Aber was sehe ich da? Es gibt keine verglasten Fenster! 3000 Patienten im Krankenhauskomplex und es gibt keine Fenster! Auch die Türöffnungen sind ohne Türen!

Durch das breite Eingangsportal kommen wir in einen großen spartanisch mit ca. 100 fest installierten Plastikstühlen eingerichteten Raum. Alle Stühle zeigen in Richtung Wand. Dort ist eine Tür weit geöffnet, dahinter ein weißbekittelter Arzt, ihm gegenüber offensichtlich ein Patient am Tisch. Auf dem Tisch ein Stethoskop – die zentrale Aufnahme. Hier wird entschieden, ob eine stationäre Aufnahme erfolgt oder nicht.

In einem Seitenraum stehen bereits die Rollstühle und Transportliegen bereit. Aber wie definiert man Rollstuhl? Es sind genormte Gestelle mit vier Gummirädern; aufgeschraubt für die halbe Ewigkeit sind professionell der Beine entledigte Plastikgartenstühle! Ja, genau solche wie in unseren Baumärkten ... Aber sie rollen zumindest.

Zwei Pfleger kommen und holen eine Trage zum Transport einer Patientin in das Haupthaus. Vier Gummiräder, ein Eisengestell, darauf eine stellenweise durchgerostete eiserne Platte. Laken drauf, Patientin drauf, Abfahrt... Es ist schon erstaunlich, wie einfach Medizin funktionieren kann.



Rollstuhl

Jede Station hat 50 Betten, getrennt nach Männlein und Weiblein. Es stehen jeweils fünf nebeneinander in zwei Reihen gegenüber. Zwischen den Betten befindet sich ein kleiner Nachtschrank. Für schlimme Fälle oder bei ärztlichen Untersuchungen kann ein transportabler Vorhang zwischen die Betten gestellt werden.

Es ist gerade Besuchszeit, neben den jeweils zehn Patienten wuseln geschätzte 30 Besucher durch den Raum, natürlich auch noch Schwestern und Ärzte – ein Oberarzt, ein Stationsarzt, zwei Assistenzärzte für je 50 Patienten. Ich schreibe tatsächlich Raum, denn ein Zimmer sehe ich nicht. Ringsherum existieren ca. 1,60 Meter hohe blau und grün gekachelte Wände, dahinter entweder die nächsten zehn Patienten oder eben die freie Natur! Es gibt keine Fenster oder Türen, kein Patientenzimmer nach unserem Verständnis. Zugegebenermaßen sind die Einwohner des Landes deutlich kleiner als ich, aber mit 1,82 Meter kann ich bequem den ganzen Raum von außen überblicken. Weit heruntergezogene Dächer verhindern das Reinregnen, aber die „frische“, im Sommer auch 40°C warme Luft hat ungehinderten Zugang. Und Klimaanlage würden wohl nur stören, keinen Effekt haben.

Na klar, Toiletten gibt es auch, je zwei für zehn Patienten und 30 Besucher und Schwestern und Ärzte.

Das Ganze wiederholt sich unzählige Male – ca. 3000 Patienten müssen erst einmal untergebracht werden. Und sollte ein Tourist erkranken, führt sein erster Weg ebenfalls in diese erste Anlaufstelle oder in ein privates Krankenhaus. Gute Besserung!

**Sri Lanka ist seit 1948 unabhängig. Auf der Insel, die fast doppelt so groß wie Baden-Württemberg ist, leben über 20 Millionen Menschen.**



Die medizinische Versorgung in Sri Lanka – die kostenlos erfolgt – ist im Vergleich zu anderen Entwicklungsländern

gut: Es gibt eine recht große Anzahl von Krankenhäusern, Ambulanzen, Ärzten und Pflegepersonal. Wieder im Aufschwung begriffen ist die traditionelle Heilkunde – Ayurveda. Auf 100.000 Einwohner kommen 97 Ärzte.

94 Prozent der Einwohner haben Zugang zu verbesserten sanitären Anlagen, 77 Prozent zu aufbereitetem Wasser und mehr als 95 Prozent Zugang zu Medikamenten zu erschwinglichen Preisen.

Fotos: Mildner

Ach ja, das Essen wird möglichst von Verwandten gebracht, die Logistik und die Kosten übersteigen dann doch den gesetzlich verbrieften Anspruch auf Kostenfreiheit im Krankenhaus. Alle notwendigen Medikamente müssen von den Angehörigen besorgt und mitgebracht werden. Nach der Entlassung müssen die Medikamente sowieso höchstpersönlich gekauft und bezahlt werden, auch mit Rezept. Nur werden diese Kosten durch keine Institution erstattet.

Der LIONS Club Hannover hat vier Frühchenstationen gesponsert – vor 15 Jahren waren sie High-Tech vom Feinsten. Jetzt wurden sie aussortiert, ersetzt und netterweise nach Sri Lanka geschickt. Da liegen nun diese kleinen Würmchen, verkabelt und ringsherum piepst und brummt es, leuchten viele bunte Lampen. Fast wie zu Hause, denke ich. Wenn da bloß nicht diese komischen Gazegitter-Käseglocken über den auf Erwachsenenliegenden liegenden Babys wären. Ach ja, es könnten ja Mücken durch die nach außen offenen Räume kommen, oder aber Streifenhörnchen.

Ernüchert bin ich. Erschlagen von der Einfachheit des medizinischen Umfeldes. Meine Gedanken gehen nach Deutschland, zu Hygienestandards, Qualitätsmanagement, Desinfektionsrichtlinien, Bettenbelegungsplänen, Personalschlüssel, Anspruchsverhalten von deutschen Patienten. Und ich empfinde eine tiefe Hochachtung vor den Leistungen der hier in Sri Lanka tätigen Mediziner. Aber meinen anfangs gehegten Gedanken, die junge Ärztin einmal nach Deutschland einzuladen, habe ich vorerst fallengelassen. Wohl aus jetzt verständlichen Gründen.

Aber DANKE Sewandi!! Danke für diesen winzig kleinen, aber absolut authentischen Einblick hinter die Kulissen deines Krankenhauses. Für diesen Blick in eine andere Welt.

\* Dipl.-Med. Siegfried Mildner ist Allgemeinmediziner in Schwerin und Mitglied der Vertreterversammlung.



100 fest installierte Plastikstühle mit Blick zur Wand

## Regional

**Rostock** – 18. März 2011

Mona Lisa hinter Glas. Sinnliches, Allzusinnliches in der psychoanalytischen Praxis und Diskussion

**Hinweise:** 16.15 bis 18.30 Uhr im Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse M-V e.V., Augustenstraße 44 a; Referent: Dipl.-Psych. *Nikolaus Becker*; Fortbildungspunkte: 3; Teilnehmergebühr: 8 Euro pro Stunde.

**Information/Anmeldung:** Institut für Psychotherapie und Psychoanalyse M-V e.V., **Tel./Fax:** 03 81.45 90 393, **E-Mail:** IPPMV@t-online.de.

**Schwerin KVMV** – 7. Mai 2011

QM Termin für das 1. Halbjahr

7. Mai 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 Ärztebank 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.

**Waren** – 7. Mai 2011

Fortbildung Diabetes und Metabolisches Syndrom

**Hinweise:** 9.00 bis 16.30 Uhr, Ort: Seehotel Waren mit Experten aus ganz Deutschland; Themen u.a.: Prävention und Therapie des Metabolischen Syndroms, konservative Therapie der Adipositas, Bariatrische Chirurgie, Ziele der Diabetes-Therapie, Neues zum HbA1c, heutige Insulintherapie, Insulinpumpentherapie, heutige Therapie mit oralen Antidiabetika usw.; Gebühren: 35 Euro.

**Information/Anmeldung:** *Ulrike Kaiser*, Klinik Malchow See, August-Bebel-Str. 27, **Tel.:** 03 99 32.15 420, **E-Mail:** casekr@reha-malchow.de.

## Überregional

**Berlin** – 16. bis 17. März 2011

6. Kongress für Gesundheitsnetzwerker – Die Praxis neuer Versorgungsformen

**Hinweise:** Ort: Charité – Campus Virchow-Klinikum, Lehrgebäude Forum 3, Augustenburger Platz 1; Zielgruppe u.a.: niedergelassene Ärzte; Thema u.a.: Managementstrukturen für Ärztenetze.

**Information/Anmeldung:** Agentur WOK GmbH, Palisadenstraße 48, 10243 Berlin, **Tel.:** 0 30.49 85 50 31 oder -32, **Fax:** 0 30.49 85 50 30, **E-Mail:** info@gesundheitsnetzwerker.de.

**Berlin** – 17. bis 18. März 2011

AMNOG 2011 – Auswirkungen/erste Praxiserfahrungen

**Hinweise:** Ort: Lindner Hotel Am Kudamm, Kurfürstendamm 24; Inhalte u.a.: alle wesentlichen Änderungen in punkto Value Dossier und deren Datengrundlage.

**Information/Anmeldung:** Management Forum Starnberg GmbH, **Tel.:** 0 81 51.27 19 0, **Fax:** 0 81 51.27 19 19, **E-Mail:** info@management-forum.de, **Internet:** www.management-forum.de/amnog2011.

**Berlin** – 24. März 2011

15 Jahre Leitlinien in Deutschland – Anspruch und Wirklichkeit: Symposium des ÄZQ zum DNEbM-Kongress 2011

**Hinweise:** 13.00 bis 18.30 Uhr, Ort: Technische Universität Berlin, Hauptgebäude, Str. des 17. Juni 135; Das ÄZQ führt am 24. März 2011 von 9 bis 12 Uhr Trainingsworkshops durch.

**Information/Anmeldung:** Congress Partner GmbH, MCI-Berlin Office, **Tel.:** 0 30.2 04 59 0, **Fax:** 0 30.2 04 59 50, **Online-Registrierung:** www.ebm-kongress.de.

**Berlin** – 24. bis 26. März 2011

12. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin: EbM & individualisierte Medizin

**Hinweise:** Ort: Technische Universität Berlin, Hauptgebäude, Str. des 17. Juni 135; Schwerpunkte: u.a. EbM & individualisierte Medizin und ▶ deren Methoden, ▶ Interessenkonflikte (Integrität der Wissenschaft), ▶ Patientenbeteiligung, ▶ das Ende der Sozialmedizin/Rechtssprechung; Fortbildungspunkte sind beantragt.

**Information/Anmeldung:** Congress Partner GmbH, MCI – Berlin Office, **Tel.:** 0 30.2 04 59 0, **Fax:** 0 30.2 04 59 50, **Online-Registrierung:** www.ebm-kongress.de.

## Ausstellung bricht Tabu des Sterbens

„**Noch mal leben**“ heißt eine Ausstellung in Rostock, die nur noch bis zum 20. März 2011 in der Kunsthalle zu sehen ist.

Der Fotograf **Walter Schels** und die Journalistin **Beate Lakotta** baten unheilbar Kranke, sie in ihren letzten Tagen begleiten zu dürfen.

Aus diesen Begegnungen entstanden einfühlsame Porträts. Die Schwarz-Weiß-Fotos entstanden kurz vor und unmittelbar nach dem Tod der sechszwanzig Porträtierten. Die Ausstellung berichtet von den Erfahrungen, Ängsten und Hoffnungen der Sterbenden und lässt sie noch einmal zu Wort kommen. Mit der Ausstellung, die bereits seit dem 4. Februar zu sehen ist, wird ein Begleitprogramm angeboten. Einigen Veranstaltungen wurden durch die Ärztekammer Weiterbildungspunkte erteilt. Nähere Informationen über: [www.kunsthallerostock.de](http://www.kunsthallerostock.de). stt



## Fritz Eisel – Maler unserer Region

Im KV-Journal werden in loser Folge Titelbilder von Malern aus Mecklenburg-Vorpommern zu sehen sein. Den Anfang macht der 1929 in Lauterbach/Hessen geborene **Fritz Eisel**. Er studierte von 1947 bis 1957 in Weimar, Dresden und Leningrad. Nach freischaffenden Tätigkeiten wurde er 1970 an die Hochschule für bildende Künste Dresden berufen, dort 1973 Professor für Malerei und von 1975 bis 1979 Rektor der Hochschule. Ab 1982 war er freischaffend in Langen Brütz bei Schwerin tätig. Fritz Eisel verstarb am 19. September 2010. Eisel wurde mit etlichen Kunstpreisen geehrt. Seine Werke sind in vielen staatlichen Museen – u.a. auch in Schwerin – zu sehen. stt



## 4. Golfturnier der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Bitte Termin vormerken!  
Auch in diesem Jahr richtet die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern wieder ein Golfturnier aus.

**Termin ist der 2. Juli 2011.**

Nähere Informationen dazu sind im nächsten KV-Journal zu erhalten.  
Fragen zu den Anmeldemodalitäten beantwortet:  
**Dan Oliver Höftmann, Tel.:** 0385.7431-203  
E-Mail: [dhoeftmann@kvmv.de](mailto:dhoeftmann@kvmv.de). stt

**Impressum** Journal der Kassenärztlichen Vereinigung M-V  
20. Jahrgang | Heft 222 | März 2011

**Herausgeber** Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern | Neumühler Str. 22 | 19057 Schwerin | Postfach 160145 | 19091 Schwerin | [www.kvmv.de](http://www.kvmv.de) | **Redaktion** Abt. Öffentlichkeitsarbeit | Eveline Schott | Tel.: 0385.7431-213  
Fax: 0385.7431-386 | E-Mail: [presse@kvmv.de](mailto: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](http://www.tinus-medien.de) | **Erscheinungsweise** monatlich | **Bezugspreise** Einzelheft: 3,10 Euro | Jahresabonnement: 37,20 Euro

Für die Mitgliedschaft 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.

# Tag der Niedergelassenen



Das Forum für Vertragsärzte und -psychotherapeuten  
beim Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit



Die KBV und Ihre KV laden Sie ein zum

**Tag der Niedergelassenen am 13. Mai 2011 in das Berliner ICC.**

**11 Uhr** KBV kontrovers extra: Die Praxis der Zukunft – Vernetzt auf allen Ebenen?  
Politische Diskussionsrunde mit dem Vorstand der KBV

Alle Informationen finden Sie unter [www.tag-der-niedergelassenen.de](http://www.tag-der-niedergelassenen.de).

## Info-Markt der KVen + Speaker's Corner + Politische Diskussion + Info-Veranstaltungen

### Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

Ja, wir nehmen teil. Teilnehmerzahl

<b>9.00–10.30 Uhr</b>	Der Weg zur papierlosen Praxis: KV-Online-Power	<input type="checkbox"/>	.....
<b>9.00–10.30 Uhr</b>	Palliativversorgung in der ambulanten Medizin	<input type="checkbox"/>	.....
<b>9.00–10.30 Uhr</b>	Achtung, Keime: MRSA in der ambulanten Versorgung	<input type="checkbox"/>	.....
<b>14.00–15.45 Uhr</b>	QM – und wie geht es Ihrer Praxis?	<input type="checkbox"/>	.....
<b>14.00–15.45 Uhr</b>	Richtig kodieren – Tipps für die Praxis	<input type="checkbox"/>	.....
<b>16.15–18.00 Uhr</b>	Die CME-Fortbildungsangebote des Deutschen Ärzte-Verlags	<input type="checkbox"/>	.....
<b>16.15–18.00 Uhr</b>	Modernes Investitionsmanagement für die Praxis	<input type="checkbox"/>	.....

**Freier Eintritt zum Tag der Niedergelassenen für Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Praxispersonal. Melden Sie sich bis zum 6. Mai 2011 hier an:**

Vor- und Nachname: .....

Arztnummer: .....

Straße, Hausnummer: .....

Postleitzahl, Ort: .....

KV-Zugehörigkeit: .....

Begleitendes Praxispersonal  
Vor- und Nachname: .....

Begleitendes Praxispersonal  
Vor- und Nachname: .....

Begleitendes Praxispersonal  
Vor- und Nachname: .....

Faxanmeldung an 030/498550-30  
oder online über [www.hauptstadtkongress.de/tdn](http://www.hauptstadtkongress.de/tdn)

**6** Fortbildungspunkte für  
die Teilnahme am Tag der  
Niedergelassenen

**13. Mai 2011, ICC Berlin**



**Hauptstadtkongress 2011**  
Medizin und Gesundheit

11. bis 13. Mai 2011  
im ICC Berlin