

Journal

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG Mecklenburg-Vorpommern



Politik reflektieren – Seite 4

**Kostenentwicklung
und Investitionsstau**

KBV Messe – Seite 15

**Versorgungs-
innovationen 2012**

Nach dem Gesetz – Aus dem Fenster gelehrt

Es ist jetzt zweieinhalb Jahre her, dass wir auf die zentralistisch ausgerichtete Gesundheitspolitik und die Gesetze von SPD und Ulla Schmidt verzichten mussten. Seit der Einführung des Gesundheitsfonds 2009 wurde keine weitere gesundheitspolitische „Kuh“ durchs Land getrieben, jedenfalls keine, die sich gegen die Ärzteschaft gerichtet hätte.



Foto: KVMV

Dipl.-Med. Torsten Lange

Vorsitzender der
Vertreterversammlung
der KVMV

Erstmals haben die Kassen einen Milliardenüberschuss, erstmals sinken die Arzneimittelausgaben im Bund – ein Traum von Ulla Schmidt! Und schon schwatzen Politiker in alle Eile und Hektik darüber, wohin mit dem Geld, Abschaffung der Praxisgebühr oder nicht!? Politiker wie Nahles und Lauterbach, die die Praxisgebühr unter bürokratischem Aufwand eingeführt haben, wollen sie am schnellsten wieder weg haben, um die Bürokratie zu drosseln –

Wahltaktik? Ich sage nur „Hände weg“, es ist das Geld der Versicherten. Es hat nur für die Versicherten und deren Versorgung zur Verfügung zu stehen.

Erstmals erkennt die Gesundheitspolitik den von uns vor geraumer Zeit aufgezeigten Ärztemangel an! Durch ein neues, aber auch umstrittenes Gesetz (GKV-VStG) soll sich für die Ärzte und Psychotherapeuten ab 2012 einiges verbessern. Die Vergütungen für Vertragsärzte können Dank des neuen Gesetzes wieder lokal in den KVen vereinbart werden und dadurch konnten wir in unserer Vertreterversammlung schon im Dezember als erster KV-Bereich einen neuen HVM beschließen.

Das Gesetz bewirkt, dass bei Unterversorgung die Mengenbegrenzung und Abstufung des Honorars entfällt. Ärzte in strukturschwachen Regionen können Honorarzuschläge erhalten. Alle diese Möglichkeiten hatten wir schon lange gefordert. Jetzt sind sogar Strukturfonds zur Unterstützung von Neuzulassungen, Zweigpraxen oder für Zuschläge zur Vergütung und zur Ausbildung oder Stipendienvergabe zu bilden. Auch dieses war schon immer Sinn und Ziel unserer Beschlüsse in der VV. Ich erwähne hier nur beispielhaft die Förderung der Allgemeinmedizin und Stiftungsprofessur sowie die Umgestaltung der Notdienstbereiche und Schaffung der Bereitschaftspauschale

zur Entlastung der älteren Kollegen im ländlichen Raum. Eine leistungsgerechtere Vergütung soll möglich sein und bewirken, dass sich damit die Bedingungen für Ärzte in strukturschwachen Gebieten wesentlich verbessern. Den Ärzten und Psychotherapeuten soll wieder Kalkulationssicherheit hinsichtlich ihres zu erwartenden Honorars gegeben werden.

Im Blickpunkt stehen zur Zeit die VERAHs, die jetzt im Bereich der AOK Nordost in unserem Versorgungsbereich aktiv werden können, weil unsere KV einen entsprechenden Vertrag mit der AOK geschlossen hat. Auch hier wird eine gesetzlich vorgesehene Möglichkeit, die Delegation ärztlicher Leistungen auszubauen und zu ermöglichen, Realität. Dies wird die ärztliche Behandlung verbessern, neue Freiräume schaffen und den Alltag der Ärzte entlasten.

Verwaltungstechnisch soll es Vorstände für Versorgungsbereiche und entsprechende Fachausschüsse in der VV geben, auch das haben wir bereits 2010 einstimmig in der VV so geregelt. Jeder Fachausschuss ist für seinen Versorgungsbereich zuständig und kann sich intern qualitativ beraten lassen. Resümierend denke ich aber doch, mit dem Gesetz wurde ein optimaler Erfolg in der politischen Diskussion erzielt, der für die nächsten Jahre richtungweisend sein wird. Gedankt sei dabei dem unermüdlichen Einsatz einiger KVen und deren Persönlichkeiten. Unser Vorstand hielt ständigen Kontakt zu den Bundesministern für Gesundheit. Das zahlte sich aus!

Trotz aller positiven Aspekte und Ergebnisse durch das Gesetz gibt es doch noch erheblichen Diskussions- und auch Handlungsbedarf auf einigen Feldern der GKV.

Versicherte haben hier grundsätzlich das Recht, die sie behandelnden Ärzte frei zu wählen. Das ist nicht selbstverständlich, denn in vielen europäischen Ländern gilt das Prinzip der freien Arztwahl nicht oder nur sehr eingeschränkt. Hier könnte ich mir in der Patientensteuerung und Entlastung der Arztpraxen eine Diskussion vorstellen, die freie Arztwahl auf den Versorgungsbereich zu begrenzen. Mehrausgaben in besonderen Leistungsbereichen, besonders im Labor, sollten gesteuert und reguliert werden, um die Belastung der anderen Fachgruppen zu reduzieren. Auch sollten die Versorgungsbereiche honorarpolitisch fester getrennt und eigenständig weiterentwickelt werden. Kosten für Innovationen sollten von außen kommen und dürfen nicht zu Lasten einzelner Arztgruppen gehen. Auch sollte bei steigenden Zulassungszahlen der Psychotherapeuten für diesen Versorgungsbereich über eine eigenständige Versorgungsebene mit eigener Honorarhöhe nachgedacht werden. Steigende Facharzt- und Psychotherapeuten-Niederlassungen führen im gleichen Versorgungsbereich zu finanziellen Engpässen.

Ich hoffe, die Diskussion angeregt zu haben.

Mit freundlichen Grüßen

Torsten Lange

Inhaltsverzeichnis

Politik reflektieren

Kostenentwicklung und Investitionsstau 4

Justizariat

Heranziehung von Originalverordnungen 5

Befreiung von Zuzahlungen für Schwangere 7

Abrechnung

Gestationsdiabetes in der Mutterschaftsvorsorge.... 6

Neuropsychologische Therapie..... 6

Medizinische Beratung

Verordnungsmanagement –

Die Arzneimittel-Richtlinie Teil II..... 8

Verordnungsfähigkeit von Ursodeoxycholsäure 9

STIKO belässt Empfehlung
zur Pneumokokkenimpfung..... 9

Robert Koch-Institut – Epidemiologisches Bulletin .. 10



Wirtschaftliche Situation
der Niedergelassenen
in Studie belegt

Seite 4

Foto: Philipp Flury/www.pixelio.de

Vertragsabteilung

Neue Impfvereinbarung mit der Knappschaft..... 12

Überweisungssteuerung 13

Neue Leistungen der Techniker Krankenkasse 14

Blutzuckerteststreifen 22

Qualitätssicherung

KBV Messe – Versorgungsinnovationen 2012 15

Informationen und Hinweise

Neue Erkenntnisse – Ärzte in Wismar 7

Psychiatrieplan M-V 11

Wartezimmerinformation: Prostatakrebs 11

Rufnummer 116 117 kommt im April 14

Leserbrief zu PENTALONG 19

Arzneimittelkosten-Information

Arznei- und Heilmittel 2012..... 16

Ermächtigungen und Zulassungen..... 20



Seite 15

Versorgungsmesse:
KVMV mit führender Rolle
in Ideenentwicklung

Foto: KVMV

Öffentliche Ausschreibungen 22

Feuilleton

Nicht nur Nachschlagewerke..... 23

Veranstaltungen 24

5. Golfturnier der KVMV 24

Personalien 25

Konzertgenuss für Klassikliebhaber:

Kammermusikfestival „Constellations françaises“ 25

Mit spitzer Feder

Schwester Lissi und die Männergesundheit 26

Impressum 12



Titel:

María Clotilde

Joaquin Sorolla

Öl auf Leinwand, 1900

Kostenentwicklung und Investitionsstau:

Erheblicher Nachholbedarf in der Vergütung für Vertragsärzte

Die Vergütung der Leistungen, die niedergelassene Ärzte für gesetzlich Versicherte erbringen, entspricht nicht den Kriterien, die der Kalkulation der Gebührenordnung zugrunde gelegt wurden. Dies zeigt eine aktuelle Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI). Ausgewertet wurden Umsatz- und Kostendaten von rund 4.200 Praxen in Deutschland für die Jahre 2006 bis 2008. Die Praxen sind Teil des ZI-Praxis-Panels (ZiPP), einer repräsentativen Längsschnittstudie zur wirtschaftlichen Situation der Niedergelassenen.



Dr. med. Wolfgang Eckert

Vorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg Vorpommern

Dr. Wolfgang Eckert, der auch Vorsitzender des Kuratoriums des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) ist, beschreibt die wichtigsten Ergebnisse der Studie aus Sicht der KVen.

Hierzu Ausschnitte aus den Feststellungen:

1. Die Vertragsärzte arbeiten in der Realität mehrheitlich länger als die dem EBM zugrunde gelegte Normarbeitszeit. Nach Teilnehmerangaben aus dem ZiPP kommt ein Vertragsarzt nach Abzug der privaten und berufsbedingten Abwesenheiten auf eine durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 52 Stunden und einen rechnerischen Stundensatz von 26 Euro. Rund zwei Drittel der Vertragsärzte empfinden die Arbeitszeit folglich als deutlich zu viel. Dies ist ein Alarmsignal für junge Ärztinnen und Ärzte, die über eine Niederlassung nachdenken. Es muss deshalb auch ein Alarmsignal für alle sein, die an der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung interessiert sind.
2. Ein anderes Alarmsignal ist der vom ZiPP belegte Investitionsstau in den Vertragsarztpraxen. Rechnet man die Angaben der ZiPP-Teilnehmer auf das

Bundesgebiet hoch, standen im Jahr 2010 Investitionen von rund zwei Mrd. Euro in den Praxen aus. Zwischen 2006 und 2010 hat sich der Investitionsstau verschärft. Die Anforderungen an die Qualität der ärztlichen Versorgung und der medizinisch-technische Fortschritt bedingen jedoch notwendige und kontinuierliche Investitionen.

3. Das ZiPP bietet die Möglichkeit, einen Stamm von Kalkulationspraxen zu entwickeln. Durch die Zusammenführung mit den Abrechnungsdaten können die Kostenstrukturen für Praxen dargestellt werden, die einen definierten Versorgungsauftrag wahrnehmen. Dabei können die höheren Standortkosten in Ballungsräumen und Kernstädten ebenso wie Besonderheiten der Kostenstruktur der ländlichen Versorgungsstrukturen berücksichtigt werden.

Schlussfolgerungen für die Verhandlungsrunde 2013

Der Erhalt der flächendeckenden, wohnortnahen vertragsärztlichen Versorgung ist eine Daueraufgabe. Wir dürfen nicht davon ausgehen, dass für die genannten Alarmsignale zwischenzeitlich eine Besserung eingetreten ist.

Der Einnahmewachstum für die Arztpraxen wurde auf etwa die Hälfte der allgemeinen Teuerungsrate beschränkt. Damit waren reale Verluste vorprogrammiert. Allein die allgemeine Teuerungsrate für Strom, Gas und Heizkosten betrug von 2006 auf 2011 rund 24 Prozent. Insgesamt betragen die inflationsbedingten Preissteigerungen seit dem Jahr 2006 bis 2011 ca. neun Prozent. In einer solchen Situation ist eine Zunahme der Investitionen in den Praxen insbesondere dann nicht zu erwarten, wenn nicht einmal die allgemeine Teuerungsrate durch einen Zuwachs der Einnahmen ausgeglichen wird. Die Vertragsärzte müssen darauf vertrauen können, dass die Entwicklung des Punktwerts nicht hinter der allgemeinen Teuerungsrate zurückbleibt und dass reale Zuwächse bei den Praxisüberschüssen ohne Investitionsabbau erreichbar sind.

Wenn im Frühsommer 2012 die nächste Erhebungswelle anläuft, sollten die Praxen wissen, dass sie mit der Erhebung zur Vertretung ihrer Interessen beitragen können.

Das vollständige Statement des Vorsitzenden der KVMV ist auf der Internetseite der KV unter: www.kvmv.de ▶ Aktuell zu lesen. stt/PR

Heranziehung von Originalverordnungen bzw. Printimages

Von Thomas Schmidt*

Das Bundessozialgericht (BSG) hat bereits für Richtgrößenverfahren die Verteilung ärztlicher Darlegungslast auf der einen Seite und Ermittlungspflichten der Prüfungsgremien auf der anderen Seite herausgearbeitet, wenn Mängel der zugrundegelegten Verordnungsdaten von ärztlicher Seite gerügt werden. Zunächst ist davon auszugehen, dass die von den Krankenkassen gelieferten Daten und das so ermittelte Verordnungsvolumen zutreffend sind.

Diese Vermutung der Richtigkeit der zugrundegelegten Verordnungsdaten kann jedoch arztseitig erschüttert werden, indem er begründete Zweifel gegenüber dem elektronisch ermittelten Verordnungsvolumen geltend macht und die Heranziehung der erweiterten Arznei- bzw. Heilmitteldateien verlangt. In den Fällen, in denen die Darlegungen des betroffenen Arztes bzw. die Ermittlung der Prüfungsgremien ergeben, dass Kosten der Verordnung fehlerhaft oder in überhöhtem Ausmaß zugerechnet wurden, ist dies durch die Prüfungsgremien zu korrigieren, im Regelfall durch Abzug der fehlerhaften Verordnungsbeträge.

Erstreckt sich der Korrekturbedarf nicht nur auf Einzelfälle, sondern auf ein erhebliches Verordnungsvolumen, wofür das Bundessozialgericht eine Mindestquote von fünf Prozent der gesamten Verordnungskosten ansetzt, ist die Vermutung der Richtigkeit der elektronisch erfassten und verarbeiteten Verordnungsdaten insgesamt derart erschüttert, dass die Prüfungsgremien gehalten sind, sämtliche einzelnen Verordnungsblätter bzw. Printimages heranzuziehen.

Ist deren Heranziehung nicht mehr möglich, wirkt sich dies zugunsten des betroffenen Arztes dahingehend aus, dass einem Regress insoweit die Grundlage entzogen ist, bzw. ein entsprechender Sicherheitsabschlag zu seinen Gunsten vorzunehmen ist.

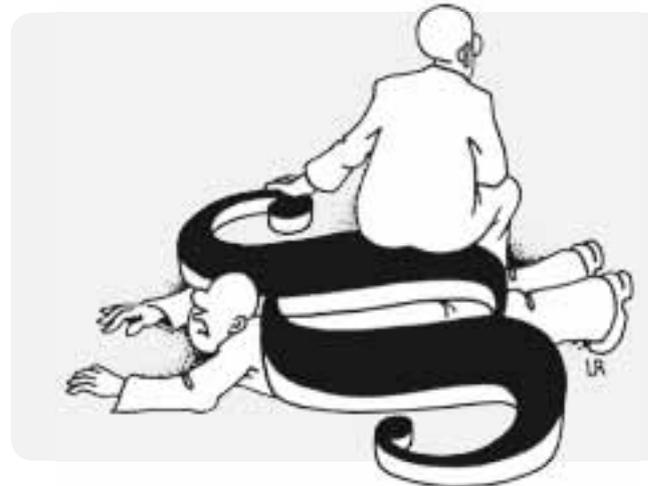
Was allerdings arztseitig konkret dargelegt und plausibel gemacht werden muss, um „substantiierte Zweifel“ an den Verordnungsdaten zu begründen, ist vom BSG nicht näher konkretisiert worden.

So hat z.B. das Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen sich auf den Standpunkt gestellt, die Richtgrößenprüfung sei jahresbezogen und das genaue Verordnungsdatum deshalb kaum relevant. In einem späteren Entschluss hat das Landessozialgericht seine Auffassung dahingehend fortgeführt, dass es als unproblematisch anzusehen sei, wenn Verordnungsdaten zum Teil

unlesbar seien und unter Umständen in die Sprechstundenfreie Zeit des verordnenden Arztes fielen.

Dieser Auffassung des Landessozialgerichts ist jedoch entgegen zu halten, dass bei solch evidenten und unstrittig fehlerhaften Verordnungsdaten diese nicht als hinreichend sicher vorausgesetzt werden können, um hierauf einen Regress zu gründen.

Eine mögliche Argumentation für den Arzt wird nunmehr durch einen aktuellen Hinweisbeschluss des Sozialgerichtes (SG) Hannover vom 30. November 2011 – S 65 KA 362/09 – aufgezeigt, welcher die Krankenkas-



sen zur Übermittlung der Originalverordnungsbelege bzw. Printimages zwecks näherer Prüfung auffordert. Zugrunde lag ein Fall, in dem der betroffene Arzt im dortigen Verfahren einen geringen Teil der Verordnungsdaten tatsächlich anhand seiner Behandlungsdokumentation überprüft und Widersprüche aufgedeckt hatte. Dem Arzt war für die aufgedeckten Widersprüchlichkeiten bzw. Datenfehler eine Art „Vollbeweis“ gelungen. Dies hat das SG Hannover zur Geltendmachung „substantiierten Zweifel“ ausreichen lassen, so dass hieraus folgend nunmehr die tatsächliche Überprüfung der Originalbelege eingefordert wurde.

Auch wenn es gilt, den weiteren Verlauf des Rechtsstreits abzuwarten, könnte hieraus eine mögliche Verfahrensweise dergestalt ableitbar sein, dass mittels Abgleich eines Teils der Verordnungsdaten mit der Patientendokumentation die Prüfungsgremien zur Heranziehung von Originalbelegen bzw. Printimages und damit zur weitergehenden Überprüfung gezwungen werden.

* Thomas Schmidt ist Justiziar der KVMV.

Neues Screening – Gestationsdiabetes in der Mutterschaftsvorsorge ab 3. März 2012

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 15. Dezember 2011 in der Mutterschafts-Richtlinie ein Screening auf Gestationsdiabetes beschlossen. Die Veröffentlichung erfolgte am 2. März 2012 im Bundesanzeiger und ist damit rechtskräftig.

Gemäß dem Beschluss wird allen Schwangeren im Zeitraum zwischen der 24. und 33. Schwangerschaftswoche als erster Suchtest ein 50 g Glukosetest unabhängig vom Zeitpunkt der letzten Mahlzeit, allerdings nicht nüchtern, angeboten.

Schwangere mit Blutzuckerwerten größer oder gleich $\geq 7,5$ mmol/l (≥ 135 mg/dl) und kleiner oder gleich $\leq 11,1$ mmol/l (≤ 200 mg/dl) erhalten zeitnah einen oralen Glukosetoleranztest (oGTT) mit 75 g Glukoselösung nach Einhaltung von mindestens acht Stunden Nahrungskarenz. Bei Erreichen bzw. Überschreiten eines oder mehrerer der nachfolgend genannten Werte soll die weitere Betreuung der Schwangeren in enger Zusammenarbeit mit einem diabetologisch qualifizierten Arzt erfolgen.

Grenzwerte:

nüchtern: $\geq 5,1$ mmol/l (92 mg/dl)
nach einer Stunde: $\geq 10,0$ mmol/l (180 mg/dl)
nach zwei Stunden: $\geq 8,5$ mmol/l (153 mg/dl)

Die Blutzucker-Bestimmung erfolgt, sowohl für den Suchtest als auch für den Bestätigungstest, aus dem Venenblut mittels standortgerechter und qualitätsgesicherter Glukosemesstechnik. Das Messergebnis ist als

Glukosekonzentration im venösen Plasma anzugeben. Bei Verwendung von Unit-use-Reagenzien mit entsprechenden Mess-Systemen in der patientennahen Sofortdiagnostik ist zu berücksichtigen, dass diese für die ärztliche Anwendung in Diagnose und Screening geeignet sein müssen.

Neben der eigentlichen Screening-Untersuchung ist der Schwangeren frühzeitig ein Merkblatt mit dem Titel „Ich bin schwanger. Warum wird allen Schwangeren ein Test auf Schwangerschaftsdiabetes angeboten?“ auszuhändigen. Diese Merkblätter können ab sofort über das KV SafeNet (Formulare) oder telefonisch über die Innere Verwaltung der KVMV, **Tel.:** 03 85.7431 348 bezogen werden.

Bis zur Aufnahme eigenständiger Gebührenordnungspositionen im EBM gilt die Kostenerstattung.

Mit Veröffentlichung des Beschlusses des G-BA besteht ein Anspruch des Versicherten auf das Screening Gestationsdiabetes. Bis zur Einführung einer Gebührenordnungsposition im EBM können die beteiligten Vertragsärzte die ärztlichen Leistungen nicht über die KV abrechnen. Hier gilt gemäß § 13 Abs. 3 SGB V der Kostenerstattungsanspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse. Diese ist verpflichtet, Kosten in der tatsächlich entstandenen Höhe nach GOÄ zu erstatten. Weitere Hinweise auf www.g-ba.de ▶ Mutterschafts-Richtlinien. Fragen dazu beantwortet *Petra Gazioch*, **Tel.:** 03 85.7431 315. *mg*

Neuropsychologische Therapie – neue ambulante Leistung ab 24. Februar 2012

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat am 24. November 2011 die Aufnahme der neuropsychologischen Therapie als Untersuchungs- und Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen Versorgung beschlossen. Die Veröffentlichung im Bundesanzeiger erfolgte am 23. Februar 2012 und ist damit rechtskräftig. (weitere Informationen unter: www.kvmv.de ▶ Aktuell)

Bis zur Aufnahme eigenständiger Gebührenordnungspositionen im EBM sind die Leistungen der neuropsychologischen Therapie nur im Rahmen der Kostenerstattung (§ 13 Abs. 3 SGB V) zu Lasten der Krankenkasse abzurechnen. Der Arzt/Psychotherapeut stellt seine Leistungen dem Patienten nach GOÄ in Rechnung, der diese zur Kostenerstattung an seine Krankenkasse leitet.

Ansprechpartner im Geschäftsbereich Qualitätssicherung der KVMV: *Anke Voglau*, **Tel.:** 03 85.7431 377. *mg*



Neue Erkenntnisse belegen – Ärzte in Wismar behandeln am häufigsten Patienten aus dem Umland

Rund ein Fünftel aller in einem Landkreis oder in einer kreisfreien Stadt erbrachten Versorgungsleistungen der niedergelassenen Ärzte werden „exportiert“. Sie werden somit nicht für Patienten erbracht, die in diesem Kreis wohnen. Das zeigt die aktuelle Untersuchung des Versorgungsatlas. Im bundesdeutschen Vergleich übernehmen Wismar und Landshut die stärkste so genannte Mitversorgungsfunktion: Fast 83 Prozent der ärztlichen Leistungen in Wismar wurden für Patienten aus dem Umland erbracht.

Vor allem ländliche Kreise werden durch Ballungsräume mitversorgt. Dabei ist die Größe der mitversorgenden Stadt nicht maßgeblich, wie die Ergebnisse für Wismar zeigen: Nur 17 Prozent der erbrachten medizinischen Leistungen werden durch Wismarer Bürger in Anspruch genommen. Die Patienten des umliegenden Kreises Nordwestmecklenburg hingegen nehmen 59 Prozent aller ärztlichen Leistungen außerhalb ihres Kreises in An-

spruch. Sie lassen sich größtenteils durch Ärzte aus Wismar behandeln. In den städtischen Zentren erbringen die Ärzte im Schnitt 30 Prozent mehr Leistungen als durch die Einwohner vor Ort in Anspruch genommen werden.

„Ein hoher Importanteil kann einerseits Ausdruck einer effizienten Versorgungsstruktur sein, da aufwendige Praxisstrukturen und Großgeräte nur an zentralen und gut erreichbaren Orten vorgehalten werden. Er kann andererseits aber auch Ausdruck einer drohenden Unterversorgung sein, wenn die Patienten für die Versorgung letztlich lange oder sogar unzumutbare Wegezeiten auf sich nehmen müssen“, sagt Dr. Dominik von Stillfried, Geschäftsführer des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung (ZI).

Unter www.versorgungsatlas.de können sich Interessierte die Ergebnisse in Form von Karten, Tabellen und Diagrammen anzeigen lassen. *PR*

Befreiung von Zuzahlungen für Schwangere

Aufgrund aktueller Nachfragen weist die KVMV darauf hin, dass Schwangere unter bestimmten Voraussetzungen von Zuzahlungen befreit sind. Die Befreiung gilt nicht generell für den Fall der Schwangerschaft. Das Gesetz – § 196 Absatz 2 RVO – sieht aber eine Befreiung im Falle von „Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung“ vor. Die Befreiung gilt beispielsweise, wenn bei einer Schwangeren frühzeitig Wehen auftreten und ein Präparat zur Wehenhemmung verordnet wird.

Voraussetzung für die Befreiung ist jedoch immer, dass das Präparat überhaupt zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden kann. Sollte dies nicht der Fall sein, beispielsweise Eisen- oder Magnesiumpräparate, scheidet eine Befreiung aus. Auf Wunsch ist dann ein Privatrezept oder grünes Rezept auszustellen.

Nur wenn die aufgezeigten Voraussetzungen gegeben sind, sind Schwangere von etwaigen Zuzahlungen bei verordneten Arznei- und Verbandmitteln, Heilmitteln und Hilfsmitteln befreit. Die jeweiligen Verordnungsmuster sind dementsprechend zu kennzeichnen.

Fragen dazu beantwortet *Frank Farys* aus dem Justizariat der KVMV unter **Tel.:** 03 85.7431 220. *ff*



Verordnungsmanagement – Die Arzneimittel-Richtlinie Teil II

Im März-Journal wurde die Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) mit dem allgemeinen und besonderen Teil sowie den für die Praxis wichtigen Anlagen I, II, III erläutert.

Nachfolgend die Fortsetzung zum Thema:

Wichtige Anlagen der AM-RL für das Verordnungsmanagement

Anlage IV Therapiehinweise gemäß § 92 Abs.2 Satz 7 SGB V i.V.m. § 17 AM-RL zur wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln

Bei den in dieser Anlage gelisteten Wirkstoffen handelt es sich um neuere und zumeist teure Arzneimittel.

Die Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise und zu eventuellen Verordnungseinschränkungen sind von den behandelnden Ärzten zu beachten. Entsprechend § 16 (5) AM-RL kann von diesen nur ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen abgewichen werden.

Die Hinweise informieren über die zugelassenen Anwendungsgebiete, über Wirkung und Wirksamkeit, die Risiken und sie geben Hinweise zur wirtschaftlichen Verordnung und zu Vorsichtsmaßnahmen bei der Anwendung der aufgeführten Wirkstoffe.

Das Datum der Veröffentlichung im Bundesanzeiger und das des Inkrafttretens ist zu den einzelnen Therapiehinweisen auf der entsprechenden Seite des G-BA nachzulesen.

Änderungen der Anlage IV werden im Bundesanzeiger und im Deutschen Ärzteblatt zeitnah veröffentlicht.

Die Anlage IV kann unter <http://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/zur-richtlinie/3/#10/> aus dem Internet heruntergeladen werden.

Zu folgenden Wirkstoffen bzw. Wirkstoffgruppen sind derzeit in der Anlage IV Therapiehinweise gelistet:

Adalimumab, Aliskiren, atypische Neuroleptika, Azathioprin, Becaplermin, Botulinumtoxin A und B, Celecoxib, Cilostazol (z. B. Pletal®), Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe (Chemotherapie), Erythropoese-stimulierende Wirkstoffe (renale Anämie), Etanercept, Exenatide, Ezeti-

mib, Imiglucerase, Infliximab bei rheumatoider Arthritis, Infliximab bei Morbus Crohn, inhalierbares, kurzwirksames Humaninsulin (Exubera®), Leflunomid, Montelukast, Natalizumab, Oseltamivir, Omalizumab, Palivizumab, Pimecrolimus, Prasugrel, Raloxifen, Repaglinid, Sitagliptin, Somatropin Wachstumshormon, Strontiumranelat, Tacrolimus, Teriparatid, Tibolon, Vildagliptin.

Anlage V Übersicht der verordnungsfähigen Medizinprodukte

Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die entsprechend § 3 Nr. 1 oder 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper kommen, sind von der Krankenbehandlung nach SGB V § 27 (1), Satz 3 ausgeschlossen.

Dies gilt nicht für Medizinprodukte, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen mittels ihrer Funktion zum Zwecke der Erkennung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten oder Verletzungen bestimmt sind oder der Untersuchung, der Ersetzung oder der Veränderung des anatomischen Aufbaus oder eines physiologischen Vorganges dienen.

Dabei darf die bestimmungsgemäße Hauptwirkung im oder am menschlichen Körper weder durch pharmakologisch oder immunologisch wirkende Mittel noch durch Metabolismus erreicht werden.

Ein Medizinprodukt, dessen therapeutische Zweckbestimmung derjenigen eines Arzneimittels entspricht, welches gemäß der Arzneimittel-Richtlinie nicht zu Lasten der GKV verordnet werden darf, ist ebenfalls nicht verordnungsfähig (Beispiel: Medizinprodukt zur Erhöhung der Lebensqualität).

Nach diesen Grundsätzen können nach Antrag der Hersteller und erfolgtem positiven Beschluss des G-BA Medizinprodukte in die Anlage V aufgenommen werden. In der Regel wird eine Befristung festgelegt.

Die aktuelle Anlage V liegt dem Journal bei und kann unter: www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/zur-richtlinie/3/#120/ aus dem Internet heruntergeladen werden.

Änderungen werden im Bundesanzeiger und im Deutschen Ärzteblatt zeitnah veröffentlicht. *ekt*

Verordnungsfähigkeit von Ursodeoxycholsäure

Zu ursodeoxycholsäurehaltigen Präparaten (z.B. Ursolfalk®, UDC®, Ursochol®) gibt es immer wiederkehrende Nachfragen aus Arztpraxen. Hierbei zeigt sich eine Verunsicherung hinsichtlich der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV).

Zu Irritationen führt die in der **Anlage III, Ziffer 27** der Arzneimittel-Richtlinie festgeschriebene Regelung zu den Gallenwegstherapeutika und Cholagoga. Diese sind mit Ausnahme von Gallensäure-Derivaten zur Auflösung von Cholesterin-Gallensteinen von der Verordnung zu Lasten der GKV ausgeschlossen. Die Ziffer 27 bezieht sich auf die Therapie der **extrahepatischen** Gallenwege.

Die medikamentöse Therapie von Erkrankungen der **intrahepatischen** Gallenwege bei der primären biliären Leberzirrhose ist hier nicht eingeschlossen. Wenn bei einem Patienten eine primäre biliäre Leberzirrhose vorliegt, darf ein für diese Indikation **zu-**

gelassenes Präparat verordnet werden. Nicht alle ursodeoxycholsäurehaltigen Medikamente haben diese Zulassung!

In dem vom GKV-Spitzenverband und der KBV einvernehmlich erstellten Frage-Antwort-Katalog zur Anlage III, Ziffer 27 der Arzneimittel-Richtlinie (www.kbv.de ▶ AIS ▶ G-BA/IQWIG ▶ G-BA ▶ Dokumente zum Download) heißt es wörtlich:

Frage: „Fallen Medikamente zur Behandlung der biliären Zirrhose auch unter diese Ziffer?“

Antwort: „Nein. Von der Verordnungseinschränkung ist nur die Behandlung der extrahepatischen Gallenwege betroffen.“

Der Nutzen der Medikamente zur Behandlung der biliären Zirrhose (also intrahepatisch) ist dennoch kritisch zu prüfen. Für die Behandlung der primär-sklerosierenden Cholangitis ist der Nutzen einer Hochdosis-Ursodeoxycholsäure-Therapie nicht belegt. *ekt*

STIKO belässt Empfehlung zur Pneumokokkenimpfung

Der 13-valente Pneumokokken-Konjugatimpfstoff Prevenar 13® ist außer für Kinder nun auch für Erwachsene ab dem 50. Lebensjahr zugelassen.

Bislang bestand von der Ständigen Impfkommission (STIKO) die Empfehlung zur Impfung von Erwachsenen ab dem 60. Lebensjahr mit dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff Pneumovax 23®.

Die STIKO sieht derzeit „keine ausreichende Evidenzgrundlage für eine Änderung ihrer geltenden Empfehlung zur Pneumokokkenimpfung von Personen ab dem 60. Lebensjahr.“ (*Zitat aus Epidemiologischem Bulletin vom 20. Februar 2012 des RKI*)

Die Leistungspflicht der Kassen für Schutzimpfungen im Rahmen der GKV wird durch den G-BA in der Schutzimpfungs-Richtlinie verbindlich festgelegt. Hierbei werden die Empfehlungen der STIKO berücksichtigt.

Da die STIKO derzeit keine Änderung ihrer Empfehlung vorsieht, wird die Schutzimpfungs-Richtlinie vorerst nicht geändert.

Dementsprechend ist derzeit die Impfung ab dem 60. Lebensjahr mit Prevenar® als Standardimpfung sowie die Impfung ab dem 50. Lebensjahr als Indikationsimpfung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen möglich. *ekt*



Foto: Jens Goetzke/www.pixelio.de

Robert Koch-Institut – Epidemiologisches Bulletin

20. Februar 2012/Nr. 7 – Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health
Mitteilung der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert Koch-Institut

Stellungnahme zur Impfung Erwachsener gegen Pneumokokken

Die STIKO hat zur Kenntnis genommen, dass die Zulassung für den 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff Prevenar 13® erweitert wurde. Zusätzlich zur Altersgruppe „zwei Monate bis fünf Jahre“ ist er jetzt auch für Erwachsene ab 50 Jahren zugelassen. Laut Fachinformation (Stand: Oktober 2011) gilt die Zulassung bei den ≥ 50 -Jährigen für die Indikation „Prävention von **invasiven** Erkrankungen, die durch Streptococcus pneumoniae verursacht werden“.

enthalten sind, und zu 63 Prozent Typen, die in dem 13-valenten Konjugatimpfstoff (PCV₁₃) enthalten sind.¹

Die Zulassungserweiterung von PCV₁₃ beruht auf Studien zur Antikörperbildung (Immunogenität). Nach Impfung mit PCV₁₃ wurden im Vergleich zu PPSV₂₃ höhere Serumantikörperspiegel gegen die meisten der in beiden Impfstoffen enthaltenen Kapselpolysaccharidtypen nachgewiesen. In vitro führten die Antikörper teilweise zu einer verbesserten Abtötung von Pneumokokken durch Phagozyten.²

Daten zur Wirksamkeit von PCV₁₃ gegen klinisch relevante Endpunkte (IPD, pneumokokkenbedingte Pneumonien und Todesfälle) liegen für Erwachsene bisher nicht vor. Ob und wie sich die beobachtete bessere Immunogenität von PCV₁₃ bei gleichzeitig schmalere Serotypenspektrum auf die klinische Schutzwirkung angesichts des in Deutschland zirkulierenden Serotypen-



Foto: Andreas Morlok/www.pixelio.de

Standardimpfung ab 60 Jahren

Bisher war nur der 23-valente Pneumokokken-Polysaccharidimpfstoff Pneumovax 23® für Erwachsene zugelassen. Entsprechend wird in den STIKO-Empfehlungen als Standardimpfung gegen Pneumokokken für alle Erwachsenen ab 60 Jahren nur der Polysaccharidimpfstoff genannt.

Daten zur Serotypenverteilung in Deutschland (Jahre 2009 – 2010) zeigen, dass bei invasiven Pneumokokken-erkrankungen (IPD) bei Menschen ab 60 Jahren zu 82 Prozent Kapselpolysaccharidtypen isoliert wurden, die in dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff (PPSV₂₃)

Mix auswirkt, kann aufgrund der bisher vorliegenden Daten nicht beurteilt werden.^{2,3}

Die STIKO sieht deshalb derzeit keine ausreichende Evidenzgrundlage für eine Änderung ihrer geltenden Empfehlung zur Pneumokokkenimpfung von Personen ab 60 Jahren.

Indikationsimpfung

Bei Personen, bei denen die wiederholte Impfung gegen Pneumokokken aufgrund einer Immundefizienz oder einer chronischen Nierenkrankheit indiziert ist (Indikationsimpfung nach Tab. 2, Epidemiologisches



▼
Bulletin 30/2011), ist es möglicherweise sinnvoll, sowohl mit dem 13-valenten Konjugatimpfstoff als auch mit dem 23-valenten Polysaccharidimpfstoff zu impfen. Allerdings liegen auch für diese Indikation keine ausreichenden Daten zur klinischen Schutzwirkung vor. Sofern ein solches Vorgehen in Betracht gezogen wird, sollte bei bisher ungeimpften Personen die Impfung mit dem Konjugatimpfstoff zuerst erfolgen. Immunogenität und Verträglichkeit einer nachfolgenden Impfung mit PPSV₂₃ nach einem Jahr waren nach Herstellerangabe zufriedenstellend. Kürzere Impfabstände wurden nicht untersucht. Eine nach fünf Jahren anstehende Wiederholungsimpfung bei bereits mit PPSV₂₃ geimpften Personen kann mit PCV₁₃ erfolgen. Die Kostenerstattung ist mit der jeweiligen Krankenkasse bzw. -versicherung individuell zu klären. Es ist zu beachten, dass Prevenar 13® aktuell (Stand: Januar 2012) nur für Kinder bis fünf Jahre und Erwachsene ab 50 Jahren zugelassen ist.

Schlussbemerkung

Die STIKO wird die Datenlage im Auge behalten und fortlaufend evaluieren. Eine große randomisierte Vergleichsstudie (CAPITA) zur klinischen Schutzwirkung

von PCV₁₃ gegen ambulant erworbene Pneumokokken-Pneumonien bei über 65-Jährigen wird zur Zeit in den Niederlanden durchgeführt.⁴ Ergebnisse werden für 2013 erwartet. Leider beinhaltet diese Studie nur einen Vergleich von PCV₁₃ mit Placebo, aber keinen direkten Vergleich mit PPSV₂₃. RKI

Literatur:

1. www.rki.de/pneumoweb
2. Musher DM, Sampath R, Rodriguez-Barradas MC: The potential role for protein-conjugate pneumococcal vaccine in adults: What is the supporting evidence? *Clin Infect Dis* 2011; 52 (5): 633 – 640
3. European Medicines Agency: CHMP variation assessment report Prevenar 13. 22 September 2011. www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Assessment_Report_-_Variation/human/001104/WC500119784.pdf
4. Hak E, Grobbee DE, Sanders EA, Verheij TJ, Bolkenbaas M, Huijts SM, Gruber WC, Tansey S, McDonough A, Thoma B, Patterson S, van Alphen AJ, Bonten MJ: Rationale and design of CAPITA: a RCT of 13-valent conjugated pneumococcal vaccine efficacy among older adults. *Neth J Med* 2008; 66 (9): 378 – 383



Psychiatrieplan von M-V

Das Land Mecklenburg-Vorpommern hat seinen Psychiatrieplan beschlossen – ein Hilfesystem für psychiatrisch kranke Menschen.

Aufgrund der demografischen Entwicklung wird die Zahl der alten Menschen in Mecklenburg-Vorpommern weiter zunehmen, deshalb bildet hier auch die Gerontopsychiatrie einen besonderen Schwerpunkt.

Gleichzeitig erschien der „Leitfaden zur Zusammenarbeit in der Kinder- und Jugendhilfe mit der Kinder- und Jugendpsychiatrie“.

Interessierte können beide Broschüren über das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Mecklenburg-Vorpommern **Cornelia Kropp**, **Tel.:** 03 85.5 88 90 73,

E-Mail: Cornelia.kropp@sm.mv-regierung.de anfordern. *stt*



Neue Wartezimmerinformation: Prostatakrebs

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat im Auftrag der KBV eine neue Wartezimmerinformation zum Thema „Früherkennung Prostatakrebs“ entwickelt. Grundlage für die Empfehlungen bildet die Patientenleitlinie „Früherkennung Prostatakrebs. Eine Information für Männer“. Das Dokument steht wie immer als pdf-Download auf der Internetseite der KBV unter: <http://www.kbv.de/wartezimmerinfo.html> bereit. *KBV*

Neue Impfvereinbarung mit der Knappschaft abgeschlossen

Mit Wirkung zum 1. April 2012 hat die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern mit der Knappschaft eine Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen für Auslandsreisen und der Schutzimpfung gegen Rotavirus abgeschlossen.

Die Knappschaft übernimmt mit diesem Vertrag Reiseschutzimpfungen direkt über die Versichertenkarte.

Folgende Reiseschutzimpfungen bzw. Impfungen gegen Rotavirus für Kinder gemäß Zulassung des Impfstoffes können ab sofort über die Versichertenkarte abgerechnet werden:

Impfung	Abrechnungsnummer	Vergütung** in Euro
Hepatitis A	89025F	15
Hepatitis B	89011F	15
Hepatitis A und B*	89040F	15
FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)	89022F	15
Meningokokken	89020F	15
Tollwut	89021F	15
Typhus und Hepatitis A*	89044F	15
Typhus	89045F	15
Cholera	89046F	15
Gelbfieber	89047F	15
* Kombinationsimpfstoff; ** weitere Impfung nach Vertrag beim selben Arzt-/Patientenkontakt: 7 Euro		
Malaria-Prophylaxe (Beratung)	89049F	7
Rotavirus	89048F	7

Der jeweilige Impfstoff für Impfungen der Vereinbarung mit der Knappschaft ist mit Muster 16 auf den Namen des Patienten zu beziehen. Das Markierungsfeld 8 ist zu kennzeichnen. Ein Bezug zu Lasten des Sprechstundenbedarfs (SSB) ist ausgeschlossen.

Die Vereinbarung ist auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern einzusehen. Für weitere Fragen steht aus der Vertragsabteilung **Heike Kuhn, Tel.:** 03 85.7431 215 gern zur Verfügung. *hk*

Impressum Journal der Kassenärztlichen Vereinigung M-V | 21. Jahrgang | Heft 235 | April 2012

Herausgeber Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern | Neumühler Str. 22 | 19057 Schwerin | Postfach 160145 | 19091 Schwerin | www.kvmv.de | **Redaktion** Abt. Öffentlichkeitsarbeit | Eveline Schott | Tel.: 03 85.74 31 213 | Fax: 03 85.74 31 386 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.

Überweisungssteuerung

Aufgrund häufiger Anfragen und diverser Hinweise wird der Beitrag zur Überweisungssteuerung aus Heft 12/2011, Seite 10, erneut abgedruckt.

Mit Wirkung ab dem 1. November 2011 hat die KVMV mit der AOK Nordost eine Vereinbarung zur Überweisungssteuerung geschlossen, welche die Steuerung von Patienten in Situationen dringender Behandlungsbedürftigkeit beinhaltet.

Mit dieser Vereinbarung sind die Zielsetzungen der Vermeidung von prästationären Behandlungen und stationären Einweisungen sowie die Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten verbunden. Um die Wartezeit der Patienten nach medizinischer Notwendigkeit zu verringern, erfolgt die Umsetzung der Vereinbarung durch die Kennzeichnung des Überweisungsscheines im Feld „Auftrag“ wie folgt:

- ▶ **Kategorie A** (dringende Terminvergabe zur Diagnostik und/oder Behandlung innerhalb eines Werktages) in Form der Kennziffer **95001A**,
- ▶ **Kategorie B** (Diagnostik und/oder Behandlung innerhalb einer Woche) in Form der Kennziffer **95001B**.

Voraussetzungen zur Behandlung von Patienten mit den Überweiskategorien A bzw. B sind eine ausführliche Anamnese, die klinische Untersuchung sowie der Ausschluss wichtiger Differentialdiagnosen durch den Überweiser. Zudem sind die Ergebnisse der erhobenen Befunde sowie ggf. Informationen zu begonnenen Therapien zusammenzufassen und dem übernehmenden Arzt zu übermitteln. Der übernehmende Arzt ist seinerseits verpflichtet, die Ergebnisse der Befundung an den überweisenden Arzt zurück zu übermitteln.

Die Umsetzung des Überweisungsverfahrens ist grundsätzlich freiwillig und durch zugelassene und angestellte Haus- sowie Fachärzte möglich. Einer gesonderten Genehmigung bedarf es nicht. Im Rahmen der Vereinbarung erhalten sowohl der überweisende Arzt als auch der übernehmende Arzt eine Vergütung anhand der nachfolgend aufgeführten GOP.

Kategorie A			Kategorie B		
GOP	Leistungsinhalt/ Vergütungsvoraussetzungen	Ver- gütung	GOP	Leistungsinhalt/ Vergütungsvoraussetzungen	Ver- gütung
95001A	Überweisender Arzt ▶ Diagnostik und/oder Behandlung und/oder ▶ Abklärung der Notwendigkeit stationärer Einweisungen mit der Zielstellung, dass spätestens am nächsten Werktag die Überweisungsleistung erbracht wird (inkl. Anamnese, Diagnose, Befundbericht und Fragestellung)	8 Euro	95001B	Überweisender Arzt ▶ Diagnostik und/oder Behandlung und/oder ▶ Abklärung der Notwendigkeit stationärer Einweisungen mit der Zielstellung, dass innerhalb einer Woche (7 Tage) die Überweisungsleistung erbracht wird (inkl. Anamnese, Diagnose, Befundbericht und Fragestellung)	5 Euro
95002A	Übernehmender Arzt Terminvergabe, Diagnostik und/oder Behandlung und Befunddokumentation spätestens am nächsten Werktag	10 Euro	95002B	Übernehmender Arzt Terminvergabe, Diagnostik und/oder Behandlung und Befunddokumentation innerhalb von einer Woche (7 Tage)	6 Euro

Die Kennzeichnung der Überweiskategorien A und B ist **grundsätzlich nur in Fällen einer akuten Erkrankung** bzw. nach **dringender medizinischer Notwendigkeit zur Sofortbehandlung innerhalb eines Werktages oder einer Woche** gerechtfertigt. Die KVMV weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass die Überweisung von Akutfällen, z.B. wegen Frakturverdacht zur Röntgendiagnostik, nicht der Kennzeichnung einer Überweiskategorie bedarf.

In einer fortlaufenden Evaluation wird die Inanspruchnahme des Konzeptes zur Überweisungssteuerung, insbesondere in Bezug auf die Indikationen zur Vergabe der Überweiskategorien (z.B. Bandscheibendiagnostik, Rheumadiagnostik, Crohn-Erkrankungen), überprüft und bewertet.

Für weitere Fragen steht in der Vertragsabteilung **André Aeustergerling**, **Tel.:** 0385.7431 211, zur Verfügung. *aeu*

Neue Leistungen der Techniker Krankenkasse (TK)

Die TK ermöglicht ihren Versicherten die osteopathische Behandlung als freie Satzungsleistung.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme von osteopathischer Therapie ist das Bestehen einer medizinischen Indikation. Die ärztliche Untersuchung und Beratung hierzu stellen keine vertragsärztlichen Leistungen dar. Wird festgestellt, dass eine osteopathische Behandlung eine medizinisch geeignete Behandlungsform darstellt, erhält der Patient eine Bescheinigung. Auch diese ist vom Patienten privat zu zahlen. Zur Erstattung der Kosten für Untersuchung, Beratung und Bescheinigung muss sich der Patient an die TK wenden.

Die Kosten könnten dem Patienten wie folgt in Rechnung gestellt werden (Vorschlag zur Privatabrechnung – siehe Kasten). Seit dem 1. Januar 2012 übernimmt die Techniker Krankenkasse Kosten für nicht verschreibungspflichtige, aber apothekenpflichtige Arzneimittel der Anthroposophie, Homöopathie und der Phytotherapie. Der Arzt stellt hierzu ein Privatrezept oder grünes Rezept aus. Die Arzneimittel werden vom Patienten zunächst in der Apotheke bezahlt. Ob dem Patienten die Kosten erstattet werden, muss der Versicherte selbst an Hand der Verordnung und Apothekenrechnung bei der TK klären. Ansprechpartner der KVMV: Jeannette Wegner, Tel.: 03 85.7431 394.

Name des Patienten:

Innerhalb der Untersuchung zur Indikation einer osteopathischen Behandlung sind folgende Leistungen privat zu zahlen:

	GOÄ-Nr.	Steigerungssatz	Kosten
Beratung
Untersuchung
Bescheinigung
		Gesamt:

.....
Datum

.....
Unterschrift Patient/in

Rufnummer 116 117 kommt im April

Der Start der deutschlandweiten Rufnummer für den ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung war ursprünglich zum 1. März 2012 geplant.

Tests hatten ergeben, dass die Technik noch nicht reibungslos funktionierte und deswegen Nachbesserungen erforderlich wurden.

Somit wird der ärztliche Bereitschaftsdienst erst nach Ostern unter dem gemeinsamen Dach einer einheitlichen Rufnummer zu erreichen sein. Dabei ist gleichzeitig geplant, die alt bekannten Rufnummern des Bereitschaftsdienstes – und das nicht nur in Mecklenburg-Vorpommern (01805...) – vorerst nebenher bestehen zu lassen, bis das System für die neue Nummer stabil ist und zuverlässig funktioniert. An den Strukturen und den Abläufen im ärztlichen Bereitschaftssystem ändert sich nichts.

Dem KV-Journal wurden bereits ein Plakat sowie ein Flyer beigelegt.

Mit neuem Start-Datum versehene Flyer, Infokarten und Aufkleber für Versicherte können über die Formularausgabe der KVMV, Bärbel Ueckermann, Tel.: 03 85.7431 351, E-Mail: iv@kvmv.de, bestellt werden. Fragen zur Bereitschaftsnummer beantwortet jederzeit Jenny Dorsch aus der Abteilung Sicherstellung unter Tel.: 03 85.7431 152.



KBV Messe – Versorgungsinnovationen 2012

Autoren*

Bei der diesjährigen KBV Messe, die unter dem Motto „Versorgung vor Ort“ stand, fanden sich insgesamt 650 Teilnehmer in Berlin ein, um die 34 Projekte ärztlicher Vernetzungen an den Ausstellerständen kennen zu lernen und um Kontakte zu knüpfen. Auch die KVMV war mit einem Stand vertreten und konnte ihre führende Rolle bei der Entwicklung und Begleitung von Bausteinen zur Sicherstellung und Verbesserung der Versorgung, der Ideenentwicklung und -gestaltung präsentieren.

Die kleine KV im Nordosten macht durchaus von sich Reden. Hier werden eigene Ideen, aber auch Anregungen aus anderen Ländern oder Vorgaben des Bundes schnell und unbürokratisch umgesetzt, kreative Lösungsansätze und Projektideen verhandelt und in die Praxis gebracht. Dies konnten die auf der Messe vertretenen Mitarbeiter der KVMV – Dr. Reinhard Wosniak, Dr. Dagmar Greiner wie auch Grit Liborius gegenüber Besuchern des KVMV-Standes glaubhaft vertreten.

Dass die Spezifik des dünnbesiedelten Flächenlandes Mecklenburg-Vorpommern für absehbare Zeit als eine gegebene Tatsache für versorgungsplanerische Konzepte angesehen werden muss, sollte nicht ausschließlich zum Klagen anhalten. Aus der Not heraus entstanden Lösungsansätze, die weiter verfolgt werden sollten. Dies gilt für indikationsspezifische, vor allem geriatrisch orientierte, innovative und sektorenübergreifende medizinische Leistungsangebote. Solche Bausteine können nur vor Ort und aus der Analyse der bestehenden Verhältnisse und Notwendigkeiten heraus entwickelt werden. Die Messedemonstration der KVMV gab einen Überblick über Konzeptbausteine und erste Ergebnisse. Schwerpunkte waren unter anderem die Fördermaßnahmen für die Allgemeinmedizin und die Schaffung attraktiver Rahmenbedingungen für niederlassungswillige Mediziner, aber auch erste Ergebnisse bei der ambulanten geriatrischen Komplexbehandlung, beim sehr dynamisch wachsenden Einsatz von VERAHs – Praxisassistentinnen –, dem Erfolgsmodell der Pflegeheimbetreuung durch ambulante Ärzteteams oder bei den nahezu flächendeckenden Verträgen zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) unter Beteiligung der KV.

Was wird für die Versorgung vor Ort gebraucht? Das war eine der Kernfragen, auf die Experten aus der Gesundheitsbranche in den drei Tagen Antworten suchten. Genauso lautete auch der Titel der Veranstaltung, in der sich unter anderem Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, Prof. Dr. Ursula Lehr von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Senioren-Organisationen

(BAGSO) sowie Brandenburgs Staatssekretär Dr. Daniel Rühmkorf am 27. Februar 2012 positionierten. In einer angeregten Diskussion waren sich alle darüber einig, dass die Versorgung der älteren Patienten ausgebaut und verbessert werden müsse. Allerdings dürfe sie dabei nicht so eingleisig werden, dass andere Fachrichtungen vernachlässigt würden.

Präventionsmaßnahmen stellen einen weiteren wichtigen Aspekt in der Versorgung eines alternden Landes dar.

Daniel Bahr (FDP), Bundesminister für Gesundheit, und Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, tauschten sich zur Eröffnung der Versorgungsmesse am 28. Februar



Foto: KVMV

Gut aufbereitete Informationen am Stand der KVMV präsentiert Grit Liborius.

2012 über die Zukunft der ärztlichen Vernetzung aus. Dabei streiften beide Diskussionspartner zahlreiche Aspekte der aktuellen gesundheitspolitischen Situation, von den Themen Delegation und Substitution bis hin zum Vertragswettbewerb. Bahr machte deutlich, dass der Kollektivvertrag den Wettbewerb durch Selektivverträge brauche, um sich weiterzuentwickeln. Köhler unterstrich den Lerneffekt, den die integrierte Versorgung für den Kollektivvertrag habe, sowie den Anspruch der KVen, an Selektivverträgen mitzuwirken.

Im Anschluss an die Eröffnung schaute Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr persönlich bei den Ausstellern der KBV Messe im Berliner dbb Forum vorbei.

An den drei Veranstaltungstagen fanden verschiedene Fachforen, unter anderem zu den Themen „Versorgung vor Ort“ und „Neustart für Netze“, sowie mehrere Podiumsdiskussionen, beispielsweise zu „Arzneimittelsteuerung durch das AMNOG“ oder „Neuausrichtung der Bedarfsplanung für eine gute Zukunft der ambulanten ärztlichen Versorgung“, statt.

* Dr. Reinhard Wosniak (KVMV), Dr. Dagmar Greiner (KVMV), Grit Liborius (KVMV)

Arznei- und Heilmittel 2012 – erneut Befreiungsmöglichkeiten von Arzneimittelregressen vereinbart

Von Dan Oliver Höftmann*

Vor wenigen Tagen haben sowohl Krankenkassen als auch KV die Vereinbarungen zu Arznei- und Heilmitteln und den jeweiligen Richtgrößen unterzeichnet.

Auch für 2012 ist es gelungen, die Ausgabengrenzen zu erhöhen. So konnte bei den Arzneimitteln eine Anhebung um 2,8 Prozent auf 789,94 Millionen Euro erreicht werden. Bei den Heilmitteln gelang eine Steigerung von 2,99 Prozent auf 73 Millionen Euro. Diese sind die Grundlage

für die Berechnung der Richtgrößen (siehe Tabelle), deren Einhaltung der wirksamste Schutz vor Regressen ist. Für das Jahr 2012 konnte erneut eine Befreiungsmöglichkeit von der Richtgrößenprüfung vereinbart werden. Diese greift dann, 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,

Arzneimittel- und Heilmittel-Richtgrößen 2012

Vergleichsgruppen	Arzneimittel-Richtgröße 2012 (in Euro)		Heilmittel-Richtgrößen 2012 (in Euro)	
	Mann/Frau	Rentner	Mann/Frau	Rentner
Allgemeinmediziner/Stadt	36,94	127,15	5,21	13,21
Allgemeinmediziner/Land	43,08	152,65	7,46	14,64
Augenärzte	8,53	16,74	0,00	0,04
Anästhesisten	43,80	123,36	4,64	8,41
Chirurgen	16,86	33,38	12,82	22,02
MKG	12,06	12,13	3,43	11,54
Gynäkologen	19,37	70,99	0,36	6,84
HNO	15,72	7,12	5,05	2,80
Hautärzte	43,49	33,10	0,45	1,85
Fachärztliche Internisten	189,96	265,41	1,13	3,25
Lungenärzte	79,99	139,30	0,00	0,70
Hausärztliche Internisten	91,30	190,24	4,26	10,22
Kinderärzte	38,23	48,82	8,39	20,95
Nervenärzte	179,67	248,04	7,95	20,86
Orthopäden	7,59	22,79	19,65	19,78
Urologen	30,83	78,15	0,08	0,28
Neurochirurgen	16,45	35,90	44,55	51,17
Radiologen	15,84	15,96	0,31	1,69
Physikal. Rehabilitation			15,86	18,35
Sonstige	4,38	6,97	1,03	3,63
Notfallambulanzen	10,69	13,85	0,12	0,50
Einrichtungen	676,11	500,49	4,85	8,69

▼ 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. Alternativ ist die Verordnung von Grippeimpfstoff mit dem Text „Grippeimpfstoff der Saison 2012/2013“ vorzunehmen. Ebenso soll der Anteil der adjuvantierten Grippeimpfstoffe nicht mehr als 15 Prozent aller verordneten Grippeimpfstoffe überschreiten. Nicht genutzte Impfdosen sind gegen Aushändigung einer Quittung in der Apotheke zurückzugeben. Hierzu informierte die KVMV bereits mit Rundschreiben Nummer 3/2012.

Neu in 2012 ist, dass wer erstmalig in einer Richtgrößenprüfung einer Regressforderung der Kassen ausgesetzt ist, keinen Regress befürchten muss. Das neue Verfahren sieht dann eine individuelle Beratung vor. Damit die Beratung auch zielführend ist und ein gegebenenfalls notwendiges Umsteuern im Ordnungsverhalten auch erreicht werden kann, sind Regresse erst für Ordnungszeiträume nach der Beratung möglich.

Ebenso ist es der KV erneut gelungen, die fast 17 Zielquoten, die von der Bundesebene für das Ordnen von Arzneimitteln vorgegeben sind, auf maximal drei je Fachgruppe zu reduzieren. Diese drei Zielquoten sind kein Aufgreifkriterium für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung. Wenn aber ein Arzt in eine Richtgrößenprüfung gerät, kann die Einhaltung dieser Zielquoten positiv – die Nicht-

einhaltung dagegen leider auch negativ – gewertet werden. Wie bereits im vergangenen Jahr wird jeder regelmäßig über seine individuelle Zielerreichung informiert. Um bei der Zielerreichung zu unterstützen, werden die Ziele ab dem 1. Juli 2012 auch in der Praxisverwaltungssoftware hinterlegt.

Im Bereich der Heilmittel konnte wieder erreicht werden, dass die Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalls, die einer Genehmigungspflicht unterliegen, nicht Bestandteil der Richtgrößenprüfung sind. Neu ist, dass Langfristgenehmigungen der Krankenkassen auf Antrag der Versicherten generell von der Wirtschaftlichkeitsprüfung ausgenommen sind. Auch neu im Bereich der Heilmittel ist – wie bei den Arzneimitteln, dass wer erstmalig in einer Richtgrößenprüfung einer Regressforderung der Kassen ausgesetzt ist, keinen Regress befürchten muss. Das neue Verfahren sieht auch hier eine individuelle Beratung vor. Damit die Beratung zielführend ist und ein gegebenenfalls notwendiges Umsteuern im Ordnungsverhalten auch erreicht werden kann, sind Regresse erst für Ordnungszeiträume nach der Beratung möglich.

Über die Einzelheiten der Vereinbarungen, die Richtgrößen als auch die Zielquoten wird mit Rundschreiben Nr. 5/2012 konkret informiert.

* Dan Oliver Höftmann ist stellvertretender Verwaltungsdirektor der KVMV.

Anlage 2 – Arzneimittelvereinbarung 2012

Fachgruppe	Arzneimittelgruppe	Ziel	Ziel-Quote
Allgemeinmediziner, Praktiker, Internisten, Endokrinologen	Antidiabetika exklusive Insulin	Sulfonylharnstoffe u. Metformin	84,4 %
	Reninangiotensinhemmende Stoffe inkl. Kombinationen	Enalapril, Ramipril, Captopril, Lisinopril inkl. HCT-Kombination	70,9 %
	orale Opiode	Morphin	16,0 %
Anästhesisten/ Schmerztherapeuten	orale Opiode	Morphin	23,9 %
	NSAR	Höchstquote Coxibe	43,7 %
	Carbamazepin, Pregabalin, Gabapentin	Höchstquote Pregabalin	41,0 %
Chirurgen	orale Opiode	Morphin	8,5 %
	NSAR	Höchstquote Coxibe	10,2 %
	Gesamtverordnungen	Generikaquote	63,0 %
Gynäkologen	Bisphosphonate, onkologisch	Generikafähige Wirkstoffe (Pamidron-Säure, Ibandronsäure, Clodronsäure)	82,0 %
	Antikonzeptiva	Generikaquote	56,0 %
	koloniestimulierende Faktoren	Biosimilarquote	18,0 %

Fachgruppe	Arzneimittelgruppe	Ziel	Ziel-Quote
Nervenärzte/ Psychiater/ Neurologen	orale Opioide	Morphin	14,5 %
	Antidepressiva	generikafähige Wirkstoffe	86,5 %
	Antipsychotika	generikafähige Wirkstoffe	77,0 %
Neurochirurgen	orale Opioide	Morphin	28,0 %
	Antidepressiva	generikafähige Wirkstoffe	88,0 %
	NSAR	Höchstquote Coxibe	17,2 %
Orthopäden	orale Opiate	Morphin	15,3 %
	NSAR	Höchstquote Coxibe	10,0 %
	Bisphosphonate inkl. Kombinationen, Osteoporose	generikafähige Wirkstoffe (Alendron- säure, Risidronsäure, Etidronsäure)	71,7 %
Urologen	GnRH - Analoga	Leuprorelin-Generika	5,0 %
	Alphablocker inkl. Kombinationen	Tamsulosin, Alfuzosin	98,0 %
	Alphareduktasehemmer inkl. Kombinationen	Finasterid	81,5 %
Nephrologen	Reninangiotensinhemmende Stoffe inkl. Kombinationen	Enalapril, Ramipril, Captopril, Lisinopril inkl. HTC-Komb.	62,0 %
	Statine und ezetimibhaltige Arzneimittel	Höchstquote ezetimibhaltige Arzneimittel	10,0 %
	Epoetine	Biosimilarquote	31,7 %
Kardiologen	Reninangiotensinhemmende Stoffe inkl. Kombinationen	Enalapril, Ramipril, Captopril, Lisinopril inkl. HTC -Komb.	50,4 %
	Statine und ezetimibhaltige Arzneimittel	Höchstquote ezetimibhaltige Arzneimittel	13,0 %
	Kalziumantagonisten	Amlodipin, Nitrendipin	70,0 %
Onkologen	orale Opioide	Morphin	26,0 %
	Epoetine	Biosimilarquote	52,0 %
	koloniestimulierende Faktoren	Biosimilarquote	32,4 %
Rheumatologen	orale Opioide	Morphin	10,5 %
	NSAR	Höchstquote Coxibe	60,5 %
	Bisphosphonate inkl. Kombinationen, Osteoporose	generikafähige Wirkstoffe (Alendron- säure, Risedronsäure, Etidronsäure)	73,1 %
Gastroenterologen	Gesamtverordnungen	Generikaquote	72,0 %
	PPI	Anteil Fälle mit PPI-Verordnungen an Gesamtfallzahl	9,0 %
Angiologen	Clopidogrel inkl. Kombinationen	Clopidogrelgenerika (Monopräparate)	80,9 %
Kinderärzte	Gesamtverordnungen	Generikaquote	60,7 %
	orale Antibiotika	Anteil Fälle mit Antibiotika – Verordnungen an Gesamtfallzahl	11,0 %
HNO Ärzte	orale Antibiotika	Anteil Fälle mit Antibiotika – Verordnungen an Gesamtfallzahl	7,4 %
	Gesamtverordnungen	Generikaquote	68,4 %
Pulmologen	Gesamtverordnungen	Generikaquote	52,9 %
	inhalative Antiasthmatica	inhalative Steroide, nur Mono- präparate	28,7 %

Warum ... Warum ... Warum

Liebe Kolleginnen und Kollegen,
ich kann und will es nicht hinnehmen, dass ich meinen Patienten das Pentalong nicht mehr per Kassenrezept verordnen darf. Pentalong hat in mehr als 40 Jahren seinen Nutznachweis erbracht. Im Gegensatz dazu sind die Ergebnisse von Zulassungsstudien, auf deren Grundlage das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eine Zulassung erteilt, keine Garantie für die Unbedenklichkeit und Wirksamkeit. (Lesenswert dazu ist der Artikel von Prof. Glaeske im Deutschen Ärzteblatt, Ausgabe Nr. 7, S. 115.) Die Rote-Hand-Briefe zeigen es.

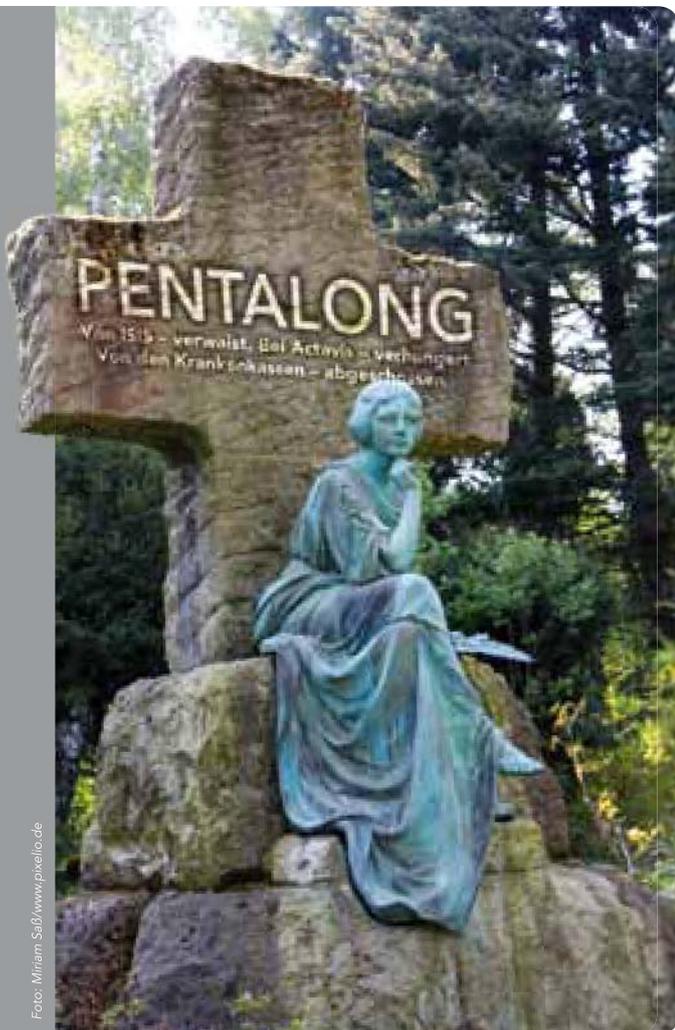


Foto: Miriam Saß/www.pixelio.de

Die Krankenkassen erstatten die Kosten für Pentalong nicht mehr und berufen sich dabei auf das Bundessozialgericht-Urteil vom 27. September 2005, B1 KR6/04 R. In diesem Urteil wird die Erstattung des privatärztlich verordneten Wobe-Mugos E abgelehnt. Jener Klageweg ist unendlich lang und das

Juristendeutsch erschließt sich mir nicht ganz. Letztendlich muss der Kläger die 1745,57 Euro selbst bezahlen.

Die Annahme, dass es sich bei Pentalong um so etwas Ähnliches handelt wie Wobe-Mugos E, will ich jedem Sachbearbeiter oder Juristen verzeihen. Sie können es nicht besser wissen.

Die Tatsache, dass dieses Urteil von den Krankenkassen zum „Abschießen“ von Pentalong missbraucht wird, stimmt mich nachdenklich. Pentalong zählt im Osten Deutschlands zu den zehn am häufigsten verordneten Medikamenten. Das sei laut Beratungsapothekerin der AOK Nordost auf das „gute Marketing“ der Pharmaindustrie zurückzuführen.

... Warum reagiert die GKV vor der gerichtlichen Entscheidung?

... Darf ich klagen, weil somit in mein Verordnungsverhalten massiv eingegriffen wird?

... Oder bin ich ein entmündigter KASSENARZT und habe zu gehorchen?

... Wer vertritt uns gegen die vorweggenommene Entscheidung der Krankenkassen?

... Vielleicht der G-BA? Das wäre eine mühsame, aber lohnenswerte Aufgabe für einen G(ut)-B(öse)-Ausschuss! Für die symptomatische Therapie der KHK ist Pentalong ein bewährtes Mittel, für das es sich lohnt zu kämpfen.

In unseren Praxen sammeln wir jetzt Patientenunterschriften für Pentalong. Das hat drei gute Effekte:

1. Bauen wir damit den Frust der Patienten ab und sie „schießen“ nicht auf uns.
2. Bremsen wir damit die Euphorie der Konkurrenten.
3. Senden wir diese Unterschriften mit Identifikationsvermerk an das BfArM, dessen Urteil zu Pentalong noch austeht.

Also wagen wir die öffentliche Diskussion darüber, dass wir rezeptieren dürfen, was gut ist.

Mit viel Hoffnung und Mut – wünschen wir dem Pentalong den Weg des Grünen Ampelmännchens.

Im Namen des QZ 53

Dr. Helga Schütt – Fachärztin für Allgemeinmedizin in Rostock

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

Die Zulassung hat erhalten

Dipl.-Psych. *Katalin Zutz*,
Psychologische Psychotherapeutin für Neubukow, ab 1. Juli 2012.

Die Zulassung wird unwirksam

Renate Elsen,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin für Bad Döberan, ab 1. Januar 2012.

GREIFSWALD/OSTVORPOMMERN

Ermächtigung

Dr. med. *Sylke Otto*,
Institut für Diagnostische Radiologie und Neuroradiologie am Universitätsklinikum Greifswald, wird auf Überweisung von Fachärzten von Allgemeinmedizin erweitert, ab 9. Februar 2012.

GÜSTROW

Ende der Zulassung

Jutta Tschiesche,
FÄ für Innere Medizin in Gnoien, endete mit Wirkung ab 1. März 2012.

LUDWIGSLUST

Ermächtigungen

Dr. med. *Sylvia Mahncke*,
Westmecklenburg Klinikum „H.v.B.“ Krankenhaus Hagenow GmbH, für radiologische Untersuchungen des Thorax bei Kindern und Jugendlichen nach den EBM-Nummern 34240 und 34241 auf Überweisung von Vertragsärzten, bis zum 31. März 2014;

Dipl.-Med. *Frank Mandelkow*,
Kinderabteilung des Krankenhauses Hagenow, für Ultraschalluntersuchungen nach den EBM-Nummern 01722, 33024, 33043, 33051, 33052, 33092 zuzüglich der Grundleistungen nach den EBM-Nummern 01436, 01600, 40120, 40144 auf Überweisung von Vertragsärzten, bis zum 30. Juni 2014.

NEUBRANDENBURG/MECKLENBURG-STRELITZ

Ende der Zulassung

Björn Schwarzenberger,
FA für Innere Medizin/Nephrologie in Neubrandenburg, endete mit Wirkung ab 1. April 2012.

Genehmigung einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft

Dr. med. *Ines Achtelstetter* und Dipl.-Med. *Cornelia Wolnik*,
FÄ für Allgemeinmedizin/hausärztliche Internistin für Burg Stargard, ab 1. April 2012.

Widerruf der Genehmigung einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft

Dr. med. *Ines Achtelstetter* und Dr. med. *Hans-Jürgen Achtelstetter*, FÄ für Allgemeinmedizin/FA für Urologie, ab 1. April 2012.

PARCHIM

Ende der Zulassung

MR Dr. med. *Dietmar Tüngler*,
FA für Allgemeinmedizin in Stralendorf, endete mit Wirkung ab 1. April 2012.

Ermächtigung

Dr. med. *Thomas Hirsch*,
MediClin Krankenhaus Plau am See, zur Betreuung von Patienten mit Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises auf Überweisung von niedergelassenen Vertragsärzten. Ausgeschlossen von der Ermächtigung sind Leistungen, die die Klinik gemäß § 115 a und b, § 116 b SGB V erbringt, bis zum 31. März 2013.

ROSTOCK

Die Zulassung wird unwirksam

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

Widerruf der Genehmigung einer Angestelltenstelle

Gemeinnütziges MVZ am Universitätsklinikum Rostock GmbH, zur Anstellung von Dr. med. *Jens Schroeder* als hausärztlicher Internist im MVZ, ab 1. Januar 2012.

Ermächtigung

Dr. med. *Peter Schwanitz*,
Abt. Gefäßchirurgie am Südstadt-Klinikum Rostock, für konsiliarärztliche Leistungen auf Überweisung von Vertragsärzten. Ausgenommen sind Leistungen, die das Südstadt-Klinikum Rostock gemäß §§ 115 a und b, 116 b SGB V erbringt, bis zum 31. März 2014.

RÜGEN

Die Zulassung hat erhalten

Dr. med. *Erik Goldstein*,
FA für Allgemeinmedizin für Sassnitz, ab 9. Februar 2012.

SCHWERIN/WISMAR/NORDWESTMECKLENBURG

Die Zulassung hat erhalten

Dipl.-Soz.arb./Soz.päd. *Peggy Heß*,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin für Schwerin, ab 1. März 2012.

Genehmigung einer Angestelltenstelle

MVZ Schwerin West GmbH, zur Anstellung von *Elzbieta Skibniewska* als FÄ für Allgemeinmedizin im MVZ, ab 9. Februar 2012.

Ermächtigungen

Dr. med. *Berit Quaß*,
Institut für Transfusionsmedizin Schwerin des DRK-Blutspendedienstes M-V gGmbH, für blutgruppenserologische Untersuchungen (Kreuzproben, Antikörper-Screening und -differenzierung, Coombs Test, D-Nachweis), für Blutentnahmen durch Venenpunktionen ausschließlich





und in unmittelbarem Zusammenhang mit der Bereitstellung von Blutkonserven auf Überweisung von Vertragsärzten, ermächtigten Ärzten und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen und der nephrologischen Fachambulanz Schwerin sowie für blutgruppenserologische Untersuchungen auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Laboratoriumsmedizin und Mikrobiologie bzw. ermächtigten Fachwissenschaftlern der Medizin im Rahmen eines Konsils, bis zum 31. März 2014;

Institut für Radiologie und Neuroradiologie der HELIOS-Kliniken Schwerin, wird für folgende Leistungen ermächtigt:

- taggleiche Durchführung von röntgendiagnostischen Leistungen (ausgenommen Angiographien, CT sowie MRT) auf Überweisung von ermächtigten Ärzten, ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen und der nephrologischen Fachambulanz der HELIOS Kliniken Schwerin
- Durchführung von Serienangiographien nach den EBM-Nummern 34283 bis 34287 auf Überweisung von Vertragsärzten, ermächtigten Ärzten und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen
- Durchführung von Phlebographien nach den EBM-Nummern 34294 bis 34296 auf Überweisung von Vertragsärzten, ermächtigten Ärzten und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen,

bis zum 31. März 2014;

Alexandra Stein,
Augenlinik der HELIOS Kliniken Schwerin,
zur Behandlung von Patienten mit Liderkrankungen inkl. der Probleme der Tränensekretion auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Augenheilkunde, bis zum 31. März 2014;

Dr. med. *Bernd Schenk,*
Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin/Endokrinologische Ambulanz der HELIOS Kliniken Schwerin,
für die Diagnostik und Therapie des labilen insulinpflichtigen Diabetes mellitus und spezieller endokrinologischer Erkrankungen nach den EBM-Nummern 01321, 01430, 01600 bis 01602, 01620, 01621, 04580, 40120, 40122, 40144 einschließlich der allgemeinen Laboruntersuchungen auf Überweisung von hausärztlich tätigen Vertragsärzten, bis zum 30. Juni 2014.

INFORMATIONEN

Die Praxissitzverlegung innerhalb des Ortes geben bekannt:
Dipl.-Päd. (Reha.) *Susanne Töth,* Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, **neue Adresse ab dem 1. Juni 2012:** Dahlmannstr. 2, 23966 Wismar;

Dipl.-Psych. *Elisabeth Fehmers,* Psychologische Psychotherapeutin, **neue Adresse ab 15. März 2012:** Beethovenstr. 2, 18209 Bad Doberan;

Antje Hennemann-Muskulus, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin, **neue Adresse ab 1. Februar 2012:** Am Berge 10, 18273 Güstrow;

Dr. med. *Katrin Gundelach,* hausärztliche Internistin, **neue Adresse ab dem 1. April 2012:** Am Markt 2, 17219 Möllenhagen.

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. April 2012	17/07/11
Innere Medizin (<i>hausärztlich</i>)	nächstmöglich	15. April 2012	19/05/11/1
Rostock			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1. Juli 2012	15. April 2012	01/03/12
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (<i>halber Vertragsarztsitz</i>)	1. Juli 2012	15. April 2012	08/03/12
Greifswald			
Allgemeinmedizin	nächstmöglich	15. April 2012	06/05/11/1
Allgemeinmedizin	1. Juli 2012	15. April 2012	11/03/12
Stralsund/Nordvorpommern			
Augenheilkunde	1. April 2013	15. April 2012	14/10/11
Parchim			
Kinder- und Jugendmedizin	1. Januar 2013	15. April 2012	21/03/12
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Juli 2012 (<i>nach Absprache auch früher</i>)	15. April 2012	13/04/11
Güstrow			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	1. Juli 2012	15. April 2012	07/03/12/1
Bad Doberan			
Psychotherapeutische Medizin	1. Januar 2013	15. April 2012	12/03/12

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.

Verordnung von Blutzuckerteststreifen in stationären Pflegeeinrichtungen



Die AOK Nordost hat ihre Auffassung zur Verordnungsfähigkeit von Blutzuckerteststreifen in stationären Pflegeeinrichtungen korrigiert. (Das informierende Schreiben dazu ging am 22. März 2012 der KVMV zu.)

Ab dem 1. März 2012 sind Blutzuckerteststreifen auch für Versicherte in stationären Pflegeheimen, die die Blutzuckermessung nicht selbst durchführen können, zu Lasten der AOK Nordost verordnungsfähig.

Die Kasse ändert somit die bislang vertretene Auffassung, dass die Kosten der Blutzuckerteststreifen Bestandteil der Vergütungssätze der stationären Pflegeeinrichtungen sind und damit nicht verordnungsfähig. Insofern gilt nunmehr für alle Krankenkassen des Landes bei Verordnung von Blutzuckerteststreifen in stationären Pflegeeinrichtungen eine einheitliche Vorgehensweise. Die Blutzuckerteststreifen sind durch die Ärzte zu verordnen.

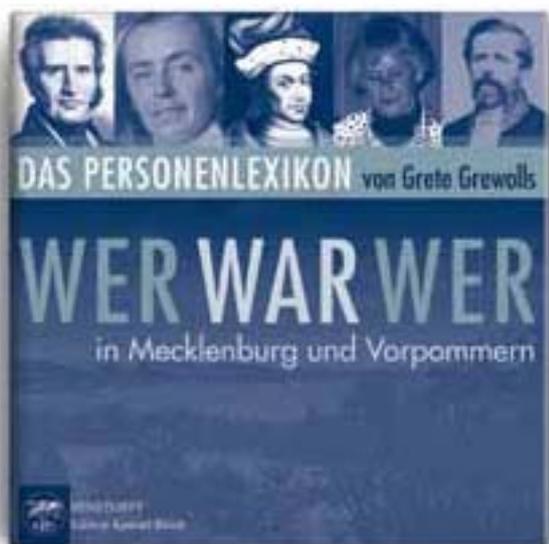
ACHTUNG: Dies gilt nur für die stationären Pflegeeinrichtungen, nicht für Verordnungen in der häuslichen Krankenpflege. Für Patienten, die in der häuslichen Krankenpflege Blutzuckerkontrollen erhalten, erfolgt keine Verordnung der Teststreifen auf Rezept.

Ansprechpartner bei der AOK Nordost: Birgit Müller – **Tel.:** 08 00.265080 41033.

Nicht nur Nachschlagewerke

Von Joachim Lehmann

Lebensgeschichten sind offensichtlich in besonderer Weise geeignet, das Interesse an und den Zugang zu historischen Ereignissen, Orten und Zeiten zu wecken oder anzuregen. Und da muss es nicht gleich die umfängliche Biografie sein. Den Einstieg ermöglichen Nachschlagewerke. Werke der beschriebenen Art sind eben nicht nur ein Mittel zur schnellen und kompakten Information. Sie regen an zu mehr. Und das ist gut so.



In mehrfacher Hinsicht kann das für unsere Leser hinsichtlich des Personenlexikons **„Wer war Wer in Mecklenburg-Vorpommern“** von Grete Grewolls gelten. Bereits 1995 gab es von ihr einen schon damals wichtigen Vorläufer mit gleichem Titel. In den seither vergangenen anderthalb Jahrzehnten hat die verdienstvolle Bibliothekarin intensiv weiter an dem Projekt gearbeitet. Heute liegen nun rund 9.200 Lebensläufe, Lebenswege und Schicksale vor. Sie präsentieren ein einzigartiges (biografisches) Panorama der Landesgeschichte. Eine derartige Informationsfülle lässt sich in vernünftiger Dimension und zu eben solchen Kosten kaum drucken. Deshalb erscheint das Lexikon ausschließlich in digitaler Form als DVD-Edition mit E-Book im PDF- und EPUB-Format (ISBN 978-3-356-01405-1, 79,99 Euro) im Rostocker Hinstorff Verlag mit allen Vorteilen der Volltextsuche. So kann man nicht nur einen Namen nachschlagen, sondern beispielsweise auch nach Beruf, Orten, Vereinen oder Ehrungen forschen. Sinnvolle Benutzungshinweise und Verzeichnisse sowie weiterführende Literatur runden das zweifelloste Standardwerk ab.

Da bietet der 6. Band des **„Biographischen Lexikons für Mecklenburg“** (ISBN 978-3.17590-3750-0, 29 Euro), veröffentlicht von der Historischen Kommission für Mecklenburg im Lübecker Verlag Schmidt-Römhild in Form und Inhalt überschaubar Gewohntes. Vom Strelitzschen Herzog Adolf Friedrich IV. bis zum Ornithologen Heinrich Zander reicht der Strauß der vorgestellten 67 Lebensläufe mit ihren Höhen und Tiefen. Auch in diesem neuen Band der Reihe ist das Spektrum der erwähnten Personen erfreulich breit. Zahlreiche Abbildungen, Verzeichnisse der Abkürzungen und Siglen sowie der Autoren sind eine nützliche Ergänzung, ebenso wie ein Gesamtregister für alle bisher erschienenen Bände.

Gleich drei, wenngleich sehr unterschiedliche biografische Titel veröffentlichte der Rostocker Verlag Redieck & Schade. Jan-Peter Schulze zeichnet mit **„Richard Siegmann – ... aber wir waren Deutsche“** (ISBN 978-3942673-08-2, 16,50 Euro) das Leben und Wirken des um Rostock – und darüber hinaus um Mecklenburg – verdienten jüdischen Unternehmers und seiner Familie nach. Die aufwändig recherchierte und quellengestützte Darstellung gibt, so die Verleger, einem Menschen, „der fast in Vergessenheit geraten ist, wieder ein Gesicht“.

Für Edwin Sternkiker bietet das Leben eines Fliegers, Flugzeugbauers und Unternehmers den Rahmen für seine fundierte regionalhistorische Studie **„Doppeldecker und Strahlbomber über Ribnitz – Die Walther-Bachmann-Flugzeugwerke 1934 bis 1945“** (ISBN 978-3-942673-35-8, 16,50 Euro). Detailreich und gut lesbar wird hier ein Bild geboten, dem Leser über die Boddenstadt hinaus zu wünschen sind.

Unter dem Titel **„Übergänge von Unheilbarkeit zur Rehabilitation – Aus dem Leben und der Arbeit eines Kinderarztes“** (ISBN 942673-05-1, 12 Euro) haben die Kinder des Rostocker Pädiaters Achim Blau dessen selbstverfasste Lebensbeschreibung veröffentlicht. Vielfältig angesprochene medizinische Aspekte werden ärztliches Interesse hervorrufen, wenngleich vorhersehbar ist, dass manche der getroffenen Aussagen zu Diskussionen führen.

Regional

HELIOS Kliniken Schwerin – 18. April 2012

Suchterkrankungen – Von der Ideologie zum pragmatischen Handeln

Hinweise: Ort: Haus 13, Festsaal, Ebene 3; Beginn: 18 Uhr; Referent: Dr. *Niels Pörksen* (ehem. Chefarzt der Psychiatrischen Klinik der Krankenanstalten Gilead, von Bodelschwingsche Anstalten Bethel, Bielefeld); Teilnahme wird mit 2 Fortbildungspunkten zertifiziert; Anmeldung ist nicht erforderlich.

Information: HELIOS Kliniken Schwerin, Carl-Friedrich-Flemming-Klinik, Klinik für Abhängigkeitserkrankungen, Chefarzt: Dr. med. *Markus Stuppe*, Wismarsche Str. 393 – 397, 19049 Schwerin, **Tel.:** 03 85.520-32 82, **Fax:** 03 85.5 20-70 91, **E-Mail:** markus.stuppe@helios-kliniken.de, Internet: www.helios-kliniken.de/schwerin.

Greifswald – 25. April 2012

Fortbildungsveranstaltung „Diagnostik und ambulante Therapie der tiefen Beinvenenthrombosen“

Hinweise: Ort: bbw – BerufsbildungsWerk Greifswald, Pappelallee 2, 17489 Greifswald; Beginn: 18 Uhr, Dauer: voraussichtlich 1 Stunde (Hinweis für Grypsnet-Mitglieder: Im Anschluss findet ein Netztreffen anlässlich des neugestalteten Außenauftritts statt); Teilnahmegebühren: keine; Fortbildungspunkte wurden beantragt.

Information/Anmeldung bis zum 22. April 2012: **Tel.:** 0 38 34.899 090, **Fax:** 0 38 34.899 091, **E-Mail:** info@grypsnet.de. Spontane Teilnehmer sind aber ebenso willkommen.

Gutshaus Stolpe – 9. Mai 2012

Medizinisches Symposium: Der Patient mit Luftnot (Teil 1)

Hinweise: Ort: Gutshaus Stolpe an der Peene bei Anklam; Beginn: 17 bis 20 Uhr.

Information/Anmeldung: Dr. med. *Mark Wiersbitzky*, Leipziger Allee 60, 17389 Anklam, **Tel.:** 0 39 71.29 36 62, **Fax:** 0 39 71.29 36 84.

Bad Doberan – 15. bis 16. Juni 2012

Erwerb von Zertifikaten für die Schulungsprogramme DMP – Diabetes und KHK (DMP abrechnungsfähig)

Hinweise: Ort: Praxis Dr. med. *Bert Basan*, Goethestr. 1 a; 15. bis 16. Juni 2012: Typ 2 Diabetes ohne Insulin; 12. bis 13. Oktober 2012: Typ 2 Diabetes mit Insulin; 30. November bis 1. Dezember 2012: Hypertonie; Be-

ginn: freitags 15 Uhr – Ärztin/Arzt und Arzthelferin.

Information/Anmeldung: Dr. rer. nat. *Karin Zirzow*, **Tel.:** 0173.5861267, **Fax:** 0621.7597861267, **E-Mail:** karin.zirzow@roche.com.

Schwerin KVMV – 20. Oktober 2012

QM Termin für das 2. Halbjahr 2012

20. Oktober 2012 – 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 Ärztekbank Rostock.

Information/Anmeldung: Kassenärztliche Vereinigung M-V, *Martina Lanwehr*, **Tel.:** 03 85.7431 375; Dr. *Sabine Meinhold*, **Tel.:** 03 97 71.5 91 20.

5. Golfturnier der KVMV am 9. Juni 2012

... im Golfpark Strelasund,
Zur Alten Hofstelle 1 – 4, 18516 Süderholz
voraussichtliche Startzeit: 10 Uhr

Weitere Informationen werden demnächst
im KV-Journal veröffentlicht.

Dan Oliver Höftmann, **Tel.:** 03 85.7431 203,
Fax: 03 85.7431 102,
E-Mail: dhoefftman@kvmv.de

Konzertgenuss für Klassikliebhaber

Kammermusikfestival „Constellations françaises“



Freunde des klassischen Konzertgenusses kommen beim Kammermusikfestival an der Hochschule für Musik und Theater Rostock vom **21. bis 26. Mai 2012** voll auf ihre Kosten.

Französische Musik steht im Mittelpunkt des Festivals. Unter dem Titel „Constellations françaises“ (Sternbilder) vereinen sich zehn

*Klarinettistin
Carolin Renner und ihre
Kommilitonen laden zum
Kammermusikfestival.*

hochkarätige Konzerte an sechs Tagen mit Studierenden und Lehrenden der Rostocker Hochschule sowie renommierten Gästen.

Wie der Titel erahnen lässt, geht es um Musik unterschiedlichster Besetzungen und verschiedener Epochen und Genres. Zur Eröffnung spielt das weltbekannte Klavierduo Hans-Peter und Volker Stenzl Ravels „Ma mère l'oye“.

Das Bläserquintett der Staatskapelle Berlin, das für seinen vitalen Musizierstil und die außergewöhnliche Programmgestaltung geschätzt wird, konzertiert am Donnerstag, dem 24. Mai. Werke von Debussy, Ravel und Poulenc erklingen bei der Abschlussgala am Pfingstsonntag. Dargeboten werden die Konzerte inklusive Nachtkonzerte täglich in den verschiedenen Sälen des stimmungsvollen St.-Katharinenstifts, in dem die Hochschule beheimatet ist.

Das komplette Programm bzw. Hinweise auf Eintrittskarten sind einzusehen unter: www.hmt-rostock.de. PR

50. GEBURTSTAG

- 12.4. Dr. med. *Christian Dettmann*, niedergelassener Arzt in Dorf Mecklenburg;
- 26.4. Dr. med. *Heiko von Oppeln-Bronikowski*, niedergelassener Arzt in Binz;
- 26.4. Dr. med. *Silke Olwig*, niedergelassene Ärztin in Ribnitz-Damgarten.

60. GEBURTSTAG

- 4.4. Dipl.-Med. *Ingrid Thiemann*, niedergelassene Ärztin in Bützow;
- 11.4. Dipl.-Med. *Dagmar Timm*, niedergelassene Ärztin in Bergen;
- 11.4. Dr. med. *Astrid Elgeti*, niedergelassene Ärztin in Loitz;
- 12.4. Priv.-Doz. Dr. phil. habil. *Helmut Herzer*, psychologischer Psychotherapeut in Stralsund;
- 28.4. Dr. med. *Christian Paul*, ermächtigter Arzt in Anklam.

65. GEBURTSTAG

- 3.4. Dipl.-Med. *Eberhard Meyer*, niedergelassener Arzt in Schwarz;
- 10.4. Dr. med. *Frank-Michael Kühn*, ermächtigter Arzt in Bergen;
- 19.4. Dr. med. *Joachim Bennien*, niedergelassener Arzt in Dierhagen.

70. GEBURTSTAG

- 6.4. Dr. med. *Klaus-Dieter Klein*, niedergelassener Arzt in Crivitz;
- 14.4. Dr. med. *Brigitte Allwardt*, niedergelassene Ärztin in Rostock.

75. GEBURTSTAG

- 10.4. Dr. med. *Christine Berndt*, niedergelassene Ärztin in Rostock;
- 11.4. Dr. med. *Dagobert Kornatzki*, niedergelassener Arzt in Rostock.

NAMENSÄNDERUNG

Silke Hellmuth-Budach, seit dem 1. Oktober 2002 niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin in Stavenhagen, führt nun den Namen *Budach*.

Wir gratulieren...

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

Schwester Lissi und die Männergesundheit

Männer werden nicht so alt wie die Frauen. Das habe ich in der Zeitung gelesen, zumindest stand da drin, dass das die Statistik so sagt.

Ist das nicht furchtbar, als Mann schon bei der Geburt zu wissen, dass die durchschnittliche Lebenserwartung von ihm nur 77,5 Jahre beträgt und dass er damit gut fünf Jahre weniger hat als die Frauen? Und daran sind sie auch noch selber schuld. Das liegt an ihrem Verhalten. Sie gehen nämlich beruflich wie privat viel größere



Risiken ein als die Frauen. Sie gehen auch nicht so gerne zum Arzt und wenn, dann sowieso zu spät. Die Vorsorge ist auch nicht so ihr Thema. Und dann bewegen sie sich zu wenig und essen zu viel, vom Zigaretten- und Alkoholgenuss ganz zu schweigen.

Nicht einmal unser Doktor – der es ja wissen müsste – macht gewünschte fünfmal Sport in der Woche.

Ein Mann muss ja nicht gleich so alt werden wie Johannes Heesters oder Methusalem. Wobei das mit Letzterem ja auch ein ganz schöner Schwindel ist, der da in der Bibel beschrieben steht. Von wegen er sei über 900 Jahre alt geworden. Die haben einfach einen Mondkalender genommen und gezählt. In Wirklichkeit wurde Methusalem „nur“ 78 Jahre alt. Aber immerhin liegt er damit über dem Durchschnittsalter der heutigen Männergeneration. Nun frage ich mich, welche größeren Risiken gehen die Männer heutzutage ein, privat wie beruflich? Mammute und Bären werden von ihnen nicht mehr gejagt. Pfeilen und Speeren muss er zu Pferd auch nicht mehr ausweichen. Immerhin könnte ihn heutzutage aber ein Golfball treffen, das ist wahr.

Allerdings stellt für einen Mann die Vorstellung, 160 oder mehr PS unterm Hintern zu haben und diese nie-

mals richtig ausfahren zu können, heute schon eine schwere seelische Belastung dar. Sie könnte zu inneren Spannungen führen. Jedenfalls beschleicht mich manchmal das Gefühl, wenn ich die Autobahn benutze und tiefergelegte Rechtsüberholer mit getönten Scheiben erlebe, dass die ihrem inneren Druck augenblicklich nachgeben müssen.

Na ja, die Männer sind aber auch wirklich Gesundheitsmuffel. Z.B. haben sie im Vergleich zu Frauen ein viel höheres Darmkrebs-Risiko, und daran erkranken sie auch noch früher, nämlich durchschnittlich bereits im Alter von 55 bis 59 Jahren, Frauen hingegen erst mit 65 bis 69 Jahren. Für den in den Medien beworbenen so genannten Darmkrebsmonat März wurden nun „1000 mutige Männer“ in Deutschlands Städten zur Krebsvorsorgeuntersuchung gesucht. Na, ob sich so viel Männer-Mut zusammengefunden hat, das würde ich im Nachhinein gern wissen wollen. Ist ja auch nicht angenehm, am Ende des Verdauungstraktes, so eine Koloskopie. Aber wie Heinz Erhardt einmal weise formulierte: „Es werden Schmerzen erst, nachdem sie nachgelassen, angenehm“.

Die Gesellschaft und die sie repräsentierenden Institutionen machen sich aber nun langsam große Sorgen um das kürzerlebige starke Geschlecht. So haben Gesundheitsministerium und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung ein Portal zur Männergesundheit ins Leben gerufen, um zu informieren. Unter: www.maennergesundheitsportal.de kann Mann nun lesen, was er alles machen muss, um die fünf Jahre gegenüber den Frauen endlich aufzuholen. Aber ich frage mich, welcher Mann wird das mit dem entsprechenden Interesse für sich tun? Haben diese Seiten doch so gar nichts von Automobilmessen, Fußballspielen oder Boxkämpfen, Mann erfährt hier nichts zur Funkausstellung oder Cebit, auch Baumarkt-Sonderangebote sind keine zu finden und nackte Weiblichkeiten à la Beate Uhse schon gar nicht.

Wie bekomme ich den Mann nun auf diese Seiten? Durch Angst: „Rauchen kann tödlich sein.“

Mit Humor: „Warum sich mit den Mandeln quälen? Man sieht ja nicht, wenn sie dir fehlen.“ Oder mit der Aussicht auf einen Gewinn: „Jeder 1000. Besucher dieser lebenswichtigen Internetseiten erhält einen Tret-Porsche“.

Das Robert Koch-Institut erarbeitet derzeit einen Bericht zur gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland, der voraussichtlich im zweiten Halbjahr 2012 veröffentlicht wird. Darauf bin ich gespannt. Bis dahin wird sich aber wohl so gar nichts an den althergebrachten Gewohnheiten der Männer ändern. *stt*

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. Juni 2012 in das Berliner ICC.

14 Uhr: Versorgung sichern für die Zukunft – die neue Bedarfsplanung
Politische Diskussionsrunde mit dem Vorstand der KBV

Alle Informationen finden Sie unter www.tag-der-niedergelassenen.de.

Info-Markt der KVen + Politische Diskussion + täglich 13.00–14.00 Uhr Speakers' Corner

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

	Ja, wir nehmen teil.	Teilnehmer-zahl
12.00–13.30 Uhr Eine Welt: Praxis und Familie vereinbaren	<input type="checkbox"/>
12.00–13.30 Uhr Richtig investieren in die eigene Praxis	<input type="checkbox"/>
12.00–13.30 Uhr Delegation statt Substitution: Zusammenarbeit im Team	<input type="checkbox"/>
16.00–17.30 Uhr Rundum sicher: Hygiene in Arztpraxen	<input type="checkbox"/>
16.00–17.30 Uhr Herausforderung Pflege: ärztliche Versorgung von Heimpatienten	<input type="checkbox"/>
16.00–17.30 Uhr IT in der Arztpraxis: Möglichkeiten und Grenzen der neuen Techniken	<input type="checkbox"/>

Freier Eintritt zum Tag der Niedergelassenen für Vertragsärzte, -psychotherapeuten und Praxispersonal sowie für Medizinstudenten und PJ-ler. Melden Sie sich bis zum **6. Juni 2012** hier an:

Vor- und Nachname:

Arztnummer/Matrikelnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit/Universität:

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

Veranstalter: WISO S.E. Consulting GmbH

**am 13. Juni 2012
im ICC Berlin**



**Hauptstadtkongress 2012
Medizin und Gesundheit**

13. bis 15. Juni 2012
im ICC Berlin

Medienpartner:

ÄRZTE ZEITUNG

Bitte an den Osterhasen

Ostern ist nun nicht mehr fern.
Alle Kinder sehens gern,
wenn der Osterhase naht,
wenn er recht viel Naschwerk hat.
Lieber, flinker Osterhase,
leg im Moos und leg im Grase
zwischen gelben Osterglocken
Eier hin und Kandisbrocken.

Nougat ist mein Leibgericht,
und vergiss auch bitte nicht
eine bunte Zuckerstange,
eine lange, riesenlange!
Auch ein Schokoladenei
hätt ich gerne noch dabei,
und ein Ei aus Marzipan,
eins, verpackt in Cellophan,
wünsch ich mir vom Hasenmann.

Vollsgut

