

Journal

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG Mecklenburg-Vorpommern



Politik reflektieren – Seite 4

**GKV zukünftig
nicht mehr finanzierbar**

Qualitätssicherung – Seite 11

**Erfolgsmodell in M-V:
Pflegeheim Plus**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die ambulante medizinische Versorgung leidet seit Jahren am so genannten „Ärztemangel“. Das liegt nicht nur daran, dass die niedergelassenen Ärzte immer älter werden und in ihren wohlverdienten Ruhestand gehen,



Dan Oliver Höftmann

Stellvertretender
Verwaltungsdirektor
der KVMV

sondern auch daran, dass die vergleichsweise jungen Mediziner sich häufig nicht für eine Niederlassung entscheiden wollen. Zu groß ist die Angst vor dem finanziellen Risiko, der Bürokratie, den vermeintlich ständigen Bereitschaftsdiensten, den Regressen etc. Die Sorgen sind nicht alle unbegründet. Allerdings meistern fast 2.500 Kassenärzte im Land diese Herausforderungen tagtäglich mit Bravour. Dank ihrer Arbeit wird die ambulante medizinische

Versorgung abgesichert und mit Leben gefüllt. Wie in jedem Beruf gibt es Licht und Schatten.

Allerdings ist es nur im ambulanten Bereich möglich, als Mediziner in freier und selbständiger Tätigkeit ärztlich zu arbeiten, eigener Chef zu sein und sich in eigener Praxis frei zu entfalten.

Der eine oder andere niederlassungswillige Arzt hegt aber auch die Angst vor einer Tätigkeit in einer entlegenen Region. Manch einer fragt sich vielleicht „Wo ist das nächste Theater, das Kino, das Museum?“ Aber es gibt auch niederlassungswillige Ärzte, die sich um die nächste Kindertagesstätte oder die Schulstandorte in der Nähe sorgen. Wiederum andere wollen neben der ärztlichen Tätigkeit einfach nur zur Jagd oder zum Segeln. Nur wie soll man herausfinden, wo man am besten hin möchte?

Gemeinsam mit dem Landkreistag und dem Städte- und Gemeindetag des Landes will die Kassenärztliche Vereinigung dieses Problem angehen. So soll im Rahmen eines Projektes ein „Suchprogramm“ entstehen, dass die Eckdaten der Regionen – wie beispielsweise Kindertagesstätten, Schulen, Jagd- und Segelreviere, örtliche Strukturen bis hin zur Tankstelle oder Biblio-

thek – aufnimmt. Anhand eines daraus abzuleitenden „Attraktivitätsindex“ soll es künftig jedem Arzt möglich sein, auf der Suche nach dem passenden Niederlassungsort in Mecklenburg-Vorpommern nach seinen eigenen Kriterien den für sich attraktivsten Platz zu finden.

Dafür wollen Landkreistag sowie Städte- und Gemeindetag ihre Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung intensivieren und beispielsweise die notwendigen Infrastrukturdaten in den „Attraktivitätsindex“ hineingeben. Aber auch darüber hinaus wollen die Verbände und die Kassenärztliche Vereinigung enger zusammenrücken, um dem – mittlerweile gesamtgesellschaftlichen – Problem „Ärztemangel“ gemeinsam entgegenzutreten.

Profitieren können davon alle Beteiligten. Der Arzt findet „seinen“ Standort und die Gemeinde findet „ihren“ Arzt.

Uns allen wünsche ich viel Erfolg bei der Suche!

Herzlichst

Ihr

Inhaltsverzeichnis

Politik reflektieren

GKV zukünftig nicht mehr finanzierbar 4

Medizinische Beratung

Die Heilmittel-Richtlinie:
Grundsätze der Verordnung (Teil II)..... 6

Abrechnung

Neuer Laborüberweisungsschein Muster 10..... 8
Ärztliche Leistungen für Asylbewerber..... 9

Justizariat

Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung 10

Qualitätssicherung



Erfolgsmodell „Pflegeheim Plus“ 11

Informationen und Hinweise

Bekanntnisse und Fragen zu einer Erfolgsstory:
Die Krebsfrüherkennung der Frau feiert ihren
40. Geburtstag 12
Sicherstellung der augenärztlichen
Sprechstunden..... 13
Druckpaket zur Nationalen VersorgungsLeitlinie
Asthma (NVL) erhältlich 14
Wartezimmerinformation
Bauchspeicheldrüsenkrebs 18

Vertragsabteilung

Ergänzende Hautkrebsvorsorge-Verträge/
Knappschaft..... 14

Ermächtigungen und Zulassungen..... 15

Öffentliche Ausschreibungen 18

Feuilleton: Kempowskis Welten 19



Veranstaltungen 20

KBV-Versorgungsmesse 2012..... 20

Personalien 21

Neue Mitglieder in der VV:
Dr. med. Gunnar Scharlau 21

Mit kritischer Feder

Kommunikation unter Kollegen..... 22

Kassenärztliche Versorgung

Kreisgebietsreform in Mecklenburg-Vorpommern
Beibehaltung der Planungsbereiche 23

Impressum 23



Titel:

Bildnis eines jungen
Mannes

Fritz Eisel

Öl/Hf.
1983

GKV zukünftig nicht mehr finanzierbar

Die demografischen Veränderungen in der Gesellschaft sind nicht zu übersehen. Sie stellen in der Zukunft eine enorme Herausforderung für die solidarische Gemeinschaft in der Renten-, Pflege- und natürlich in der Krankenversicherung dar.

Immer öfter verlangen renommierte Persönlichkeiten wie der ehemalige Ärztekammerpräsident Prof. Hoppe oder der Gesundheitsökonom Prof. Beske, über Prioritäten in der Vergabe sozialer Leistungen offen zu diskutieren, denn schon jetzt ist z. B. das Gesundheitswesen nicht mehr zu finanzieren.

In der Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung Kiel hat man sich dieses Themas angenommen und sich im 121. Band mit der „...bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung im demografischen Wandel...“ auseinandergesetzt. Auf einer Pressekonferenz im September 2011 wurde dieser Band vorgestellt. Auszüge aus der Presseveröffentlichung sind hier zu lesen. Mehr dazu ist auf der Internetseite des Instituts unter: www.igsf.de zu finden.

Solidarische Krankenversicherung und demografischer Wandel: Offen, geordnet und nachvollziehbar mit begrenzten Finanzen umgehen

„Die meisten Familien in unserem Land sprechen darüber, was sie sich mit dem ihnen zur Verfügung stehenden Geld leisten können. Wie und wo man sparen kann und wann und ob man sich bestimmte Dinge kauft. Das ist die alltäglich notwendige Rationierung und Priorisierung, der offene und intelligente Umgang mit begrenzten Ressourcen – dies brauchen wir auch im Gesundheitswesen“, so Prof. Beske. Um auch in Zukunft eine solidarische, bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung bei begrenzten Mitteln sicherzustellen und die hierfür erforderlichen Veränderungen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung transparent, gerecht und nachvollziehbar zu machen, fordert er dazu auf, offen über Priorisierung und Rationierung zu diskutieren.

BEGRÜNDUNG

Demografischer Wandel. Entscheidenden Einfluss auf den Versorgungsbedarf hat die Bevölkerungsentwicklung. Während heute drei Personen im erwerbstätigen Alter für eine Person im Rentenalter zur Verfügung stehen, beträgt diese Relation 2060 nur noch 1 zu 1.

Morbiditätsentwicklung. Es nehmen zu die Multimorbidität mit einem höheren Versorgungsbedarf und höheren Kosten sowie mit dem Alter verstärkt auftretende Krankheiten.

Medizinischer Fortschritt. Für die Ausgabenentwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist neben der demografischen Entwicklung der medizinische Fortschritt von entscheidender Bedeutung. Damit er auf der einen Seite auch in Zukunft der gesamten Bevölkerung ohne Ansehen der Person zugutekommt, auf der anderen Seite aber finanzierbar bleibt, müssen insbesondere teure Innovationen auf ihren Wert für die Gesundheitsversorgung geprüft werden.

Finanzsituation der gesetzlichen Krankenversicherung. 2008 haben rund 51 Millionen Mitglieder die Beiträge für Ausgaben der GKV in Höhe von 160 Milliarden Euro aufgebracht. 2060 müssten rund 40 Millionen Mitglieder die Beiträge für Ausgaben in Höhe von 468 Milliarden Euro aufbringen.

Über-, Unter- und Fehlversorgung. Für den Kontext dieser Arbeit ist insbesondere die medizinische Unterversorgung von Bedeutung. Wird die für viele Leistungsgebiete behauptete Unterversorgung ausgeglichen, sind zusätzliche Finanzmittel erforderlich.

Leistungskürzungen. Der Gesetzgeber hat im GKV-Modernisierungsgesetz und im GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz Leistungen gekürzt, ohne eine vergleichende Abwägung darüber, welche Leistungen als vorrangig und welche als nachrangig angesehen werden müssen.

Neue Leistungen, neue Kosten. Der Leistungskatalog der GKV ist ein dynamischer Prozess mit einem ständigen Wandel. Es werden vorzugsweise neue Leistungen hinzugefügt, selten Leistungen als überholt oder überflüssig aufgegeben. Grundsätzlich muss gefordert werden, dass neue Leistungen nur bei Gegenfinanzierung erbracht werden dürfen.

Öffentliche Diskussion über Priorisierung und Rationierung. In der öffentlichen Diskussion wird von der Ärzteschaft seit längerem darauf hingewiesen, dass die finanziellen Mittel nicht ausreichen, um alle Leistungen zu finanzieren, was schon heute zu einer stillen Rationierung führt. Gefordert wird eine öffentliche Diskussion über diese Problematik.

Ein Blick über die Grenzen. Alle Industrienationen, deren Haushaltslage durch Schulden gekennzeichnet ist, reduzieren Sozialleistungen und dabei auch die Ausgaben in der Gesundheitsversorgung. Eine Diskussion darüber in Deutschland zu führen, dürfte einem Aufstand gleichkommen.

Zwischenbilanz. Diese Arbeit geht von der These aus, dass Leistungseinschränkungen in der GKV unvermeidbar sind und dass sie ein geordnetes Vorgehen erfordern. Methoden sind Priorisierung und Rationierung.



▼ Dies wird im Band 121 entsprechend begründet. Wer unverändert jede Diskussion darüber ablehnt, muss als erstes die Begründung widerlegen.

VORSCHLÄGE

Neubestimmung der Aufgaben der GKV. Die Aufgaben der GKV sind in § 1 SGB V so umfassend definiert, dass der GKV praktisch jede Aufgabe der Gesundheitsversorgung im weitesten Sinne übertragen werden kann. Ein solcher Leistungsumfang ist in Zukunft nicht mehr finanzierbar. Aus diesem Grunde muss die Aufgabe der GKV neu bestimmt und konkretisiert werden.

Begriffsbestimmung von Priorisierung und Rationierung. Eine Diskussion über Priorisierung und Rationierung erfordert eindeutige Begriffsbestimmungen. Priorisierung kann Grundlage von Rationierung sein. Rationierung ist die sinnvolle, die vernünftige, die rationale Verwendung begrenzter Mittel. *Implizite, heimliche, stille, verborgene, verdeckte oder unkontrollierte Rationierung* ist jede Form der Rationierung, die nicht öffentlich gemacht wird und damit intransparent ist, die unsozialste und ungerechteste Form von Leistungseinschränkungen überhaupt.

Versichertenbeiträge ausschließlich für Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung.

In einem Sozialstaat mit sozialer Gerechtigkeit und Solidarität dürfen Beiträge, die von Versicherten für ein bestimmtes Sozialsystem geleistet werden, nur für die Aufgaben dieses Sozialsystems verwendet werden.

Quersubventionierung. In vielen Fällen subventioniert die GKV die öffentliche Hand. Jede einzelne versicherungsfremde Leistung muss exakt definiert und der GKV vom Staat mit voller Gegenfinanzierung als Auftragsverwaltung übertragen werden. Alle versicherungsfremden Leistungen sind damit im Leistungskatalog der GKV zu streichen.

Umgestaltung und Herausnahme von Leistungen. Bei *Heilmitteln* werden Massagen gestrichen. Die Wirkung von *Heilmitteln* wird evaluiert. Bei *Hilfsmitteln* wird der unübersichtliche Leistungskatalog vollständig überprüft. Die Kosten der künstlichen Befruchtung werden zu je einem Drittel auf den Staat, die GKV und die behandelten Paare aufgeteilt statt wie bisher zu je 50 Prozent GKV und behandeltem Paar. Die Primärprävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und wird gestrichen. Die medizinische Rehabilitation wird neu gestaltet mit einer Reduktion der stationären und einem Ausbau der wohnortnahen, ambulanten Rehabilitation. Bei der Härtefallregelung wird für chronisch Kranke bis auf Ausnahmen die Belastungsgrenze von jährlich einem Prozent der Bruttoeinnahmen auf zwei Prozent erhöht.

Ambulante psychotherapeutische Behandlung. Neuordnung mit einem Abbau von Wartezeiten und Ein-

führung einer Zuzahlung für jede Einzelbehandlung. **Grundsatzüberlegungen für weitere Leistungskürzungen.** Kommt es zur weiteren Verschärfung der Finanzsituation der GKV, gibt es folgende Optionen: *Herausnahme von • Akupunktur • Krankengeld • ambulanter psychotherapeutischer Behandlung mit Ausnahme bei Kindern • Zahnersatz mit Ausnahme bei Kindern • weitergehende Streichung der Übernahme von Fahrtkosten • Integration von sozialer Pflegeversicherung und medizinischer Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung in die gesetzliche Krankenversicherung • Erhöhung der Härtefallgrenze auf drei Prozent des Bruttoeinkommens.*

Bundeszuschuss an die gesetzliche Krankenversicherung. Der pauschale Bundeszuschuss wird in eine detaillierte Auftragsverwaltung an die GKV mit kostendeckender Finanzierung umgewandelt.

Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Begrenzung der Zuzahlung bei *Krankenhausbehandlung* wird aufgehoben. Die im internationalen Vergleich in Deutschland hohe Zahl von *Arztkontakten* muss detailliert untersucht werden. Die Praxisgebühr in der jetzigen Form entfällt. Um den Erstkontakt mit dem Arzt nicht zu erschweren, wird ab dem vierten Praxisbesuch im Quartal für jeden weiteren Besuch eine Gebühr von zehn Euro erhoben. Die Zuzahlung bei *Arzneimitteln* wird auf eine prozentuale Beteiligung mit Kappungsgrenze umgestellt. Als Grundprinzip in allen Leistungsbereichen werden *Festbeträge* und *Festzuschüsse* eingeführt.

Medizinische Versorgung auf den Prüfstand.

Es stellt sich die Frage, ob die in Deutschland im europäischen Vergleich überdurchschnittlich hohe Zahl an Betten in der akuten *Krankenhausversorgung* medizinisch begründet und damit berechtigt ist. Für *medizinische Großgeräte* ist eine bundesweite bedarfsbestimmte Abstimmung erforderlich.

Die Frage eines würdigen Sterbens steht nicht zur Diskussion. Trotzdem muss die Frage gestellt werden, ob die *spezialisierte ambulante Palliativversorgung* nicht eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist.

Gesundheitliches Fehlverhalten. Es ist nicht vertretbar, dass die Auswirkungen von gesundheitlichem Fehlverhalten durch eine ständig abnehmende Zahl von Beitragszahlern finanziert werden.

Karenztage. Es werden zwei Karenztage eingeführt. Karenztage können mit Urlaubstagen abgegolten werden. Diese Forderung erscheint gerechtfertigt, da Deutschland von allen Ländern der EU die höchste Zahl an Urlaubstagen hat.

Der 121. Band aus der Schriftenreihe des Fritz Beske Instituts Kiel kann gegen eine Schutzgebühr von 10 Euro zzgl. Versandkosten bestellt werden. PR/stt

Grundsätze der Heilmittelverordnung (Teil II)

1. Auswahl des zu verordnenden Heilmittels

Die Verordnung von Heilmitteln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ist nur dann möglich, wenn diese notwendig sind, um

- ▶ eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- ▶ eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen,
- ▶ einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken oder
- ▶ Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu vermindern.

Sie kann nur nach Maßgabe der Heilmittel-Richtlinie (Heilm-RL) unter Beachtung der Kontraindikationen erfolgen.



Foto: Matthias Balzer/www.pixelio.de

Der **indikationsbezogene Katalog** verordnungsfähiger Heilmittel ist Bestandteil dieser Richtlinie und regelt

- ▶ die Indikationen, bei denen Heilmittel im Regelfall verordnungsfähig sind,
- ▶ die Art der verordnungsfähigen Heilmittel bei diesen Indikationen,
- ▶ die Menge der verordnungsfähigen Heilmittel je Diagnosegruppe und Besonderheiten bei Wiederholungsverordnungen im Regelfall.

Die Auswahl und die Anwendung des Heilmittels (insbesondere Einheiten pro Verordnung, Gesamtverordnungsmenge, Empfehlungen zur Behandlungsfrequenz) hängen von der Ausprägung und dem Schweregrad der Erkrankung sowie dem angestrebten Therapieziel ab.

Im Heilmittelkatalog werden Heilmittel als vorrangiges, optionales, ergänzendes Heilmittel und als standardisierte Heilmittelkombination benannt.

„vorrangiges Heilmittel“ (A)

Eine im Heilmittelkatalog so benannte Maßnahme soll vorrangig verordnet werden. Ist dies alleinig aus in der Person des Patienten liegenden Gründen nicht möglich, kann alternativ ein

„optionales Heilmittel“ (B)

zur Anwendung kommen. Bei medizinischer Notwendigkeit kann zu einem „vorrangigen Heilmittel“ (A) oder zu einem „optionalen Heilmittel“ (B) ein

„ergänzendes Heilmittel“ (C)

verordnet werden. Es kann **ein** optionales Heilmittel zusätzlich kombiniert werden.

Maßnahmen der Elektrotherapie/-stimulation sowie der Ultraschall-Wärmetherapie können dann **alleinig** verordnet werden, wenn diese im Heilmittelkatalog indikationsbezogen als ergänzendes Heilmittel vorgesehen sind (z.B. WS2e, WS1d u.a.). Eine Kombination dieser untereinander ist nicht möglich, das heißt, es darf von den genannten Ausnahmen nur eine verschrieben werden. Das ergänzende Heilmittel ist auf dem Verordnungsvordruck explizit zu benennen – nicht „WT“, sondern „Ultraschall-WT“.

Die gleichzeitige Verordnung eines „vorrangigen Heilmittels“ (A) und eines „optionalen Heilmittels“ (B) ist bei derselben Schädigung nicht möglich. Besonderheiten gibt es in diesem Zusammenhang bei der Ergotherapie. Hier können die Verordnungsmengen auf verschiedene vorrangige Heilmittel aufgeteilt werden, soweit der Heilmittelkatalog in der Diagnosegruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht.

Standardisierte Heilmittelkombinationen (D)

Diese dürfen nur dann verordnet werden, wenn komplexe Schädigungsbilder bestehen, die einer intensiven Heilmittelbehandlung bedürfen, und das synergistische Zusammenwirken der Heilmittelkombinationen nutzbringend ist.



Die Erbringung dieser muss im direkten zeitlichen und örtlichen Zusammenhang erfolgen.

Ein Verordnung von Heilmitteln aus verschiedenen Abschnitten des Heilmittelkataloges, acht z.B. gleichzeitiges Verordnen von Physikalischer Therapie und Ergotherapie, ist bei entsprechender Indikation zulässig. Diese muss auf getrennten Verordnungsvordrucken erfolgen.

Die **nichtverordnungsfähigen Heilmittel** sind in der Anlage der HeilM-RL (www.G-BA.de ▶ Richtlinien ▶ Heilmittel-Richtlinie ▶ Seite 30) erfasst.

2. Verordnung im Regelfall; Erst- und Folgeverordnung

Im **Regelfall** ist immer die Verordnung von einem so genannten vorrangigen Heilmittel vorgesehen. Der definierte Regelfall geht davon aus, dass mit dem der Indikation zugeordneten Heilmittel mit der festgelegten Gesamtverordnungsmenge das angestrebte Therapieziel erreicht werden kann.

Beispiel:

- ▶ **Indikation** ist die Diagnosegruppe WS1 = Wirbelsäulen-Erkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf; die Leitsymptomatik besteht in muskulären Dysbalancen, Muskelinsuffizienz, Muskelverkürzungen ▶ WS1c;
- ▶ **Vorrangiges Heilmittel** ▶ KG/KG-Gerät;
- ▶ Verordnungsmenge: **Erst-Verordnung** = bis zu 6 Einheiten;
- ▶ **Gesamtverordnungsmenge im Regelfall** bis zu 6 Einheiten ▶ 6x.

Im gewählten Beispiel ist keine Folgeverordnung vorgesehen.

Die Verordnungsmengen je Diagnose im Regelfall (Anzahl pro Erst- und evtl. Folgeverordnung sowie Gesamtverordnungsmenge) sind im Heilmittelkatalog verbindlich festgelegt.

Wenn eine erneute Verordnung wegen Rezidiv oder neuer Erkrankungsphase einer gleichen Erkrankung im Regelfall erfolgen soll, ist dies erst nach einem behandlungsfreien Intervall von 12 Wochen möglich.

Treten im zeitlichen Zusammenhang mehrere voneinander unabhängige Erkrankungen derselben Diagnosegruppe auf, lösen diese jeweilig weitere Regelfälle aus, für die separate Verordnungen auszustellen sind.

3. Verordnung außerhalb des Regelfalls

Sollte aus medizinischen Gründen im individuellen Einzelfall die Überschreitung der Gesamtverordnungsmenge im Sinn der Weiterführung der Therapie notwendig sein, ist eine Verordnung außerhalb des Regelfalls möglich. Das trifft ebenfalls zu, wenn eine erneute Therapienotwendigkeit bei gleicher Indikation und Erkrankung innerhalb des vorgeschriebenen therapiefreien Intervalls von 12 Wochen besteht.

Eine Verordnung außerhalb des Regelfalls bedarf der medizinischen **Begründung** auf dem Verordnungsblatt. Die Verordnungsmenge ist so zu bemessen, dass entsprechend der Behandlungsfrequenz eine erneute ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach dieser Verordnung gewährleistet ist.

Bei der Verordnung außerhalb des Regelfalls ist kein behandlungsfreies Intervall zu beachten.

Als so genannte begründungspflichtige Verordnung ist diese bei Verordnung außerhalb des Regelfalls **vor** der Fortsetzung der Therapie bei der zuständigen Krankenkasse zur **Genehmigung** einzureichen – außer diese hat auf das Genehmigungsverfahren verzichtet. Die Kassen informieren hierüber die KV – nachzulesen unter www.kvmv.de ▶ Arznei-/Heilmittel ▶ Allgemeine Verordnungshinweise Heilmittel (Genehmigungsverzicht von begründungspflichtigen Heilmittelverordnungen).

Neu ist die Regelung, dass ein Versicherter für sich bei seiner Krankenkasse eine **langfristige Genehmigung von Leistungen außerhalb des Regelfalls** stellen kann, wenn eine besondere Schwere und Langfristigkeit der Schädigung vorliegt. Die Genehmigung erfolgt dann, wenn aus der medizinischen Begründung auf dem Verordnungsblatt für die Verordnung außerhalb des Regelfalls dieses ersichtlich ist. Ein zusätzlicher Begründungsaufwand seitens des Arztes besteht nicht. Der Patient sollte bei Antragstellung relevante Befunde vorlegen, die er in eigener Initiative einholt/einholen lässt.

Die Genehmigung kann zeitlich befristet werden, soll aber mindestens ein Jahr umfassen.

Kassenseitig wurden der Kassenärztlichen Vereinigung M-V u.a. folgende **FEHLER** im Zusammenhang mit der oben behandelten Thematik benannt:

- ▶ Fehlen der konkreten Diagnose und Leitsymptomatik auf der Verordnung,
- ▶ Fehlen der Begründungen für Verordnungen außerhalb des Regelfalls oder genannt, aber nicht ausreichend, um eine solche Verordnung als medizinisch notwendig zu erkennen.

Fortsetzung auf Seite 8 unten

Neuer Laborüberweisungsschein Muster 10 ab 1. Januar 2012

Nachdem zum 1. April 2011 der Überweisungsschein Muster 6 geändert wurde, hat nun auch der Laborüberweisungsschein Muster 10 eine neue Form erhalten.

Die Abrechnungsfelder entfallen. Das bisherige Feld „Auftrag“ wurde erweitert, so dass drei separate Zeilen zur Verfügung stehen.

Neu sind auch die Angaben des Abnahmedatums und der Abnahmezeit, die Einführung eines Ankreuzfeldes für die ehemals Sonstigen Hilfen (Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation und Empfängnisregelung) sowie für die Befundübermittlung.

Entsprechende Updates der Version 12.1 zur Erstellung des Laborüberweisungsscheines werden den Praxen rechtzeitig über die Softwarefirmen zur Verfügung gestellt. Mit Einführung des neuen Laborüberweisungsscheines Muster 10 zum 1. Januar 2012

sind alte Vordrucke nicht mehr zu verwenden. So genannte Kombischeine, die den Veranlasserpraxen über die Labore zur Verfügung gestellt werden, sind dementsprechend auf das neue Vordruckmuster anzupassen. mg

Fortsetzung von Seite 7

Interessante FRAGEN und ANTWORTEN zu den Themen

- ▶ Ist die Frequenz (Anzahl pro Woche) stets anzugeben? *Ja.*
 - ▶ Bei einer Erstverordnung sind z.B. 6 Einheiten im Regelfall möglich. Es wurden nur 4 verordnet. Können die restlichen 2 später im Rahmen des Regelfalls nachgeholt werden? *Ja.*
 - ▶ Muss eine Verordnung außerhalb des Regelfalls stets das Verfahren über Erst- und Folgeverordnungen durchlaufen? *Ja.*
 - ▶ Ist eine Begrenzung der Einheiten bei Verordnung außerhalb des Regelfalls erforderlich? *Ja. Die Anzahl sollte so bemessen werden, dass abhängig von der Behandlungsfrequenz und Krankheit spätestens nach 12 Wochen die Behandlung beendet ist und eine*
- ärztliche Kontrolle erfolgt, in der das weitere Verordnen oder Nichtverordnen außerhalb des Regelfalls entschieden werden soll.*
 - ▶ Wenn eine Diagnose nicht im Heilmittelkatalog aufgeführt ist, kann man dann außerhalb des Regelfalls ein Heilmittel verordnen? *Nein. Ist eine Diagnose nicht im Katalog genannt, ist eine Verordnung zu Lasten der GKV nicht möglich.*
 - ▶ Können Doppelbehandlungseinheiten verordnet werden? *Grundsätzlich sollen Heilmittel pro Tag nur einmal verordnet bzw. abgegeben werden. In besonderen medizinischen Fällen kann eine Doppelbehandlungseinheit gegeben werden. Die laut Katalog mögliche und vom Arzt auf der Verordnung benannte Verordnungsmenge gilt als Höchstmenge. Beispiel: Es wurden 6 Einheiten KG verordnet, dann sind 3 Doppeleinheiten möglich. ekt*

Ärztliche Leistungen für Asylbewerber

Von Maren Gläser*

Das Innenministerium hat zum wiederholten Mal auf die eingeschränkte Leistungspflicht der Sozialhilfeträger in Mecklenburg-Vorpommern hingewiesen und bittet um Veröffentlichung entsprechender Hinweise.

Problem:

Asylbewerber suchen kurz nach ihrer Ankunft einen Hausarzt auf und erhalten von dort eine Vielzahl von Überweisungen und Verordnungen mit entsprechenden Kostenfolgen. Der Fachdienst Soziale Dienste hat diesbezüglich das Gespräch mit den Ärzten gesucht und auf die Vorschriften der Leistungsansprüche von Asylbewerbern verwiesen, wurde jedoch mit dem Hinweis, der Arzt hätte zu entscheiden, was der Patient braucht, abgewiesen.



Foto: www.pics.de

Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) im § 4 Abs. 1 bis 3 beinhaltet klare Regelungen zur Leistungspflicht der zuständigen Sozialhilfeträger, die zu berücksichtigen sind:

Absatz 1

*..., dass zur **Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln** sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren sind. Eine Verbesserung mit*

Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

Absatz 2

Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

Absatz 3

Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher.

Darüber hinaus können nach § 6 Absatz 1 AsylbLG sonstige Leistungen gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. Unerlässlich in diesem Sinne sind Leistungen immer dann, wenn es im Falle der Nichtgewährung der jeweiligen Leistung nach medizinisch-sachverständiger Beurteilung bei ungehindertem Geschehensablauf mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu einer Gefährdung oder Störung des körperlichen oder psychischen Gesundheitszustandes des Leistungsberechtigten kommen würde.

Das Innenministerium weist ausdrücklich darauf hin: Sollten im Einzelfall darüber hinausgehende Leistungen gewährt werden, könnten diese mangels gesetzlichen Anspruchs nicht erstattet werden.

Hinweis:

In Mecklenburg-Vorpommern sind Ausnahmen für die Vornahme von Schutzimpfungen bei Asylbewerberkindern durch niedergelassene Ärzte in M-V für die Gesundheitsämter Schwerin, Ludwigslust, Bad Doberan, Rügen und den Landkreis Demmin geregelt worden.

Nähere Informationen können unserer Homepage: www.kvmv.de ▶ Abrechnung ▶ Grundlagen der Abrechnung ▶ „Schutzimpfungen für Asylbewerberkinder“ entnommen werden.

* Maren Gläser ist Leiterin der Abrechnungsabteilung der KVMV.

Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung

Nach wie vor trifft man in Gesprächen auf die Aussage „Die KV hat zugelassen“. Da dieser Sachverhalt so nicht stimmig ist, aber offensichtlich doch missverständlich in manchen Vorstellungen existiert, sieht das KV-Journal sich veranlasst, noch einmal auf die Begriffsbestimmung Zulassung und Ermächtigung einzugehen.

Sechs Fragen zur vertragsärztlichen Zulassung beantwortet **Frank Farys**, Mitarbeiter in der juristischen Abteilung der Kassenärztlichen Vereinigung M-V.

1. Wer lässt zu? Um eine Zulassung zu erhalten, muss ein schriftlicher Antrag an den Zulassungsausschuss gestellt werden. Dieser setzt sich aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl zusammen. Zwar werden die Geschäfte des Zulassungsausschusses bei der Kassenärztlichen Vereinigung geführt, insbesondere die Sitzungen finden in deren Räumen statt, der Ausschuss ist jedoch **kein Gremium** bzw. **keine Kommission** der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Mitglieder des Zulassungsausschusses, insbesondere die ärztlichen Vertreter, entscheiden eigenständig.

2. Welche Voraussetzungen sind für die Zulassung zu erfüllen? Der erste Schritt auf dem Weg zum Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeuten ist der Eintrag in das Arztregister. Um überhaupt ins Arztregister eingetragen werden zu können, ist sowohl eine Approbation als auch eine abgeschlossene Weiterbildung zum Facharzt bzw. zum Praktischen Arzt notwendig. Psychotherapeuten benötigen neben der Approbation einen Abschluss an einem anerkannten Institut oder einen staatlichen Abschluss in einem der drei Richtlinienverfahren.

3. Was passiert nach dem Beschluss des Zulassungsausschusses? Gegen die Entscheidung des Zulassungsausschusses kann sowohl der betroffene Arzt bzw. können die betroffenen Ärzte als auch die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung Widerspruch erheben. Über den Widerspruch entscheidet der Berufungsausschuss. Auch dieser ist von der Kassenärztlichen Vereinigung unabhängig und setzt sich aus Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen in gleicher Zahl sowie einem Vorsitzenden mit der Befähigung zum Richteramt zusammen. Der Widerspruch gegen eine Entscheidung des Zulassungsausschusses hat aufschiebende Wirkung, d.h. die Rechte und Pflichten aus dem Beschluss entfalten noch keine Wirkung.

4. Warum ist die Anzahl der Zulassungen beschränkt? Eine bundesweite Bedarfsplanung regelt, wie viele Ärzte und Psychotherapeuten es in einer Region geben muss, um eine ausreichende ambulante Versorgung zu gewährleisten. Ärzte und Psychotherapeuten können



sich deshalb nur neu niederlassen oder anstellen lassen, wenn es einen freien Arztsitz gibt.

5. Wann wird eine Ermächtigung erteilt? Wenn bestimmte Leistungen im vertragsärztlichen Bereich nicht im notwendigen Umfang erbracht werden können, können Krankenhausärzte oder -psychotherapeuten zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung ermächtigt werden. Eine Ermächtigung ist nicht mit einer Zulassung gleichzusetzen. Durch den Zulassungsausschuss wird nämlich der Umfang der Ermächtigung, d.h. die Leistungen, die erbracht und anschließend abgerechnet werden können, im Hinblick auf die allein notwendigen Leistungen festgelegt.

6. Warum soll ich gegenüber meiner Kreisstelle zur Versorgung Stellung nehmen? Wie zuvor ausgeführt, wird eine Ermächtigung nur und auch nur insoweit erteilt, wie Leistungen im vertragsärztlichen Bereich nicht im notwendigen Umfang erbracht werden können. Der Zulassungsausschuss ermittelt die Versorgungsgegebenheiten in der betroffenen Region. Der jeweiligen **Kreisstelle** kommt insoweit eine **besondere Verantwortung** zu, da der Zulassungsausschuss in aller Regel bei der Kreisstelle in diesem Bereich anfragt, inwieweit ein zusätzlicher Bedarf an ärztlichen Leistungen gesehen wird. Zur Beantwortung werden dann die betroffenen Ärzte, die derartige Leistungen auch erbringen können oder aber Patienten betreuen, die diese Leistungen nachfragen, um Stellungnahme gebeten. Diese Stellungnahmen werden dem Zulassungsausschuss zugeleitet, der sie bei der Beratung und Beschlussfassung zu berücksichtigen hat. Positive wie auch negative Stellungnahmen führen jedoch nicht zwangsläufig zu einem entsprechendem Votum des Zulassungsausschusses, da dieser neben den ärztlichen Rückmeldungen auch noch andere Tatsachen berücksichtigen und werten muss.

Erfolgsmodell „Pflegeheim Plus“ – 50. Pflegeheim in fester Betreuung eines Hausarztteams

Die demografische Entwicklung, die mit einer Zunahme chronischer und multimorbider Krankheitsbilder einhergeht, stellt das Gesundheitssystem in Mecklenburg-Vorpommern vor große Herausforderungen.

Deshalb gehen die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, ausgewählte Pflegeheime im Land und die AOK neue Wege in der medizinischen Versorgung von pflegebedürftigen Heimbewohnern. Vor zwei Jahren haben die Partner mit dem integrativen Versorgungsvertrag „Pflegeheim Plus“ ein zukunftsweisendes

werden bei medizinischen Krisen nicht aus ihrer gewohnten Umgebung gerissen – die Lebensqualität steigt! Die Patienten erhalten die haus- und fachärztliche Betreuung aus einer Hand und profitieren zudem von einem höheren Leistungsspektrum im Notfallmanagement – insbesondere wenn ärztliche Versorgungsnetze (sog. Netz-GmbHs) am Vertrag mitwirken.

Erste Erfolge

Das Versorgungsmodell zeigt seine Wirkung: Die Qualität in der Pflege steigt und Pflegeheimbewohner müssen seltener ins Krankenhaus. Gleichzeitig sinken damit die Kosten für Klinikaufenthalte und Krankentransporte. Allein im Vergleich zum Vorjahr sind die Einweisungen von Heimbewohnern mit „Pflegeheim Plus“-Versorgung um 22 Prozent niedriger als in vergleichbaren Einrichtungen im Land. Zudem sank die Zahl der Rettungsfahrten und Notarzteinsätze in einigen Pflegeheimen um bis zu 20 Prozent. „Die Verträge ‚Pflegeheim Plus‘, die zum Teil sehr spezifisch auf die jeweilige konkrete Situation in den einzelnen



Mit dem Erfolgsmodell „Pflegeheim Plus“ in der Landespressekonferenz: v.l. Dr. Dieter Kreye – stellv. Vorsitzender KVMV, Hans-Joachim Fritzen – Geschäftsbereichsleiter AOK Nordost, Axel Seitz – Redakteur

Versorgungsmodell mit dem gemeinsamen Ziel entwickelt, die Gesundheitsversorgung von Heimbewohnern bedarfsgerechter zu gestalten und damit deren Lebensqualität zu verbessern. So konnte bereits das fünfzigste Pflegeheim von den 231 Pflegeheimen im Land für diesen Versorgungsvertrag gewonnen werden. In diesen Heimen werden bereits 16.000 AOK-versicherte Bewohner über „Pflegeheim Plus“ betreut.

Heimen angepasst wurden, sind ein sehr guter Beleg, wie unter Nutzung regionaler Handlungsspielräume Lösungen mit Gewinnen auf allen Seiten gefunden werden können“, verdeutlichte Dr. med. Dieter Kreye, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern. PR/stt

Inhalte des Versorgungsvertrages

Durch die wöchentliche ärztliche Präsenz eines festen Hausarzt-Teams und eine erweiterte hausärztliche Rufbereitschaft weit über die Praxiszeiten hinaus (späte Abendstunden und teilweise auch an den Wochenenden) wird die Kontinuität in der medizinischen Betreuung der Pflegeheimbewohner deutlich verbessert. Gleichzeitig werden die Zusammenarbeit und der Dialog zwischen Hausärzten und komplementärer Facharztgruppen sowie Pflegekräften bei der Versorgung im Heim spürbar intensiviert – was Vorbildcharakter hat. Die Heimbewohner

Daten und Fakten

- ▶ Teilnehmende Pflegeheime: 50
- ▶ Teilnehmende Haus- und Fachärzte: 64
- ▶ Teilnehmende Ärztenetze: 3
- ▶ Teilnehmende Ärzte je Heim*: zwischen 1 und 6
- ▶ Fast 3.200 AOK-versicherte Pflegeheimbewohner profitieren von Pflegeheim Plus

* Anmerkung: Ein Arzt/ein Ärztenetz kann Bewohner in mehreren Heimen betreuen.

Bekenntnisse und Fragen zu einer Erfolgsstory:

Die Krebsfrüherkennung der Frau feiert ihren 40. Geburtstag *Von Ulrich Freitag**

Keine andere Vorsorgeuntersuchung hat die Morbidität und Mortalität einer Krebserkrankung so nachhaltig gesenkt wie die Krebsfrüherkennungsuntersuchung der Frau.

Der Berufsverband der Frauenärzte (BVF) hält deshalb das etablierte Zervixkarzinom-Screening für eine der tragenden Säulen im Programm der Krebsfrüherkennung der Frauen in Deutschland.

Als immanenter Bestandteil der Gesundheitsvorsorge ist die frühe Erkennung von Krebserkrankungen bzw. deren Vorstufen im Bereich des weiblichen Genitale und



Foto: Konstanin Gastmann/www.pixelio.de

der Brust aus dem Gesundheitsbewusstsein der Frauen nicht mehr wegzudenken. Dazu stehen in Deutschland geeignete und anerkannte Untersuchungsmethoden qualifizierter Frauenärzte/-innen und ein durch die Krankenkassen finanziertes Konzept zur Verfügung.

Wenn auch die zunächst geringe Beteiligung an der jährlichen Vorsorgeuntersuchung mit ca. 27 Prozent der anspruchsberechtigten Frauen in Deutschland konstatiert werden muss, so stellt sich mit einer kumulativen Beteiligung von 80 Prozent im Dreijahreszeitraum eine deutlich bessere und in Europa vergleichbare Situation dar. Deshalb ist die Möglichkeit zur jährlichen Teilnahme an dieser Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei einem selbst gewählten Arzt des Vertrauens für die Frauen in Deutschland unverzichtbar.

Dem jahrelangen Bemühen der Frauen und ihrer Verbände, den fachlichen Instituten und Krankenkassen, der Politik und nicht zuletzt auch dem BVF ist es zu verdanken, dass diese Früherkennungsuntersuchung in einem breiten und ganzheitlichen Ansatz angelegt ist und nicht, wie zur Zeit medial wahrgenommen, nur auf einen Zervixabstrich reduziert wird.

Aus diesem Grund ist die derzeitige in Deutschland praktizierte Screening-Strategie europaweit einmalig und hochaktuell, da sie auf der Basis eines individuellen Patientinnen-Facharzt-Kontaktes aufbaut. Neben dem Zervixkarzinom-Screening schließt sie auch die Suche nach anderen Genitalkarzinomen ausdrücklich ein, beinhaltet aber auch Fragen der inneren Medizin (Hypertonie) sowie die Problematik der reproduktiven Gesundheit der Frau. Handlungsbedarf sieht der Berufsverband der Frauenärzte allerdings in mehreren Ebenen.

Es gilt zum einen, ein zuverlässiges Recall-Programm in den Praxen zu etablieren, um die jährliche Teilnahme rate zu erhöhen. Dazu gibt es bereits gemeinsame Anstrengungen für eine Produktentwicklung mit der KBV. Auch die Frage der persönlichen Verantwortung für die Gesundheit sollte vermehrt in der Öffentlichkeit dargestellt werden. Deshalb hat der BVF die jährliche Krebsfrüherkennungsuntersuchung in den Mittelpunkt seiner Gesundheitskampagne „Frauengesundheit“ im Monat September 2011 gestellt und dazu einen Werbespot ins Internet und in den Kinos installiert.

Eine besondere Bedeutung im Zusammenhang mit der Prävention des Zervix-, Vulva- und Vaginalkarzinoms spielt die Umsetzung der HPV-Impfung als primäre Krebsprävention. Hier gilt es, die Ergebnisse der Aktivitäten in Deutschland auszuwerten und die derzeitigen Impfraten, insbesondere bei Jugendlichen und jungen Frauen, nachhaltig zu verbessern.

Die qualifizierte Entnahme zytologischer Abstriche und die flächendeckende Fortbildung in der Kolposkopie spielt bei der Qualitätsverbesserung eine entscheidende Rolle.

Außerdem ist die Evaluation der Ergebnisse der verbesserten Probeentnahme (GBA-Beschluss: Probenentnahme mit Spatel und Bürste) einzufordern.

Die Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie (AG CPC) und der BVF haben für die Kolposkopie einen bundeseinheitlichen Qualifizierungskurs geschaffen und mit dessen Umsetzung bereits 2011 begonnen.

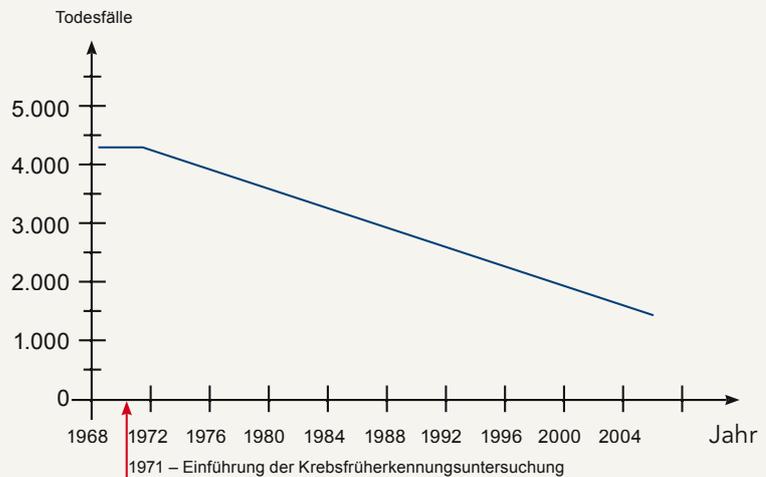
Aufgrund der Häufigkeit auffälliger Befunde ist es jedoch unbedingt anzustreben, die notwendigen Kontrolluntersuchungen wohnortnah in den Frauenarztpraxen durchzuführen, um Traumatisierungen durch Einbestellung in so genannte „Organkrebszentren“ zu vermeiden.

Die Einführung eines wie auch immer getarteten, primären HPV-Screenings lehnt der Berufsverband der Frauenärzte ab. Diese spezielle Untersuchung ist nur in sehr wenigen Fällen für die weiterführende Diagnostik im Rahmen eines Screenings geeignet. Die Entscheidung über den Einsatz eines HPV- oder eines anderen Testes sollte in der Hand des untersuchenden Frauenarztes liegen, der allein die aktuelle klinische Befundsituation beurteilen kann. Insbesondere die Entwicklung weiterer diagnostischer Tests, die eine Läsion an der Zervix sicher nachweisen können, stellt die Einführung des HPV-Screenings in Frage.

Als Resümee bleibt die Krebsfrüherkennungsuntersuchung der Frau in Deutschland eine gut etablierte Früherkennungsuntersuchung mit gestaltbaren Verbesserungen, die ergänzt durch eine sinnvolle primäre Prävention (HPV-Impfung) einen weitgehenden Schutz vor invasiven Krebserkrankungen der teilnehmenden Frauen bietet.

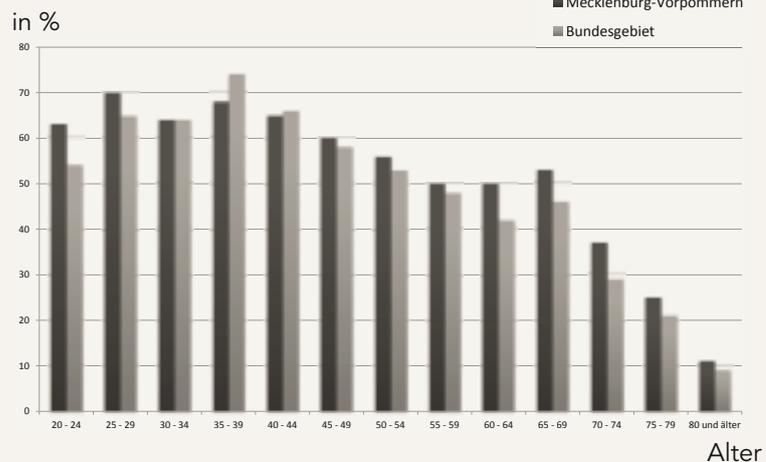
* *Dipl.-Med. Ulrich Freitag ist niedergelassener Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Wismar.*

Krebsfrüherkennungsuntersuchung und Mortalitätsentwicklung beim Zervixkarzinom (Deutschland)



Quelle: modifiziert nach Becker et al, DKFZ, 2009

Ein-Jahres-Teilnahmeraten zu KFU'en nach Alter



Quelle: Zentralinstitut der kassenärztlichen Versorgung, 2011

Sicherstellung augenärztlicher Sprechstunden

Die AOK Nordost, Bereich Mecklenburg-Vorpommern teilt der KVMV mit, dass zwei Rezepturen, sowohl Fluorescein/Oxybuprocain 10 ml als auch die EDOs, im Sprechstundenbedarf abrechnungsfähig sind:

1. Rezeptur „Fluorescein/Oxybuprocain – Augentropfen 10 ml,
2. Rezeptur „Fluorescein/Oxybuprocain EDO's 0.5 ml – 10 Stück.

Die Bestellung kann über öffentliche Apotheken erfolgen. Vor der Bestellung empfiehlt sich eine Rücksprache mit dem Apotheker, ob die Rezepturen in der konkreten Apotheke zubereitet werden. *fm*

Ergänzende Hautkrebsvorsorge-Verträge/Knappschaft

Der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Knappschaft geschlossene Gesamtvertrag und damit auch die als Anlage zum Gesamtvertrag geschlossene Vereinbarung über die Durchführung einer ambulanten Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung für Versicherte bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres wurde zum 31. Dezember 2011 gekündigt.

Da die Knappschaft weiterhin ein großes Interesse an einer Vereinbarung zum ergänzenden Hautkrebs-Screening gezeigt hat, finden zur Fortsetzung einer Vereinbarung über das Jahr 2011 hinaus momentan Vertragsverhandlungen statt. Über das Ergebnis wird die KVMV informieren.

Nachfolgend eine Übersicht über die zur Zeit bestehenden ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verträge:

	Knappschaft/ KBV	BKK VAG Nord	Barmer GEK	TK	IKK Nord	BIG direkt gesund
Arztgruppe	Hautarzt	Hautarzt; Hausarzt	Hautarzt	Hautarzt	Hautarzt	Hautarzt; Hausarzt
Versicherte	0 bis zur Vollendung des 35. Lj.	0 bis zur Vollendung des 35. Lj.	16 bis zur Vollendung des 35. Lj.	20 bis zur Vollendung des 35. Lj.	16 bis zur Vollendung des 35. Lj.	16 bis zur Vollendung des 35. Lj.
Vergütung (in Euro)	25	21	25	25	25	25
Untersuchungs- intervall	alle 2 Jahre	jährlich	alle 2 Jahre	alle 2 Jahre	alle 2 Jahre	alle 2 Jahre
Praxisgebühr	nein	nein	ja	nein	nein	nein
Abrechnungs-Nr.	01745K	99070	99070	99070	99070	99070

Die Verträge sind einzusehen unter: www.kvmv.de. jw

Druckpaket zur Nationalen VersorgungsLeitlinie Asthma (NVL) erhältlich

Das Druckpaket in der 2. Auflage der Nationalen VersorgungsLeitlinie Asthma kann angefordert werden. Es beinhaltet die Kurzfassung der NVL Asthma, die beiden Kitteltaschenversionen sowie die Patienten-Leitlinie.

Das Druckpaket ist für 29,90 Euro im Buchhandel sowie direkt beim Verlag erhältlich: <http://www.kirchheimbuchshop.de/leitlinien.html>. Die PatientenLeitlinie Asthma, 2. Auflage, kann auch einzeln für 9,90 Euro erworben werden. Darüber hinaus werden die NVL und die PatientenLeitlinie auch weiterhin kostenfrei im Internet zugänglich sein: <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/asthma/index.html>. PR

Ermächtigungen und Zulassungen

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

BAD DOBERAN

Ermächtigung

Dipl.-Med. *Ute Paap*, Fachklinik Waldeck, Zentrum für medizinische Rehabilitation, für die fachärztliche Versorgung von Patienten mit apallischem Syndrom, bis zum 31. Dezember 2016.

GÜSTROW

Ende der Zulassung

Dr. med. *Harry Schmidtsdorf*, Facharzt für Augenheilkunde in Güstrow, endete mit Wirkung ab 15. August 2011.

GREIFSWALD/OSTVORPOMMERN

Ende der Zulassung

MR Dr. med. *Manfred Krohn*, Facharzt für Innere Medizin in Ahlbeck, endete mit Wirkung ab 1. September 2011.

Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

Nils Krohn, Facharzt für Allgemeinmedizin in Ahlbeck, zur Anstellung von MR Dr. med. *Manfred Krohn* als hausärztlicher Internist in seiner Praxis, ab 1. September 2011.

Ermächtigung

Dr. med. *Bärbel Geier*, Universitätsklinikum Greifswald, zur Betreuung von Früh- und Risikoneugeborenen bis 1.500 g Geburtsgewicht bis zu sechs Monaten nach Entlassung aus der Klinik für konsiliarärztliche Leistungen nach der EBM-Nummer 01321 auf Überweisung von niedergelassenen Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, bis zum 30. September 2013.

LUDWIGSLUST

Ermächtigungen

Dr. med. *Rüdiger Friedrich*, Krankenhaus Stift Bethlehem, für konsiliarärztliche Leistungen auf Überweisung von Vertragsärzten, bis zum 30. September 2013;

Dipl.-Med. *Rüdiger Niemeyer*, Kreiskrankenhaus Hagenow, zur Diagnostik urogynäkologischer Erkrankungen nach den EBM-Nummern 08310 und 08311 einschließlich erforderlicher Grundleistungen auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Urologie und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, bis zum 30. September 2013.

MÜRITZ

Ermächtigung

Dr. med. *Peter Eberlein*, MediClin Müritz-Klinikum GmbH in Waren, ab 1. April 2012 zur Durchführung ambulanter Chemotherapien sowie Leistungen nach den EBM-Nummern 02340, 02341 und 33042 auf Überweisung von Vertragsärzten, bis zum 31. März 2013.

Beendigung der Ermächtigung

Dr. med. *Käthe Knieling*, MediClin Müritz-Klinikum GmbH in Waren, mit Wirkung ab 31. März 2012.

NEUBRANDENBURG/MECKLENBURG-STRELITZ

Ermächtigungen

Dr. med. *Katy Roterberg*, Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH in Neubrandenburg, zur Teilnahme an den multidisziplinären Fallkonferenzen im Rahmen des Mammographie-Screening-Programms nach den EBM-Nummern 01748 und 40852, bis zum 30. Juni 2013.

Dipl.-Med. *Hans-Christian Böttcher*, Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH in Neubrandenburg, für Diagnostik und Therapie während einer Strahlenbehandlung inkl. der EBM-Nummer 34360 sowie zur Durchführung der Nachsorgeuntersuchungen zur Feststellung von Strahlenschäden im Zeitraum bis zu fünf Jahren auf Überweisung von Vertragsärzten. Auf dem Behandlungsschein ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung M-V der Zeitpunkt der letzten Strahlenbehandlung anzugeben, bis zum 31. Dezember 2013;

Dr. med. *Konstanze Kissing-Pahl*, Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH in Neubrandenburg, für weiterführende differentialdiagnostische, sonographische Untersuchungen nach den EBM-Nummern 01773 bis 01775 auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, bis zum 31. Dezember 2013;

PD Dr. med. *Regina Berndt-Skorka*, Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH in Neubrandenburg, für Diagnostik und Therapie während einer Strahlenbehandlung, zur Durchführung der Nachsorgeuntersuchungen zur Feststellung von Strahlenschäden im Zeitraum bis zu fünf Jahren und für Leistungen nach der EBM-Nummer 34360 auf Überweisung von Vertragsärzten. Auf dem Behandlungsschein ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung M-V der Zeitpunkt der letzten Strahlenbehandlung anzugeben. Ausgenommen sind Leistungen, die die Klinik gemäß § 116 b SGB V erbringt;

Dr. med. *Stefan Grützenmacher*, Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH in Neubrandenburg, für konsiliarärztliche Leistungen auf Überweisung von nie-



dergelassenen Hals-Nasen-Ohrenärzten, ausgenommen von Leistungen, die das Klinikum Neubrandenburg gemäß § 115 a SGB V erbringt, bis zum 30. September 2013.

PARCHIM

Beendigung der Ermächtigung

Alice Iwan-Roden, MediClin Krankenhaus am Crivitzer See GmbH, mit Wirkung ab 1. Oktober 2011.

ROSTOCK

Ende der Zulassung

Dipl.-Med. Gerrit Tolkemitt,
Facharzt für Radiologie in Rostock, endete mit Wirkung ab 6. Juli 2011.

Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

Gemeinnütziges MVZ GmbH am Universitätsklinikum Rostock, zur Anstellung von Prof. Dr. med. Attila Altiner als Facharzt für Allgemeinmedizin im MVZ, ab 1. September 2011.

Genehmigung einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft

Dr. med. Georg Bartolomaeus, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin/Kinderkardiologie, Dr. med. Jutta Muscheites, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin/Nephrologie, Dr. med. Kirsten Westphal und Dr. med. Claudia Hein, Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin für Rostock, ab 1. Oktober 2011.

Änderung der Zulassung

Dr. med. Ulrike Thierbach,
wird ab 5. Oktober 2011 als zugelassene hausärztliche Internistin und als neue Gesellschafterin in dem Doktorhaus MVZ in Rostock tätig sein.

Ermächtigungen

Prof. Dr. med. habil. Reiner Benecke, Universitätsklinikum Rostock, zur

- Behandlung mit Botulinum-Toxin auf Überweisung von niedergelassenen Nervenärzten, Fachärzten für Orthopädie und für Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin,
- Behandlung von Patienten mit Morbus Parkinson auf Überweisung von niedergelassenen Nervenärzten,
- Behandlung von spastischen Patienten mit programmierbaren Baclofen-Pumpen auf Überweisung von niedergelassenen Nervenärzten,
- elektromyographische und -neurographische Diagnostik bei Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen auf Überweisung von niedergelassenen Nervenärzten, Orthopäden und Neurochirurgen.

Folgende EBM-Nummern: 01321, 01600, 02342, 16322, 40120, 40144 sind abrechenbar.

Univ.-Prof. Dr. med. habil. Johann-Christian Virchow, Universitätsklinikum Rostock,
Erweiterung der Ermächtigung zur Durchführung von Leistungen nach den EBM-Nummern 32051, 32158, 32159, 32520 bis 32527 auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Innere Medizin/Pulmologie und angestellten Fachärzten für Innere Medizin (SP) Pulmologie.

Dr. med. Astrid Huth, Universitätsklinikum Rostock,

zur Behandlung von gastroenterologischen Erkrankungen wie Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, von gastrointestinalen Allergien, primär biliären Sklerosen, primär sklerosierenden Cholangitiden, Autoimmunhepatitiden (mit Autoimmunchoolangitiden, Overlap-Syndrom), Zöliakien und Autoimmunerteropathien sowie für Leistungen nach den EBM-Nummern 02200, 02340, 02341, 02401 auf Überweisung von endoskopisch tätigen Internisten ermächtigt. Ausgenommen sind Leistungen, die gemäß § 115 a und b SGB V von der Klinik erbracht werden, bis zum 30. Juni 2012.

Beendigung der Ermächtigung

Dr. med. Karin Popp, Universitätsklinikum Rostock, seit 1. Juli 2011.

RÜGEN

Ende der Zulassung

Peter-Wolfgang Schmidt,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Lauterbach, endete mit Wirkung ab 1. Oktober 2011.

Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

Peter Henninger, fachärztlich tätiger Facharzt für Allgemeinmedizin in Poseritz, zur Anstellung von Henning Schulze als Facharzt für Allgemeinmedizin in seiner Praxis, ab 1. September 2011.

Ermächtigung

Dr. med. Matthias Ehmke,
Sana-Krankenhaus Rügen GmbH,
für Diagnostik und Therapie der weiblichen Harninkontinenz nach den EBM-Nummern 08310 und 33044 auf Überweisung durch niedergelassene Fachärzte für Urologie und Gynäkologie, bis zum 30. September 2013.

SCHWERIN/WISMAR/NORDWESTMECKLENBURG

Dr. med. Uwe Hoot,
Beschluss des Sozialgerichts Schwerin vom 19. September 2011 (Az: S 3 KA 146/11 ER) „Der vom Zulassungsausschuss für Ärzte in M-V durch Beschluss vom 17.08.2011 angeordnete Sofortvollzug wird aufgehoben. Die aufschiebende Wirkung der Anrufung des Berufungsausschusses für Ärzte in M-V gegen den Beschluss des Zulassungsausschusses wird wiederhergestellt.“

Die Zulassung haben erhalten

Dipl.-Med. Dieter Schwanbeck,
Praktischer Arzt für Wotenitz, ab 1. Oktober 2011;

Dr. med. Gregor Schlichting,
Facharzt für Innere Medizin für Warin für die hausärztliche Versorgung, ab 1. Dezember 2011.

Genehmigung von Anstellungsverhältnissen

Nephrologische Fachambulanz der HELIOS Kliniken Schwerin, zur Anstellung von Christian Gründemann als fachärztlich tätiger Internist in der nephrologischen Fachambulanz, ab 15. September 2011;

Dr. med. Leonore Gaßmann, Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in Schwerin, zur Anstellung von Alexander Berlin als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in ihrer Praxis, ab 1. Oktober 2011;





Dipl.-Med. *Elvira Bährend*, Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Schwerin, zur Anstellung von Dr. med. *Beate-Maria Möbius* als Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in ihrer Praxis, ab 1. September 2011.

Ruhen der Zulassung

Kerstin Schönrock,

Fachärztin für Allgemeinmedizin für Schwerin, ab 1. September 2011 befristet bis zum 31. August 2013.

Ermächtigungen

Dr. med. *Dietmar Salger*,
HELIOS Kliniken Schwerin,

für neurochirurgische Leistungen nach den EBM-Nummern 01321, 01600 bis 01602, 02310, 16232, 30724, 40120, 40144 auf Überweisung von Vertragsärzten, bis zum 31. Dezember 2013;

Dr. med. *Hans-Peter Vinz*,
HELIOS Kliniken Schwerin,

zur Durchführung sonographischer Untersuchungen bei Kindern und Jugendlichen nach den EBM-Nummern 33011, 33012, 33042, 33043, 33050, 33052, für radiologische Leistungen nach den EBM-Nummern 34210 bis 34212, 34220 bis 34222, 34237, 34248, 34252, 34256, 34260, 34280, 34281 sowie zur Durchführung von CT-Untersuchungen bei Kindern bis zum 10. Lebensjahr auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendliche, bis zum 30. September 2013;

Dr. med. *Karsten Slotty*,

Hanse-Klinikum Wismar GmbH,
zur Betreuung von Patienten mit Herzschrittmachern, mit implantierten Defibrillatoren und biventrikulären Schrittmachern auf Überweisung von fachärztlich tätigen Internisten und Hausärzten, bis zum 30. September 2013;

Institut für Radiologie und Neuroradiologie der HELIOS Kliniken Schwerin,

Erweiterung der Institutsermächtigung um die Durchführung von Phlebographien nach den EBM-Nummern 34294 bis 34296 auf Überweisung von Vertragsärzten, ermächtigten Ärzten und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen.

Der Berufungsausschuss beschließt

Die Ermächtigung von Dr. med. *Stephan Henschen*, HELIOS Kliniken Schwerin, wird erweitert auf die Diagnostik und Therapie gynäkologisch-geburtshilflicher Problemfälle (EBM-Nummer 01775) auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Gynäkologie.

STRALSUND/NORDVORPOMMERN

Die Zulassung haben erhalten

Dr. med. *Tatjana Bartels*,

Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie für Stralsund, ab 1. Oktober 2011;

Manuela Schlamm,

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin für Stralsund, ab 1. Oktober 2011.

Ende der Zulassung

Dipl.-Med. *Karin Albrecht*,

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in Stralsund, endete mit Wirkung ab 1. Oktober 2011.

Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

Dr. med. *Silke Shehadeh-Vetters*, Fachärztin für Kinderchirurgie in Stralsund, zur Anstellung von Dr. med. *Michael Domantzki* als Facharzt für Kinderchirurgie in ihrer Praxis, ab 1. Oktober 2011.

Der Berufungsausschuss beschließt

Die Zulassung erhält *Wolfram Skarupke*, Facharzt für Radiologie für Stralsund, mit Wirkung ab 1. Oktober 2011.

UECKER-RANDOW

Die Zulassung hat erhalten

Dipl.-Med. *Thomas Franzen*,

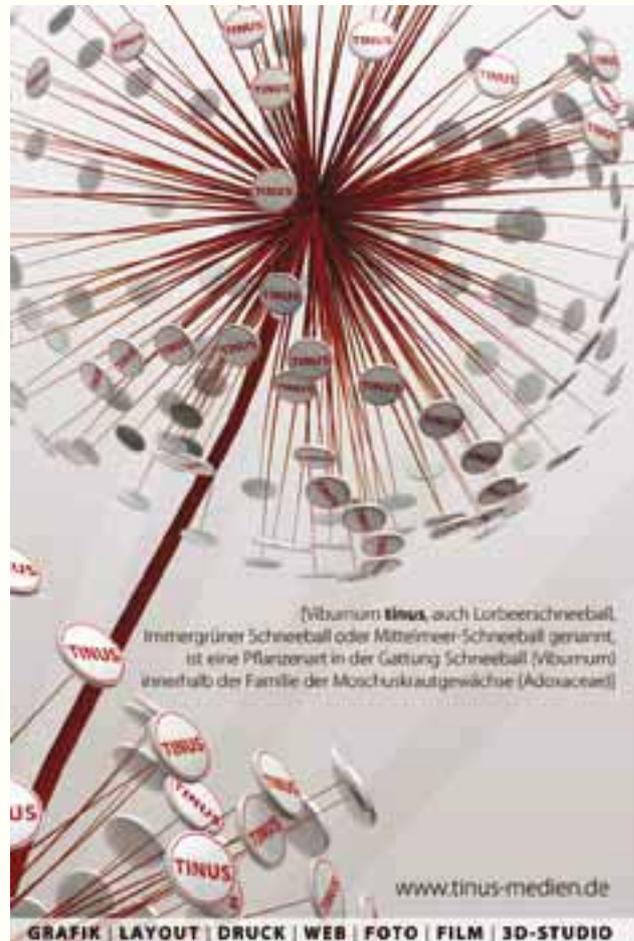
Facharzt für Innere Medizin für Pasewalk für die hausärztliche Versorgung, ab 1. Dezember 2011.

Ermächtigung

Carsten Adam,

Institut für Röntgendiagnostik in Pasewalk, für folgende Leistungen auf Überweisung von Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten sowie Ärzten der MVZ Vorpommern GmbH, bis zum 31. Dezember 2013.

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



Öffentliche Ausschreibungen

von Vertragsarztsitzen gem. § 103 Abs. 4 SGB V



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

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

Die Ausschreibungen erfolgen zunächst anonym. Bewerbungen sind unter Angabe der Ausschreibungsnummer an die KVMV, Postfach 160145, 19091 Schwerin, zu richten. **Den Bewerbungsunterlagen sind beizufügen:** ▶ Auszug aus dem Arztregister; ▶ Nachweise über die seit der Eintragung in das Arztregister ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten; ▶ Lebenslauf; ▶ polizeiliches Führungszeugnis im Original.

Wartezimmerinformation Bauchspeicheldrüsenkrebs

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat im Auftrag der KBV eine neue Wartezimmerinformation zum Thema „Was bedeutet Krebs der Bauchspeicheldrüse“ entwickelt. Grundlage für die Empfehlungen bildet die Patientenleitlinie „Krebserkrankung der Bauchspeicheldrüse“.

Die Informationen beruhen auf aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen, die Fachleute für die derzeit gültigen Leitlinien recherchiert und nach ihrer Güte bewertet haben.

Das Dokument steht als pdf-Download auf der Internetseite der KBV unter: <http://www.kbv.de/wartezimmerinfo.html> bereit. kbv

Kempowskis Welten

Von Joachim Lehmann

Vor vier Jahren starb der Schriftsteller Walter Kempowski. Seither werden in Rostock die Kempowski-Tage veranstaltet. Dies ist in jedem Jahr Anlass, sich auf vielfältige Weise mit dem Dichter und seinem Werk zu beschäftigen. In diesem Jahr erschien im Rostocker Hinstorff Verlag ein Buch zum zentralen Thema Kempowskischen Schaffens. Auch andere Verlage griffen das Thema Kempowski auf.



Gerhard Weber und Walter Kempowski in Rostock

Der Dichter Walter Kempowski und seine Geburtsstadt Rostock sind untrennbar miteinander verbunden. Ihr Verhältnis zueinander war über Jahrzehnte – und auch über den politischen Umbruch 1989/90 hinweg – nicht ungetrübt.

Da trifft es sich gut, wenn auf die Wurzeln zurückgegangen wird, das Umfeld seiner populären „Deutschen Chronik“. Hinstorff-Leiterin Eva Maria Buchholz schätzt sich besonders glücklich, nun auch in dem Rostocker Verlag Kempowski veröffentlichen zu können. Der neue Titel **„Kempowski Rostock“** (ISBN 978-3356-01384-9, 29,95 Euro) versteht sich als „Eine Spurensuche in Texten von Walter Kempowski und in historischen Aufnahmen“. Der herausgebende Gerhard Weber, ausgewiesener Fotograf, guter Kempowski- und intimer Rostock-Kenner, hat die kluge Auswahl der Zitate aus den Kempowski-Bänden **„Aus großer Zeit“**, **„Schöne Aussicht“** und **„Tadellöser & Wolff“** besorgt und die korrelierenden Fotografien aus seiner an Dichte und Qualität kaum zu überschätzenden Sammlung beigesteuert. Er will Aussagen „mit den Bildern unterstützen“ und „Typisches aufzeigen, nicht entstellen“. Seine Hoffnung ist

es, bisherige Nichtleser zu animieren, Leser wieder einmal zum Buch greifen zu lassen. Erhellendes trägt ein abgedrucktes Gespräch des Lektors Thomas Gallien mit Weber bei.

Alles wird – was besonders für die Abbildungen hervorzuheben ist – auf mehr als 220 Seiten in vorzüglicher Qualität zu einem fairen Preis angeboten.

Der Münchner Knaus Verlag, dem Kempowski seit den 70er Jahren sein Gesamtwerk anvertraute, legte kürzlich von ihm **„Umgang mit Größen. Meine Lieblingsdichter – und andere“** (ISBN 978-3-8135-0414-9, 19,99 Euro) vor. Hier lernt man einen ganz anderen Kempowski kennen. Aus den Ende der 90er Jahre erschienenen Texten hat er bereits 2002 für eine Buchpublikation ausgewählt und überarbeitet.

Sein langjähriger Wegbegleiter als Lektor, Karl Heinz Bittel, trägt mit seinem Vorwort sehr zum Verständnis der kurzen Porträts der „Konkurrenten“ von Goethe bis Thomas Bernhard, von Adalbert Stifter bis Johannes Mario Simmel, aber auch internationaler Größen von Andersen, Boccaccio, Camus über Faulkner, Huxley, Lagerlöf, Melville bis zu Strindberg, Turgenjew und Woolf bei. Bittel sieht in den Porträts „knappe, mit sicherer Hand hingeworfene Skizzen ... aus dem ganz persönlichen, individuellen Blickwinkel Kempowskis“, dem er ein „lebensinniges Verhältnis zu den Büchern und den Menschen, die sie verfasst haben“ bescheinigt. Die Lektüre ist ebenso vergnüglich wie anregend. Treffend sicher ein Urteil: „Kempowski war ein begnadeter Erzähler und ein ebensolcher Nörgler... Seine Skizzen unterhalten durch ihre radikal subjektive Art..., sind launig und launisch, frech und locker: Dergleichen hätte man dem genialen Pedanten gar nicht zugetraut.“

Eine ganz andere Facette von Kempowskis Dasein macht uns die Bremer Edition Temmen mit dem Buch **„Wie eine Schädeldecke. Walter Kempowskis Haus Kreienhoop“** (ISBN 978-3-8378-4026-1, 19,90 Euro) zugänglich. Das Anwesen, in dem kleinen Dorf Nartum bei Bremen errichtet, ist weit mehr als ein Ort der Begegnungen und das Wohnhaus eines Schriftstellers. Für den Sammler und Autor großangelegter literarischer Collagen war das selbst entworfene Haus ein Lebensraum. Kempowskis jahrelanger Mitarbeiter und Biograf Dirk Hempel zeigt in diesem Bildband, wie sehr Haus Kreienhoop selbst Teil von Literatur und Sinnbild eines literarischen Programms ist.

Stimmige Fotos zeigen die ungewöhnlichen Räume. Sie entstanden bei vielen Besuchen von Frauke Reinke-Wöhl bei Kempowskis, die sich und das Haus bereitwillig der Fotografin öffneten.

Regional

Güstrow – 25. Januar 2012

Balintgruppenarbeit/Qualitätszirkel

Hinweise: Beginn: 25. Januar 2012 – 11 Termine im Jahr; Ort: Psychotherapeutische Praxis, Dipl.-Psych. *Christoph Hübener*, Beim Wasserturm 4, 18273 Güstrow; Zielgruppe: Ärzte aller Fachrichtungen; Leitung: Dipl.-Psych. *Christoph Hübener*; 3 Fortbildungspunkte pro Abend; Gesamtzertifizierung am Ende des Jahres; Anmeldung erbeten.

Information/Anmeldung: *Sabine Hinz* (Sekretariat), **Tel.:** 03843.219019, **Fax:** 03843.219018, **E-Mail:** ChHuebener@t-online.de.

Überregional

Berlin – 2. bis 3. Dezember 2011

13. AE-Kongress „Hüftendoprothetik – Lessons learned and future directions of hip arthroplasty. Is improvement still possible?“

Hinweise: Ort: MARITIM proArte Hotel Berlin, Friedrichstraße 151; Hauptthemen u.a.: Die primäre Hüftendoprothese, Therapie der Komplikationen, Workshops; Veranstalter des wissenschaftlichen Programms: Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik.

Information/Anmeldung: *Andrea Trautwein*, Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik, DienstleistungsGmbH, Kongressorganisation, Oltmannsstraße 5, 79100 Freiburg, **Tel.:** 0761.45 64-7666, **Fax:** 0761.45 64-7660, **E-Mail:** a.trautwein@ae-gmbh.com, **Internet:** www.ae-gmbh.com, **Online-Registrierung:** www.ae-gmbh.com.

Berlin – 2. bis 4. Dezember 2011

99. Klinische Fortbildung: Was gibt es Neues in der Allgemeinmedizin?

Hinweise: Ort: Kaiserin Friedrich-Haus im Charité- und Regierungsviertel; Zielgruppe: hausärztlich tätige Allgemeinmediziner und Internisten mit mehrjähriger Berufserfahrung in eigener Praxis; Beginn: 2. Dezember ab 14 Uhr, Ende: 4. Dezember bis 12.30 Uhr; Zertifizierung wird bei der Ärztekammer Berlin beantragt; Tagungsgebühr bei Anmeldung bis 20. November: 250 Euro, danach 270 Euro.

Information/Anmeldung: Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin, **Tel.:** 030.308889-20, **Fax:** 030.308889-26, **E-Mail:** c.schroeter@kaiserin-friedrich-stiftung.de, **Internet:** www.kaiserin-friedrich-stiftung.de.

Berlin – 9. bis 20. Januar 2012

15. Wiedereinstiegskurs für Ärztinnen und Ärzte nach berufsfreiem Intervall

Information/Anmeldung: Kaiserin Friedrich-Stiftung für das ärztliche Fortbildungswesen, Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin, **Tel.:** 030.308889-20, **Fax:** 030.308889-26, **E-Mail:** c.schroeter@kaiserin-friedrich-stiftung.de, **Internet:** www.kaiserin-friedrich-stiftung.de.

**Am konsequentesten
wird Inkonsequenz betrieben.**

Gerd W. Heyse

KBV-Messe Versorgungsinnovation 2012

Vom 27. bis 29. Februar 2012 findet in Berlin wieder eine Versorgungsmesse statt. Innovative Weiterentwicklungen von Versorgungsstrukturen sollen nachhaltig den Fortschritt in der medizinischen Versorgung sichern.

Angesichts des Ärztemangels liegt ein Fokus der Veranstaltung auf Netzwerkaktivitäten von Regionen zur Organisation der Versorgung. Deren Angebote und Lösungen stehen im Zentrum der Messe. Aussteller sind aufgefordert, sich bis zum **15. November 2011** zu bewerben. Weitere Infos unter: www.versorgungsmesse.net. kbv

Wer sind die neuen Mitglieder in der VV?



Foto: von privat

Dr. med. Gunnar
Scharlau (49)

FA für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

Familienstand:
verheiratet, 2 Kinder
(20 und 22 Jahre)

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

1 Welche Ziele haben Sie sich für Ihre berufspolitische Arbeit in den bevorstehenden sechs Jahren in der VV gesteckt?

2 Wie bringen Sie Ihre jetzigen berufspolitischen Aktivitäten in Einklang mit der ärztlichen Tätigkeit und der Familie?

Arbeit in der VV: Mitglied im Öffentlichkeits- und Finanzausschuss, Mitglied in der Onkologiekommision

Weiteres: Mitglied im Berufsverband der niedergelassenen gynäkologischen Onkologen (BNGO), Moderator Qualitätszirkel der Frauenärzte Schwerin

1 Mit meiner Wahl in die VV möchte ich die spezialisierte fachärztliche Versorgung (gynäkologische Onkologie) vertreten. Die Organonkologie im niedergelassenen Bereich muss auch im neuen Versorgungsstrukturgesetz abgebildet werden. Ich möchte mich für den Erhalt der KV und die Gleichberechtigung von Haus- und Fachärzten engagieren.

2 Wenn es meine Zeit erlaubt, widme ich mich hier in erster Linie der bildenden Kunst mit ihren vielfältigen Kunstgattungen. Damit verknüpft sich für mich – als visuelle Umsetzung meiner Umwelt – die Fotografie, der ich mich auch, nicht nur als Betrachter, mit Freude zuwende.

50.

GEBURTSTAG

- 3.11. Dr. med. *Ulf Schlichting*,
niedergelassener Arzt in Sagard;
- 9.11. Dipl.-Psych.Univ. *Dieter Zeitler*,
niedergelassener Psychologischer
Psychotherapeut in Rostock;
- 11.11. Dipl.-Med. *Claudia Buntrock*,
niedergelassene Ärztin in Tessenow-Zachow;
- 14.11. Dipl.-Med. *Jörn Wabnitz*,
niedergelassener Arzt in Loddin;
- 16.11. Dr. med. *Andreas Lüdtkke*,
niedergelassener Arzt in Torgelow;
- 17.11. Dipl.-Med. *Uwe Salchow*,
niedergelassener Arzt in Tessin;
- 21.11. Dipl.-Med. *Gunter Scholz*,
niedergelassener Arzt in Crivitz;
- 28.11. Dipl.-Med. *Volker Schmidt*,
niedergelassener Arzt in Groß Kiesow.

60.

GEBURTSTAG

- 1.11. *Christiane Fink*,
niedergelassene Ärztin in Kühlungsborn;
- 23.11. Dr. med. *Gesine Lüdemann*,
niedergelassene Ärztin in Wismar.

70.

GEBURTSTAG

- 29.11. Dr. med. *Dirk-Heinrich Johansen*,
niedergelassener Arzt in Wustrow.



Foto: Grace Winter/pixelfo.de

Wir gratulieren...

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

WIR TRAUERN UM

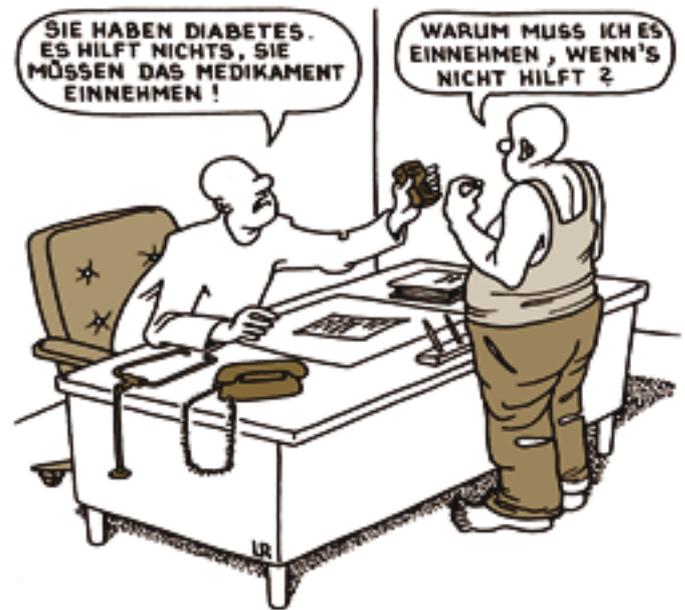
Dr. med. *Helmut Tiedcke*, geb. 21.9.1939,
verstorben am 15.7.2011, Hagenow.

Dr. med. *Barbara Lohraff*, geb. 20.8.1943,
verstorben am 2.9.2011, Hagenow.

Kommunikation unter Kollegen

In der neuesten Ausgabe der Zeitschrift für Allgemeinmedizin ist eine Studie aus Baden-Württemberg abgedruckt, bei der herausgefunden wurde, dass im Durchschnitt 0,56 Überweisungen pro Patient in der allgemeinmedizinischen Praxis getätigt werden (bei sehr breiter Streuung). Meiner Ansicht nach wären Daten für M-V ähnlich, wahrscheinlich eher noch mehr.

Besonders am Anfang eines jeden Quartals komme ich mir als Facharzt für Allgemeinmedizin überqualifiziert vor, da circa 80 Prozent meiner Zeit mit Unterschriften für Überweisungen ausgefüllt sind. Von diesen Überweisungen ist meiner Erfahrung nach nur ein kleinerer Teil wirklich von mir persönlich initiiert, die große Mehrheit sind Wiedereinbestellungen, Vorsorgeuntersuchungen, DMP-geschuldete Überweisungen oder Patientenwünsche. Dies trägt nicht unbedingt zur Berufszufriedenheit eines Hausarztes bei. Ich bin eigentlich passionierter Hausarzt und halte meinen Beruf für den schönsten der Welt, allerdings bin ich mit vielen Strukturen, wie ich sie in den letzten Jahren habe kennenlernen dürfen, nicht zufrieden. Zum Glück ist es heutzutage wirklich nicht mehr allzu schwierig, eine Weiterbildungsstelle zu finden und man wird dort von den allermeisten fachärztlichen Kollegen auch mit offenen Armen und respektvoll begrüßt. Die Weiterbildung verläuft allerdings dann meist sehr unstrukturiert (ja leider bei vielen fachärztlichen Ärzten in Weiterbildung genauso). Noch dazu wissen auch die Chefs und Oberärzte (verständlicherweise) wenig über den Alltag eines Allgemeinmediziners und können demnach auch – selbst bei bestem Willen – keine spezifische Weiterbildung anbieten. Hilfestellung aus der Weiterbildungsordnung erhalten sie ebenfalls nicht. Und auch meine hausärztlichen Kollegen bekommen als Weiterbildungsärzte kaum adäquate Unterstützung, was sie beibringen sollen. So kommt es, dass wir am Ende unserer Weiterbildung ein sehr unterschiedliches Wissen haben, häufig genug aber gerade das Wissen, was wir primärärztlich bräuchten, sehr lückenhaft ist. Das – so könnte man argumentieren – muss ja noch gar nicht so schlimm sein, schließlich gibt es ja auch niedergelassene Fachärzte, die einem helfen, wenn man nicht mehr weiter weiß. **Wir sollen ja auch der „Lotse“ im Gesundheitssystem sein.** Mir wäre das Bild eines Kapitäns ja lieber, der sich in rauen Gewässern einen Lotsen (Facharzt) an Bord holt, der einen durch die Klippen führt und uns (Patient und mir) Tipps für die weitere Fahrt gibt. Leider (und dies ist die zweite, mich sehr frustrierende Struktur) wird diese Funktion allerdings zu selten erfüllt. Nicht, dass sie mich nicht durch die schwierigen Gewässer führen könnten. In den meisten



Fällen können sie dies gut und sicher. Das Problem liegt vielmehr darin, dass ich (um beim Bild zu bleiben) eine Augenbinde aufgesetzt bekomme. Ich weiß schlicht nicht, welcher Weg in diesen Gewässern gewählt wird und bekomme noch seltener Ratschläge für die weitere Fahrt. Eine Auswertung meiner Praxissoftware aus dem letzten Quartal ergab, dass (Radiologie und Labormedizin herausgerechnet) in weniger als einem Drittel aller von unserer Praxis ausgestellten Überweisungen überhaupt eine Antwort zurückkommt. Innerhalb der Fachgruppen gibt es dabei riesige Unterschiede. Während ich von den Internisten fast immer gute Briefe erhalte, liegt die **Rücklaufquote bei Orthopäden, Neurochirurgen, Nervenärzten, Urologen und Diabetologen deutlich unter 20 Prozent.** Selbst auf ausdrückliche Bitte um Bericht erhöht sich die Quote kaum. Versuche ich nun telefonisch Informationen zu bekommen, gelingt es mir meist nicht durchzukommen. Wie sollen wir da zu einer guten Therapie bei dem Patienten kommen? Wer hat (juristisch) Schuld, wenn auf Grund meines Nichtwissens der fachärztlichen Diagnostik und Therapie der Patient zu Schaden kommt? Und letztendlich: Wie kann ich zu diesen Kollegen noch ruhigen Gewissens jemanden überweisen? Dabei ist mir sehr wohl bewusst, dass das Schreiben von Befunden viel Zeit frisst, die wiederum bei der Behandlung von Patienten fehlt und ich als Hausarzt privilegiert bin, wenig schreiben zu müssen. Um aber für unsere Patienten das möglichst Beste herauszuholen, werden wir – bei allem Dissens in einzelnen Details – **um eine deutlich bessere Kommunikation zwischen uns nicht herum kommen.**

* Dr. med. Thomas Maibaum ist Facharzt für Allgemeinmedizin in Rostock.

Kreisgebietsreform in Mecklenburg-Vorpommern

Beibehaltung der Planungsbereiche

Am 4. September 2011 ist in Mecklenburg-Vorpommern eine Kreisgebietsreform in Kraft getreten. Seither gibt es anstelle der bisherigen zwölf Landkreise und sechs kreisfreien Städte nur noch sechs Landkreise und zwei kreisfreie Städte.

Der hiesige Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat in seiner Sitzung am 21. September 2011 in dieser Angelegenheit beraten und dabei berücksichtigt, dass gemäß § 2 Abs. 3 der Bedarfsplanungs-Richtlinie die Planungsbereiche grundsätzlich den Kreisen und kreisfreien Städten entsprechen. Dies hätte allerdings erhebliche Auswirkungen auf die Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung, da



Zulassungen zukünftig für wesentlich größere Bereiche bestünden und nicht zuletzt auch aufgrund der Möglichkeit von Praxissitzverlegungen eine Konzentration von Praxen und Medizinischen Versorgungszentren an einzelnen Standorten zu befürchten wäre.

Der Landesausschuss hat deshalb einstimmig entschieden, von der Rechtsgrundlage des § 2 Abs. 3 Satz 4 der Bedarfsplanungs-Richtlinie Gebrauch zu machen. **Es wurde der Beschluss gefasst, dass in Anbetracht der ab dem 4. September 2011 gültigen Kreisgebietsreform in Mecklenburg-Vorpommern die Planungsbereiche zunächst und vorläufig von der Gebietsreform unberührt bleiben und in ihrer bisherigen Form fortbestehen.**

Der Landesausschuss hat darüber hinaus beschlossen, zu einer seiner nächsten Sitzungen einen Vertreter des für die Landesplanung zuständigen Ministeriums einzuladen, um die Möglichkeiten einer Planung unterhalb der Ebene der neuen Kreise zu besprechen. *ok*

Impressum Journal der Kassenärztlichen Vereinigung M-V | 20. Jahrgang | Heft 230 | November 2011

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

Für die Mitglieder der KVMV ist der Bezug durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten. Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Für den Inhalt von Anzeigen sowie Angaben über Dosierungen und Applikationsformen in Beiträgen und Anzeigen kann von der Redaktion keine Gewähr übernommen werden. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Veröffentlichungsgarantie übernommen. Nachdruck und Vervielfältigung nur mit Genehmigung des Herausgebers (KVMV). Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint. Alle Rechte vorbehalten.

Bildnachweis Foto S. 9: alsaco57, „Bali (Indonésie)“, CC-Lizenz (BY 2.0) <http://creativecommons.org/licenses/by/2.0/de/deed.de>, Quelle: www.piqs.de.

Kreisstellen der Kassenärztlichen Vereinigung M-V

1 ▶ Greifswald

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

2 ▶ Güstrow

Rövertannen 13, 18273 Güstrow,
Tel.: 038 43.21 54 43, **Fax:** 038 43.21 54 43
Dipl.-Med. *Ingrid Thiemann*,
Praxis in Bützow – Tel.: 03 84 61.24 67;

3 ▶ Ludwigslust

Gartenstraße 4, 19294 Neu Kaliß,
Tel.: 03 87 58.3 64 60, **Fax:** 03 87 58.3 64 61
Dr. med. *Silvio Mai*,
Praxis Neu Kaliß – Tel.: 03 87 58.3 64 60;

4 ▶ Malchin

Heinrich-Heine-Str. 40, 17139 Malchin,
Tel.: 03 99 4.63 28 35, **Fax:** 03 99 4.29 91 79
Dirk Woidich,
Praxis – Tel.: 03 99 4.22 47 47;

5 ▶ Neubrandenburg

An der Marienkirche, 17033 Neubrandenburg,
Tel.: 03 95.5 44 26 13, **Fax:** 03 95.5 58 47 80
Dr. med. *Victor Harsch*,
Praxis – Tel.: 03 95.4 22 57 43;

6 ▶ Neustrelitz

Friedrich-Wilhelm-Str. 36, 17235 Neustrelitz,
Tel.: 03 98 1.20 52 04, **Fax:** 03 98 1.20 52 12
Dr. med. *Peter Schmidt*,
Praxis in Waren – Tel.: 03 99 1.73 26 99;

7 ▶ Parchim

Lübzer Str. 21, 19370 Parchim,
Tel.: 03 87 1.21 39 38, **Fax:** 03 87 1.62 99 53
Jörg Menschikowski,
Praxis – Tel.: 03 87 1.21 27 60;

8 ▶ Pasewalk

Prenzlauer Str. 27, 17309 Pasewalk,
Tel.: 03 97 3.21 69 62, **Fax:** 03 97 3.21 69 62
Dipl.-Med. *Jürgen Pommerenke*,
Praxis in Rollwitz – Tel.: 03 97 3.44 14 14;

9 ▶ Rostock

Paulstraße 48-55, 18055 Rostock,
Tel.: 03 81.3 77 74 79, **Fax:** 03 81.3 77 74 97
Dipl.-Med. *Thomas Hohlbein*,
Praxis – Tel.: 03 81.3 11 14;

10 ▶ Schwerin

Neumühler Str. 22, 19057 Schwerin,
Tel.: 03 85.7 43 13 47, **Fax:** 03 85.7 43 11 51
Dipl.-Med. *Siegfried Mildner*,
Praxis – Tel.: 03 85.3 97 91 59;

11 ▶ Stralsund

Bleistr. 13 A, 18439 Stralsund,
Tel.: 03 83 1.25 82 93, **Fax:** 03 83 1.25 82 93
Dr. med. *Andreas Krüger*,
Praxis – Tel.: 03 83 1.49 40 07;

12 ▶ Wismar

Lübsche Str. 148, 23966 Wismar,
Tel.: 03 84 1.70 19 83, **Fax:** 03 84 1.32 72 33
Dr. med. *Peter-Florian Bachstein*,
Praxis – Tel.: 03 84 1.72 88 31.

