

Journal

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG Mecklenburg-Vorpommern



Politik reflektieren – Seite 6

**Das Ende der
Praxisgebühr**

Vertragsabteilung – Seite 17

**Präventionsinitiative
der Berufsverbände**

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

wieder einmal Weihnachten, wieder einmal Jahreswechsel, wie die Zeit doch rennt.

Zu Weihnachten werden Wünsche erfüllt und zum Jahreswechsel blickt man auf das vergangene Jahr zurück. Rationale Menschen erledigen dies mit einer Checkliste. Bei einem KV-Vorstandsmitglied sieht sie zum Beispiel so aus:

Kassengebühr abgeschafft: **ja**;

Honorarverhandlungen auf Ebene der Länder-KVen: **ja**;

nennenswerter Honorarzuwachs: **nein**;

Kollegen zufrieden: (**vielleicht**) und so weiter.



Foto: KVMV

Dipl.-Med
Fridjof Matuszewski

Vorstandsmitglied der
Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern

Vieles, was wir uns für 2012 vorgenommen hatten, haben wir erreicht. Aber eben nicht alles.

Gerade auf Bundesebene hatten wir uns in den Beratungen andere Ergebnisse erhofft. So waren die Honorar-Verhandlungen zwischen dem Spitzenverband der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Bewertungsausschuss bzw. im erweiterten Bewertungsausschuss mit einem so genannten unparteiischen Prof. Jürgen

Wasem mehr als enttäuschend. Gestartet mit der Forderung von 11 Prozent Honorarzuwachs auf den Orientierungspunktwert für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten, um den Inflationsausgleich seit 2008 herzustellen, landeten wir bei nur 0,9 Prozent. Somit wird der Orientierungspunktwert für 2013 bei 3,5363 Cent liegen. Er ist eine Vorgabe und kann nur durch die Anerkennung von förderungsfähigen Leistungen verbessert werden. Ein Hohn gegenüber unseren Ärztinnen und Ärzten in Mecklenburg-Vorpommern, denn durch diesen „Stundenlohn“ kann die Inflationsrate nur noch durch Mehrleistung ausgeglichen werden. Bei einer Arbeitsbelastung von mehr als 60 Stunden pro Woche ist das aber kaum noch möglich.

Viele weitere Verhandlungsergebnisse sind Empfehlungen. Ihnen kann man folgen oder lässt es sein.

Ja, das vergangene Jahr war ein bewegtes und auch das Jahr 2013 wird ein solches werden. Endlich können wir die Verhandlung mit den Krankenkassen zum Honorar auf Länderebene führen. Doch dazu müssen unsere Honorarverhandlungen für 2012 erst abgeschlossen werden, denn das sind sie bis dato nicht.

Uns sollte klar sein, wenn wir die Verhandlungsergebnisse des Bewertungsausschusses und des erweiterten Bewertungsausschusses sehen, dass es ein sehr konfliktiv beladener Prozess werden kann. Aber gemäß unserem KVMV-Slogan „kreativ, konstruktiv, konfliktiv“ und der bewährten guten Zusammenarbeit der Berufsverbände sollten wir es gemeinsam schaffen, diese Verhandlungen 2012 zu beenden und für 2013 endlich zu beginnen.

Nutzen wir also die Weihnachtszeit, um noch einmal in uns zu gehen und Kraft zu sammeln. Genießen wir die Zeit mit unseren Lieben in Ruhe und Frieden.

Ich wünsche allen Ärztinnen und Ärzten, den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, allen Arzthelferinnen in unseren Praxen und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der KVMV ein frohes Weihnachtsfest und ein gesundes neues Jahr 2013

Ihr Fridjof Matuszewski

Inhaltsverzeichnis

Politik reflektieren

- Der IGeL im Schafspelz 4
 Der Countdown läuft: ab 1. Januar
 entfällt die Praxisgebühr 6

Justizariat

- Vertretungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst 7
Krankenhausüberweisungen in der Grauzone 8
 Wann können Vertragsärzte
 ins Krankenhaus überweisen? 10

Vertragsabteilung

- Präventionsinitiative der Berufsverbände
 und der KVMV 17
 Wirtschaftliche Verordnung
 von Blutzuckerteststreifen 17
 Erweiterte Vorsorgeuntersuchung
 bei der Landespolizei 18
 VERAH auch bei der Knappschaft 18
 Hausarztzentrierte Versorgung mit den
 Betriebskrankenkassen 19
 Verschiedene Verträge 19

Qualitätssicherung

- Kurative Mammographie –
 nicht als IGeL-Leistung 19

Beschlüsse des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

- 20

Ermächtigungen und Zulassungen

- 23

Öffentliche Ausschreibungen

- 26

Feuilleton: Bügeleisen

- 27

Veranstaltungen

- 28

Personalien

- 29

Mit spitzer Feder

- Wenn der Weihnachtsmann streikt 30

Weihnachtsaufruf des Hartmannbundes

- 31

Impressum

- 29

Medizinische Beratung

- Verordnung von TILIDIN 7
 Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses:
 Die Hilfsmittel-Richtlinie 14

Abrechnung

- Praxisgebühr fällt zum 1. Januar 2013 weg –
 Was bedeutet das für die Praxis? 12
 Keine Änderung der Abschlagszahlungen 13
 Überweisungsverfahren gilt auch
 ohne Praxisgebühr weiter 13

Informationen und Hinweise

- IT in der Arztpraxis –
 Update der Dokumentationssoftware 11
 Information der Kreisstelle Rostock 22



Unzulässige Einweisungen oder
 Überweisungen in Krankenhäuser –
 Worauf hat der Arzt zu achten?

Seite 8



Titel:
**„Kuss des
 Weihnachtsengels“**
 Johanna Seidel
 (10 Jahre), Greifswald
 2011



Der IGeL im Schafspelz oder beschädigen IGeL das Arztbild in der Gesellschaft

Von Eveline Schott

In den Umfragen einiger Institute und Verbände steht der Arzt in seinem beruflichen Ansehen neben Krankenschwestern und Feuerwehrmännern mit an der Spitze der Bewertungen. Allerdings hat das Berufsbild in der Öffentlichkeit unter den verschiedenen IGeL-Debatten gelitten. Deshalb lud die Kassenärztliche Bundesvereinigung zu einer Podiumsdiskussion über dieses Thema bei KBV-kontrovers Ende Oktober nach Berlin ein.

Ärzterschaft, Politik und Krankenkassen waren aufgefordert, sich der so genannten formulierten Diskrepanz „Mein Arzt: mein Held – Ärzteschaft: alles Abzocker“ in einem kontroversen Gespräch zu stellen.

Etwa 1,5 Milliarden Euro jährlich werden mit Selbstzahlerleistungen wie Ultraschall, PSA-Screening oder Glaukomfrüherkennung umgesetzt. Der Bundesverband der Verbraucherzentrale hatte im Oktober kritisiert, dass die Ärzte ihre Patienten häufig nicht angemessen über die Individuellen Gesundheitsleistungen informieren würden. Ebenso sei die Bewerbung einer Leistung in vielen Fällen zu massiv geführt und manchmal die IGeL-Behandlung sogar ohne Vertrag oder Rechnung durchgeführt worden.

Der Arzt solle unbedingt gewisse Regeln beachten, betonte Dipl.-Med. Regina Feldmann vom Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in ihrem Begrüßungsreferat. Ihr sei es aber auch wichtig, IGeL nicht pauschal zu verdammen. Das wäre falsch. Es sei nun einmal eine Tatsache, dass die Krankenkassen nicht alles bezahlten, was für einen Versicherten im Einzelfall durchaus sinnvoll sein könnte. Zur Aufgabe des Arztes gehöre es, den Patienten auch über solche Leistungen zu informieren, argumentierte sie weiter.

In dieser Diskussionsrunde kritisierte Dr. Wolfgang Wodarg, Vorstand von Transparency International

Deutschland, die Rahmenbedingungen, die Arzt und Krankenkassen in eine „Unternehmerlogik“ zwingen. Es würde immer mehr von Gesundheitswirtschaft, privater Gewinnschöpfung, vom Kunden statt Patienten geredet. Das solidarische Gesundheitswesen solle aber eigentlich anders funktionieren. Sobald die Patienten merkten, was da passiere, sei „Misstrauen angesagt“. Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der KBV, stellte dazu klar: „Wir sind doch nicht die Ökonomsierer des Gesundheitswesens. Die Ärzteschaft hat das viele Jahre lang sehr heftig abgelehnt. Selbstzahlerleistungen einzuführen, war eine gesellschaftliche Diskussion und Entscheidung.“ Es gebe aber Nachholbedarf dabei, wie Ärzte Selbstzahlerleistungen anbieten. Es könne nicht sein, dass Versicherten Leistungen aufgedrängt würden oder sie keine Rechnung bekämen. Niemand solle überrumpelt werden.





Denken alle Ärzte nur ans Geld? – Darüber diskutierten Ingo Kailuweit (KKH-Allianz), Dr. Andreas Köhler (KBV), Dr. Wolfgang Wodarg (Transparency International) (v.l.) mit Katrin Brand (ARD).

Deshalb sei eine Broschüre erarbeitet worden, die nun veröffentlicht würde. Jeder Arzt werde diese Broschüre erhalten, sagte Köhler.

Der Vorstandsvorsitzende der KKH-Allianz, Ingo Kailuweit, kritisierte, dass IGeL öfter den wohlhabenden Versicherten angeboten würden. Daraus schlussfolgerte er, dass es oft nicht um die Leistung für den Patienten gehe, sondern um eine Honorarerweiterung. Er forderte die Ärzteschaft auf, sich auf eine breitere Aufklärung über IGeL einzulassen.

In der öffentlichen Diskussion durch die Zuhörerschaft wurde bemerkt, dass die Kassen die Individuellen Gesundheitsleistungen längst für sich entdeckt hätten. Die sich im gemeinsamen Wettbewerb befindenden Krankenkassen werben teilweise damit, solche Leistungen zu bezahlen, um ihre Attraktivität gegenüber den Versicherten zu erhöhen. Im Ergebnis dieser Diskussionsrunde wurden allerdings Zeichen der Annäherung zwischen Kassen und KVen gesetzt. Beide Seiten sprachen sich dafür aus, IGeL einzugrenzen und eine Vereinbarung über medizinisch sinnvolle Selbstzahlerleistungen zu treffen.

IGeL-Ratgeber erschienen

Gemeinsam mit dem Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und mit dem Deutschen Netzwerk Evidenzbasierte Medizin haben Bundesärztekammer und Kassennärztliche Bundesvereinigung jetzt einen IGeL-Ratgeber herausgegeben. Für Ärzte, die Selbstzahlerleistungen anbieten, kann dieser Ratgeber als Leitfaden dienen. Er hilft, bei Beratung und Aufklärung Missverständnisse zu vermeiden, und er informiert über rechtliche Anforderungen. Erklärtes Ziel des Ratgebers ist es, das offene Gespräch zwischen Arzt und Patient zu fördern. Denn er regt dazu an, im Arztgespräch die „richtigen Fragen“ über IGeL zu besprechen. Der neue Ratgeber steht zum kostenlosen Download auf den Webseiten von BÄK, KBV und ÄZQ bereit: → <http://www.igel-check.de>
→ <http://www.baek.de/igel-check>
→ <http://www.kbv.de/patienteninformation/23719.html>.



Der Countdown läuft: ab 1. Januar entfällt die Praxisgebühr

Aufatmen in den Arztpraxen, ein Bürokratiemonster wurde besiegt. Das Ende der Zehn-Euro-Abgabe ist vom Bundestag besiegelt worden und das einstimmig. Neun Jahre lang mussten Patienten zehn Euro pro Quartal bei einem Arztbesuch entrichten. Rund zwei Milliarden Euro flossen dadurch den Krankenkassen jährlich zu. Ein Beitrag, der nun aus dem Gesundheitsfonds beglichen werden soll. Ärzte und Patienten versprechen sich zukünftig mehr Zeit füreinander.



Die Praxisgebühr in der Presse

In der **Presseinformation der KVMV** vom 5. November 2012 ist dazu zu lesen: Die KVMV begrüße das Ende der Praxisgebühr, nicht nur weil die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten von überflüssiger Bürokratie befreit würden, sondern auch „weil hier in Mecklenburg-Vorpommern die Menschen, die mit den im bundesweiten Vergleich durchschnittlich geringsten Einkommen leben und arbeiten, nun finanziell entlastet werden“, so Dr. Dieter Kreye, stellv. Vorstandsvorsitzender.

Nach Erachten des Vorstandsvorsitzenden der KVMV, Dr. Wolfgang Eckert, „hat die Praxisgebühr ihre ursprünglich angedachte Steuerungswirkung nie erfüllt.“ Sie hätte weder die Zahl der Arztbesuche reduziert, noch wurden mit ihr Patientenströme gelenkt. Stattdessen sei mit ihrer Einführung im Jahre 2004 der bürokratische Aufwand in den Praxen gestiegen. Durchschnittlich 120 Stunden pro Jahr würde das Praxispersonal

aufwenden, um die Zehn-Euro-Gebühr für die Krankenkassen einzuziehen und zu quittieren.

Dass natürlich nach weiteren effektiven Steuerungsinstrumenten gesucht werden müsse, lässt Fridjof Matuszewski, Vorstandsmitglied der KVMV, dabei auch nicht außer Acht.

Das **Deutsche Ärzteblatt** (online) vom 5. November 2012 verweist neben der Freude der Ärzte über das Ende der Praxisgebühr auch auf die Empörung der Kassen darüber und zitiert Doris Pfeiffer, die Vorsitzende des Spitzenverbandes der GKV: Danach ließen die Beschlüsse der Bundesregierung die Reserven der gesetzlichen Krankenversicherung schmelzen wie Schnee in der Sonne.

Auch **Die Welt** vom 6. November spricht unter anderem vom „Ärger über das Ende der Praxisgebühr“: Mit ihrer „geplanten Abschaffung bringe die Bundesregierung die Krankenkassen gegen sich auf.“

Die **Süddeutsche Zeitung** bezeichnet es am 6. November in ihrer Ausgabe als einen politischen Erfolg für den Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr und spricht von bürokratischen Erleichterungen.

Laut **Frankfurter Allgemeine** vom 6. November „feiert die FDP mit der Abschaffung der Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 – neun Jahre nach deren Einführung – einen Erfolg.“ 2003 hatte die FDP als einzige Fraktion gegen deren Einführung gestimmt, wusste die FAZ zu berichten.

Die Zeitschrift **die tageszeitung** verweist auf die Verfehlung des Vorhabens der 2004 von der damaligen rot-grünen Bundesregierung eingeführten Praxisgebühr. Ihr Ziel, die Eigenverantwortung zu stärken und damit medizinische Versorgung sinnvoll zu steuern, sei nicht erreicht, resümiert die taz am 6. November.

Die **Ärzte Zeitung** vom 12. November zitiert die Grünen-Politikerin Birgitt Bender: Die Rechnung für das Aus der Praxisgebühr käme später. Denn spätestens im Jahr 2015 werde von den Überschüssen in der gesetzlichen Krankenversicherung nichts mehr übrig sein.

Informationen aus der KVMV zur Umsetzung in den Praxen sind zu finden auf den Seiten: 12 und 13.

Bekanntgabe von Vertretungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst

Von Thomas Schmidt*

Der vertragsärztliche Bereitschaftsdienst wird im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern in den jeweiligen Kreisstellenbereichen dezentral organisiert. Dies erfolgt durch die Notdienstausschüsse der Kreisstellen, die die Einteilung im jeweiligen Dienstbereich vorab planen. Somit erhalten die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte rechtzeitig die Mitteilung, an welchem Tag sie zum Bereitschaftsdienst eingeteilt sind.

Dabei besteht immer noch die Möglichkeit, dass der Dienst mit einer Kollegin oder einem Kollegen getauscht oder aber ein Vertreter benannt werden kann, der dann an Stelle des ursprünglich Eingeteilten den Bereitschaftsdienst absolviert. Allerdings ist es in der Vergangenheit vermehrt versäumt worden, den Vertreter rechtzeitig gegenüber der Kreisstelle zu benennen.

Anlässlich dessen soll an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen werden, dass nach der „Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern über die Abhaltung von Sprechstunden, Durchführung von Besuchen und Regelung der Vertretung von Kassenärzten“ der Vertragsarzt – auch bei Verhinderung von weniger als eine Woche – dies in geeigneter Weise (z. B. durch Aushang) bekannt zu geben hat. Deshalb ist es erforderlich, neben einem Aushang an der Praxis entspre-



chend geeignete Hinweise auch auf dem Anrufbeantworter beziehungsweise der Mailbox des Handys zu geben, damit der Versicherte bzw. sonstige Hilfesuchende in der Lage ist, sich an den ärztlichen Vertreter zu wenden.

Da sich nach Ansicht der Kollegen, die die Organisation dieses Dienstes durchführen, die obig dargestellten Versäumnisse letztendlich als unkollegial erweisen, werden sie die zukünftigen Versäumnisse an den Vorstand zwecks Einleitung eines Disziplinarverfahrens herantragen.

*Thomas Schmidt ist Justiziar in der KVMV

Verordnung von TILIDIN – Änderung im Betäubungs- mittelgesetz (BtMG)

Entsprechend der 26. BtM-Änderungsverordnung sind ab dem 1. Januar 2013 nur noch feste Tilidin/Naloxon-Zubereitungen mit verzögerter (retardierter) Wirkstofffreisetzung auf einem GKV-Rezept (Muster 16) verordnungsfähig.

Alle schnell freisetzenden (unretardierten) Arzneiformen müssen ab dem 1. Januar 2013 zwingend auf einem BtM-Rezept verordnet werden.

dg

Redet getrost einmal Fraktur – vermeidet dabei tunlichst Frakturen.

Gerd W. Heyse



Krankenhausüberweisungen in der Grauzone – oder: Eigentlich ist alles ganz einfach

Der folgende Beitrag wird mit freundlicher Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg aus dem „KVH-Journal“ 6/12 leicht gekürzt nachgedruckt.

Immer wieder werden Vertragsärzte von ihren Patienten gebeten, unzulässige Einweisungen oder Überweisungen auszustellen. Verantwortlich dafür sind offenbar Krankenhausmitarbeiter, die sich nicht an die Spielregeln halten.

Eigentlich ist alles ganz einfach: Muss ein Patient stationär behandelt werden, braucht er eine Einweisung. Will man ihn zur ambulanten Behandlung weiterüberweisen, wird das per Überweisung geschehen. Doch wenn Patienten in die Praxis kommen und Überweisungsscheine für eine prästationäre Versorgung verlangen oder Einweisungsscheine für ambulante Spezialsprechstunden in ein Krankenhaus, geraten viele Vertragsärzte ins Grübeln. Darf ich das? Und: Will ich mir all den vorhersehbaren Ärger einhandeln, der auf mich zukommt, wenn ich mich weigere, den Schein auszustellen? Hört man sich unter Vertragsärzten um, kristallisieren sich drei Varianten des Umgangs mit Einweisungen und Überweisungen heraus, die problematisch sind und offenbar immer wieder vorkommen.

Variante 1: Einweisung plus Überweisung

Fordert ein Krankenhaus neben einer Einweisung eine Überweisung, ist das unzulässig. Die Rechtslage ist klar: Sobald der Vertragsarzt entscheidet, dass der Patient stationär behandelt werden muss, hat das Krankenhaus den Fall mitsamt aller prä- und poststationären Leistungen anhand der Einweisung stationär zu behandeln. Das Krankenhaus darf deshalb weder die Kosten für das Aufnahmegespräch noch für andere prästationäre Leistungen mit Hilfe einer zusätzlichen Überweisung in den vertragsärztlichen Bereich verlagern. Prästationäre Leistungen an Vertragsärzte zurückzudelegieren ist unzulässig – egal ob es sich um externe Vertragsärzte, um Krankenhausärzte mit Vertragsarztsitz oder um die

Mitarbeiter des eigenen Krankenhaus-MVZ handelt. Im letztgenannten Fall bestünde die Gefahr einer Doppelabrechnung: einmal die Pauschale für die Krankenhausbehandlung, in der die prästationären Leistungen ja enthalten sind, und zum anderen das Honorar aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung via MVZ.

Der Vertragsarzt ist der Lotse im Gesundheitssystem. Er entscheidet, wann eine stationäre Aufnahme angezeigt ist. Er darf allerdings nur ins Krankenhaus einweisen, wenn er zu der Auffassung gelangt ist, dass die Möglichkeiten der ambulanten Versorgung erschöpft sind. Die Abklärungsuntersuchungen, die notwendig sind, um diese Entscheidung zu treffen, werden im vertragsärztlichen Bereich durchgeführt – entweder vom behandelnden Vertragsarzt selbst, von einem anderen Vertragsarzt oder im Rahmen einer ambulanten Behandlung aufgrund einer Ermächtigung. Bei der Einweisung stellt der Vertragsarzt dem Krankenhaus die Untersuchungsergebnisse zur Verfügung, die ihm vorliegen.

Dem Krankenhaus obliegt dann die Kontrolle dieser Entscheidung. Es führt eine Indikationsprüfung durch („Ist das tatsächlich ein stationärer Fall?“) und übernimmt alle Leistungen, die für die stationäre Behandlung und gegebenenfalls für die Durchführung einer Operation notwendig sind. Auf Grundlage der Einweisung werden dem Krankenhaus folgende Leistungen vergütet:

Dem Krankenhaus obliegt dann die Kontrolle dieser Entscheidung. Es führt eine Indikationsprüfung durch („Ist das tatsächlich ein stationärer Fall?“) und übernimmt alle Leistungen, die für die stationäre Behandlung und gegebenenfalls für die Durchführung einer Operation notwendig sind. Auf Grundlage der Einweisung werden dem Krankenhaus folgende Leistungen vergütet:

- Prästationäre Behandlung durch das Krankenhaus: *Diese ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt.* Die prästationären Leistungen kann das Krankenhaus auch dann auf Basis des Einweisungsscheins abrechnen, wenn es aufgrund der Ergebnisse doch nicht zu einer Aufnahme kommt.
- Stationäre Behandlung
- Poststationäre Behandlung: Diese muss innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung des Patienten erfolgen.



Das Krankenhaus kann Teile der prä- oder poststationären Behandlung an einen Dritten, zum Beispiel einen Vertragsarzt, delegieren. Der Vertragsarzt kann diese Leistungen dann aber nicht über die KV abrechnen, sondern muss sich mit dem Krankenhaus über das Entgelt einigen.

Die Realität sieht oft anders aus: Viele Vertragsärzte berichten, dass frischoperierte Patienten zu ihnen in die Praxis kommen, um die Fäden ziehen, alle Wundkontrollen und Verbandswechsel vornehmen zu lassen. „Das ist inzwischen für uns eine kostspielige Angelegenheit“, sagt Dr. Silke Lüder, Fachärztin für Allgemeinmedizin in Bergedorf. „Wir benötigen teuer sterilisierte Instrumente, bezahlen das Verbandsmaterial und die Arbeit und bekommen dafür im Budget von 31 Euro Regelleistungsvolumen nichts. Diese Leistungen müssten eigentlich die Krankenhäuser bezahlen.“

Variante 2: Spezialsprechstunden

Dabei zeigen Krankenhäuser bisweilen durchaus Interesse daran, ihre Patienten nach einer Operation wiederzusehen. Der KV liegt das Schreiben eines Hamburger Krankenhauses vor, in dem ein Patient aufgefordert wird, einmal pro Jahr in der Ambulanz vorstellig zu werden, um den Erfolg einer zurückliegenden Operation und den Status einer Erkrankung kontrollieren zu lassen. Es handle sich um eine Maßnahme zur „Qualitätssicherung“, so das Krankenhaus. Der erste Termin sei bereits festgesetzt worden. „Sie benötigen dafür eine Einweisung des Hausarztes.“

Das Problem ist: Der Vertragsarzt darf für eine klar erkennbar ambulante Versorgung im Krankenhaus keine Einweisung ausstellen. Die Krankenhaus-Einweisung ist Fällen vorbehalten, in denen nach Auffassung des Vertragsarztes eine stationäre Behandlung notwendig ist.

Immer wieder berichten Vertragsärzte von Krankenhaus-Entlassungsberichten, in denen steht: Bitte stellen Sie den Patienten demnächst im Krankenhaus-MVZ oder in der Krankenhaus-Sprechstunde wieder vor.

Das Krankenhaus-MVZ kann auf Überweisung tätig werden und solche Leistungen immerhin legal abrechnen (wobei zu fragen wäre, welche Vorteile das MVZ gegenüber dem behandelnden Vertragsarzt zu bieten hätte). Fordert das Krankenhaus jedoch eine Einweisung für ambulante Sprechstunden, läuft vermutlich etwas schief. Das kann nämlich bedeuten: Das Krankenhaus hat keine Zulassung, ambulant zu behandeln, bietet aber dennoch ambulante Leistungen an.

Könnte es sich dabei um prästationäre Leistungen handeln? Prästationäre Leistungen sind – wie der Name schon sagt – Leistungen, die einer stationären Aufnahme vorausgehen. Sollte sich herausstellen, dass der Patient

wider Erwarten doch nicht aufgenommen werden muss, werden die prästationären Leistungen auf Basis des Einweisungsscheins als Krankenhausleistungen vergütet.

„Wiedervorstellungstermine“, „Kontrolltermine“, „Spezialsprechstunden“ und auch alle anderen von vornherein als ambulant erkennbare Leistungen an Krankenhäusern sind jedoch keine prästationären Leistungen und dürfen nicht als solche abgerechnet werden.

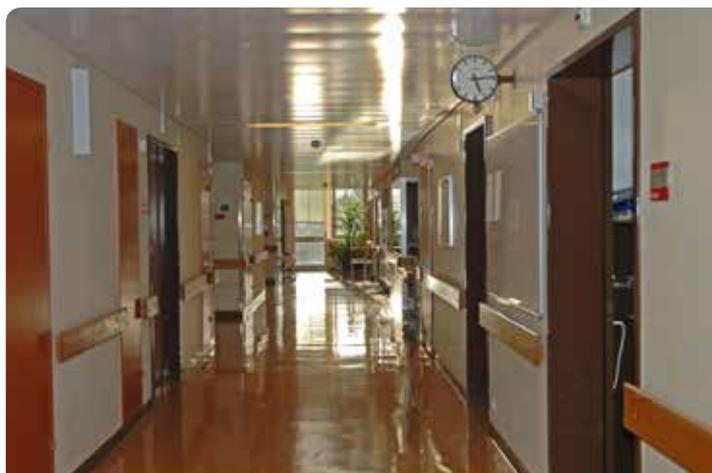


Foto: pixello.de

Verhält sich der Vertragsarzt vorschriftsmäßig und verweigert eine Einweisung für solche Leistungen, kann das zu heftigen und emotionalen Diskussionen in den Praxen führen. „Die Patienten reagieren verwirrt, hilflos und fühlen sich im Stich gelassen“, berichtet Dr. Jasper Kiehn, Mitarbeiter der Patientenberatung der Ärztekammer und der KV Hamburg. „Sie fragen nach dem rechtlichen Rahmen für die Behandlung und gewinnen den Eindruck, dass die Leistung unter den Vorbehalt einer für den Leistungserbringer günstigen beziehungsweise korrekten Abrechnungsmöglichkeit gestellt wird, was die Behandlung zumindest verzögert.“

Wurde die Leistung bereits erbracht, steht der Patient möglicherweise ebenfalls unter Druck – wenn er im Krankenhaus unterschreiben musste, innerhalb einer bestimmten Frist eine Einweisung nachzureichen oder das Honorar privat zu bezahlen. Auch dies soll nach Darstellung von Vertragsärzten vorkommen – und bringt die Praxis in ein schwer lösbares Dilemma.

Krankenhäuser sind grundsätzlich nicht für die ambulante Versorgung zugelassen. „In Hamburg ist das Netz der Spezialisten sehr dicht“, sagt Klaus Schäfer, Vizepräsident der Ärztekammer Hamburg. „Da bräuchte ein Aufbau von ambulanten Parallelstrukturen in den Krankenhäusern gar keine Vorteile.“ Sollte eine Leistung von den Vertragsärzten nicht in ausreichendem Umfang angeboten werden, ermächtigt der Zulassungsausschuss



geeignete Krankenhausabteilungen oder Krankenhausärzte. In diesem Fall können spezielle ambulante Leistungen – ganz legal – auf Überweisung im Krankenhaus erbracht und über die KV abgerechnet werden (siehe Kasten).

Variante 3: Doppelte Einweisung

Eine Einweisung ist grundsätzlich gültig, bis der Behandlungsfall vom Krankenhaus abgeschlossen wird. Bisweilen kommt es vor, dass ein Krankenhaus einen zweiten Einweisungsschein anfordert, wenn die Aufnahme des Patienten nicht innerhalb der fünf-Tages-Frist nach Durchführung einer prästationären Behandlung erfolgte. Der Patient steht also in der Praxis, soll nun endlich stationär aufgenommen werden – und erfährt vom Vertragsarzt, dass es unzulässig ist, ein zweites Mal einen Einweisungsschein für denselben Behandlungsfall auszustellen und dass es Sache des Krankenhauses ist, dafür zu sorgen, dass die fünf-Tages-Frist eingehalten wird. Es gehört nicht viel Phantasie dazu, sich vorzustellen, dass

der Vertragsarzt auch in diesem Fall nicht mit dem vorbehaltenen Verständnis des Patienten rechnen kann.

mn

Ergänzender Hinweis der Redaktion

§ 115 a Abs. 2 SGB V enthält für die prä- und poststationäre Behandlung unterschiedliche Fristen. Für die nachstationäre Behandlung sind dies, wie im Artikel der KV Hamburg angegeben, 14 Tage. Diese Frist kann jedoch im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Für die prästationäre Behandlung ist die Frist mit fünf Tagen in M-V deutlich kürzer.

**) Der „Hamburger“ Text enthält im vorstehenden Infokasten sehr geringfügige Abweichungen zu den hiesigen Verhältnissen.*

Um Missverständnisse zu vermeiden, hat die Redaktion mit Erlaubnis des Autors abweichende Hinweise entweder aus dem Text genommen oder die hier gültigen Regelungen kursiv dargestellt.

Wann können Vertragsärzte ins Krankenhaus überweisen?

Krankenhäuser sind grundsätzlich nicht zur ambulanten Versorgung zugelassen. Nur in Ausnahmefällen können Krankenhäuser mit einem Überweisungsschein für ambulante Leistungen in Anspruch genommen werden.

Überweisung an einen ermächtigten Arzt oder eine ermächtigte Abteilung/Ambulanz

Eine Ermächtigung wird nur ausgesprochen, wenn eine bestimmte ambulante Leistung nicht in ausreichendem Maße in der vertragsärztlichen Versorgung angeboten wird. Das Leistungsspektrum des ermächtigten Arztes beziehungsweise der ermächtigten Abteilung/Ambulanz ist je nach Ermächtigungsumfang begrenzt. Von diesem Ermächtigungsumfang hängt auch ab, welche Fachgruppen überweisen können. Der Überweisungsempfänger ist namentlich zu benennen. Der ermächtigte Arzt muss die Leistungen persönlich erbringen. Der ermächtigte Arzt beziehungsweise die ermächtigte Abteilung/Ambulanz rechnet mit der KV ab.

(...) Überweisung an die Hochschulambulanz (...)

Die Untersuchung und Behandlung des Patienten an einer Hochschulambulanz darf nur in dem für Forschung und Lehre notwendigen Umfang erfolgen. Das Krankenhaus rechnet nicht über die KV ab, sondern erhält von der Krankenkasse eine Pauschale. In dieser Pauschale sind alle Leistungen enthalten, die bei dem überwiesenen Patienten durchgeführt werden müssen

und im Universitätskrankenhaus möglich sind. Für einige dieser Leistungen (...) einen gesonderten Überweisungsschein eines Vertragsarztes anzufordern, ist nicht zulässig.

Überweisung zur ambulanten Behandlung nach § 116 b SGB V

Bei für eine ambulante Behandlung bestimmter schwerer und seltener Krankheiten Zugelassenen muss „Behandlung gemäß § 116 b“ auf der Überweisung angekreuzt sein.

„Überweisung“ zum ambulanten Operieren im Krankenhaus

Zugangsvoraussetzung zu ambulanten Operationen im Krankenhaus nach § 115 b SGB V ist weder Einweisung noch Überweisung. Es schadet aber nicht, wenn ein Vertragsarzt eine Überweisung zu einer ambulanten Operation im Krankenhaus ausstellt – quasi als „Laufzettel“. Der Überweisungsempfänger muss dabei nicht namentlich benannt sein.

Die ambulante Operation wird direkt mit der zuständigen Krankenkasse abgerechnet. Zusätzlich erforderliche Leistungen aus den Fachgebieten des Operateurs und des Anästhesisten, die das Krankenhaus nicht selbst durchführen kann, oder zusätzlich erforderliche Leistungen außerhalb dieser Fachgebiete werden per Überweisungsschein von einem Vertragsarzt angefordert.

IT in der Arztpraxis – wichtige Informationen

Update der Dokumentationssoftware bei den Behandlungsprogrammen für Brustkrebs und Asthma

Die Software für die Dokumentation der Disease-Management-Programme (DMP) Brustkrebs und Asthma wird sich im nächsten Jahr geringfügig ändern. Mit dieser Praxisinformation wird bereits jetzt darauf hingewiesen, dass die Software-Hersteller derzeit ihre Produkte anpassen und in den Arztpraxen ein Update notwendig wird.

DMP-Richtlinie muss bis Mitte 2013 umgesetzt werden

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und Behandlungsmöglichkeiten sollen sich nach dem Willen des Gesetzgebers in den Disease-Management-Programmen (DMP) für Brustkrebs und Asthma wiederfinden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat deshalb die beiden Programme aktualisiert. Dies hat auch Auswirkungen auf die Dokumentation. Unter anderem wurden beim DMP Brustkrebs die Dokumentationsparameter „Anzahl der entfernten Lymphknoten“ und „Anzahl der befallenen Lymphknoten“ gestrichen. Alle Änderungen wurden vom G-BA in eine Richtlinie überführt. Diese DMP-Richtlinie ist am 19. Juli 2012 in Kraft getreten und muss innerhalb eines Jahres – also spätestens Mitte 2013 – umgesetzt werden. Der konkrete Termin steht noch nicht fest, er ist aber für die erste Jahreshälfte geplant.

Die Dokumentation der beiden Behandlungsprogramme erfolgt elektronisch, weshalb die Software angepasst werden muss. Die Hersteller der Dokumentationssoftware wurden bereits informiert, sodass sie die Änderungen mit genug Vorlaufzeit in ihre Programme einarbeiten können.

Durch die Aktualisierung wird ein Software-Update erforderlich

Für die Arztpraxis wird ein Update der bestehenden Dokumentationssoftware notwendig – nicht aber ein gänzlich neues Produkt. Um dieses Update vorzunehmen, wird der Software-Hersteller auf die Praxen zukommen oder hat dies schon getan. Im Idealfall wird die Aktualisierung beim routinemäßigen Quartals-Update vorgenommen. Das ist im jeweiligen Wartungsvertrag geregelt.

Keine Mehrkosten bei bestehenden Wartungsverträgen

Wenn die Arztpraxis einen Software-Wartungsvertrag hat – und das ist in der Regel der Fall – sind mit dem Update zumeist keine Mehrkosten verbunden. Die Hersteller sind im Rahmen der Zertifizierung durch die KBV

verpflichtet, gesetzliche oder vertragliche Änderungen in der Software umzusetzen und die aktuellsten Prüfprogramme der KBV einzusetzen.

Es ist kein neues Produkt wegen der KBV-Zertifizierung notwendig

Eventuell bietet der Software-Hersteller aber auch ein völlig neues, vielleicht sogar teureres Produkt an – mit der Begründung, dass die KBV-Zertifizierung für die bestehende Software ausläuft und deshalb ein neues Programm nötig ist. Dieser Zusammenhang ist nicht richtig. Zwar läuft die KBV-Zertifizierung für die Software der DMP Brustkrebs und Asthma – wie auch bei allen anderen DMP – zum 31. Dezember 2012 aus. Das ist aber ein ganz normaler Vorgang, da die Software-Produkte durch die KBV in Abständen von etwa drei Jahren neu zu zertifizieren sind. **Fakt ist: Weder die KBV-Vorgaben noch die DMP-Richtlinie erzwingen ein neues Produkt in Ihrer Arztpraxis oder einen Software-Wechsel, der mit Mehrkosten verbunden ist.**

Daneben können jedoch Mehrkosten anfallen, wenn Unterstützung bei der Installation der neuen Software notwendig wird oder aber in diesem Zusammenhang Schulungsangebote genutzt werden.

Aus wettbewerbsrechtlicher Sicht kann die KBV keinen Einfluss auf die Geschäftspolitik und die Preisgestaltung des Software-Herstellers nehmen. Es wird deshalb den Ärzten empfohlen, auf entsprechend langfristige Regelungen in ihren Software-Wartungsverträgen zu achten.

Was sich sonst noch ändert

Mit der Einführung der angepassten Dokumentationssoftware wird eine wesentliche Erleichterung für die Praxis umgesetzt: Die bisher erforderliche Versandliste fällt weg. Somit ist das gesamte Verfahren vollständig elektronisch umsetzbar.

Mehr Informationen

Mehr zur IT in der Arztpraxis ist auf den Internetseiten der KBV unter: www.kbv.de/service/24828.html und www.kbv.de/ita/index.html zu finden. Fragen beantwortet außerdem die EDV-Abt. der KVMV unter Tel.: 0385.7431 257 oder die KBV (E-Mail: ita@kbv.de, Tel.: 030.4005-2077).

KBV/stt



Praxisgebühr fällt zum 1. Januar 2013 weg – Was bedeutet das für die Praxis?

Die Praxisgebühr wird zum 1. Januar 2013 abgeschafft. Damit entfällt für die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten das aufwändige Einziehen der Zuzahlung. Die Patienten müssen für eine ambulante Behandlung keine zehn Euro mehr zahlen – egal, ob sie gesetzlich krankenversichert oder bei einem besonderen der sonstigen Kostenträger erstattungsberechtigt sind. Dies gilt sowohl für den Besuch einer Arzt- oder Psychotherapeutenpraxis als auch bei Inanspruchnahme des ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Auch beim Zahnarzt entfällt die Gebühr. Die Abschaffung der Praxisgebühr ist bereits gesetzlich verankert. Der Deutsche Bundestag hat am 9. November 2012 einen entsprechenden Beschluss gefasst, nachdem sich die Koalitionspartner von CDU/CSU und FDP auf das Aus für die Zuzahlung geeinigt hatten.

Im Folgenden möchten KBV und KVMV darüber informieren, welche Änderungen sich noch durch die Abschaffung der Praxisgebühr ergeben.

Aktualisierung der Praxissoftware

Mit dem Wegfall der Praxisgebühr entfällt die Kennzeichnung von zuzahlungspflichtigen und zuzahlungsbefreiten Behandlungsfällen in der Abrechnung. Auch Quittungen über die Zahlung der zehn Euro müssen nicht mehr ausgestellt werden. Deshalb wird die Praxissoftware zum 1. Januar 2013 angepasst. Die Anforderungen der KBV an die Softwarehäuser sehen Folgendes vor:

- Die Funktionen zur Angabe der Pseudoziffern und zum Ausdrucken einer Quittung werden aus der Software herausgenommen. Die Pseudoziffern verlieren zum 31. Dezember 2012 ihre Gültigkeit.
- Sollten Behandlungsfälle aus diesem Jahr erst nach dem 1. Januar 2013 abgerechnet werden können, ist die Eingabe der Pseudoziffern für die Praxisgebühr trotzdem noch möglich, allerdings nicht mehr automatisch. In diesen Fällen müssen die Ziffern per Hand eingegeben werden.



Die KBV wird die PVS-Hersteller mit dem Update für das erste Quartal 2013 über diese Anforderungen informieren, damit diese die Änderungen rechtzeitig vornehmen. Können einige Anbieter dieses nicht umsetzen, sollten die Praxisgebühr-Funktionen ab Januar im Programm einfach ignoriert werden.

Hinweis: Praxisgebühr-Erhebung bis Jahresende unverändert

Es ist wichtig daran zu denken, dass die Praxisgebühr noch bis zum Jahresende erhoben werden muss und in der Abrechnung dokumentiert wird. Patienten, die bis zum 31. Dezember die Praxis aufsuchen und die Gebühr trotz Zahlungsaufforderung nicht zahlen, müssen wie bisher mit einem Mahnverfahren rechnen.

KBV/stt

Keine Änderung der Abschlagszahlungen



Die seit dem Jahr 2004 eingeführte Praxisgebühr wird zum 1. Januar 2013 abgeschafft. Der Bundestag hat am 9. November 2012 einstimmig beschlossen, dass die Gebühr von 10 Euro je Quartal ab dem 1. Januar 2013 nicht mehr erhoben wird.

Der Vorstand war seit Einführung der Praxisgebühr durch § 10 Abs. 2 der Abrechnungsrichtlinie der KVMV ermächtigt, die Praxisgebühr bei den Abschlagszahlungen zu berücksichtigen. Zugunsten der Ärzte und Psychotherapeuten hat der Vorstand der KVMV davon keinen Gebrauch gemacht und keine Kürzung der Abschläge vorgenommen. Die Abschlagszahlungen sind daher nicht anzupassen, werden unverändert weitergezahlt und betragen weiterhin grundsätzlich

25 Prozent des Durchschnitts der letzten vier Quartalsabrechnungen.

Für Fragen zu den Abschlagszahlungen stehen Helene Ehlert (Tel.: 0385.7431 232) und Karin Tritthardt (Tel.: 0385.7431 231) aus der Finanzbuchhaltung zur Verfügung.

Mit Wegfall der Praxisgebühr erlöschen alle abrechnungsrelevanten Pseudonummern zur Kennzeichnung der Praxisgebühr nach GOP 80030 bis 80046 ab dem 1. Januar 2013 und stehen somit auch in den Stammdaten der Abrechnungssoftware der Arztpraxis nicht mehr zur Verfügung.

rk

Überweisungsverfahren gilt auch ohne Praxisgebühr weiter

Aufgrund von Nachfragen wird darauf verwiesen, dass auch mit Wegfall der Praxisgebühr zum 1. Januar 2013 das Überweisungsverfahren zur gemeinsamen Betreuung der Patienten in den unterschiedlichen Versorgungsebenen weiterhin Gültigkeit hat. In den Bundesmantelverträgen § 24 (BMV-Ä) und § 27 (EKV) ist geregelt, welche Formen der Überweisungen möglich sind:

- **Auftragsleistung**
- **Konsiliaruntersuchung**
- **Mitbehandlung**
- **Weiterbehandlung.**

Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und Transfusionsmedizin können nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden.

Es ist zu berücksichtigen, dass **Überweisungsscheine auch über das Ausstellungsquartal hinaus gültig sind.**

Alle anderen Zuzahlungsregelungen, z.B. zur Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, bleiben weiterhin bestehen.



Vorgenannte Zuzahlungen für Verordnungen entfallen nur für Patienten mit einer gültigen Zuzahlungsbefreiung nach § 62 SGB V. Die Verordnungen sind entsprechend zu kennzeichnen.

Für Fragen zum Überweisungsverfahren stehen die jeweiligen Fachbereiche der Abrechnungsabteilung der KVMV zur Verfügung.

mg



Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses: Die Hilfsmittel-Richtlinie

Von Jutta Eckert*

Die Verordnung von Hilfsmitteln bereitet in der täglichen Praxis immer wieder Probleme und ist dementsprechend ein häufiges Beratungsthema.

Es bestehen beispielsweise Unsicherheiten mit der Begriffsbestimmung, der Abgrenzung der Versorgung mit Hilfsmitteln im ambulanten Bereich beziehungsweise in einer Pflegeeinrichtung wie auch hinsichtlich der Frage, wie die Verordnung zu schreiben ist.

Die Hilfsmittel-Richtlinie (HilfsM-RL) ist untergliedert in:

- A. Allgemeines
- B. Sehhilfen
- C. Hörhilfen.

Sie ist nachzulesen unter: www.G-BA.de → Informationsarchiv → Richtlinien → Hilfsmittel-Richtlinie.

Im Kapitel A werden für **alle** Hilfsmittel – auch die Seh- und Hörhilfen – unter anderem der allgemeine Versorgungsanspruch, die allgemeinen Versorgungsgrundsätze und z.B. auch der Inhalt der Verordnung benannt.

Im Folgenden sollen praxisrelevante Fragenstellungen mit Hilfe der HilfsM-RL beantwortet werden. Hierbei ist das Hauptaugenmerk auf Problemfelder gerichtet, die fachübergreifend sind.

Die spezifische Verordnung von Seh- und Hörhilfen würde den Rahmen dieses Beitrages sprengen.

1. Für wen ist diese Richtlinie verbindlich?

Sie ist verbindlich für

- die Versicherten
- die Krankenkassen
- die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte
- ärztlich geleitete Einrichtungen
- die Leistungserbringer.

2. Was sind Hilfsmittel im Sinne dieser Richtlinie?

Hilfsmittel sind

- sächliche Mittel oder
- technische Produkte

sowie

- Zubehörteile,

die:

- individuell gefertigt oder
- serienmäßig hergestellt werden und im
- unveränderten Zustand oder
- als Basisprodukt mit handwerklicher Zurichtung, Ergänzung bzw. Abänderung abgegeben werden sowie

- solche Mittel oder Produkte, die dazu bestimmt sind, Arzneimittel und andere Therapeutika zur inneren Anwendung in den Körper zu bringen (z.B. Inhalationsgeräte).

Im Sinne dieser Richtlinie besteht Anspruch auf Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie auf Gebrauchsschulung, Wartung und technische Kontrollen.

3. Wann werden Hilfsmittel zu Lasten der Krankenkassen verordnet?

Sie können dann verordnet werden, wenn sie von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen umfasst sind.

Das ist u.a. **nicht** der Fall für

- allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens
- Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Unfallversicherung
- Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz
- Hilfsmittel, die in der Vorhaltpflicht stationärer Pflegeeinrichtungen sind.

Ein **Versorgungsanspruch von Versicherten** mit Hilfsmitteln besteht, wenn sie dazu dienen

- den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern
- einer drohenden Behinderung vorzubeugen
- eine Behinderung auszugleichen bei der Befriedigung der Grundbedürfnisse des täglichen Lebens
- eine Gesundheitsschwächung zu beseitigen, die voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken
- Krankheiten zu verhüten oder deren Verschlimmerung entgegen zu wirken
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden.

4. Was bedeutet „Vorhaltpflicht von stationären Pflegeeinrichtungen“?

Die Vorhaltpflicht von Hilfsmitteln beinhaltet die Verpflichtung der Pflegeeinrichtungen, im ausreichenden, angemessenen und dem Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechenden Umfang das typische Inventar bereitzustellen.

Der Umfang dieser Pflicht hängt vom Versorgungsauftrag und von vertraglichen Regelungen der Pflegeeinrichtungen ab.

Ist in den Verträgen nichts Ausdrückliches zur Heimausstattung vorgeschrieben, so muss als Ausstattung all das vorgehalten werden, was der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung dient.

Einzelne Pflegeheime wiederum spezialisieren sich auf die Versorgung einer eng definierten Klientel (z.B. Apaliker, Beatmungspatienten u.a.). Für diese wird die spezielle Ausstattung mit Hilfsmitteln vertraglich geregelt.

5. Wie kann im Praxisalltag zwischen Leistungspflicht der GKV (Verordnung zu Lasten der gesetzlichen

Krankenversicherung) und vorhaltepflichtigem Hilfsmittel bei Heimpatienten unterschieden werden?

Hierzu muss der „Abgrenzungskatalog der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Hilfsmittelversorgung in stationären Pflegeeinrichtungen (Pflegeheimen)“ genutzt werden.

Er kann unter: www.kbv.de (Verordnete Leistungen → Hilfsmittel → Hilfsmittelverzeichnis → Abgrenzungskatalog) eingesehen werden.

Im Katalog ist die Leistungspflicht typischer Produktgruppen festgeschrieben.

Auszug aus dem Abgrenzungskatalog

	GKV	Pflegeheim	Bemerkungen
Hilfsmittel bei Tracheostoma (Produktgruppe 12)	X	(X)	(Für spezialisierte stationäre Pflegeeinrichtungen kann entsprechend dem Versorgungsvertrag die Finanzierungszuständigkeit des Heimes für Hilfsmittel bei Tracheostoma in Betracht kommen.)
Hörhilfen (Produktgruppe 13)	X		
Inhalations- und Atemtherapiegeräte (Produktgruppe 14)	X	(X)	Inhalations- und Atemtherapiegeräte, die ausschließlich von einem Versicherten genutzt werden, dienen der Unterstützung und der Durchführung der Behandlungspflege. Für sie kommt eine Leistungspflicht der GKV in Betracht. Druckminderer plus Druckgasflasche für Notfälle fallen in die finanzielle Zuständigkeit des Heimes. (Für spezialisierte stationäre Pflegeeinrichtungen kann entsprechend dem Versorgungsvertrag die Finanzierungszuständigkeit des Heimes für Inhalations- und Atemtherapiegeräte in Betracht kommen.)
Inkontinenzhilfen (Produktgruppe 15)	X	X	Die Leistungspflicht der GKV ist gegeben, wenn der Einsatz der Inkontinenzhilfen
Außer: Hilfsmittel zur Inkontinenztherapie (15.25.19 – 15.25.21)	X		→ medizinisch indiziert (in der Regel ärztliche Feststellung) und → im Einzelfall erforderlich ist und → den Versicherten in die Lage versetzt, Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu befriedigen. Erfolgt der Einsatz der Inkontinenzhilfen aus anderen Gründen, z.B. zur Pflegeerleichterung, hat das Pflegeheim die Kosten zu tragen.



6. Wie werden Hilfsmittel verordnet?

a) Formulare:

- Sehhilfen – Muster 8,
- Vergrößernde Sehhilfen – Muster 8a,
- Hörhilfen – Muster 15,
- sonstige Hilfsmittel – Muster 16.

Die **Verordnungsmuster** und die dazugehörigen Vordruckerläuterungen finden Sie unter: www.kbv.de/vl/print/14100.html.

Bei der Verordnung auf Muster 16 sind die **Diagnosen** und ggf. Erläuterungen **auf dem Rezept** zu vermerken. (Dies ist die einzige Ausnahme, bei der Diagnosen und Angaben zur Diagnose auf dem Rezept erscheinen dürfen!).

Die Verordnungsvordrucke für Seh- und Hörhilfen haben eigene Diagnosefelder.

Die Verordnung verliert innerhalb von 28 Kalendertagen ihre Gültigkeit.

Änderungen und Ergänzungen sind mit erneuter Unterschrift und Datumsangabe zu versehen.

b) Auswahl der Hilfsmittel – welche sind zu Lasten der GKV verordnungsfähig?

Das **Hilfsmittelverzeichnis** inklusive dem **Pflegehilfsmittelverzeichnis** kann unter: www.kbv.de (Verordnete Leistungen → Hilfsmittel → Hilfsmittelverzeichnis → GKV-Hilfsmittelverzeichnis bei REHADAT) heruntergeladen werden.

Hier sind alle in der Leistungspflicht der Kranken- und Pflegekassen stehenden Hilfsmittel benannt. Zu beachten ist, dass auch Produkte, die nicht in dem Verzeichnis

gelistet sind, erstattungsfähig sein können. Aussagen zur Leistungspflicht im Einzelfall treffen allein die Krankenkassen.

Das Verzeichnis ist nicht abschließend.

Für eine systematische Gliederung dient eine zehnstellige **Positionsnummer** als Ordungskriterium.

Beispiel:



Bei der Verordnung wird entweder die Produktart entsprechend der Hilfsmittelbezeichnung benannt oder die siebenstellige Positionsnummer angegeben. Die zehnstellige Positionsnummer wird nicht aufgeführt – es sei denn, es besteht die medizinische Notwendigkeit der Versorgung mit dem Produkt eines speziellen Herstellers. Diese muss begründet werden, denn die Auswahl der Einzelprodukte erfolgt in der Regel entsprechend bestehender Verträge der Kassen durch den Leistungserbringer.

Fragen dazu beantworten aus der Medizinischen Beratung Jutta Eckert (Tel.: 0385.7431 245) und Dr. Dagmar Greiner (Tel.: 0385.7431 380).

**Jutta Eckert ist beratende Ärztin in der KVMV.*

RICHTERSYSTEM GmbH

Hotline: 0 38 66 / 49 29 31 • Fax: 0 38 66 / 49 29 32

IT-Lösungen für medizinische Anwender



- Praxisverwaltungssoftware
- Hausbesuchslösung
- Praxis-Server / -PC's
- eGK-Lesegeräte
- Patienteninformationssystem
- digitale Archivierung
- Standortvernetzung
- Blankoformular-Drucker
- Dokumenten-Scanner
- Kommunikationslösungen
- digitale Spracherkennung
- Facharztmodule
- Nadel-Drucker
- Patienten-Notruf
- Patientenaufwurf

Beratung • Planung • Installation • Schulung • regionale Hotline • Service
Komplette Dienstleistungen für Ihre Praxis in ganz Mecklenburg-Vorpommern

RICHTERSYSTEM GmbH

Cambser Str. 24
19067 Rampo

Telefon 0 38 66 / 49 29 31
Telefax 0 38 66 / 49 29 32

E-Mail info@richtersystem.de
Internet <http://www.richtersystem.de>

medatixx
Servicepartner

Präventionsinitiative der Berufsverbände und der KVMV PRÄVENTIONSPASS für die Versicherten

In Zusammenarbeit mit den ärztlichen Berufsverbänden hat die KVMV eine Präventionsinitiative auf den Weg gebracht. Ziel der Initiative ist es, dass die Versicherten die Früherkennungsuntersuchungen regelmäßig in Anspruch nehmen.

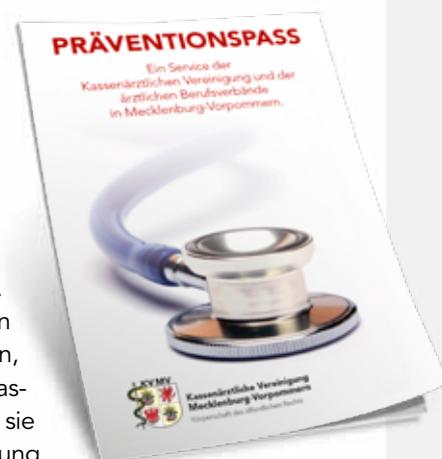
Hierfür wurde unter Mitwirken der Ärzteschaft ein Präventionspass entwickelt. Der Präventionspass kann nun als freiwillige Initiative durch den behandelnden Arzt an die Versicherten ausgegeben werden, um empfohlene Vorsorgeuntersuchungen, wie das Hautkrebscreening, die Darmkrebsvorsorge, spezielle Vorsorgeleistungen für Frauen und Männer sowie die Gesundheitsuntersuchung zu dokumentieren. Zudem können die Versicherten ihre Bereitschaft zur Organspende auf dem Pass mitteilen.

Für statistische Zwecke wurde die Pseudo-GOP 90060 – für die Ausstellung des Passes durch den Arzt – und die Pseudo-GOP 90061 – für die Dokumentation einer Vorsorgeuntersuchung im Präventionspass – festgelegt. Die Vergütung der erbrachten präventiven Leistungen erfolgt wie gewohnt extrabudgetär durch die Krankenkassen. Die Dokumentation durch vorgenannte Gebührenordnungspositionen wird nicht zusätzlich vergütet. **Mit der Herausgabe des Passes sollten die Patienten auch den aktuali-**

sierten Vorsorgeflyer „Der Vorsorge-Checker“ der KVMV erhalten. Der Flyer informiert die Patienten über die Inhalte der empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen und die Untersuchungsintervalle. Die ärztlichen Fachgruppen sind an dieser Stelle aufgerufen, den Einsatz des Präventionspasses aktiv zu fördern, indem sie die Patienten über die Bedeutung der Präventionsmaßnahmen auch anderer Fachärzte informieren.

Der Präventionspass ist ein erster Schritt der gemeinsamen Präventionsinitiative der Ärzteschaft in Mecklenburg Vorpommern, dem weitere folgen sollen. Der Pass sowie der Vorsorgeflyer können kostenfrei im Vordrucke-Service der KVMV bei Bärbel Ueckermann (Tel.: 0385.7431 351) angefordert werden.

Für Rückfragen stehen André Aeustergerling und Kristin Fenner aus der Vertragsabteilung (Tel.: 0385.7431 211/491) zur Verfügung.



kf

Vereinbarung mit der AOK Nordost: Blutzuckerteststreifen

Die folgenden Hinweise zur firmenunabhängigen Verordnung von Blutzuckerteststreifen sollten unbedingt beachtet werden:

Die Ausstellung des Rezeptes (Muster 16) sollte unter der Bezeichnung „Blutzuckerteststreifen“ und der Angabe der Packungsgröße „50 Stück“ erfolgen. Sofern mehrere Packungen verordnet werden, ist zusätzlich auch die Anzahl der Packungen anzugeben. Der verordnende Arzt erhält für den zusätzlichen Aufwand der Prüfung, ob Versicherte der AOK Nordost auf preisgünstige Blutzuckerteststreifen umgestellt werden können und für deren diesbezügliche Beratung, eine zusätzliche Vergütung in Höhe von 1,00 Euro je firmenunabhängig verordneter 50-Stück-Packung. Hierfür ist die GOP 99010 berechnungsfähig. Es ist zu beachten, dass für jede verordnete 50-Stück-Packung die GOP 99010, bei Bedarf mit einem entsprechenden Multiplikator, zur

Abrechnung zu bringen ist. Abrechnungsvoraussetzung dieser GOP ist die **firmenunabhängige Ausstellung** des Rezeptes. Eine weitergehende Kennzeichnung des Rezeptes ist nicht notwendig.

Die KVMV weist daraufhin, dass derzeit offenbar Pharmareferenten falsch zur Kennzeichnung von Rezepten informieren. Eventuell fordern sie die Ärzte auf, die firmenunabhängig ausgestellten Rezepte mit Aufklebern (o. ä.) namentlich benannter Produkte zu versehen. Dem sollte nicht Folge geleistet werden. Sofern solche Aufkleber verwendet werden, handelt es sich um eine namentliche Verordnung, die nicht zur Abrechnung der GOP 99010 berechtigt.

Für weitere Fragen steht André Aeustergerling aus der Vertragsabteilung (Tel.: 0385.7431 211) zur Verfügung.

aeu



Erweiterte Vorsorgeuntersuchung bei der Landespolizei

Im Oktober-Journal wurde bereits über die mit dem Landesamt für zentrale Aufgaben und Technik der Polizei, Brand- und Katastrophenschutz Mecklenburg-Vorpommern (LPBK M-V) zur Durchführung einer erweiterten Vorsorgeuntersuchung geschlossene Vereinbarung berichtet. Die Vereinbarung tritt zum 1. Januar 2013 in Kraft.

Der Leistungsinhalt der Vorsorgeuntersuchung wird über die reguläre Vorsorgeuntersuchung (Check-up) hinaus erweitert. Der genaue Leistungsinhalt ist im Vertrag geregelt, der auf der Homepage der KVMV eingestellt ist (www.kvmv.de → Für Ärzte → Recht/Verträge → Verträge und Vereinbarungen → Freie Heilfürsorge).

Zu dem anspruchsberechtigten Personenkreis gehören Polizeivollzugsbeamte der Landespolizei M-V, die zum Zeitpunkt der Untersuchung das 35. Lebensjahr vollendet haben. Die Untersuchung findet alle vier Jahre statt. Zur Durchführung der Untersuchung sind die im Bereich der KVMV an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Vertragsärzte und medizinischen Versorgungszentren berechtigt. Ein personalisiertes Schreiben vom LPBK M-V dient zur Legitimation sowie als Grundlage zur Durchführung und Abrechnung der Untersuchung.

Die Dokumentation der erhobenen Daten erfolgt über das KV-SafeNet. Der Arzt erhält hier die Möglichkeit, sicher und einfach die Untersuchungsergebnisse zu dokumentieren und an die KVMV weiterzuleiten. Unter dem Reiter „Praxis Team“ befindet sich das neue Feld „Doku Landespolizei“. Nach Betätigung des Feldes

können die Patientendaten neu angelegt und der als Online-Formular hinterlegte Anamnesebogen ausgefüllt werden. Auf der ersten Seite des Bogens muss der Arzt vermerken,

ob der Versicherte einer Übermittlung der Daten an die Landespolizei zustimmt. Hierzu muss parallel die Einverständniserklärung ausgefüllt und vom Patienten unterschrieben werden. Diese verbleibt in der Praxis. Während der Anamnesebogen bearbeitet wird, kann das Dokument durch Betätigung des Feldes „Speichern“ zwischengespeichert und zu einem späteren Zeitpunkt erneut aufgerufen und bearbeitet werden. Ist das Formular vollständig ausgefüllt, ist es sofort oder spätestens vier Wochen nach Leistungserbringung über das Feld „markierten Patienten abrechnen“ an die KVMV zu übermitteln.

Für Fragen zur Umsetzung des Vertrages im KV-SafeNet steht Jana Krämer aus der EDV-Abteilung (Tel.: 0385.7431 239) zur Verfügung.

Die erweiterte Vorsorgeuntersuchung wird mittels der GOP 91100 mit 150 Euro vergütet. Eine Abrechnung der GOP 01732 EBM ist neben der Abrechnungsnummer 91100 im gleichen Behandlungsfall ausgeschlossen.

Für weitere Rückfragen steht Kristin Fenner aus der Vertragsabteilung (Tel.: 0385.7431 491) zur Verfügung.

kf



VERAH ab sofort auch bei der Knappschaft

Eine Vereinbarung über den Einsatz der nicht-ärztlichen Praxisassistentinnen (VERAH) unabhängig vom Versorgungsgrad gilt nun auch für die Knappschaft.

In Ergänzung der Delegations-Vereinbarung wurde mit Wirkung zum 1. November 2012 für deren Versicherte die Bindung an den Versorgungsgrad aufgehoben. Für die Vergütung gelten die bekannten EBM-Kostenpauschalen GOP 40870 und GOP 40872. Eine bereits bestehende Genehmigung wird für die Knappschaft erweitert, so dass keine erneute Antragstellung notwendig ist. Die IKK hat ebenfalls erklärt, eine diesbezügliche Vereinbarung kurzfristig abschließen zu wollen.

Das Unterschriftenverfahren hierzu ist derzeit allerdings noch nicht abgeschlossen.

Ansprechpartnerin bei der KVMV für Genehmigungsfragen ist Monika Schulz, Qualitätssicherung, Tel.: 0385.7431 383.

Eine Übersicht aller Kassen, die eine solche Vereinbarung geschlossen haben, ist unter: www.kvmv.de → Für Ärzte → Recht/Verträge → Verträge und Vereinbarungen → VERAH zu finden.

Weitere Fragen beantwortet Kristin Fenner, Vertragsabteilung, Tel.: 0385.7431 491.

kf

Änderung: Hausarztzentrierte Versorgung mit den Betriebskrankenkassen/ Teilnahme der Patienten

Auf Grund einer Ablaufumstellung sind die Teilnahmeerklärungen von Versicherten der am Vertrag teilnehmenden BKKn ab Januar 2013 nicht mehr an „FormareMed“ zu senden, sondern an die

**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Neumühler Str. 22
19057 Schwerin.**

Die in den Praxen noch vorliegenden doppelseitigen Teilnahmeerklärungen mit dem Adressat „Formare-

Med“ können weiter verwendet werden. Sie werden auch noch über die Formularstelle der KVMV herausgegeben.

In der Vergangenheit sind einige Teilnahmeerklärungen nur mit großem Aufwand dem einschreibenden Hausarzt zugeordnet worden, da diese nur mit der Unterschrift des Arztes versehen waren. Das ist nicht ausreichend. Die Teilnahmeerklärungen der Patienten sind zwingend mit einem Arztstempel/LANR zu versehen.

jw

Verschiedene Verträge/ Teilnahme der Kassen

Die BKK APL plus, teilnehmend am Hausarztvertrag, dem Hautkrebscreening-Vertrag sowie ab 1. April 2012 am Homöopathie-Vertrag teilnehmend, nennt sich seit dem 1. September 2012 **actimonda Krankenkasse**. Die **BKK Voralb** und die **Saint-Gobain BKK** nehmen ab 1. Januar 2013 nicht mehr am Vertrag zum Hautkrebscreening gemäß § 73c SGB V teil.

Ansprechpartnerin in der KVMV: Jeannette Wegner, Tel.: 0385.7431 394, Vertragsabteilung

jw

Kurative Mammographie – nicht als IGeL-Leistung



Aus gegebenem Anlass weist die Radiologie-Kommission der KVMV, Sachgebiet „kurative“ Mammographie, darauf hin, dass bei konkret vorliegenden Verdachtsmomenten (z.B. zusätzliche Risikofaktoren oder Tastbefund) eine kurative Mammographie als gerechtfertigt und damit als ärzt-

lich indiziert anzusehen ist.

Ausschlaggebend hierfür ist die rechtfertigende Indikation auf einem Überweisungsschein.

Die Entscheidung, ob und wann die kurative Mammographie durchgeführt werden sollte, obliegt dem Frauenarzt. Diese Entscheidung ist von vielen Faktoren abhängig und muss bei jeder Patientin neu überdacht werden.

Bei folgenden Indikationen haben die Patientinnen ein Anrecht auf eine möglichst zeitnahe Abklärung bei einem auf Brustdiagnostik spezialisierten Arzt:

- Abklärung von Beschwerden (einseitig)
- Abklärung von Knoten in der Brust
- Abklärung von unklaren Tastbefunden
- bei Zustand nach Brustkrebs
- bei Zustand nach Brustoperationen mit kontrollbedürftigem Befund
- bei erhöhtem Risiko für eine Brustkrebserkrankung (Mammakarzinom bei Verwandten 1. oder 2. Grades, Mammakarzinom bei zwei Verwandten 3. und 4. Grades, bei Eierstockkrebs einer Angehörigen 1. Grades).

Hierfür tragen die Krankenkassen die Kosten.

Die Erbringung der Mammographie als eine so genannte Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) ist aus strahlenschutzrechtlichen Gründen und aufgrund des Fehlens qualitätssichernder Rahmenbedingungen nicht zulässig.

ml



Kreisregionen	Fachgebiet													
	HÄ	INT	PÄD	ANÄ	AUG	CHI	GYN	HNO	DER	NER	ORT	URO	RAD	PSY
Neubrandenburg, Stadt														
Mecklenburg-Strelitz	F													
Stralsund, Hansestadt/Nordvorpommern		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Schwerin, Landeshauptstadt/Wismar, Hansestadt/Nordwestmecklenburg		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Schwerin, Landeshauptstadt														
Wismar, Hansestadt/Nordwestmecklenburg	F													

Kreisfreie Städte

Planungsbereiche	wenn Planungsbereich gesperrt noch mgl. Zulassung		
	PSY	Ärztliche Psychotherapeuten	nur Kinder/Jugendliche betreuende Psychotherapeuten
Rostock (Hansestadt)	X	1	1

Landkreise

Planungsbereiche	wenn Planungsbereich gesperrt noch mgl. Zulassung		
	PSY	Ärztliche Psychotherapeuten	nur Kinder/Jugendliche betreuende Psychotherapeuten
Bad Doberan	X	1	0
Demmin	X	0	0
Güstrow	X	0	0
Ludwigslust	X	0	1
Müritz	X	0	0
Parchim	X	1	0
Rügen	X	0	0
Uecker-Randow	X	0	0

Kreisregionen

Planungsbereiche	wenn Planungsbereich gesperrt noch mgl. Zulassung		
	PSY	Ärztliche Psychotherapeuten	nur Kinder/Jugendliche betreuende Psychotherapeuten
Greifswald, Hansestadt/Ostvorpommern	X	0	0
Neubrandenburg, Stadt/Mecklenburg-Strelitz	X	0	0
Stralsund, Hansestadt/Nordvorpommern	X	0	0
Schwerin, Landeshauptstadt/Wismar, Hansestadt/Nordwestmecklenburg	X	0	0

Stand Arztzahlen: 11.10.2012; Stand Einwohner: 31.12.2011; X – gesperrte Planungsbereiche; Farbe rot – partielle Öffnung; D – Entsperrung aufgrund der Anwendung des Demografiefaktors; in Regionen, die mit F gekennzeichnet sind, können Zulassungen gefördert werden; über die Bedingungen für eine Förderung erteilt die VMV, Abt. Sicherstellung, Auskunft.

Fortsetzung siehe Seite 22 ▼



▼ Fortsetzung von Seite 21

Zulassungsmöglichkeiten aufgrund des Mindestversorgungsanteils bei Psychotherapeuten bzw. aufgrund partieller Öffnung bei Hausärzten

Es wurde festgestellt, dass in den Planungsbereichen **Rostock und Parchim** trotz einer Überversorgung für das Gebiet der Psychotherapie aufgrund der gesetzlich vorgegebenen Mindestversorgungsquote jeweils noch eine Zulassungsmöglichkeit für einen **ärztlichen Psychotherapeuten** besteht.

Es wurde weiterhin festgestellt, dass im Planungsbereich **Rostock** trotz einer Überversorgung für das Gebiet der Psychotherapie aufgrund der gesetzlich vorgegebenen Mindestversorgungsquote noch eine Zulassungsmöglichkeit für einen **nur Kinder und Jugendliche betreuenden Psychotherapeuten** besteht. Für folgendes Fachgebiet und Planungsbereich wurde festgestellt, dass eine Überversorgung nicht mehr besteht:

Hausärzte im Planungsbereich Greifswald

Die partielle Öffnung erfolgt gemäß § 23 der Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte mit der Auflage an den Zulassungsausschuss, dass Zulassungen nur in einem solchen Umfang erfolgen dürfen, bis für die Arztgruppe Überversorgung eingetreten bzw. der erforderliche Versorgungsanteil erreicht ist. Darüber hinaus können Zulassungen für ärztliche Psychotherapeuten bzw. ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuende Psychotherapeuten nur bis zum Erreichen des jeweiligen Mindestversorgungsanteils erteilt werden. Vor diesem Hintergrund besteht für ärztliche Psychotherapeuten in den Planungsbereichen Rostock und Parchim, für nur Kinder und Jugendliche betreuende Psychotherapeuten im Planungsbereich Rostock und für Hausärzte im Planungsbereich Greifswald die Möglichkeit, sich für eine Zulassung beim Zulassungsausschuss zu bewerben. Der Antrag sowie die vollständigen Zulassungsun-

terlagen müssen **bis zum 15. Januar 2013** beim Zulassungsausschuss vorliegen.

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

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

Der Zulassungsausschuss berücksichtigt nur solche Anträge, die nach der Bekanntmachung vollständig und fristgerecht abgegeben wurden.

Erreichung des Mindestversorgungsanteils für ausschließlich Kinder und Jugendliche betreuende Psychotherapeuten

Für die **Fachgruppe der Kinder und Jugendliche betreuende Psychotherapeuten** im Planungsbereich **Bad Doberan** wurde der festgelegte Mindestversorgungsanteil von 20 Prozent erreicht. Damit ist für den Planungsbereich **Bad Doberan** keine weitere Zulassung von **nur Kinder und Jugendliche betreuende Psychotherapeuten** mehr möglich.

Für das **Fachgebiet Kinderheilkunde** im Planungsbereich **Bad Doberan** wurde Überversorgung festgestellt. Damit wird der Planungsbereich Bad Doberan für weitere Zulassungen im Fachgebiet Kinderheilkunde gesperrt.

In folgenden Planungsbereichen wurde in der hausärztlichen Versorgung eine in absehbarer Zeit drohende Unterversorgung festgestellt: **Bad Doberan, Güstrow, Ludwigslust, Mecklenburg-Strelitz, Müritzt, Nordwestmecklenburg/Wismar, Ostvorpommern, Parchim und Uecker-Randow.**

h

Information der Kreisstelle Rostock

Das Formularlager der Kreisstelle Rostock, Paulstraße wird zum 31. Dezember 2012 aufgelöst.

Formulare können ab Januar 2013 nun direkt über das KV-SafeNet bestellt werden. Das funktioniert folgendermaßen:

Einfach in das KV-SafeNet einloggen, dann sieht man auf der linken Seite den Menüpunkt „Formularbestellung“.

Diesen anklicken, bestellen und abschicken.

Etwa drei bis vier Tage später werden die bestellten Formulare ohne zusätzliche Kosten direkt in die Praxis geliefert.

Über den Vordruck-Service der KVMV ist eine Bestellung ebenfalls möglich:

Bestellung per E-Mail: iv@kvmv.de, Christiane Schmidt, bzw. per Telefon: 0385.7431 351, Bärbel Ueckermann.

chs

Ermächtigungen und Zulassungen

Der Berufungs- und der Zulassungsausschuss beschließen über Ermächtigungen und Zulassungen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Weitere Auskünfte erteilt die Abteilung Sicherstellung der KVMV, Tel.: 0385.7431 368 oder 369.

BAD DOBERAN

Die Zulassung haben erhalten

Dr. med. *Anja Gabert*,
FÄ für Innere Medizin für Schwaan für die hausärztliche Versorgung,
ab 1. April 2013;

Dr. med. *Sandra Roloff*,
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin für Schwaan,
ab 1. Januar 2013.

Änderung der Zulassung

Dr. med. *Hermann-Josef Strotmann*,
hausärztlicher Internist in Neubukow, die Zulassung wird ab 1. Oktober 2012 auf die Hälfte des vollen Versorgungsauftrages beschränkt.

Widerruf der Genehmigung einer Anstellung

Prof. Dr. med. *Gunther Neeck*, FA für Innere Medizin/Rheumatologie in Bad Doberan, zur Anstellung von Dr. med. *Anne Caroline Stellen* als hausärztliche Internistin in seiner Praxis,
ab 1. Juli 2012.

Ermächtigung

Dr. med. *Ulf Warning*,
Chirurgische Abteilung des Krankenhauses Bad Doberan, für chirurgische Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Chirurgie ermächtigt. Ausgenommen sind Leistungen, die das Krankenhaus gemäß §§ 115 a und b und 116 b SGB V erbringt,
bis zum 31. Dezember 2014.

DEMMIN

Ermächtigung

Dr. med. *Angela Simon*,
Klinik für Orthopädie 2 in Malchin des Dietrich Bonhoeffer Klinikums Neubrandenburg, für Diagnostik und Therapie von Fuß- und Sprunggelenkserkrankungen auf Überweisung von niedergelassenen Orthopäden, Chirurgen und Kinderärzten ermächtigt,
bis zum 31. Dezember 2013.

GREIFSWALD/OSTVORPOMMERN

Die Zulassung hat erhalten

Dr. med. *Karin Kirsch*,
FÄ für Nuklearmedizin für Greifswald,
ab 1. Dezember 2012.

Ende der Zulassung

Dipl.-Med. *Angela Völtz*,
FÄ für Allgemeinmedizin in Ahlbeck, endete mit Wirkung ab 1. Oktober 2012.

Erweiterung der Zulassung

Dr. med. *Holger Streckenbach*,
FA für Nuklearmedizin für Greifswald,
ab 1. Oktober 2012.

Ruhen der Zulassung

Dr. med. *Malgorzata Schietsch*,
FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und FÄ für Phoniatrie und Pädaudiologie in Greifswald,
ab 1. Oktober 2012 befristet bis zum 31. Juli 2013.

Ermächtigung

Michael Fiene,
FA für Innere Medizin/Rheumatologie am Universitätsklinikum Greifswald, für Diagnostik und Therapie rheumatologischer Krankheitsbilder auf Überweisung von Vertragsärzten ermächtigt,
bis zum 30. September 2014.

GÜSTROW

Genehmigung einer Anstellung

Heike Golatowski, hausärztliche Internistin in Güstrow, zur Anstellung von Dipl.-Med. *Brigitte Burchard* als hausärztliche Internistin in ihrer Praxis,
ab 1. November 2012.

MÜRITZ

Praxissitzverlegung innerhalb des Ortes

Maxi Sanman,
FÄ für Allgemeinmedizin in Waren, Beethovenstr. 4,
ab 1. Januar 2013.

NEUBRANDENBURG/MECKLENBURG-STRELITZ

Ende der Zulassung

Dr. med. *Gunter Ballauf*,
FA für Chirurgie in Neubrandenburg, endet mit Wirkung ab 1. April 2013.

Die Zulassung hat erhalten

Andreas Koepcke,
FA für Chirurgie für Neubrandenburg,
ab 1. April 2013.

Ablehnung der Sonderbedarfszulassung

Dr. med. *Stefan Hoppe*,
FA für Kinder- und Jugendmedizin, der Antrag auf Sonderbedarfszulassung als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin ab 1. Januar 2013 für Neustrelitz wird abgelehnt.

Änderung der Zulassung

Dipl.-Med. *Andreas Kurzidim*,
hausärztlicher Internist in Neustrelitz, die Zulassung wird ab 1. Oktober 2012 auf die Hälfte des vollen Versorgungsauftrages beschränkt.

Genehmigung einer Anstellung

MVZ Diaverum Neubrandenburg GmbH, zur Anstellung von Dr. med. *Winfried Schulte-Sperlich* als hausärztlicher Internist im MVZ, ab 1. Oktober 2012;

MVZ Neubrandenburg-Mitte, zur Anstellung von Dipl.-Med. *Andreas Kurzidim* als FA für Innere Medizin im MVZ, ab 1. Oktober 2012.

Widerruf der Genehmigung einer Anstellung

MVZ Diaverum Neubrandenburg GmbH, zur Anstellung von Dr. med. *Hendrik Hahn* als Praktischer Arzt im MVZ, ab 1. Oktober 2012.

PARCHIM

Die Zulassung hat erhalten

Dr. med. *Alexander Kademann*,
hausärztlicher Internist für Parchim,
ab 1. April 2013.

Praxissitzverlegung innerhalb des Ortes

Petra Pöhler,
FÄ für Allgemeinmedizin in Plate, Störstr. 2,
ab 1. Januar 2013.

Genehmigung einer Anstellung

Dipl.-Med. *Gunter Scholz*, niedergelassener FA für Orthopädie in Crivitz, zur Anstellung von Dr. med. *Hans-Herbert Springer* als FA für Orthopädie in seiner Praxis, ab 1. Oktober 2012;

MediClin MVZ GmbH Plau am See, zur Anstellung von *Mari-na Makarova* als FÄ für Neurologie im MVZ, ab 11. Oktober 2012.

Widerruf der Genehmigung einer Anstellung

MediClin MVZ GmbH Plau am See, zur Anstellung von Dr. med. *Helge Iwersen-Schmidt* als FÄ für Neurologie im MVZ, ab 1. Oktober 2012.

Ermächtigungen

Dipl.-Med. *Karsten Räther*,
Krankenhaus am Crivitzer See GmbH,
für chirurgische Leistungen auf Überweisung von Vertrags-
ärzten ermächtigt. Ausgenommen sind Leistungen, die das
Krankenhaus gemäß §§ 115 a und b und § 116 b SGB V
erbringt,
bis zum 30. September 2014;

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung der Asklepios-
Klinik Parchim GmbH,
wird als ärztlich geleitete Einrichtung für Leistungen nach
der EBM-Nr. 01780 auf Überweisung von niedergelassenen
Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ermächtigt,
bis zum 31. Dezember 2014;

Kathrin Sensen,
Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Asklepi-
os-Klinik Parchim,
für ambulante Operationen auf Überweisung von niederge-
lassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
ermächtigt.
Folgende OPS-Ziffern sind Bestandteil der Ermächtigung:
5-651.b2 R/L/B, 5-656.a2 R/L/B, 5-657.62, 5-657.92 R/L/B,

5-659.22 R/L/B, 5-665.42 R/L/B, 5-667.1, 5-672.0, 5-702.1,
5-681.23, 5-701.1, 5-714.4., 5-895. 2c.

Die OPS- Ziffern sind in folgenden EBM-Nummern enthal-
ten: 31101, 31301 bis 31304, 31312, 31313.

Die Ermächtigung beinhaltet keine Leistungen, die das
Krankenhaus Parchim gemäß § 115 b SGBV erbringt,
bis zum 31. Dezember 2014.

ROSTOCK

Ende der Zulassung

Dr. med. *Brigitte Alwardt*,
FÄ für Allgemeinmedizin in Rostock, endete mit Wirkung ab
1. Oktober 2012;

Dipl.-Med. *Waltraud Groth*,
FÄ für Allgemeinmedizin in Rostock, endete mit Wirkung ab
1. Oktober 2012.

Praxissitzverlegung innerhalb des Ortes

Dipl.-Med. *Torsten Lange*,
FA für Allgemeinmedizin in Rostock,
Trelleborger Str. 10 c, ab 1. Oktober 2012;

Dr. med. *Andrea Piontke*,
FÄ für Allgemeinmedizin in Rostock,
Himmelspforte 1 und 2, ab 1. Dezember 2012;

Dr. med. *Iris Wesolek*,
FÄ für Neurologie und Psychiatrie in Rostock,
Albert-Schweitzer-Str. 24, ab 1. November 2012;

Dr. med. *Claudia Damrath*,
FÄ für Allgemeinmedizin in Rostock,
Erich-Schlesinger-Str. 27, ab 26. November 2012.

Genehmigung einer örtlichen Berufsausübungsgemein- schaft

Dipl.-Med. *Marlis Geißler* und Dipl.-Med. *Heinzjörg Geißler*,
FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Rostock,
ab 1. Oktober 2012.

Widerruf der Genehmigung einer Anstellung

Onkologische Fachambulanz am Klinikum Südstadt Rostock,
zur Anstellung von Dr. med. *Heiko Postrach* als FA für Uro-
logie im Klinikum,
ab 1. Januar 2012.

Ermächtigungen

Dr. med. *Katja Breuel*, FÄ für Kinder- und Jugendmedizin,
Kinderklinik des Universitätsklinikums Rostock,
für bronchopulmologische Leistungen auf Überweisung von
niedergelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendmedi-
zin/Kinderpneumologie ermächtigt,
bis zum 30. September 2014;

Dr. med. *Peter Ketterer*, Facharzt für Innere Medizin,
zur Betreuung der Bewohner des Hospizes am Klinikum
Südstadt Rostock ermächtigt,
bis zum 31. Dezember 2013;

Dr. med. *Astrid Huth*, FÄ für Innere Medizin
Universitätsmedizin Rostock,
die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen
Versorgung zur Behandlung der gastroenterologischen Er-
krankungen Morbus Crohn, Colitis ulcerosa und der gast-





rointestinalen Allergien auf Überweisung von endoskopisch tätigen Internisten wird beschränkt auf die bereits in Behandlung befindlichen Patienten;

Ablehnung einer Ermächtigungen

Dr. med. *Jörg Ringel*,
FA für Innere Medizin/Gastroenterologie,
die Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zur Behandlung der gastroenterologischen Erkrankungen Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, gastrointestinales Allergien, primär biliären Sklerosen, primär sklerosierenden Cholangitiden, Autoimmunhepatiden (mit Autoimmuncholelithen, Overlap Syndrom) Zöliakien und Autoimmunenteropathien sowie für Leistungen nach den EBM-Nummern 02200, 02340, 02341, 02401 auf Überweisung von Vertragsärzten wurde abgelehnt.

SCHWERIN/WISMAR/NORDWESTMECKLENBURG

Die Zulassung hat erhalten

Alexandra Stein,
FÄ für Augenheilkunde für Wismar,
ab 1. Januar 2013.

Praxissitzverlegung innerhalb des Ortes

Klaus Neis,
hausärztlicher Internist in Schwerin, Johannes-Brahms-Str. 58,
ab 1. Oktober 2012;

MVZ Gadebusch GmbH,
Erich-Weinert-Str. 14,
ab 1. Oktober 2012.

Genehmigung einer Anstellung

MVZ Schwerin Ost GmbH, zur Anstellung von *Irina Teske* und *Rafaela Schnellen* als FÄ für Allgemeinmedizin im MVZ,
ab 1. Oktober 2012;

MVZ Gadebusch GmbH, zur Anstellung von Dr. med. *Antje Scharlau* als FÄ für Neurologie im MVZ,
ab 1. Januar 2013.

Widerruf der Genehmigung einer Anstellung

MVZ Schwerin Ost GmbH, zur Anstellung von Dr. med. *Jürgen Friedmann* als FA für Innere Medizin im MVZ,
ab 1. Oktober 2012;

MVZ Schwerin West GmbH, zur Anstellung von Dr. med. *Björn-Gunnar Wolf* als FA für Allgemeinmedizin im MVZ,
ab 11. Oktober 2012;

MVZ Gadebusch GmbH, zur Anstellung von *Stefani Werner* als FÄ für Neurologie und Psychiatrie im MVZ,
ab 1. Januar 2013.

Ermächtigungen

Dr. med. *Stephanie Colling*,
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der HELIOS-Kliniken Schwerin, für neuropädiatrische Leistungen auf Überweisung von hausärztlich tätigen Vertragsärzten ermächtigt,
bis zum 31. Dezember 2014;

Dr. med. *Wolfgang Stangenberg*,
Leiter des DRK-Blutspendedienstes Mecklenburg-Vorpommern, 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 ermächtigt. Die Leistungserbringung erfolgt ausschließlich am Standort des Institutes für Transfusionsmedizin in Schwerin,
bis zum 31. März 2014;

Dr. med. *Olaf Kannt*,
Klinik für Neonatologie und Neuropädiatrie der HELIOS-Kliniken Schwerin,
für neuropädiatrische Leistungen und für Leistungen nach der EBM-Nummer 30901 bei Kindern bis zum vollendeten dritten Lebensjahr auf Überweisung von hausärztlich tätigen Vertragsärzten ermächtigt,
bis zum 31. Dezember 2014;

Christian Güttel,
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der HELIOS-Kliniken Schwerin,
zur Behandlung kinderrheumatologischer Erkrankungen, Lebererkrankungen und chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen sowie hämatologischer und onkologischer Erkrankungen auf Überweisung von Vertragsärzten ermächtigt,
bis zum 31. Dezember 2014;

Dr. med. *Matthias Kasbohm*,
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der HELIOS-Kliniken Schwerin,
für diagnostische und therapeutische Leistungen des Teilgebietes Kinderkardiologie auf Überweisung von Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten der Kinderklinik der HELIOS-Kliniken Schwerin ermächtigt,
bis zum 31. Dezember 2014;

Dr. med. *Eberhard Wiedersberg*,
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der HELIOS-Kliniken Schwerin,
für humangenetische Diagnostik und Beratung bei genetischen und chromosomalen Erkrankungen, bei Fehlbildungen sowie bei geplanter pränataler Diagnostik auf Überweisung von Vertragsärzten, ermächtigten Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen ermächtigt,
bis zum 31. Dezember 2014.

Beendigung von Ermächtigungen

Dr. med. *Berit Quaß*, DRK-Blutspendedienst M-V gGmbH, Institut für Transfusionsmedizin Schwerin, mit Wirkung ab 1. Oktober 2012;

Dr. med. *Michael Kunze*, Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der HANSE-Klinikum Wismar GmbH, mit Wirkung ab 1. Dezember 2012;

Dr. med. *Cornelia Werschnik*, Klinik für Augenheilkunde der HELIOS-Kliniken Schwerin, mit Wirkung ab 1. Oktober 2012.





STRALSUND/NORDVORPOMMERN

Ende der Zulassung

Dr. med. *Elke Giehm*,
FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Stralsund, endet mit Wirkung ab 3. Januar 2013.

Die Zulassung haben erhalten

Dr. med. *Susanne Löser*,
FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten für Stralsund,
ab 3. Januar 2013;

Dr. med. *Stefan Westhäuser*,
FA für Strahlentherapie für Stralsund,
ab 11. Oktober 2012.

Praxissitzverlegung innerhalb des Ortes

Dipl.-Med. *Evelin Wieneke*,
FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Barth,
Blaue Wiese 4, ab 22. Oktober 2012.

Genehmigung einer Anstellung

MVZ Diaverum Stralsund, zur Anstellung von Dipl.-Med. *Simone Schilke* als hausärztliche Internistin im MVZ,
ab 1. Januar 2013;

MVZ Diaverum Stralsund, zur Anstellung von *Oliver Geburky* als FA für Innere Medizin/Nephrologie im MVZ,
ab 1. Oktober 2012;

Dr. med. *Torsten Witstruck* und Dr. med. *Jens Raabe*, niedergelassene FÄ für Orthopädie in Stralsund, zur Anstellung von Dr. med. *Detlef Jungnickel* als FA für Orthopädie in ihrer Praxis,
ab 1. Oktober 2012.

Widerruf einer Anstellung

MVZ Diaverum Stralsund, zur Anstellung von *Oliver Geburky* als hausärztlicher Internist im MVZ,
ab 1. Oktober 2012.

Ermächtigung

Dr. med. *Elke Hamann*,
radiologische Abteilung der Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten GmbH,
für folgende Leistungen auf Überweisung von Vertragsärzten ermächtigt:
- Magen-/Darmdiagnostik im Rahmen des Fachgebietes
- komplexe radiologische und sonographische Mammadiagnostik
- internistische Röntgendiagnostik
- radiologische Gefäßdiagnostik
- urologische Röntgendiagnostik auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Urologie,
bis zum 30. November 2014.

UECKER-RANDOW

Genehmigung einer Anstellung

MVZ Vorpommern GmbH Pasewalk, zur Anstellung von Dipl.-Med. *Birgit Iredi* als FÄ für Kinder- und Jugendmedizin im MVZ,
ab 1. Januar 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.
Stralsund/Nordvorpommern			
Augenheilkunde	1. April 2013	15. Dezember 2012	14/10/11
Chirurgie	nächstmöglich	15. Dezember 2012	08/10/12
Rostock			
Innere Medizin (halber Praxisanteil)	nächstmöglich	15. Dezember 2012	07/11/12
Güstrow			
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	nächstmöglich	15. Dezember 2012	07/03/12/1
Schwerin/Wismar/Nordwestmecklenburg			
Chirurgie (Praxisanteil)	1. Februar 2013	15. Dezember 2012	04/09/12
Nervenheilkunde	1. April 2013	15. Dezember 2012	05/09/12
Demmin			
Allgemeinmedizin	1. Oktober 2013	15. Dezember 2012	12/11/12
Greifswald/Ostvorpommern			
HNO-Heilkunde	1. April 2013	15. Dezember 2012	21/11/12

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.

Bügeleisen: Das „Museum im Steintor“ in Anklam beherbergt eine „heiße“ Schausammlung

Von Hanni Döge*

Wie ein jeder nachvollziehen kann, ist Bügeln nicht nur in der Vergangenheit für Hausmädchen, Wäscherinnen, Schneiderinnen und Hausfrauen eine Herausforderung gewesen. Auch heute ist trotz elektrischer „Wundermaschinen“ das Bügeln nicht gerade eine Lieblingsbeschäftigung der Alltagserledigungen.

Erfindungsreich war das, was die Eitelkeit für gutes Aussehen so hervorbrachte: Erste Belege für die Wäschepflege fand man bei Ausgrabungen in Nordfrankreich und Norddeutschland, den Glätt- oder Gniddestein. Mit dem dunkelgrünen Glasstein wurde so lange über die feuchte Wäsche gestrichen, bis sie glatt und glänzend war. In einem Frauenlexikon stand 1739: „Heisset das weissegewaschene klare Zeug statt der Rolle oder Platte mit einem runden Stein aus Glas, glatt und spiegeln reiben.“ Auch Johann Wolfgang von Goethe ließ einmal verlauten: „...und doch waren ihre seidenen Strümpfe so blank, als wären sie eben unter dem Glättstein hervorgekommen.“

Die Plissierstäbe, Rüschen- und Tolleisen gehören zu den ältesten Bügelgeräten, die ab 1575 für die Pflege der hochmodischen Halskrausen unabdingbar waren.

Doch dann fanden die „Platten“ im 17. Jahrhundert Einzug in die Bügelkammern: Es gab die Bolzen- oder Kasteneisen, das Kohleneisen und das massive Anlege- und Presseisen. Während das Bolzenbügeleisen mit einem glühenden Eisen gefüllt, einfacher zu handhaben war, wurde das Erhitzen des Kohleisens mit glühenden Kohlen zur Tortur, denn der seitlich entweichende Rauch entzündete die Augen. Anlege- und Presseisen kamen direkt ins Kaminfeuer oder auf den Kohleherd und mussten entsprechend vor Gebrauch erst tüchtig gereinigt werden.

Bügeleisen waren Einzelstücke. Reich verziert, gehörten sie mit Sicherheit in eine wohlhabende Familie. Das geschichtsträchtige Steintor in Anklam beherbergt nun in zwei ehemaligen Gefängniszellen eine äußerst umfangreiche Schausammlung von Bügeleisen, auch eine Art von „Folterinstrumenten“, wie es heißt – knapp 50 davon sind zu sehen. Das „Museum im Steintor“ wurde anlässlich der 725-Jahrfeier der Stadt 1989 eröffnet.

Das Steintor, der Pulverturm und wenige Mauerreste sind architektonische Zeitzeugen und gehörten zu einer einst gewaltigen Festungsanlage. Wohl um 1180 wurde der Grundstein für das Tor mit seiner jetzigen Höhe von 32 Metern gelegt. Von den Fenstern der obersten Etage führte ein Wehgang, von dem aus der Türmer die Weitsicht hatte, um Gefahren wie Feuer oder Angriffe an-



zuzeigen. Später wurde der umlaufende Wassergraben erweitert und mit Beginn des Dreißigjährigen Krieges war die mächtige Stadtmauer mit Bastionen bestückt. Anklam wurde Festungsstadt. 200 Jahre später hatte das Steintor seine Bestimmung lange verloren, und man baute es zum Stadtgefängnis um. Dann blieb das Tor jahrelang ungenutzt, wurde 1936 stabilisiert und erst 1986 seiner heutigen Bestimmung angepasst.

Wer in der Vergangenheit von Anklam stöbert, entdeckt Erstaunliches, zumindest in Vergessenheit Geratenes. Dass die bereits 1243 erstmals urkundlich erwähnte Stadt unter vielen Namen wie Tanklem, Tanchlym oder Ankalm zollfrei Seefahrt betreiben durfte, 1283 dem Hansebund beitrat und einst eine der reichsten Städte Pommerns war, ist heutzutage nicht so offensichtlich. Auch wenn an die verheerenden Zerstörungen im Zweiten Weltkrieg erinnert wird, stehen eher Dresden, Hamburg oder Berlin im Fokus der Erinnerung. Dabei ist Anklam nach der Bombardierung durch die Alliierten auf die Arado-Flugzeugwerke wenige Tage vor Kriegsende zu 70 Prozent zerstört worden und reiht sich somit in die am stärksten zerstörten deutschen Städte ein.

Zur ständigen Schau „Sind sie geplättet...“ lädt das Museum auch zu einer Sonderausstellung „Mit Papier – Auf Papier – Aus Papier“ von Beate Remest ein.

Das Steintor ist dienstags bis freitags von 11.00 bis 12.30 Uhr, sonn- und feiertags von 13.00 bis 15.30 Uhr geöffnet.

* Hanni Döge ist Journalistin in Schwerin.



Regional

Rostock – 8. Dezember 2012

Jahresversammlung des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern im BVDD e.V.

Hinweise: Ort: Penta Hotel Rostock, Kröpeliners/Schwaanische Str. 6, 18055 Rostock; Veranstaltungsleiter: Dr. med. *Andreas Timmel*, Markt 26, 18528 Bergen auf Rügen; Teilnahmegebühren: Mitglieder: frei, Nichtmitglieder: 150 Euro.

Information/Anmeldung: CCJ GmbH, CongressCompany Jaenisch, Oll-Daniel-Weg 5, 18069 Rostock, **Tel.:** 0381.8003980, **Fax:** 0381.8003988.

Güstrow – 30. Januar 2013

Balintgruppenarbeit/Qualitätszirkel 2013

Hinweise: 11 Termine im Jahr, Beginn: 30. Januar 2013 – jeden letzten Mittwoch im Monat um 19 Uhr; Ort: Psychotherapeutische Praxis Dipl.-Psych. *Christoph Hübener*, Beim Wasserturm 4, 18273 Güstrow; Teilnehmerkreis: Ärzte aller Fachrichtungen; Leitung: Dipl.-Psych. *Christoph Hübener* (Psychologischer Psychotherapeut/Psychoanalytiker); Teilnahmebestätigung; pro Abend 3 Fortbildungspunkte, Gesamtzertifizierung am Ende des Jahres.

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

Rostock – 16. März 2013

„22. Pädiatrie zum Anfassen“ des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V.

Hinweise: Ort: Innerstädtisches Gymnasium Rostock, Goetheplatz 5, 18055 Rostock; Veranstaltungsleiter: Dr. med. *Susanne Schober*, Hufelandstr. 1, 17438 Wolgast; Teilnahmegebühren werden erhoben.

Information/Anmeldung: CCJ GmbH, CongressCompany Jaenisch, Oll-Daniel-Weg 5, 18069 Rostock, **Tel.:** 0381.8003980, **Fax:** 0381.8003988.

Schwerin KVMV – 13. April 2013

QMÄ-Grundlagenseminar

QM Termin für das 1. Halbjahr 2013
13. April 2013 – QMÄ-Grundlagenseminar
Uhrzeiten: 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.:** 0385.7431 375; Dr. *Sabine Meinhold*, **Tel.:** 039771.59120.

Überregional

Berlin – 12. Dezember 2012

Herzinsuffizienz – Eine interdisziplinäre Herausforderung

Hinweise: Ort: Hessische Landesvertretung, In den Ministergärten 5, 10117 Berlin; Inhalte u.a.: Die Herzinsuffizienz in der Betrachtung von Prävalenz, Diagnose- und Therapiebedarf, Betreuungsaufwand und Kostendruck; Sind Herzinsuffizienz-Patienten in Deutschland chronisch unterversorgt? 8 Fortbildungspunkte.

Information/Anmeldung: COGNOMED Gesellschaft für Fortbildung im Gesundheitswesen mbH, Reinhardtstraße 50, 10117 Berlin, **Tel.:** 030.27878383, **E-Mail:** anmeldung@cognomed.de, **Fax:** 030.27878380.

Hamburg – 12. Januar 2013

15. Jahrestagung der Norddeutsche Vereinigung für Schlafmedizin e.V. (NVSM) 2013

Hinweise: Thema: Schlafmedizin (interdisziplinär), Schwerpunkt: kardiologisch; Ort: Maritim Hotel Reichshof; Veranstalter: Norddeutsche Vereinigung für Schlafmedizin e.V., Postanschrift: NVSM e.V. c/o. Dr. med. *Holger Hein*, Bahnhofstraße 9, 21465 Reinbek, Internet: www.nvsm.de; Gebühr: Mitglieder: frei; Nichtmitglieder: 30 Euro.

Information/Anmeldung: Nord Service Projects GmbH, Kongressdienst, Krögerskoppel 1, 24558 Henstedt-Ulzburg, **Tel.:** 04193.7576-610 oder -612; **Fax:** 04193.7576-689, **E-Mail:** info@nordserviceprojects.de, **Internet:** www.nordserviceprojects.de.

50. GEBURTSTAG

- 2.12. Michael Höhn,
Psychotherapeutisch tätiger Arzt in Ludwigslust;
- 4.12. Dipl.-Med. Andree Toussaint,
niedergelassener Arzt in Brandshagen;
- 7.12. Dipl.-Med. Jens-Ullrik Schubert,
niedergelassener Arzt in Bergen auf Rügen;
- 20.12. Dipl.-Psych. Christina Hörmann-Rath,
niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin in Rostock;
- 28.12. Dipl.-Med. Mathias Knabe,
niedergelassener Arzt in Laage.

60. GEBURTSTAG

- 7.12. Dipl.-Med. Astrid Behrens,
angestellte MVZ-Ärztin in Schwerin;
- 12.12. Dr. med. Gisela Siebert,
angestellte MVZ-Ärztin in Schwerin;
- 12.12. Verena Lauffer,
niedergelassene Ärztin in Greifswald;
- 13.12. Dipl.-Med. Thomas Hohlbein,
niedergelassener Arzt in Rostock;
- 14.12. Dr. med. Sabine Kalisch,
niedergelassene Ärztin in Rostock;
- 15.12. Dr. med. Roswitha Bahle,
niedergelassene Ärztin in Neubrandenburg;
- 16.12. Prof. Dr. med. Uwe Runge,
ermächtigter Arzt in Greifswald.

70. GEBURTSTAG

- 31.12. Dr. med. Wolfgang Tietz,
niedergelassener Arzt in Neukalen.

75. GEBURTSTAG

- 2.12. MR Dr. med. Alexander Scholz,
angestellter Arzt in Crivitz.

WIR TRAUERN UM

Dr. med. Ingrid Seidel, geb. 30.6.1941,
verstorben am 11.10.2012, Sassnitz.



Der stellvertretende Verwaltungsdirektor der KVMV Dan Oliver Höftmann hat aufgrund seiner Promotion zum Thema „Der Vergütungsanspruch des Kassenarztes unter Berücksichtigung der Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen in seiner rechtshistorischen Entwicklung und heutigen Problematik“ den Titel "Dr. iur." an der Juristischen Fakultät der Universität Rostock erlangt. *stt*

Impressum Journal der Kassenärztlichen Vereinigung M-V | 21. Jahrgang | Heft 243 | Dezember 2012

Herausgeber Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern | Neumühler Str. 22 | 19057 Schwerin | Postfach 160145 | 19091 Schwerin | www.kvmv.de | **Redaktion** Abt. Öffentlichkeitsarbeit | Eveline Schott (stt) | Tel.: 0385.74.31.213 | Fax: 0385.74.31.386 | E-Mail: presse@kvmv.de | **Beirat** Dr. med. Dieter Kreye | Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski | Axel Rambow | **Satz und Gestaltung** Katrin Schilder | **Beiträge** André Aeustergerling (aeu) | Kristin Fenner (kf) | Maren Gläser (mg) | Dr. Dagmar Greiner (dg) | Monika Holstein (mh) | Regina Koß (rk) | Martina Lanwehr (ml) | Martin Niggelschmidt (mn) | Christine Segeth (chs) | Jeannette Wegner (jw) | **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.



Wenn der Weihnachtsmann streikt

Satire von Klaus Britting*

Bereits Anfang November rief ich an. Weihnachtsmänner sind gesuchte Leute, da ist es sinnvoll, sich ihren Dienst frühzeitig zu sichern, will man nicht ratlos mit heulenden Kindern vor dem Tannenbaum sitzen und ständig in die vorwurfsvollen Mienen der Eltern blicken.



„In diesem Jahr geht's leider nicht“, sagte der Mann am Telefon. „Was geht nicht?“, fragte ich, „es sind doch noch sechs Wochen bis zum Fest, da können Sie doch noch nicht ausgebucht sein?“, sagte ich. „Nein, nein, bin ich auch nicht, aber wir streiken dieses Jahr!“ „Streiken, wo gibt's denn das? Weihnachtsmänner können doch nicht streiken ...“

„Doch, doch“, sagte der Mann, „letzte Woche in der GdWei-Sitzung ist die Entscheidung gefallen.“ „In was für einer Sitzung?“ „In der GdWei-Sitzung, GdWei: Gewerkschaft der Weihnachtsmänner“, sagte der Mann am Telefon mit fester Stimme. „Ja, um Himmels Willen, weshalb denn?“ „Arbeitszeiten, Lohn, Urlaubsgeld, Überstundenzuschläge, das Übliche“, sagte der Mann lakonisch. „Aber ich kann unmöglich ohne Weihnachtsmann zu meinen Enkeln! Können Sie mir die Namen von anderen Weihnachtsmännern geben?“, fragte ich deshalb sehr freundlich. „Nein, ich werde mich hüten, wir haben schon genug Streikbrecher!“ Das saß.

Am nächsten Tag ging ich zur Arbeitsagentur. „Nikolaus-Schnellschiene: Zimmer 263“, las ich auf dem Aus-

hang. Die freundliche Dame war sofort im Bild: „Nikolaustag oder Heiligabend, welche Uhrzeit, geschäftlich oder privat?“ „Heiligabend, 18 Uhr, privat!“ Die Dame tippte in ihren Computer und sagte: „Schön, da haben wir noch vier Weihnachtsmänner frei. Beim Ersten müssen Sie allerdings die Anreise bezahlen.“ „Kein Problem, wenn er nicht direkt vom Himmel kommt“, scherzte ich. „Gut, macht also zweimal 164 km erster Klasse plus Übernachtung...“ „Bitte ...?“, schrie ich entsetzt. „Also den Zweiten. Der hat aber bereits um 18.30 Uhr einen neuen Termin bei einem Fleischer. Den versäumt er garantiert nicht.“ „Zu kurz, tut mir leid ...“ „Schön, den Dritten. Ah ... verstehen Ihre Kinder Serbokroatisch?“ „Der Weihnachtsmann soll ein zweiseitiges Gedicht von mir vortragen – in Deutsch!“, warf ich ein. „Hm, bleibt nur der Vierte. Der passt, das sehe ich! Kann ich Ihren Schein haben?“ „Welchen Schein?“ „Sagen Sie bloß, Sie haben den Weihnachtsmannanforderungsberechtigungsschein nicht!“, sagte die nette Dame und war gar nicht mehr so nett. Ich starre blutleer in den Raum. „Das darf doch nicht wahr sein, da halten Sie mich die ganze Zeit auf. Wissen Sie nicht, dass wir jetzt effizient arbeiten? Gehen Sie erst mal in Zimmer 479, aber nicht ohne zwei neuere Fotos von sich und Ihrer Frau!“

Ich ging nicht in das Zimmer 479, sondern ins nächste Kaufhaus. Im vierten Stock sah ich in einer Ecke eine größere Anzahl unbekleideter Schaufensterpuppen, daneben große, offene Schachteln. Ich schaute mich vorsichtig um, entnahm der einen den schönen roten Mantel mit weißem Kunstfellbesatz, der anderen einen langen weißen Bart und eine rote Zipfelmütze und schlich mich damit in die Toilette. Als ich wieder heraus trat, wurde ich sofort von Kunden und Mitarbeitern umringt und konnte mir wegen des begeisterten Zuspruchs kaum den Weg zum Ausgang bahnen. Am nächsten Tag rief ich die Direktion des Kaufhauses an und wollte mich für das Ausleihen der Weihnachtsmannbekleidung entschuldigen, doch man ließ mich nicht ausreden. „Wir suchen Sie schon, bitte kommen Sie doch sofort zu uns. Wir brauchen dringend Weihnachtsmänner. Ihr Auftritt gestern war ein großer Erfolg. Bitte kommen Sie unbedingt, wir zahlen auch gut.“

„Geht leider nicht“, sagte ich. „Warum denn?“, fragte der Mann vom Kaufhaus entsetzt. „Ich arbeite nur für Privat!“, erwiderte ich. „Schließlich will ich mit Sozialversicherungen, Arbeitsagentur und Finanzamt keinen Ärger. Oder haben Sie einen Weihnachtsmannanforderungsberechtigungsschein?“

*Klaus Britting, Mölken 41, 24866 Busdorf

Einzigartiges Beispiel der Solidarität einer Berufsgruppe

Der Wunsch, kollegiale Hilfe zu leisten, ist der zentrale Gedanke der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“. Seit mehr als einem halben Jahrhundert kümmert sie sich um in Not geratene Arztfamilien.

Ursprünglich als Hilfswerk zur Unterstützung mittelloser Kollegenkinder aus der damaligen DDR gegründet, hat die Stiftung in den Folgejahren neue Schwerpunkte gesetzt.

Heute sind es Arztkinder, deren Eltern sich auf Grund von Schicksalsschlägen oder anderen Notsituationen in prekärer finanzieller Lage befinden, die dringend Hilfe benötigen und diese bei der Hartmannbund-Stiftung finden. Mit der Ausbildungsförderung sozial benachteiligter junger Menschen setzt sich die Stiftung zum Ziel, diesen einen Weg in die berufliche Existenz zu ermöglichen.

Aber auch die Hilfestellung bei der Berufseingliederung von Ärztinnen und Ärzten sowie die schnelle und unbürokratische Unterstützung bei Schicksalsschlägen und Notlagen sind ein wichtiger Bestandteil der Stiftungsarbeit.

Helfen Sie mit, diese unverzichtbare Hilfe aufrecht zu erhalten und auszubauen.

Unterstützen Sie mit Ihrer Spende die Arbeit der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ – damit wir auch in Zukunft dort Hilfe leisten können, wo sie gebraucht wird.

Vielen Dank

Dr. Klaus Reinhardt

Vorsitzender der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, Vorsitzender Hartmannbund – Verband der Ärzte Deutschlands e. V.

Dr. Waltraud Diekhaus

Stellvertretende Vorsitzende der Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, Vizepräsidentin des Weltärztinnenbundes

Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Dr. Peter Engel

Präsident der Bundeszahnärztekammer
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern e. V.

Dr. Andreas Köhler

Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Spendenkonto der Stiftung:

Deutsche Apotheker- und
Ärztebank eG Stuttgart
Konto-Nr.: 0001486942
BLZ: 30060601

Eine Unterstützung durch die Stiftung erfolgt generell ohne Rücksicht auf die Zugehörigkeit der Ärztinnen und Ärzte oder ihrer Angehörigen zum Hartmannbund.





*Denkt euch,
ich habe das
Christkind gesehen*

Anna Ritter (1865 -1921)

Denkt euch, ich habe das Christkind gesehen!
Es kam aus dem Walde, das Mützchen voll Schnee,
mit rotgefrorenem Näschen.

Die kleinen Hände taten ihm weh,
denn es trug einen Sack, der war gar schwer,
schleppte und polterte hinter ihm her.

Was drin war, möchtet ihr wissen?
Ihre Naseweise, ihr Schelmenpack -
denkt ihr, er wäre offen der Sack?

Zugebunden bis oben hin!
Doch war gewiss etwas Schönes drin!
Es roch so nach Äpfeln und Nüssen!

**Der Vorstand und die Mitarbeiter
der Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
wünschen allen Journallesern
erholsame und besinnliche Feiertage.**