

Journal

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG Mecklenburg-Vorpommern



Einfluss auf ärztliches Verordnungsverhalten

Mehr Freiheit bei der Berufsausübung

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zusammenhang mit der abschließenden Beratung des inzwischen in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetzes im Deutschen Bundestag hat wieder einmal der unvermeidliche Professor „Karlichen-Überall“ Lauterbach, der so genannte Gesundheitsexperte der Sozialdemokraten, verbal zugeschlagen. Das Versorgungsstrukturgesetz



Foto: KVMV

Oliver Kahl

Hauptabteilungsleiter
Kassenärztliche Versorgung
der KVMV

sei in Wahrheit wahrweise ein „Ärzteversorgungsgesetz“ oder ein „KV-Stärkungsgesetz“. Für die hohen Verwaltungskosten der gesetzlichen Krankenkassen machte er zudem jüngst die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen als Verantwortliche aus. Diese gebe das Geld mit vollen Händen aus und habe sich „nicht bewährt“. Bereits vor einigen Jahren hatte er überdies die KVen einmal als „Effizienzvernichter“ bezeichnet. Die gemeinsame Selbst-

verwaltung hat sich also nicht bewährt und die KVen vernichten Effizienz (was auch immer man sich darunter vorzustellen hat). Aber was sind die Alternativen? Glaubt der Herr Professor wirklich, in einem staatlich verwalteten Gesundheitssystem mit angestellten Ärzten gingen die Wartezeiten zurück? Und auch wenn ein rein privatwirtschaftlich organisiertes System für die SPD bereits aus ideologischen Gründen ausscheiden dürfte, hat die PKV in letzter Zeit auch nicht gerade mit Effizienzrekorden oder sinkenden Beitragssätzen von sich reden gemacht. Vom Bankensektor ganz zu schweigen. Demgegenüber hat es die gescholtene Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen geschafft, in der Bundesrepublik eine Gesundheitsversorgung zu organisieren, die in Bezug auf Zugang zu allen erforderlichen Leistungen, Teilhabe am medizinischen Fortschritt, Qualifikation der Ärzte und Kürze der Wartezeiten weltweit ihresgleichen sucht. Aus meiner Sicht verhält es sich mit der Selbstverwaltung wie mit der Demokratie: nicht nachteilsfrei, aber alternativlos. Entscheidend ist dabei allerdings, dass die Akteure unter einer Verwaltung gerade nicht die kritiklose Umsetzung staatlicher Vorgaben verstehen. Vielmehr ist es notwendig, das Heft des Handelns selbst in die Hand zu nehmen und Versorgung aktiv zu gestalten. Bezogen auf das KV-System

sind dabei Gesamtvergütung, Honorarverteilung und Abrechnung die Königsdisziplinen. Natürlich kann man sich darauf beschränken, mit großen Augen nach Berlin zu blicken und auf möglichst detaillierte Vorgaben des Gesetzgebers oder der KBV zur Honorarverteilung zu hoffen, um sich anschließend auf die Bearbeitung säckeweise eingehender Honorarwidersprüche zu stürzen. Man kann aber auch die vorhandenen Spielräume kreativ, konstruktiv und bisweilen konfliktiv im Interesse seiner Mitglieder nutzen und auf diese Weise Vertrauen und Zufriedenheit schaffen. Deshalb hat der Vorstand auch sofort gehandelt, als klar war, dass die Regelungen zur Honorarverteilung ab 2012 wieder maßgeblich auf Landesebene getroffen werden können. Einmal mehr hat sich die KVMV dadurch Respekt verschafft, dass sie als erste und bislang einzige KV einen HVM nach neuem Recht auf den Weg gebracht hat. Bisweilen spricht man inzwischen bereits von „Deutschlands erfolgreichster KV“. Selbstverwaltung bedeutet dabei auch, das Interesse der Gesamtheit aller Ärzte nie aus dem Blick zu verlieren. Was dem Einzelnen zugute kommt, muss in einem System budgetierter Gesamtvergütung anderen weggenommen werden. Deshalb wird es auch immer abgelehnte Anträge geben müssen. Aber auch hier ist es ein Unterschied, ob man den Einzelnen mit der Begründung eines abgelehnten Antrages vor den Kopf stößt oder versucht, nachvollziehbar die Gründe dafür darzulegen, weshalb keine andere Entscheidung möglich war. Dieses Leitbild ist den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der KVMV über viele Jahre von den Vorstandsmitgliedern vorgelebt und vermittelt worden, die aus eigener Anschauung wissen, wie bereits ein einziger ungeschickter Satz in einem Rundschreiben kollektiv Unmut erregen und Vertrauen zerstören kann. Auch wenn das Verwaltungsgebäude der KVMV im Stadtteil Neumühle bisweilen eher wie die Burg des Obotritenfürsten Niklot wirkt und nicht die Leichtigkeit der heute auf der Schlossinsel stehenden Chambord-Kopie von Demmler und Semper aufweist: Es ist Ihr Haus und wir sind für Sie da. Deshalb sind Sie auch eingeladen und aufgerufen, mit uns gemeinsam Versorgung zu gestalten. Gerade mit Rücksicht auf die durch das Versorgungsstrukturgesetz erfreulicherweise noch einmal gesteigerte Vielzahl der Gestaltungsmöglichkeiten für Kooperations- und Tätigkeitsformen sind Sie jederzeit gern willkommen, um mit uns Ihre zukünftige ambulante Tätigkeit zu planen, ob es sich um eine Praxisübernahme, die Gründung von Berufsausübungsgemeinschaften oder Medizinischen Versorgungszentren, die Anstellung von Ärzten, die Tätigkeit in einer Zweigpraxis oder die Vereinbarkeit von Beruf und Familie handelt. Wir freuen uns stets, die hinter den Betriebsstätten- und Arztnummern stehenden Persönlichkeiten kennenzulernen.

Mit den besten Grüßen

Inhaltsverzeichnis

Politik reflektieren

Statement: Wer die Wahrheit sagt,
wird nicht wiedergewählt? 4

Qualitätssicherung

KBV Messe Versorgungsinnovation 2012 5
Gemeinsam zum Wohle der Versicherten 14
Im Blick: Das Projekt 116 117 15
Weitere Kassen finanzieren ambulante
ärztliche Pflegeheim-Betreuung 15
SAPV-Teams 21

Justizariat

Einflussnahme der Krankenkassen auf
ärztliches Ordnungsverhalten 6
Kollegiales Miteinander – Gemeinsame Betreuung
der Patienten im haus- und fachärztlichen
Versorgungsbereich 7



Kassenärztliche Versorgung

Mehr Freiheit bei der Berufsausübung 8
Praxissitzverlegungen innerhalb eines Ortes 10
Titanbeschichtete Brustimplantate 11
Zur Fortbildung verpflichtet 11

Vertragsabteilung

Ergänzende Hautvorsorge-Verträge 12
Mitteilungen im Zuge von Fusionen 13
Verträge zur Tonsillotomie 13

Abrechnung

Änderungen des EBM 16

Arzneimittelkosten-Information

Drum prüfe ewig, wer nichts Besseres findet 18

Positiver Entwicklungstrend
bei J1-Vorsorgeuntersuchung



Informationen und Hinweise

Erinnern nützt –
Teilnahme an J1-Vorsorgeuntersuchungen 17
Landkreis Ludwigslust-Parchim 21
Qualitätsbericht 2010 veröffentlicht 25
„Alles Gute“ aus der KV Baden-Württemberg 27
Tag der Niedergelassenen 28

Ermächtigungen und Zulassungen 19

Öffentliche Ausschreibungen 22

Feuilleton

M-V in seiner Vielfalt: Mecklenburgica 23

Veranstaltungen

Moderatorenschulung für Qualitätszirkel 24

Personalien 25

Seniorentreffen

Augenblicke der Freude 26

Impressum 22



Titel:

Illustrationen aus einer Handschrift des
„Liber Notabilium Philippi VI“, „Anathomia“,
von Guido de Papia, 1345

STATEMENT

Wer die Wahrheit sagt, wird nicht wiedergewählt?

Es sind zwei Arbeitsergebnisse der schwarz-gelben Koalitionsregierung, die nachdenklich stimmen: das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz – GKV-VStG) und der Demografiebericht.



Foto: IGSF Kiel

Prof. Dr. Fritz Beske, MPH

Fritz Beske Institut für
Gesundheits-System-
Forschung Kiel

Das Versorgungsstrukturgesetz enthält Anpassungsregelungen, wie sie in jedem Gesundheitssystem erforderlich werden. In der Begründung zum Versorgungsstrukturgesetz wird auf die Dauerhaftigkeit der geplanten Regelungen hingewiesen.

Wörtlich heißt es: „Mit einem Bündel von Maßnahmen wird für alle Bürgerinnen und Bürger auch in Zukunft eine hochwertige bedarfsgerechte, wohnortnahe medizinische Versorgung sichergestellt.

Gleichzeitig begegnet die Bundesregierung so wirksam strukturellen Problemen des Gesundheitssystems, die durch den demografischen Wandel bedingt sind: dem steigenden Bedarf an Gesundheitsleistungen und dem drohenden Ärztemangel insbesondere im ländlichen Raum“. Eine mit Zahlen unterlegte Zukunftsorientierung des demografischen Wandels, des medizinischen Fortschritts und des Fachkräftemangels mit sich daraus ergebenden Versorgungsproblemen, Grundlage für gesetzgeberisches Handeln, fehlt. Angst vor der Wahrheit, vor einer unabänderlich auf unsere Gesellschaft zukommenden Entwicklung?

Nicht viel anders der Demografiebericht. Wer in die Zukunft weisende Zahlen so, wie sie vom Statistischen Bundesamt bis 2060 vorgelegt worden sind, erwartet, wird enttäuscht. Zwar gibt es in dem einleitenden Kapitel zum demografischen Wandel einige Zahlen, doch keine umfassende Datenanalyse und keine prognostische Aussage, in der deutlich wird, was auf unsere Gesellschaft zukommt. Allein im Kapitel zur wirtschaft-

lichen Entwicklung finden sich Hinweise darauf, dass ab 2015 die Zahl der Erwerbsfähigen sinkt und dass ab 2020 eine bedrohliche Entwicklung dadurch zu erwarten ist, dass die geburtenstarken Jahrgänge 1955 bis 1964, die Baby-Boomer-Jahre, in den Ruhestand gehen. Auch hier Angst vor der Wahrheit?

Was von der Bundesregierung veröffentlicht wird, spiegelt wider, was von der Politik insgesamt wie von einzelnen Politikern geboten wird: Die Angst, der Bevölkerung die Wahrheit zu sagen, den demografischen Wandel zu beschreiben, Konsequenzen aufzuzeigen und Lösungsvorschläge zu entwickeln. Dabei muss zugegeben werden, dass Befürchtungen von Politikern berechtigt sind, nicht wiedergewählt zu werden, wenn sie die Bevölkerung mit unbequemen Wahrheiten konfrontieren.

Es geht auch anders

In der Wirklichkeit ergibt sich jedoch ein anderes Bild. Die große Mehrheit der Bevölkerung und die Verbände, die für die Bereiche Gesundheit und Pflege agieren, sind in aller Regel frei von Illusionen. Bezogen auf Verbände beeindruckt ein Projekt, das zurzeit vom Fritz Beske Institut für Gesundheits-System-Forschung Kiel im Auftrag von Sozial- und Gesundheitsminister Dr. Garg in Schleswig-Holstein durchgeführt wird. Der Titel des Projekts lautet „Gesundheit und Pflege in Schleswig-Holstein: Stand und Zukunft“. Beteiligt sind mit 19 Verbänden wohl alle Verbände, die in Schleswig-Holstein in den Bereichen Gesundheit und Pflege tätig sind, Heilberufe, Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände, kommunale Spitzenverbände, Pflegeverbände und Patientenvertreter. Sechs verbändeübergreifende Arbeitsgruppen erarbeiten bis Ende Februar 2012 in die Zukunft weisende Berichte, realitätsbezogen und ohne Vorbehalte. In der Eröffnungsveranstaltung eines Beirats, der aus jedem Verband zwei Vertreter umfasst, wurde der demografische Wandel bis 2060 mit seinen Konsequenzen dargestellt. In der anschließenden Diskussion wurde einmütig darauf hingewiesen, dass natürlich bekannt sei und realisiert wird, wie die Datenlage ist und womit die Bevölkerung zu rechnen hat. Eine wie auch immer geartete Protesthaltung war auch nicht im Ansatz zu erkennen.

Was ergibt sich daraus für politisches Handeln?

Fortsetzung siehe Seite 5 links unten



KBV Messe Versorgungsinnovation 2012

Erneut findet eine Versorgungsmesse der KBV statt. In der Zeit vom 27. bis 29. Februar 2012 können sich interessierte Besucher sowohl über die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen ärztlichen Fachgruppen als auch zwischen verschiedenen Gesundheitsberufen informieren. Neuer Veranstaltungsort ist das dbb forum berlin, Friedrichstraße 169/170, Berlin Mitte.

Das Schwerpunktthema der Veranstaltung ist diesmal die vernetzte wohnortnahe Versorgung. Es sollen innovative Beispiele aus der Praxis vorgestellt und neue Ideen für Kooperationen zwischen Ärzten, Pflegepersonal und anderen an der Versorgung Beteiligten diskutiert werden. Angesichts des Ärztemangels, insbesondere in strukturschwachen und ländlichen Gebieten, liegt ein Fokus auf Netzwerkaktivitäten von Regionen, Kreisen und Kommunen zur Organisation der Versorgung.

Die dreitägige Veranstaltung dient als Plattform für den direkten Austausch zwischen Ärzten, Krankenkassen und Entscheidungsträgern aus Politik und Verwaltung. So kann man sich auf der Messe einen Überblick über das Angebot in diesem Bereich verschaffen sowie Kontakte knüpfen, Kooperationen schließen oder auch Verträge anbahnen.

▼ Fortsetzung von Seite 4

Es muss anerkannt werden, dass ein Politiker, der konkret Leistungseinschnitte verlangt, mit scharfen und auch unqualifizierten Reaktionen zu rechnen hat. Der Weg jedoch sollte ein anderer sein. Vorschläge für konkrete Leistungseinschränkungen stehen am Ende eines längeren Wegs. Am Anfang steht die Analyse, steht die zu erwartende Entwicklung. Dies kann von der Politik insgesamt wie von einzelnen Politikern ohne kritische Reaktionen geleistet werden. Ziel ist der Beginn einer öffentlichen Diskussion darüber, was unsere Gesellschaft durch den demografischen Wandel zu erwarten hat, welche Konsequenzen daraus abgeleitet werden müssen. Pragmatisch gesehen könnte die heutige Politikergeneration diesen Weg schadlos gehen. Die Konsequenzen eines so begonnenen Weges sind erst in der nächsten Legislaturperiode des Deutschen Bundestags zu ziehen.

Abdruck mit freundlicher Genehmigung, „Nordlicht“ 12/2011

Auch die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern wird mit einem Stand auf der Messe vertreten sein. Unter dem Thema „Zukunft schon heute aktiv gestaltet“ geht es um innovative Versorgungsstrukturen und die flächendeckende Sicherstellung der Versorgung.

Programm 2012:

Podiumsdiskussionen, Workshops, Messestände

Nach dem Auftakt mit einem Konferenzprogramm am 27. Februar findet die Ausstellung der Projekte vom



28. bis 29. Februar 2012 statt und wird von einem fachlichen Rahmenprogramm an beiden Tagen begleitet.

27. Februar

Konferenzveranstaltung zum Thema „Wohnortnahe Versorgung und demografischer Wandel: Maßnahmen und Ansätze“

28. und 29. Februar

Ausstellung, bei der sich Ärzte und Projektträger an Informationsständen mit ihren Versorgungsprojekten präsentieren, zusätzlich Rahmenprogramm mit Foren, Präsentationen und Fachkonferenzen. Themen am zweiten Veranstaltungstag sind u.a. die wohnortnahe Versorgung in Ärztenetzen sowie Delegationsleistungen und indikationsbezogene Versorgungsprogramme. Darüber hinaus sollen Wege aus der Unterversorgung mit Initiativen von Kreisen und Kommunen vorgestellt und diskutiert werden.

Das detaillierte Programm für die Messe 2012 ist auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu finden (www.kbv.de). PR/stt

Einflussnahme der Krankenkassen auf ärztliches Verordnungsverhalten

Der Kassenärztlichen Vereinigung ist aktuell durch das Bundesversicherungsamt der rechtswidrige Versuch einer kassenseitigen Einflussnahme auf das ärztliche Verordnungsverhalten bestätigt worden.

Anlass des Herantretens an das als Aufsichtsbehörde agierende Amt war das wiederholte direkte Herantreten einer Krankenkasse an niedergelassene Vertragsärzte mit der offenkundigen Intention, deren Verordnungsverhalten zu beeinflussen.

Konkret ging es um ein von einer BKK im KV-Bereich verwendetes Musterschreiben, mit dem im Hinblick auf die Verordnung von Sartanen Einsparempfehlungen gegeben wurden und eine entsprechende Aussage im Anschreiben der BKK wie folgt gemacht wurde:

Zur Vermeidung eines Regressantrages an die Prüfstelle der Vertragsärzte und Krankenkassen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V ist dringend zu empfehlen, die vorhandenen Einsparpotentiale im Rahmen der rationalen Arzneimitteltherapie zu nutzen.

Hierzu wurde von Seiten der KVMV gegenüber dem Bundesversicherungsamt dargestellt, dass weder im Gesetz, noch in der Prüfvereinbarung über das Verfahren zur Wirtschaftlichkeitsprüfung von der vertragsärztlichen Versorgung ein direkter Zugriff der Krankenkasse auf den einzelnen Arzt vorgesehen ist. Sofern seitens der Krankenkasse der Verdacht einer unwirtschaftlichen bzw. unzulässigen Verordnungsweise bestehen sollte, könnte diese sich mit einem begründeten Antrag an die Prüfstelle wenden oder aber den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit einer weitergehenden Prüfung beauftragen. Der MDK könnte dann selbst gegebenenfalls von dem betreffenden Arzt Unterlagen und Auskünfte einfordern.

Da die betreffende Krankenkasse jedoch wiederholt an die niedergelassenen Vertragsärzte herantrat, umging sie faktisch die gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen. Im Anschreiben wurde suggeriert, dass Vertragsärzten ein Regressantrag drohe, sollte ihrer Empfehlung nicht gefolgt werden.

Das Bundesversicherungsamt bestätigte nunmehr mit einem am 16. Dezember 2011 datierten Schreiben die von der KVMV vertretene Auffassung. Im Hinblick auf das monierte Musterschreiben der Krankenkasse führt es wie folgt aus:



Von Thomas Schmidt*

Der grundrechtlich fundierte Therapiefreiheit im Sinne eines nach medizinisch-therapeutischen Kriterien differenzierten Verordnungsverhaltens wird mit einer gleichsam als „Warnung“ ausgegebenen Information nicht hinreichend Rechnung getragen.

Des Weiteren wird ausgeführt, dass es bei etwaigen Informationen der Krankenkasse nach § 73 Abs. 8 S. 1 SGB V in erster Linie um die Überwindung von Intransparenzen „angesichts des unübersichtlichen Arzneimittelmarktes“ geht, das heißt, um die für Ärzte notwendige „entsprechende Beratung und Hilfestellung“. Demgemäß dient die Vorschrift nicht der individuellen Warnung vor der Wirtschaftlichkeitsprüfung oder als Vorstufe zur Wirtschaftlichkeitsprüfung; vielmehr wird – informativ und kooperativ – „die Kommunikation zwischen den Beteiligten sichergestellt“. Die Kassen sollen dem Gesetzeswortlaut zufolge „informieren“ und „Hinweise“ geben.

So sei es nach Ansicht des Bundesversicherungsamt mit den Maßstäben der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Arzneiverordnungen nicht im Einklang, mit dem gleichsam als zwangsläufig angeführten „Regress“-Antrag und der so hervorgerufenen Vorstellung drohender finanzieller Sanktionen medizinisch begründbare „Abweichungen“ von der Empfehlung per se als unwirtschaftlich zurückzuweisen.

Im Ergebnis wurde daher die betreffende Krankenkasse aufsichtsrechtlich gebeten, etwaige kassenseitige Informationen zukünftig „moderater“ zu gestalten, das heißt keine Drohungen mit vorgeblich zwangsläufigen „Regress“-Anträgen vorzunehmen sowie die für Einzelfälle verbleibenden maßgeblichen Aspekte einer differenzierenden Wahl der Präparate in den Hinweisen nicht auszusparen.

* Thomas Schmidt ist Justiziar der KVMV.

Kollegiales Miteinander – Gemeinsame Betreuung der Patienten im haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich

Die vertragsärztliche Tätigkeit ist dadurch geprägt, dass die einzelnen Haus- und Fachärzte zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zusammenwirken.

Offensichtlich gibt es in der Verfahrensweise bei der gemeinsamen Betreuung der Patienten unter Berücksichtigung der Regelungen im Überweisungsverfahren immer wieder unterschiedliche Auffassungen. Besonders der Umfang der ärztlichen Leistungen, die ein Überweisungsschein zur Ausführung von Auftragsleistungen, zur Konsiliaruntersuchung oder zur Mit- bzw. Weiterbehandlung auslöst, führt in einigen Fällen zu verschiedenartiger Interpretation. Daher sollte der Überweiser den von ihm erwünschten Leistungsumfang vor Auftragserteilung gründlich prüfen, um einer notwendig nachträglichen Auftragsenerweiterung durch den Überweisungsnehmer entgegenzuwirken.



Eine Auftragsleistung schränkt die ärztliche Tätigkeit erheblich ein und sollte gegebenenfalls nur dann verwendet werden, wenn sich ein klarer Definitions-

oder Indikationsauftrag ergibt. In diesen Fällen ist nach Punkt 4.1 der Allgemeinen Bestimmungen im EBM nicht die Grundpauschale des Fachgebietes, sondern nur die Konsultationspauschale berechnungsfähig.

Darüber hinaus ist darauf hinzuweisen, dass der auf Überweisung tätige Arzt grundsätzlich an den Überweisungsschein gebunden ist und sich keinen eigenen Abrechnungsschein ausstellen darf. Die Möglichkeit, in Absprache mit dem beweisenden Arzt eine Auftragsleistung zu erweitern, ist immer gegeben, wenn eine andere als die in Auftrag

gebene Leistung für medizinisch zweckmäßig, ausreichend oder notwendig gehalten wird.

Entsprechend den für Überweisungen in den Bundesmantelverträgen (§ 24 BMV-Ä bzw. § 27 EKV) niedergelegten Regelungen hat der Vertragsarzt dem auf Überweisung tätigen Vertragsarzt von den bisher erhobenen Befunden und/oder getroffenen Behandlungsmaßnahmen Kenntnis zu geben, soweit das für die Durchführung der Überweisung erforderlich ist. Der aufgrund der Überweisung tätig gewordene Vertragsarzt hat seinerseits den erstbehandelnden Vertragsarzt über die von ihm erhobenen Befunde und Behandlungsmaßnahmen zu unterrichten, wenn es für die Weiterbehandlung durch den überweisenden Arzt erforderlich ist.

Es gibt mehrere Möglichkeiten, einen anderen Vertragsarzt in das Überweisungsverfahren einzubinden. Dies kann wie vorgenannt erfolgen als:

- ▶ Auftragsleistung
- ▶ Konsiliaruntersuchung
- ▶ Mitbehandlung
- ▶ Weiterbehandlung.

Ohne die einzelnen Passagen aus dem Bundesmantelvertrag vorzutragen, ergibt sich aus dem Überweisungsscheinauftrag eine notwendige ärztliche Behandlung mit unterschiedlicher Tragweite.

Was nicht passieren darf ist, dass ein Patient, der über eine formal ordnungsgemäße Überweisung verfügt, die so genannte Praxisgebühr nochmals bezahlen muss, weil eine Rücksprache oder Absprache zwischen den Ärzten nicht erfolgt, vom Patienten selber aber eine entsprechend erweiterte Behandlung erwartet wird.

Denkbar sind auch Fälle, in denen vom Überweiser ein Zielauftrag (Auftragsleistungen) ausgestellt wird, für den eine Überweisung zur Mitbehandlung richtiger wäre.

Eine Überweisung zur Mitbehandlung schließt auch die gebietsbezogene Erbringung begleitender oder ergänzender diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, wie z. B. Verordnungen, in die Verantwortung des überweisungsnehmenden Vertragsarztes mit ein.

Unabhängig von dieser grundsätzlichen Regelung ist es in Absprache zwischen den Ärzten möglich, dass der Patient diese im Zusammenhang mit der Behandlung stehenden Maßnahmen auch weiterhin vom Hausarzt erhält.

Da ein beidseitiger Informationsaustausch notwendig ist, ist es geboten, sich kollegial zu verständigen, in welcher Form dies gewünscht ist, wobei sicherlich eine komprimierte Form für beide Seiten im täglichen Ablauf hilfreich wäre. *mg/ts*

Mehr Freiheit bei der Berufsausübung

Von Oliver Kahl

Viele Regelungen des Versorgungsstrukturgesetzes kommen dem Bedürfnis nach mehr Flexibilität bei der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit entgegen

Das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz) ist mit seinen wesentlichen Inhalten zum 1. Januar 2012 in Kraft getreten. Einige gesetzliche Regelungen bedürfen zwar noch der Umsetzung durch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, bevor sie tatsächlich Wirkung entfalten. Dies ist insbesondere in Bezug auf die Bedarfsplanung und die spezialfachärztliche Versorgung (§ 116 b SGB V) der Fall. Unmittelbar anwendbar und mit positiven Auswirkungen auf die Flexibilität der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit verbunden sind indessen einige weitere Regelungen, auf die nachfolgend näher eingegangen werden soll.

Umwandlung von Angestelltenstellen in Zulassungen

Ab sofort wird es möglich sein, eine an ein MVZ oder eine Vertragsarztpraxis angegliederte Angestelltenstelle in eine (freiberufliche) vertragsärztliche Zulassung umzuwandeln. Das Verfahren stellt sich so dar, dass der anstellende Arzt bzw. das Medizinische Versorgungszentrum beim Zulassungsausschuss einen Antrag auf Umwandlung einer konkret zu benennenden Angestelltenstelle in eine Zulassung stellt. Wird in diesem Zusammenhang kein Antrag auf Ausschreibung der Zulassung zur Nachbesetzung gestellt, erhält automatisch der Arzt die Zulassung zugesprochen, der zum Zeitpunkt der Antragstellung als angestellter Arzt auf der maßgeblichen Stelle tätig ist. Zu beachten ist, dass die Umwandlung nur möglich ist, sofern die Angestelltenstelle ihrem Umfang nach einem halben oder ganzen Versorgungsauftrag entspricht.

Wegfall der Residenzpflicht

Die so genannte Residenzpflicht für Vertragsärzte ist ersatzlos weggefallen. Nach der bisherigen Regelung hatte der Vertragsarzt seinen Wohnsitz so zu wählen, dass er für die ärztliche Versorgung seiner Patienten an seinem Vertragsarztsitz zur Verfügung stehen konnte. Deshalb wurde im Zulassungsverfahren in aller Regel verlangt, dass der Praxisstandort vom Wohnsitz aus in maximal 30 Minuten erreichbar war. Dies kann nun nicht mehr verlangt werden und ermöglicht mehr Spielräume

bei der Wahl des Wohnsitzes (dies ist z.B. wichtig, wenn unter Berücksichtigung der persönlichen und familiären Verhältnisse eine bestimmte Infrastruktur am Wohnort benötigt wird). Dessen ungeachtet entbindet der Wegfall der Residenzpflicht den Arzt selbstverständlich nicht von der Verpflichtung zur Teilnahme am Notdienst an seinem Praxissitz. Auch die berufsrechtliche Verpflichtung, wonach der Arzt gegebenenfalls auch außerhalb seiner Sprechzeiten für seine Patienten unter Berücksichtigung des jeweiligen Gesundheitszustandes zur Verfügung stehen muss, bleibt unberührt.

Größerer Spielraum bei der Gründung von Zweigpraxen

Die ärztliche Tätigkeit außerhalb des eigentlichen Praxissitzes in so genannten Nebenbetriebsstätten bzw. Zweigpraxen war bereits bislang möglich, wenn die Versorgung am Zweigpraxissitz verbessert und die Versorgung am Hauptsitz nicht beeinträchtigt wird. Nunmehr ist klargestellt worden, dass geringfügige Beeinträchtigungen für die Versorgung am Hauptsitz unbeachtlich sind, wenn sie durch Verbesserungen am Ort der Zweigpraxis aufgewogen werden. Zudem ist es zukünftig nicht mehr erforderlich, dass die in der Zweigpraxis angebotenen Leistungen auch am Hauptsitz vorgehalten werden oder dass das Fachgebiet eines in der Zweigpraxis tätigen Arztes auch am Hauptsitz vertreten ist. Damit kann z.B. eine größere Berufsausübungsgemeinschaft oder ein Medizinisches Versorgungszentrum einen bestimmten Bereich vollständig in eine Zweigpraxis „auslagern“. Dessen ungeachtet muss selbstverständlich weiterhin wie bisher die Tätigkeit am Hauptsitz überwiegen und Medizinische Versorgungszentren müssen die Grundvoraussetzungen für die Zulassung (fachübergreifende Tätigkeit) auch am Hauptsitz gewährleisten.

Bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie

Eine ganze Reihe von Regelungen wurden getroffen zur besseren Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Hierzu gehört zunächst, dass sich eine Vertragsärztin zukünftig in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Entbindung bis zu einer Dauer von zwölf (bisher sechs) Monaten genehmigungsfrei vertreten lassen kann. Eine Verlängerung der Vertretung ist selbstverständlich möglich. Neben der Möglichkeit zur Beschäftigung von Weiterbildungs- und Sicherstellungsassistenten besteht nun auch die Option, Assistenten in der Praxis im Zusammenhang mit der Kindererziehung bis zu 36 Monate (mit Verlän-

gerungsoption) und der Pflege von Angehörigen in der häuslichen Umgebung (bis zu 6 Monate mit Verlängerungsoption) zu genehmigen. Wie bislang auch gilt für eine solche Assistentenbeschäftigung, dass deren Tätigkeit nicht der Vergrößerung der Praxis dienen darf. Eine konkrete Leistungsobergrenze wie beispielsweise beim Jobsharing ist mit einer solchen Anstellungsgenehmigung jedoch nicht verbunden. Ferner besteht zukünftig bei Nachbesetzungsverfahren zur Praxisnachfolge (Praxisausschreibung) die Möglichkeit, Zeiten der Kindererziehung oder der Pflege naher Angehöriger geltend zu machen, wenn der Bewerber in dieser Zeit seine ärztliche Tätigkeit nicht ausüben konnte.

Übernahme bestehender Praxissitze durch Vertragsärzte

Bislang war es bereits möglich, dass Medizinische Versorgungszentren sich auf ausgeschriebene Praxissitze beworben haben und bei entsprechendem Zuschlag durch den Zulassungsausschuss die Praxis durch angestellte Ärzte in der Einrichtung fortführen konnten. Nunmehr werden Vertragsärzte in diesem Gesichtspunkt den Medizinischen Versorgungszentren gleichgestellt. Ein Vertragsarzt kann sich damit auf die Übernahme einer ausgeschriebenen Praxis bewerben und die vertragsärztliche Tätigkeit durch einen angestellten Arzt in seiner Praxis fortführen lassen, wenn der Zulassungsausschuss ihm den Zuschlag zur Praxisnachfolge erteilt. Dabei ist die spätere (Rück-) Umwandlung der Angestelltenstelle in eine Zulassung nach den oben dargestellten Grundsätzen möglich. Zudem genießen Vertragsärzte einen Vorrang bei der Bewerbung um ausgeschriebene Praxen gegenüber Medizinischen Versorgungszentren, bei denen die Mehrheit der Geschäftsanteile nicht bei Ärzten liegt.

Vereinbarkeit von Nebentätigkeit und Zulassung

Aufgrund der bisherigen Bestimmungen in der Zulassungsverordnung und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts war die Nebentätigkeit von Vertragsärzten auf einen Umfang von 13 Wochenstunden festgeschrieben. Zukünftig wird hier bei der Vereinbarkeit von Nebentätigkeit und vertragsärztlicher Tätigkeit eine einzelfallbezogene Bewertung unter Berücksichtigung aller Umstände vorzunehmen sein. Ein Beschäftigungsverhältnis oder eine andere nicht ehrenamtliche Tätigkeit steht der Eignung für die vertragsärztliche Tätigkeit nun entgegen, wenn der Arzt unter Berücksichtigung der Dauer und der zeitlichen



Lage der anderweitigen Tätigkeit seinen Patienten nicht in dem seinem Versorgungsauftrag entsprechenden Umfang zur Verfügung steht und insbesondere nicht in der Lage ist, Sprechstunden zu den üblichen Zeiten anzubieten. Weiterhin hat der Gesetzgeber unter Berücksichtigung aktueller Rechtsprechung des Bundessozialgerichts klargestellt, dass Leistungen des ambulanten Operierens im Krankenhaus auch auf der Grundlage einer vertraglichen Vereinbarung zwischen dem Krankenhaus und Vertragsärzten erbracht werden können (das Bundessozialgericht hatte zuletzt die Auffassung vertreten, dass Ärzte, die Leistungen des ambulanten Operierens für Krankenhäuser erbringen, dort fest angestellt sein müssen).

Keine Fallzahlabstaffelung in unterversorgten oder von Unterversorgung bedrohten Planungsbereichen

Ärzte, die ihre Praxis in einem Planungsbereich haben, für den der Landesausschuss eine (in absehbarer Zeit drohende) Unterversorgung bzw. einen lokalen Versorgungsbedarf festgestellt hat, unterliegen in der Honorarverteilung keinen einschränkenden Regelungen zur Fallzahlbegrenzung bzw. -minderung. Das bedeutet, dass in diesen Gebieten, bezogen auf die jeweils maßgeblichen Arztgruppen im HVM vorgesehenen

Fortsetzung siehe Seite 10

▼ Fortsetzung von Seite 9

Fallzahlzuwachsbeschränkungen nicht zur Anwendung kommen. Dies ist z.B. wichtig, wenn die benachbarte Hausarztpraxis ohne Nachfolger schließen musste und ein Großteil der Patienten den am Ort verbleibenden Kollegen aufsucht.

Zwingende Beratung vor Regressfestsetzung bei den Arzneimittelrichtgrößen

Bislang galt bereits unter Berücksichtigung des Verhältnismäßigkeitsprinzips der Grundsatz, wonach insbesondere Arzneimittelregresse erst verhängt werden durften, wenn zuvor eine Beratung des Arztes stattgefunden hatte. Von diesem Grundsatz wurde jedoch regelmäßig abgewichen, wenn die Arzneimittelrichtgrößen in erheblichen Umfang überschritten wurden. Nunmehr hat der Gesetzgeber klargestellt, dass bei einer erstmaligen Überschreitung der Arzneimittelrichtgrößen um mehr als 25 Prozent zwingend eine individuelle Beratung erfolgen muss. Ein Regress kann demnach erst festgesetzt werden, wenn eine erneute Überschreitung im Zeitraum nach der Beratung festgestellt wird. Das Gleiche gilt im Übrigen auch, wenn der Vertragsarzt die ihm angebotene Beratung abgelehnt hat. Hinzu kommt, dass innerhalb solcher Beratungen Ärzte in begründeten Fällen eine Feststellung über die Anerkennung von Praxisbesonderheiten beantragen können, damit dies nicht bei jährlichen Prüfungsverfahren regelmäßig wiederkehrend vom Arzt gesondert geltend gemacht werden muss.

Mehr Möglichkeiten bei Ermächtigungen und Delegation

Ab sofort besteht für den Zulassungsausschuss auch die Möglichkeit, Ärzte, die an einer Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung tätig sind, wie Krankenhausärzte bei entsprechendem Sicherstellungsbedarf zu ermächtigen. Zuvor war dies nur bei festgestellter Unterversorgung bzw. zur Versorgung eines begrenzten Personenkreises möglich. Ferner hat der Gesetzgeber vorgesehen, dass in den Bundesmantelverträgen innerhalb der nächsten sechs Monate festzulegen ist, bei welchen Tätigkeiten nichtärztliches Personal ärztliche Leistungen erbringen kann und welche Anforderungen an die Leistungserbringung zu stellen sind.

Bei Fragen und individuellem Beratungsbedarf unter Berücksichtigung der persönlichen Situation steht die Abteilung Sicherstellung allen Interessenten gern zur Verfügung.

HINWEIS:

Praxissitzverlegungen innerhalb eines Ortes nur mit Genehmigung des Zulassungsausschusses

Aufgrund einer Änderung der Zulassungsverordnung durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz darf der Zulassungsausschuss zukünftig den Antrag eines Arztes auf Verlegung seines Praxissitzes nur genehmigen, wenn Gründe der vertragsärztlichen Versorgung dem nicht entgegenstehen. Das macht es erforderlich, dass ab sofort vor einer Verlegung des Praxissitzes auch innerhalb eines Ortes ein Antrag an den Zulassungsausschuss zu richten ist, damit dieser seiner Prüfungsverpflichtung nachkommen kann.

Die bisherige Verfahrensweise, wonach die Verlegung der Praxis innerhalb eines Ortes nur anzeigespflichtig war, kommt damit nicht mehr zur Anwendung.



Foto: Thorben Wengert/www.pixelio.de

Der Zulassungsausschuss wird aber selbstverständlich alle Umstände des Einzelfalls in seine Entscheidungen einbeziehen und soweit notwendig auch Aspekte des Vertrauensschutzes beachten. Ein entsprechendes Antragsformular ist auf der Internetseite der KV: www.kvmv.de ▶ Für Ärzte ▶ Arzt in M-V ▶ Formulare zu finden.

Verwendung titanbeschichteter Brustimplantate/ Wichtige Information des Sozialministeriums

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern hatte sich aufgrund einer dringenden Anfrage des Sozialministeriums bereits per Telefax an alle niedergelassenen Gynäkologen und Chirurgen im Land gewandt und diese um Mitteilung gebeten, ob dort möglicherweise potentiell gesundheitsgefährdende Brustimplantate mit Titanbeschichtung auf PIP-Basis der Firma „Rofil“ (Modell „IMGHC-MX“) Verwendung gefunden haben.

Für die zeitnahen Rückantworten sei an dieser Stelle ganz herzlich gedankt. Nun informiert das Ministerium, dass auch die Firma „GfE Medizintechnik“ als Rechtsvorgängerin der „pfm medical titanium GmbH“ solche Implantate in den Verkehr gebracht hat. Alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die in Mecklenburg-Vorpommern entsprechende Operationen durchführen und solche Implantate verwendet haben, wenden sich bitte, soweit nicht schon geschehen, an die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, damit die Zahl der mutmaßlich betroffenen Patienten durch das Ministerium ermittelt und an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gemeldet werden kann.

Ansprechpartnerin ist *Grit Liborius*, Tel.: 0385.7431 365, E-Mail: gliborius@kvmv.de. ok



Zur Fortbildung verpflichtet

Bereits vor gut zweieinhalb Jahren, am 30. Juni 2009, lief für die meisten an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Psychotherapeuten erstmals der fünfjährige Zeitraum zum Nachweis der Erfüllung der Fortbildungsverpflichtung gemäß § 95 d SGB V ab. Weit über 90 Prozent aller Ärzte und Therapeuten konnten diesen Nachweis erfolgreich erbringen.

Nun mehren sich die Anfragen, wann der nächste Nachweiszeitraum gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern abläuft, vor allem vor dem Hintergrund, dass entsprechende Zertifikate der zuständigen Kammern oft schon Ende 2008 bzw. Anfang 2009 ausgestellt wurden.

Der Gesetzgeber verlangt im Sozialgesetzbuch V jedoch den Nachweis einer kontinuierlichen Fortbildung alle fünf Jahre. Eine Fortbildung „auf Vorrat“ ist nicht vorgesehen. Deshalb ist die Erfüllung der Verpflichtung durch ein entsprechendes Zertifikat regelmäßig jeweils zum Ablauf des Fünf-Jahres-Turnus notwendig. **Damit begann der zweite Nachweiszeitraum für die meisten Vertragsärzte am 1. Juli 2009 und endet am 30. Juni 2014.**

Es sind deshalb auch weiterhin entsprechende Fortbildungsveranstaltungen zu besuchen oder die Möglichkeiten über CME-Schulungen (Onlinefortbildung) zu nutzen.

Es ist dafür Sorge zu tragen, dass regelmäßig zum Ablauf des jeweiligen Nachweiszeitraumes ein entsprechendes fünfjähriges Zertifikat der Ärztekammer vorliegt.

Für Fragen steht *Grit Liborius*, Abteilung Sicherstellung, Tel.: 03 85.74 31 365, gern zur Verfügung. *gl*

Ergänzende Hautvorsorge-Verträge ... mit der Hanseatischen Krankenkasse (HEK)

Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2012 haben die bei der HEK Versicherten ab Vollendung des 18. bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres alle zwei Jahre Anspruch auf eine ergänzende prophylaktische Untersuchung.

An diesem Vertrag können die Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten teilnehmen, wenn sie an einer zertifizierten Fortbildung für das Hautkrebscreening entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien teilgenommen haben.

Die HEK vergütet dem Vertragsarzt die Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wie folgt:

Leistung	Abrechnungs-Nr.:	Vergütung
Information, Anamnese, körperliche Untersuchung, Hauttypbestimmung und anschließende Beratung (alle zwei Jahre)	99070	25 Euro

... mit der Knappschaft

Wie bereits im November 2011 im Journal der Kassenärztlichen Vereinigung M-V berichtet, wurde eine Vereinbarung über die Durchführung einer ambulanten Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung für Versicherte bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres über den 31. Dezember 2011 hinaus als Fortsetzung der Vereinbarung zwischen KBV und Knappschaft regional angestrebt und konnte mit Wirkung zum 1. Januar 2012 abgeschlossen werden.

Die Versicherten der Knappschaft haben somit auch weiterhin alle zwei Jahre Anspruch auf eine ergänzende prophylaktische Untersuchung durch Hautärzte, die an einer zertifizierten Fortbildung für das Hautkrebscreening entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien teilgenommen haben.



Foto: William Veder/www.pixelio.de

Die Versicherten der Knappschaft haben somit auch weiterhin alle zwei Jahre Anspruch auf eine ergänzende prophylaktische Untersuchung durch Hautärzte, die an einer zertifizierten Fortbildung für das Hautkrebscreening entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien teilgenommen haben.

Die Knappschaft vergütet dem Vertragsarzt die Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wie folgt:

Leistung	Abrechnungs-Nr.:	Vergütung
Information, Anamnese, körperliche Untersuchung, (Auflichtmikroskopie soweit medizinisch indiziert), Hauttypbestimmung und anschließende Beratung (alle zwei Jahre)	01745K	25 Euro

Zur Teilnahme ist von den Hautärzten eine entsprechende Erklärung abzugeben. Eine privatärztliche Abrechnung für die Leistung dieser beiden o. g. Verträge ist ausgeschlossen. Der Patient wird für die Inanspruchnahme der Vorsorgeleistungen von der Praxisgebühr befreit. Die Inhalte der Verträge und weitere Unterlagen sind einzusehen unter: www.kvmv.de.

Fragen beantwortet Jeannette Wegner, Vertragsabteilung, Tel.: 03 85.74 31 394 und Anika Bencke, Geschäftsreich Qualitätssicherung, Tel.: 03 85. 74 31 249. jw

Mitteilungen im Zuge von Fusionen

Fusion der BKK Alp plus und der BKK Pfeifer & Langen zum 1. Januar 2012

Die Verträge über eine **ergänzende Hautvorsorge** sowie zur **hausarztzentrierten Versorgung** gelten weiterhin für die Versicherten der BKK Alp plus.

Fusion der DAK und BKK Gesundheit/BKK Axel Springer zur DAK Gesundheit zum 1. Januar 2012

Mit der anstehenden Fusion haben die BKK Gesundheit und die BKK Axel Springer die Teilnahme am Vertrag über die Durchführung einer **ergänzenden Hautvorsorge** für Versicherte bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres zum 31. Dezember 2011 gekündigt. Insofern ist die Abrechnung einer ergänzenden Hautvorsorge auch für die Versicherten der DAK Gesundheit nicht mehr über die KVMV möglich.

Die BKK Axel Springer hat die Teilnahme am Vertrag zur **hausarztzentrierten Versorgung** gem. § 73 b SGB V ebenfalls im Zuge der 2012 anstehenden Fusion zum 31. Dezember 2011 gekündigt.

Fusion der BKK Verkehrsbau-Union (VBU) und BKK futur

Der Vertrag über eine **ergänzende Hautvorsorge** gilt ab 1. Januar 2012 für alle Versicherten der BKK VBU.

Fusion der Audi BKK und BKK MAN und MTU München

Die BKK MAN und MTU München hat die Teilnahme am Vertrag über die Durchführung einer **ergänzenden Hautvorsorge** gekündigt. Insofern ist die Abrechnung einer ergänzenden Hautvorsorge auch für die Versicherten der Audi BKK nicht mehr über die KVMV möglich.

Die Teilnahme der Audi BKK am Vertrag zur **hausarztzentrierten Versorgung** ist auch ab dem 1. Januar 2012 gegeben.

Aktuelle Änderungen zu den jeweiligen Verträgen können über die Internetseite der KVMV unter: www.kvmv.de ▶ Für Ärzte ▶ Recht/Verträge ▶ Verträge und Vereinbarungen der KVMV ▶ Prävention bzw. hausarztzentrierte Versorgung eingesehen werden. *ju*

Verträge zur Tonsillotomie mit der IKK Nord und der BAHN-BKK

Die KVMV hat sowohl mit der IKK Nord als auch der BAHN-BKK Verträge nach § 73 c SGB V zur Durchführung einer Tonsillotomie bei Kindern bis zum Alter von sieben Jahren geschlossen. Mit Wirkung ab dem 1. Januar 2012 werden danach die Kosten der bisher nicht vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfassten Tonsillotomie von der IKK Nord und der BAHN-BKK übernommen.

Zur Durchführung der Tonsillotomie sind operativ tätige HNO-Ärzte berechtigt, denen auf Antrag eine Genehmigung durch die KVMV erteilt wird. Genehmigungsvoraussetzung ist u.a., dass eine Erklärung gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 115 b SGB V vorliegt.

Die Vergütung der Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Die Durchführung der Tonsillotomie wird je nach Leistungsumfang mit 440 Euro bis 600 Euro vergütet. Die Anästhesieleistungen werden mit 175 Euro bis 210 Euro vergütet. Eine Einschreibung der Anästhesisten ist nicht erforderlich. Zur postoperativen Nachbehandlung sind neben den teilnehmenden HNO-Operateuren auch konservativ tätige HNO-Ärzte berechtigt. Eine gesonderte Einschreibung ist für die konservativ tätigen HNO-Ärzte nicht erforderlich. Die Vergütung für postoperative Nachbehandlungen beträgt 10 Euro.

Für Fragen stehen in der Vertragsabteilung *André Aeustergerling*, Tel.: 03 85.74 31 211, und im Geschäftsbereich Qualitätssicherung *Stefanie Moor*, Tel.: 03 85.74 31 384 zur Verfügung. Die Teilnahmeerklärung ist an den Geschäftsbereich Qualitätssicherung zu richten. **Die Verträge sind einzusehen unter: www.kvmv.de** ▶ Recht/Verträge ▶ Verträge und Vereinbarungen der KVMV ▶ Tonsillotomie. *aeu*

Gemeinsam zum Wohle der Versicherten

Die Kassenärztliche Vereinigung und die AOK Nordost passen sich den aktuellen Bedürfnissen und Rahmenbedingungen im Flächenland Mecklenburg-Vorpommern an und sichern somit weiterhin die medizinische Versorgung. Beide Partner haben gemeinsam neue Versorgungskonzepte entwickelt bzw. bestehende, sich bewährte Versorgungsformen ausgebaut.

Dieses dürfte die Region auch im Hinblick auf Nachwuchsmediziner attraktiv machen.

Neues Konzept – schnellere Überweisungssteuerung

Bei der Überweisungssteuerung zwischen Ärzten wird nun in zwei Dringlichkeitskategorien unterschieden. Stu-



Im Exklusivinterview mit der Schweriner Volkszeitung zu den Versorgungskonzepten: v.l. Harald Möhlmann (AOK Nordost), Dr. Dieter Kreye (KVMV)

fe A gilt bei einem hochakuten Krankheitsbild. Hier solle ein Termin beim Überweisung nehmenden Arzt innerhalb eines Werktags vereinbart werden. Stufe B gilt bei Änderung einer begonnenen Therapie und einer Verschlechterung der Symptomatik. Hier solle innerhalb von

sieben Tagen ein Überweisungstermin festgelegt sein. In beiden Fällen nimmt der Hausarzt vor Überweisung alle notwendigen Untersuchungen vor, um wichtige Differentialdiagnosen auszuschließen. Diese Ergebnisse, auch die Informationen zur begonnenen Therapie, übermittelt er dann mit der Überweisung. Hierbei wird auf der Überweisung die Dringlichkeitskategorie festgehalten. Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt durch die KVMV über eine Sondergebührenordnungsposition. (siehe Rundschreiben der KVMV Nr. 18/11, Infos auch unter: www.kvmv.de > Für Ärzte > Aktuell)

Bestehendes Versorgungskonzept VERAH

Die beiden Partner – Kasse und KV – haben sich darauf geeinigt, das Konzept VERAH (Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis) bis Mitte 2012 weiterzuentwickeln. Der Einsatz der Praxisassistentin ist nicht mehr an den Versorgungsgrad gebunden. Damit können Praxen, die sich nicht in unterversorgten Gebieten befinden, auch eine VERAH einsetzen.

Eine Weiterbildung und Zulassung durch die Ärztekammer ist für diese „Helferin“ notwendig. Hausbesuche mit delegationsfähigen medizinischen Leistungen werden von ihr durchgeführt, wie z. B. Blutdruck messen, Blut abnehmen, Infusionen setzen, Überprüfen, ob Medikamente richtig eingenommen werden, Sturzprophylaxe.

Die Umsetzung dieser Vereinbarungen entlastet zum einen den behandelnden Arzt und ermöglicht zum anderen eine umfassende und optimale Versorgung der Versicherten im Lande. (Fragen beantwortet Monika Schulz, Geschäftsbereich Qualitätssicherung, Tel.: 03 85.7431 383)

VERAH auf dem Vormarsch – neuer Kurs beginnt

Die AOK Nordost hat für Ihre Versicherten einer Vergütung der VERAH mit den Leistungspositionen 40870 bzw. 40872 unabhängig vom Versorgungsgrad vertraglich zugestimmt. Damit ist ein erheblicher Bremsklotz für eine weitere Verbesserung der Patientenbetreuung durch das Team der Hausarztpraxis ausgeräumt. Nun fragen die ersten Praxen nach, wo die entsprechend notwendigen Schulungsangebote für die MitarbeiterInnen bestehen. In Zusammenarbeit zwischen Hausärzterverband und dem Institut für hausärztliche Fortbildung (IHF) ist es gelungen, schnellstmöglich einen Kompaktkurs (zwei Wochen Schulungen) zu organisieren. **Vom 19. bis 24. März und vom 7. bis 11. Mai 2012** werden die Unterrichtseinheiten **in der Kassenärztlichen Vereinigung in Schwerin** stattfinden. Die Anmeldungen können ab sofort über das Internet vorgenommen werden: www.VERAH.de ▶ Terminübersicht ▶ VERAH-Fortbildung. Alternativ können sie auch schriftlich an den „Hausärzterverband M-V“, Ziegelbergstr. 15, 17033 Neubrandenburg, **Fax:** 03 95.57 06 58 85 gerichtet werden. stt

Im Blick: Das Projekt 116 117

Die Vorbereitungen zur Einführung der bundesweiten Bereitschaftsdienstnummer 116 117 laufen auf Hochtouren.

Neben den technischen und organisatorischen Aktivitäten am Projekt gibt es auch bezüglich der Kommunikation Etliches vorzubereiten und umzusetzen.

Aktueller Stand

- ▶ Die bundesweiten technischen Umsetzungen mit den verantwortlichen Unternehmen sollen Anfang dieses Jahres abgeschlossen sein. Danach findet ein Probebetrieb statt. Nur wenn dieser Test erfolgreich verläuft, erfolgt die Freischaltung der Nummer zum 1. März 2012. In Mecklenburg-Vorpommern existieren aus Sicherheitsgründen im Hintergrund vorerst die 0180...-Rufnummern parallel weiter.
- ▶ Auch im Versorgungsstrukturgesetz findet die 116 117 Berücksichtigung. Im § 75 SGB V wird die KBV

NOTFÄLLE

beauftragt, Richtlinien für die Umsetzung der Bereitschaftsdienstnummer zu erarbeiten.

- ▶ Es ist gelungen, die 116 117 in den Entwurf für das neue Telekommunikationsgesetz mit aufzunehmen. Dadurch bekommt diese Nummer einen ähnlichen Status wie die Rettungsdienstnummer 112. Damit sind die Telekommunikationsanbieter verpflichtet, Standortdaten für Festnetz und Mobilnetz zu übermitteln.
- ▶ Es ist geplant, die 116 117 auch europaweit einzusetzen. Nach dem Start in Deutschland möchten andere Länder diese Nummer ebenfalls einführen.
- ▶ **Zum gegebenen Zeitpunkt werden Informationsmaterialien, z. B. Plakate bzw. Flyer, für die Praxen zur Weitergabe an die Patienten zu erhalten sein (siehe auch KV-Journal Januar 2012, Seite 14, Interview mit dem Vorstandsmitglied der KVMV, Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski). stt**

Weitere Kassen finanzieren ambulante ärztliche Pflegeheim-Betreuung

Knappschaft und DAK schließen Rahmenvereinbarung mit KV ab

Mit Wirkung zum 1. Januar 2012 ist die Knappschaft dem Vertrag zur integrierten Versorgung von Versicherten in vollstationären Pflegeeinrichtungen zwischen der **AOK Nordost** und der KVMV beigetreten. Die Leistungen dieses Vertrages können somit auch für die Versicherten der **Knappschaft** abgerechnet werden.

Die AOK Nordost bleibt hierbei Ansprechpartner und darf stellvertretend für die Knappschaft Erklärungen für den Beitritt von Haus- und Fachärzten abgeben. Bis auf die ergebnisorientierte Vergütung sind die Vertragsinhalte gleich.

Teilnahmeerklärungen sowie Abrechnungen für Versicherte sind an folgende Adresse zu senden: Knappschaft Regionaldirektion Hamburg, Versorgungsmanagement (Pflegeheim Plus), Millerntorplatz 1, 20359 Hamburg, Ansprechpartner: *Annelie Ewen*.

Die KVMV bemüht sich in Verhandlung mit der AOK um eine generelle Übernahme der Vertragsabrechnung, um den bürokratischen Aufwand bei der Abrechnung unterschiedlicher Kassenzugehörigkeit zu reduzieren.

Weiterhin besteht seit dem 1. Oktober 2011 der Vertrag **„Pflege komplett“** mit der **DAK Gesundheit**.

Auch diesem Vertrag liegt ein regelmäßiger Besuch der Pflegeheime durch feste ärztliche Teams und eine erweiterte hausärztliche Rufbereitschaft zu Grunde.

Die Vertragsinhalte gleichen damit denen des Vertrages Pflegeheim Plus. Damit die Abrechnung von Leistungen erfolgen kann, ist es notwendig dem Vertrag „Pflege komplett“ beizutreten.

Ansprechpartner bei der DAK Gesundheit: *Petra Knobelsdorf*, Dr. Külz-Str. 18 – 20, 19053 Schwerin, **Tel.:** 03 85.57 56 93 11 07

Für weitere Fragen steht *Caroline Janik*, Mitarbeiterin in der Qualitätssicherung der Kassenärztlichen Vereinigung unter der **Tel.:** 03 85.74 31 177 zur Verfügung. *cj*

Änderungen des EBM – Der Bewertungsausschuss hat in seiner 266., 267. und 268. Sitzung weitere Beschlüsse gefasst

Zum 1. Januar 2012 – Es wurden neue Gebührenordnungspositionen (GOP) zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern aufgenommen. Im Zuge dieser Neuaufnahmen erfolgten Anpassungen der Präambel im Kapitel 9 und 20 des EBM und die GOP 09340 wurde gestrichen.

GOP	Bezeichnung	Bewertung in Pkt.
09340	Hörgeräteanpassung und Gebrauchsschulung bei Säugling, Kleinkind oder Kind	955
	Streichung der GOP 09340 durch Neuaufnahme der GOP 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378	
20338	Neuverordnung von Hörgeräten beim Säugling, Kleinkind oder Kind	3.665
20339	Zusatzpauschale für die erste Nachuntersuchung nach erfolgter Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	2.175
Änderung der Leistungsbeschreibung der GOP 20340		
20340	Zusatzpauschale für die Nachsorge bei Hörgeräteversorgung beim Säugling, Kleinkind oder Kind	2.070
20343	Zusatzpauschale bei der Diagnostik Tinnitus	435
20364	Zusatzpauschale für die Nachsorge der operativen Behandlung eines Patienten mit chronischer Sinusitis	235
20365	Zusatzpauschale für die postoperative Nachsorge nach Tympanoplastik Typ II bis IV	235
20377	Zuschlag zur GOP 20339 und 20340 für die Koordination Arzt/Hörgeräteakustiker innerhalb von 7 Tagen	175
20378	Zuschlag zur GOP 20339 und GOP 20340 für die Koordination des Arztes mit pädagogischen Einrichtungen im direkten Zusammenhang mit der Durchführung der Leistungen	380

Aufgrund der Ergänzung der Präambeln des Kapitels 9 können HNO-Ärzte unter Einhaltung der Qualitätskriterien die vorgenannten Leistungen der Phoniatrie/Pädaudiologie abrechnen, wenn sie über die aufgeführten technischen Mindestanforderungen verfügen.

Spätestens bis zum 30. Juni 2012 wird eine Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern vereinbart. Bis dahin sind in einer Übergangsregelung die GOP 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 berechnungsfähig.

Anpassung des Anhangs 2 zum EBM an die OPS-Version 2012

Im Rahmen dieser Aktualisierung wurden redaktionelle Änderungen einzelner OPS-Codes sowie die Neuaufnahme und die Streichung von OPS-Codes beschlossen. Durch die geänderte Mammachirurgie im OPS ab 2012 ist die separate Kodierung der Eingriffe an der weiblichen Brustdrüse und im Bereich des Lymphabstromgebietes notwendig geworden. Die in der Tumorchirurgie häufig kombinierten Eingriffe sind zukünftig als Simultaneingriffe zu kodieren. Für die Abrechnung von Simultaneingriffen gelten insbesondere die entsprechenden Voraussetzungen der Bestimmungen im Anhang 2, Präambel 2.1, Nr. 3, Nr. 14 und Nr. 15 des EBM.

Die Veröffentlichung des Beschlusses zur Änderung des Anhangs 2 zum EBM erfolgte im Dt. Ärzteblatt Nr. 1/2 vom 9. Januar 2012.

Zum 1. April 2012 – Änderung der Leistungslegende zur GOP 11500

Mit der Ergänzung „Postnatal“ im vierten und fünften Spiegelstrich der Leistungslegende der GOP 11500 ist eine Klarstellung erfolgt, so dass eine Berechnungsfähigkeit nicht vorgeburtlich, sondern nur eindeutig auf die Zeit nach der Geburt beschränkt ist.

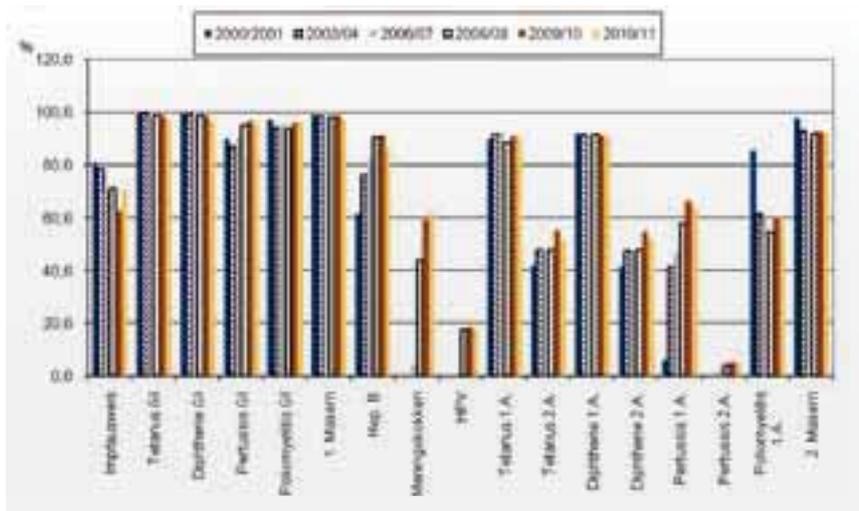
Die Veröffentlichung der Beschlüsse zur Hörgeräteversorgung und zur GOP 11500 erfolgt in einem der nächsten Deutschen Ärzteblätter. mg

Erinnern nützt – Teilnahme an J1-Vorsorgeuntersuchungen bei Jugendlichen in M-V gestiegen

Von Dr. Martina Littmann*

Während bei den Säuglingen und Kleinkindern bis zur Einschulung die Impfungen in unserem Bundesland vorbildlich durchgeführt werden, gibt es bei den Jugendlichen immer wieder große Impflücken. Nur etwa die Hälfte der Jugendlichen in Mecklenburg-Vorpommern ist ausreichend geimpft. Auch die spezielle Vorsorgeuntersuchung für Jugendliche wird nur von knapp 40 Prozent aller Jungen und Mädchen genutzt.

Im Schuljahr 2010/2011 waren die Impfraten der Jugendlichen in M-V wieder leicht rückläufig. Besondere Lücken gibt es bei den erforderlichen Boosterimpfungen in dieser Altersgruppe (Abb.). Dies gibt Anlass zur Sorge, denn vor dem Start ins Berufsleben ist ein vollständiger Impfschutz besonders wichtig.



Vergleich der Impfraten der Schüler in 8. Klassen Mecklenburg-Vorpommern von August 2007 bis November 2010

Deshalb müssen die Jugendlichen über den Sinn von Vorsorgeuntersuchungen, den Schutz vor Infektionskrankheiten und ihre Komplikationen informiert werden. In diesem Zusammenhang wurde vom Landesamt für Gesundheit und Soziales (LAGuS) Anfang des Jahres 2011 eine Pilotaktion gestartet, bei der alle Sechstklässler in Schwerin, Greifswald und im Landkreis Bad Doberan über die Schule mittels eines Eltern-Informationsbriefes an die J1-Vorsorgeuntersuchung erinnert wurden. Im zweiten Teil der Aktion wurden die Haushalte aller Kinder, die aktuell ihren 12. Geburtstag feiern, in Rostock sowie in den Landkreisen Güstrow und

Parchim über die Servicestelle im LAGuS gezielt in Elternbriefen an die J1 erinnert. Zusätzlich erhielten die auf beiden Aktionswegen insgesamt ca. 3.700 angesprochenen Kinder einen Flyer mit Informationen über die J1 und die erforderlichen Impfungen.

Erste Auswertungen der bei der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) abgerechneten J1-Untersuchungen in den ersten drei Quartalen 2011 ergaben, dass in den Kreisen, in denen über die Schule an die J1-Untersuchung erinnert wurde, die J1-Teilnahmequoten von 41 Prozent im gleichen Zeitraum 2010 auf 61 Prozent aller Jugendlichen 2011 gestiegen sind. Nach der Erinnerung über die Servicestelle des LAGuS stieg die Zahl in den beteiligten Regionen von 37 Prozent auf 51 Prozent.

Insgesamt nutzten in M-V in den ersten drei Quartalen 2011 immerhin schon 44 Prozent der Jugendlichen diese wichtige Vorsorgeuntersuchung.

Aufgrund dieses positiven Entwicklungstrends besteht die Hoffnung, dass in diesem Zusammenhang bei der nächsten Auswertung der Impfdaten auch ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen ist.

Erstes Fazit dieser Aktion: An die J1-Untersuchung zu erinnern, lohnt in jedem Fall!

Damit es in M-V auch weiterhin gelingt, die Teilnahme an der J1 und, damit verbunden, auch die Impfquoten bei den Jugendlichen kontinuierlich zu verbessern, soll diese Erinnerungsaktion durch das LAGuS auch 2012

weiter fortgeführt werden. Kooperationspartner dabei sind das Ministerium für Arbeit, Gleichstellung und Soziales, das Bildungsministerium, die Schulämter, das Innenministerium mit den Einwohnermeldeämtern nach Absprache mit dem Datenschutzbeauftragten, die Gesundheitsämter sowie die Kassenärztliche Vereinigung und die Berufsverbände. Für welchen Weg der Erinnerung man sich entscheidet, wird im ersten Quartal 2012 gemeinsam entschieden.

* Dr. med. Martina Littmann ist Leiterin der Gesundheitsabteilung im LAGuS.

Drum prüfe ewig, wer nichts Besseres findet

Von Dan Oliver Höftmann*

Im engen Zusammenhang mit der Verordnung von Arzneimitteln steht nach Ansicht einiger Krankenkassen offensichtlich auch das umfängliche Prüfen der Verordnungen. Nicht nur im Bereich der Richtgrößen ist Vorsicht geboten. Die Krankenkassen spezialisieren sich zunehmend in Richtung Prüfung auf sonstigen Schaden und die Einzelfallprüfungen.

Im Jahr 2011 gingen fast 750 Prüfanträge bei der gemeinsamen Prüfungsstelle M-V zu diesen beiden Prüfarten ein. Damit ist statistisch jeder dritte Arzt bzw. Ärztin Opfer eines solchen Verfahrens. Die Höhe der beantragten Regress-Summen beläuft sich bei diesen ca. 750 Anträgen auf etwas mehr als 400.000 Euro. Eine beängstigende Summe, auch wenn je Antrag kleinere Beträge zu Buche schlagen und nicht alle Anträge zu einem Regress führen.

Spitzenreiter bei den Prüfungen im Einzelfall sind die Betriebskrankenkassen, vor allem sind es hier kleinere BKK'en. Sie brachten es mit knapp 210 Anträgen immerhin auf fast die Hälfte der geforderten Regresse (rund 198.000 Euro). Die Ersatzkassen schafften es mit etwas mehr Anträgen (221) auf „nur“ etwas mehr als 110.000 Euro. Die AOK, die immerhin den größten Anteil der Versicherten für sich verbuchen kann, war mit 263 Anträgen umtriebiger – in der Summe mit rund 47.000 Euro jedoch noch „moderat“.

Ziel der Anträge sind die Ahndung von vermuteten Verstößen gegen die Arzneimittel-Richtlinie (fast 370 Anträge), nicht genehmigtem Off-Label-Use (150 Anträge) und Verordnungen während eines stationären Aufenthalts (etwas mehr als 30 Anträge).

Besonders das Nichteinhalten der Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie (AM-RL) führte zu Prüfanträgen. **In dieser Anlage sind folgende Verordnungsaußchlüsse geregelt:**

- ▶ Ausschluss verschreibungspflichtiger Medikamente bei so genannten Bagatellerkrankungen (§ 34 SGB V, §13 AM-RL),
- ▶ Ausschluss gemäß Rechtsverordnung (§ 34 SGB V), so genannte „Negativliste“,
- ▶ Ausschluss von Medikamenten gemäß des § 16 AM-RL, Abs. 1 und 2, basierend auf § 92 SGB V, wenn entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nicht nachgewiesen sind,
- ▶ Hinweise auf Verordnungsfähigkeit nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel und unwirtschaftliche

Verordnung bei Kindern bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr gemäß § 92 SGB V, AM-RL § 16).

Weiterhin wird das vermutete Nichteinhalten der zugelassenen Ausnahmen bei frei verkäuflichen Medikamenten, so genannten „OTC“-Präparaten („OTC“: over the Counter) geprüft.

Warum machen die Krankenkassen das, obwohl doch überall zu vernehmen ist, dass die Arzneimittelkosten sinken?

So titelt die FAZ im September „Krankenkassen mit 2,4 Milliarden Euro im Plus“. Auch in Mecklenburg-Vorpommern sind nach der ABDA-Statistik Rückgänge bei den Arzneimittelausgaben von mehr als 3,3 Prozent zu verzeichnen. Man könnte eigentlich meinen, dass die Welt in Ordnung wäre. Aber aus Sicht der Kassen weit gefehlt. Über den „GKV-Arzneimittelindex“¹ erklärt sich die Einsparung im Bereich Arzneimittel nicht durch ein verändertes Ordnungsverhalten, sondern durch Einsparungen bei den Arzneimittelpreisen. So sei die jahresdurchschnittliche Preisveränderung mit minus 2,4 Prozent zu beziffern.

Schaut man auf die GAmSi-Zahlen, stellt man fest, dass die Anzahl der Verordnungen in M-V von 12,6 in den ersten drei Quartalen 2010 auf rund 12,8 Millionen im Vergleichszeitraum 2011 angestiegen sind. Auch der Netto-Umsatz nach GAmSi erhöhte sich für diese Zeiträume von rund 573 auf etwa 586 Millionen Euro. Damit ist Mecklenburg-Vorpommern beim Netto-Umsatz je 1.000 Versicherte Spitzenreiter im Bundesvergleich und „konnte“ vergleichbare KV-Bereiche auf die Plätze verweisen. Im Bereich Anzahl der Verordnungen je 1.000 Versicherte wurde M-V erneut „nur“ Zweiter hinter dem Saarland.

Zahlen, die zu denken geben. Zahlen, die das Ansinnen der Kassen nicht schöner, aber erklärbar machen. Zahlen, die jeden dritten Arzt bzw. Ärztin in eine Rechtfertigungssituation bringen. Zahlen, die Honorareinbußen bedeuten können.

¹ GKV-Arzneimittelindex „Preisentwicklung auf dem Arzneimittelmarkt bis 2011 – Gesamtdeutscher Index“, Wissenschaftliches Institut der AOK

* Dan Oliver Höftmann ist stellvertretender Verwaltungsdirektor der KVMV.

Ermächtigungen und Zulassungen

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

BAD DOBERAN

Die Zulassung haben erhalten

Dr. med. *Nils Krause*,
Praktischer Arzt für Schwaan, ab 1. Januar 2012;

Dr. med. *Eberhard Wahl*,
FA für Allgemeinmedizin in Schwaan, ab 1. Januar 2012.

Widerruf eines Anstellungsverhältnisses

Dr. med. *Bert Basan*, FA für Innere Medizin in Bad Doberan, zur Anstellung von Dr. med. *Julia Ströhl* als hausärztliche Internistin in seiner Praxis, ab 1. Januar 2012.

DEMMIN

Ende der Zulassung

Dr. med. *Christina Wenzlow*,
FÄ für Allgemeinmedizin in Lubmin, endete mit Wirkung ab 1. Januar 2012.

Änderung einer Berufsausübungsgemeinschaft

Claudia Scholz und *Sabine Kropf*, FÄ für Allgemeinmedizin für Lubmin, ab 1. Januar 2012.

Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

Claudia Scholz und *Sabine Kropf*, FÄ für Allgemeinmedizin in Lubmin, zur Anstellung von Dr. med. *Christina Wenzlow* als FÄ für Allgemeinmedizin in ihrer Praxis, ab 1. Januar 2012.

GREIFSWALD/OSTVORPOMMERN

Ermächtigungen

Prof. Dr. med. *Ute Felbor*,
Universitätsklinikum Greifswald,
für humangenetische Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Humangenetik,
bis zum 31. Dezember 2012;

Dr. med. *Norbert Utzig*,
Universitätsklinikum Greifswald,
Erweiterung der Ermächtigung um die neuropädiatrische Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Anfallsleiden inkl. erforderlicher EEG-Untersuchungen sowie um die Behandlung von Patienten mit therapierefraktären Kopfschmerzen;

Klinik für Neurologie des Universitätsklinikums Greifswald, zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit Multipler Sklerose auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Neurologie und Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie. Psychotherapeutische Leistungen sind nicht Bestandteil der Ermächtigung.

Ausgenommen von der Ermächtigung sind Leistungen, die die Klinik gemäß § 115 a SGB V erbringt.

Die Ermächtigung gilt nur solange und soweit die Klinik von der Möglichkeit des § 116 b SGB V keinen Gebrauch macht, bis zum 31. Dezember 2013.

GÜSTROW

Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

Dr. med. *Simone Gabriel*, FÄ für Neurologie in Güstrow, zur Anstellung von Dr. med. *Rosemarie Merz* als FÄ für Neurologie und Psychiatrie in ihrer Praxis, ab 2. Januar 2012.

Widerruf eines Anstellungsverhältnisses

Dipl.-Med. *Petra Dassing*, FÄ für Allgemeinmedizin in Jördenstorf, zur Anstellung von Dr. med. *Sabine Gebert* als Praktische Ärztin in ihrer Praxis, ab 1. Januar 2012.

LUDWIGSLUST

Praxissitzverlegungen

Dr. med. *Dirk Grotkopp*,
FA für Allgemeinmedizin,
von Spornitz nach Zarrentin, ab 1. Januar 2012;

Dr. med. *Detlef Scholz*,
hausärztlicher Internist,
von Schwerin nach Neustadt-Glewe, ab 1. Februar 2012.

Widerruf eines Anstellungsverhältnisses

HELIOS MVZ Boizenburg, zur Anstellung von *Anja Reincke* als FÄ für Augenheilkunde im MVZ, ab 1. November 2011.

Ermächtigung

Dr. med. *Astrid Wimmer*, Evangelisches Krankenhaus Stift Bethlehem GmbH in Ludwigslust,
für sonographische Untersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums, bis zum 31. Dezember 2013.

Beendigung der Ermächtigung

Dr. med. *Michael Schütt*, Kreiskrankenhaus Hagenow,
mit Wirkung ab 1. Januar 2012.

NEUBRANDENBURG/MECKLENBURG-STRELITZ

Ermächtigungen

Prof. Dr. med. habil. *Egmont Scola*,
Diakonie Klinikum Dietrich Bonhoeffer GmbH in Neubrandenburg,
für konsiliarärztliche Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Chirurgie. Ausgenommen sind Leistungen, die die Klinik gemäß §§ 115 a und b, 116 b SGB V erbringt, bis zum 31. März 2014;

Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung der DRK-Krankenhaus Mecklenburg-Strelitz gGmbH,
zur Leistungserbringung der EBM-Nummer 01780 auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, bis zum 31. Dezember 2014.

PARCHIM

Ende der Zulassung

Dipl.-Psych. *Eva Gimdt*,
Psychologische Psychotherapeutin in Cambs, endet mit Wirkung ab 1. April 2012;



Dr. med. *Anke Wiesner*,
FÄ für Allgemeinmedizin in Sternberg, ab 1. Juli 2012.

Die Zulassung haben erhalten

Dipl.-Psych. *Kerstin Linge*,
Psychologische Psychotherapeutin für Cambs, ab 1. April 2012;

Dr. med. *Reinhard Nolte*,
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie für
Karrenzin, ab 1. Januar 2012.

ROSTOCK

Genehmigung einer örtlichen Berufsausübungsgemeinschaft

Dr. med. *Ulrike Werner* und *Yvonne Gillot*, FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe für Rostock, ab 3. Januar 2012;

Dr. med. *Silke Landgraf* und *Katrin Warncke*, FÄ für Kinder- und Jugendmedizin für Rostock, ab 3. Januar 2012.

Ermächtigungen

Dr. med. *Bernd Kortmann*,
Südstadt-Klinikum Rostock,
zur Betreuung von niereninsuffizienten Patienten mit einer AV-Shunts-Problematik auf Überweisung von niedergelassenen Nephrologen, bis zum 31. Dezember 2013;

Psychiatrische Institutsambulanz der Tagesklinik für Gerontopsychiatrie Rostock am Standort Gehlsheimer Str. 20 gemäß § 118 Abs. 1 SGB V zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind, ab 1. Januar 2012.

RÜGEN

Ermächtigung

Dr. med. *Regine Walter*,
Sana-Krankenhaus Rügen GmbH,
zur Erbringung sonographischer Leistungen nach den EBM-Nummern 01600, 01602, 01773 bis 01775, 40120 und 40144 auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, bis zum 30. September 2013.

SCHWERIN/WISMAR/NORDWESTMECKLENBURG

Verzicht auf einen halben Versorgungsauftrag

Dr. med. *Monika Haase*,
ärztliche Psychotherapeutin in Schwerin, die Zulassung wird ab 30. Januar 2012 auf die Hälfte des vollen Versorgungsauftrages beschränkt.

Die Zulassung haben erhalten

Dipl.-Psych. *Vinzent Krause*,
Psychologischer Psychotherapeut für Wismar, ab 1. April 2012;

Dipl.-Psych. *Solveig Freund*,
Psychologische Psychotherapeutin für Wismar, ab 30. Januar 2012, die Zulassung wird auf den hälftigen Versorgungsauftrag beschränkt.

Widerruf der Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

MVZ Wismar GmbH, zur Anstellung von Dr. med. *Gert Müller* als FA für Kinder- und Jugendmedizin im MVZ, ab 1. Januar 2012.

Genehmigung eines Anstellungsverhältnisses

MVZ Wismar GmbH, im Wege der Nachbesetzung zur Anstel-

lung von *Andrea von Minckwitz* als FÄ für Kinder- und Jugendmedizin im MVZ, ab 1. Januar 2012.

Ermächtigungen

Dr. med. *Kristina Biedermann*,
HELIOS Kliniken Schwerin,
zur Behandlung von Patienten mit seltenen Infektionskrankheiten auf Überweisung von Vertragsärzten sowie zur Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-Patienten durch direkte Inanspruchnahme. Im Rahmen der Behandlung von HIV-Infizierten und AIDS-Patienten sind die EBM-Nummern 30920, 30922, 30924 abrechenbar, bis zum 31. März 2014;

Frauke Wilkening,
HELIOS Kliniken Schwerin,
Erweiterung um sonographische Untersuchungen nach den EBM-Nummern 33042 und 33043 (nur Niere) auf Überweisung von hausärztlich tätigen Vertragsärzten, ermächtigten Ärzten der Kinderklinik Schwerin und Ärzten des ermächtigten Institutes zur Mukoviszidosebehandlung der HELIOS Kliniken Schwerin;

Dr. med. *Birgit Beese*,
HELIOS Kliniken Schwerin,
für Mammographie-Screening-Untersuchungen nach den EBM-Nummern 01750 bis 01755, 01758, 01759, 40850, 40852, 40854, 40855 sowie zur Durchführung von Kontroll-Mammographien nach den EBM-Nummern 34270 bis 34274 und für Leistungen nach der EBM-Nummer 34274 im Zusammenhang mit der Erbringung der EBM-Nummer 34270 auf Überweisung von niedergelassenen Radiologen und Gynäkologen, bis zum 31. März 2014;

Prof. Dr. med. *Frank Wilhelm*,
HELIOS Kliniken Schwerin,
zur Behandlung von Keratoplastik- und Glaukompatienten und für neuroophthalmologische Leistungen auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Augenheilkunde. Folgende EBM-Nummern sind abrechenbar: 01321, 01430, 01435, 01436, 01600, 01601, 06312, 06330, 06333, 06350, 06352, 33000, 33001, 33002, 40120, 40144. Nicht abrechenbar sind Leistungen, die die Augenklinik gemäß §§ 115 a und b, 116 b SGB V erbringt, bis zum 31. März 2014;

Dr. med. *Cornelia Werschnik*,
HELIOS Kliniken Schwerin,
für die Vitrektomie, photodynamische Therapie, zur Behandlung von Tumorpatienten sowie für die Fluoreszenzangiographie auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Augenheilkunde. Folgende EBM-Nummern sind abrechenbar: 01321, 01430, 01435, 01436, 01600, 01601, 06331, 06332, 06333, 33000, 33001, 40120, 40144. Nicht abrechenbar sind Leistungen, die die Augenklinik gemäß §§ 115 a und b, 116 b SGB V erbringt, bis zum 31. März 2014;

Dr. med. *Thomas Wermund*,
HELIOS Kliniken Schwerin,
zur Behandlung von Patienten mit zentralen Sehstörungen; hereditären Netzhauterkrankungen, Erkrankungen des Nervus opticus sowie der Sehbahnen und zur Behandlung von Erkrankungen des 3., 4. und 6. Hirnnerven sowie zur Behandlung von Patienten mit extrastriären Sehstörungen auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Augenheilkunde. Ausgenommen sind Leistungen, die die Augenklinik gemäß §§ 115 a und b, 116 b SGB V erbringt, bis zum 31. März 2014.

STRALSUND/NORDVORPOMMERN

Ende der Zulassung

Dipl.-Med. *Gerhard Rach*,





Facharzt für Chirurgie in Stralsund, endet mit Wirkung ab 1. Juli 2012.

Die Zulassung hat erhalten

Dr. med. *Michael Bartelt*,
FA für Chirurgie/Unfallchirurgie für Stralsund, ab 1. Juli 2012.

Ermächtigung

Psychiatrische Institutsambulanz der Stralsund MED Allgemeinpsychiatrischen Tagesklinik mit Schwerpunkt Gerontopsychiatrie und Psychosomatik gemäß § 118 Abs. 1 SGB V zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung der Versicherten. Die Behandlung ist auf diejenigen Versicherten auszurichten, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung oder wegen zu großer Entfernung zu geeigneten Ärzten auf die Behandlung durch diese Krankenhäuser angewiesen sind, ab 1. Januar 2012.

UECKER-RANDOW

Widerruf eines Anstellungsverhältnisses

MVZ Vorpommern GmbH Pasewalk, zur Anstellung von *Wjateslaw Wolf* als FA für Allgemeinmedizin im MVZ, ab 1. Oktober 2011, und zur Anstellung von *Sonja Reichenstein* als FÄ Allgemeinmedizin im MVZ, ab 1. Januar 2012.

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

Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV)

Das SAPV-Team der HaffNet Management GmbH wirkt in der Uecker-Randow-Region:

HaffNet Management GmbH – SAPV Team

Anschrift: Chausseestr. 45, 17373 Ueckermünde, **Tel.:** 03 97 71.5 94 60, **Fax:** 03 97 71.5 94 61

Kontaktperson: Dr. med. *Anneliese Rentz* (niedergelassene Chirurgin in Torgelow)

Koordination: *Benny Rickelt*

Weitere Daten sind auch auf der Internetseite der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern unter: www.kvmv.de ▶ Für Ärzte ▶ Praxisservice ▶ Qualitätssicherung ▶ SAPV zu finden.

Fragen beantwortet *Anke Voglau*, Geschäftsbereich Qualitätssicherung, unter **Tel.:** 03 85.74 31 377.

Landkreis Ludwigslust-Parchim nimmt Mediziner in den Fokus

Seit Januar 2012 existiert eine Informationsplattform der Wirtschaftsförderungsgesellschaft www.karriere-Ludwigslust.de.

Diese Internetseiten sind insbesondere an junge Mediziner gerichtet. Sie können sich hier über Arbeitsangebote, die Aus- und Weiterbildung, Übernahmemöglichkeiten von Praxen und unterstützende finanzielle Förderung informieren.

Der Landkreis, die Kassenärztliche Vereinigung, die Ärztekammer und die Kliniken versuchen, auch auf diesem Wege dem Ärztemangel im ländlichen Raum von Ludwigslust und Parchim zu begegnen. Informationen über das Leben im Landkreis mit Hinweisen auf vorhandene Kinderbetreuungseinrichtungen und Übersichten von zu erwerbenden Immobilien erweitern das Spektrum. *PR/stt*



Öffentliche Ausschreibungen

von Vertragsarztsitzen gem. § 103 Abs. 4 SGB V



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

Planungsbereich/Fachrichtung	Übergabetermin	Bewerbungsfrist	Ausschreibungs-Nr.
Schwerin			
Allgemeinmedizin	nächstmöglich	29. Februar 2012	17/07/11
Innere Medizin (<i>hausärztlich</i>)	nächstmöglich	29. Februar 2012	19/05/11/1
Rostock			
Orthopädie (<i>halber Vertragsarztsitz</i>)	2. Januar 2013	29. Februar 2012	09/01/12
Frauenheilkunde und Geburtshilfe (<i>halber Vertragsarztsitz</i>)	1. April 2012	15. Februar 2012	16/01/12
Radiologie (<i>Praxisanteile</i>)	1. April 2012	29. Februar 2012	17/01/12
Greifswald			
Allgemeinmedizin	nächstmöglich	29. Februar 2012	06/05/11/1
Greifswald/Ostvorpommern			
Kinder- und Jugendmedizin	nächstmöglich	29. Februar 2012	17/10/11
Augenheilkunde	1. Juli 2012	29. Februar 2012	29/11/11
Augenheilkunde	1. August 2012	29. Februar 2012	20/01/12
Parchim			
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Juli 2012 (<i>nach Absprache auch früher</i>)	29. Februar 2012	13/04/11
Güstrow			
Augenheilkunde	nächstmöglich	15. Februar 2012	05/05/11
Haut- und Geschlechtskrankheiten	nächstmöglich	29. Februar 2012	07/09/10
Schwerin/Wismar/Nordwestmecklenburg			
Psychotherapeutische Medizin	1. Mai 2012	29. Februar 2012	28/12/11
Neubrandenburg/Mecklenburg-Strelitz			
Psychologische Psychotherapie	nächstmöglich	29. Februar 2012	13/01/12
Stralsund/Nordvorpommern			
Innere Medizin (<i>hausärztlich</i>)	1. April 2012	15. Februar 2012	12/01/12

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.

Impressum Journal der Kassenärztlichen Vereinigung M-V | 21. Jahrgang | Heft 233 | Februar 2012

Herausgeber Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern | Neumühler Str. 22 | 19057 Schwerin | Postfach 160145 | 19091 Schwerin | www.kvmv.de | **Redaktion** Abt. Öffentlichkeitsarbeit | Eveline Schott | Tel.: 03 85.74 31 213 | Fax: 03 85.74 31 386 E-Mail: presse@kvmv.de | **Beirat** Dr. med. Dieter Kreye | Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski | Axel Rambow | **Satz und Gestaltung** Katrin Schilder | **Anzeigen und Druck** Produktionsbüro TINUS | Kerstin Gerung | Großer Moor 34 | 19055 Schwerin | www.tinus-medien.de | **Erscheinungsweise** monatlich | **Bezugspreise** Einzelheft: 3,10 Euro | Jahresabonnement: 37,20 Euro. Für die Mitglieder der KVMV ist der Bezug durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

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

Mecklenburgica

Von Joachim Lehmann

Die Geschichte unseres Bundeslandes ist mit der Gegenwart häufig vielfach verbunden. Dies schlägt sich in einer großen Zahl von Publikationen unterschiedlichster Thematik und auch unterschiedenen Anspruchs nieder. Auf einige der Titel aus dem kaum zu überblickenden Angebot soll hier aufmerksam gemacht werden.

Diesem Blatt in besonderer Weise verbunden ist das auch verlegerisch tätige Produktionsbüro TINUS. Es hat unter dem Titel „Auf Schild und Flagge“ von dem kompetenten Schweriner Archivar Hans-Heinz Schütt ein Handbuch der Wappen und Flaggen des Landes Mecklenburg-Vorpommern und seiner Kommunen herausgebracht (ISBN 978-3-9814380-0-0, 55 Euro). Einer nützlichen Einführung zu Wappenwesen und Flaggenkunde folgt ein eigenes Kapitel zum Landeswappen und zur -flagge. Mehr als 360 Seiten bieten einen Katalog der eingetragenen Wappen und Flaggen. Der abschließende Anhang lässt für die Erschließung des Inhalts in jeder Richtung keine Wünsche offen. Die umfassenden historisch-heraldischen Erläuterungen gewähren dem Leser faszinierende Einblicke in die Geschichte und Gegenwart unseres Landes, seiner Regionen und einer großen Zahl selbstständiger Gemeinden.

Nur die Städte im Blick haben Michael Buddrus und Sigrid Fritzlar mit „Die Städte Mecklenburgs im Dritten Reich“ aus der Edition Temmen (ISBN 978-3-8378-4029-2, 34 Euro). Aber dabei findet sich methodisch und inhaltlich absolut Neues. Die Einleitung von gut 100 Seiten bietet gelungen die kommunalpolitische historische Einführung. Über 350 Seiten sind den 60 Städten jener Zeit gewidmet, die mit ihren Formaldaten und weiter mit den Organisationen der NSDAP, der Wirtschaftspolitik (eingeschlossen Zwangsarbeit), der finanziellen Situation sowie mit kommunalpolitischen Maßnahmen und der personellen Zusammensetzung der Stadtverwaltungen unter der NS-Diktatur im Dritten Reich vorgestellt werden. Letzterer

Aspekt wird durch einen hochinteressanten dritten Teil des Handbuchs untersetzt, in dem weit über Tausend Bürgermeister, Stadträte und Ratsherren der Jahre 1932 bis 1945 porträtiert werden. Darüber hinaus werden auch erstmalig Fotos aller Rathäuser, zahlreicher NS-Funktionsträger sowie die während des Dritten Reichs gültigen Wappen der mecklenburgischen Städte veröffentlicht.



„Schlösser und Herrenhäuser in Mecklenburg“ (ISBN 978-3-356-01395-5, 24,95 Euro) liegen dem einschlägig bekannten vielseitigem Publizisten Wolf Karge am Herzen. Im Rostocker Hinstorff Verlag veröffentlicht er 100 ausführliche Porträts derartiger Bauten und zahlreiche Hinweise auf weitere relevante Objekte. Die sachkundigen und unerhört vielfältigen, vielschichtigen Informationen zu den einzelnen Gebäuden und ihrem Umfeld – zumal auf aktuellem Stand – sind sehr wohl als Anregung zu einem Besuch gedacht. Es ist ein Vorzug des Bandes, dass er überdies prägende Köpfe der Schlösser- und Herrenhausarchitektur vorstellt und mit einem umfänglichen Glossar dem weniger Architekturkundigen unter die Arme greift. Literaturverzeichnis, Register und Adressen (Navi!) vervollständigen den Gebrauchswert. Der ausgeprägt gute und flotte Stil steigert das Lesevergnügen.

Da geht es bei der Chronik „Die Polizei Mecklenburgs“ (ISBN 978-3-00-035140-2, 25 Euro) eher sachlich nüchtern zu. Der ausgewiesene Autor Klaus-Ulrich Keubke legt hier Band 27 in der Reihe „Schriften zur Geschichte Mecklenburgs“ in seinem Schweriner aph-Verlag vor. Gestützt auf Archivalien des Landeshauptarchivs Schwerin und des Archivs der Hansestadt Rostock spannt er den zeitlichen Bogen vom Mittelalter bis zur Gegenwart. Die chronologisch aneinandergereihten Fakten werden durch integrierte Aussagen zu Personen aufgelockert und durch zahlreiche Fotos und Tafeln illustriert. Das Schwergewicht der Ausarbeitung liegt auf dem eigentlichen Bereich polizeilichen Wirkens – dem der Schutzpolizei.

Regional

Fortbildungsveranstaltung

„Multiresistente Erreger“
am 15. Februar 2012 in Greifswald

Das Thema „Multiresistente Erreger“ (MRE oder auch MRSA) wird derzeit in Fachkreisen heiß diskutiert. Auch das Grypsnet-Ärztinnenetz möchte interessierten niedergelassenen Kollegen die aktuellsten Erkenntnisse zu Diagnose und Umgang mit MRE zur Verfügung stellen und eine Plattform für fachlichen Austausch bieten.

Der erweiterte Februar-Stammtisch der Hausärzte in Greifswald bietet erste Gelegenheit, Einblick in die Thematik und die geplanten Aktivitäten in der Region zu erhalten.

Hauptreferentin ist Dr. *Josefine Haak* vom HICARE-Projekt, einem „Aktionsbündnis gegen multiresistente Erreger“, getragen unter anderem von den Universitäten Greifswald und Rostock, von zahlreichen Unternehmen und Institutionen der Gesundheitswirtschaft sowie der Gesundheitsversorgung.

**Kollegen aller Fachgruppen
sind herzlich eingeladen!**

Termin: 15. Februar 2012 um 19 Uhr (bis voraussichtlich 21 Uhr)

Ort: bbw - BerufsBildungsWerk Greifswald, Pappelallee 2, 17489 Greifswald

Teilnahmegebühren: keine

Fortbildungspunkte sind beantragt.

Um Anmeldung per **E-Mail** an info@grypsnet.de oder **telefonisch** unter 0 38 34.89 90 90 bzw. per **Fax** an 0 38 34.89 90 91 wird gebeten, spontane Teilnehmer sind aber ebenso willkommen.

(Der Besuch dieser Veranstaltung berechtigt noch nicht zur Abrechnung der entsprechenden EBM-Ziffern gegenüber der KVMV. stt)

Rostock – 29. Februar 2012

Die spezialisierte ambulante palliativmedizinische Versorgung in der Stadt Rostock – Erfahrungen aus zwei Jahren Praxis einer sektorübergreifenden Versorgung

Hinweise: Ort: Spielsaal der Uniklinik Rostock, Ernst Heydemann Str. 8, 18057 Rostock; Beginn: 17 bis 19 Uhr; Veranstalter: Palliativmedizinisches Netz Rostock (PNR); Leitung: Dr. med. *Volker Lakner*.

Information/Anmeldung: PNR, Wismarsche Str. 32, 18057 Rostock, *Manuela Bonow*, **Tel.:** 0381.510 83 09, **Fax:** 0381.375 27 12, **E-Mail:** sapv@palliativnetz-rostock.de.

Schwerin KVMV – 10. März 2012

QM Termin für das 1. Halbjahr 2012
10. März 2012 – QMÄ-Grundlagenseminar

Uhrzeiten für QMÄ-Seminar: samstags von 9 bis 17 Uhr.
Inhalte: Grundlagen des Qualitätsmanagements; Vorbereitung der erfolgreichen Einführung eines praxisinternen QM-Systems; Zertifizierungsmöglichkeiten. Die Onyx-Integratives Gesundheitsmanagement GmbH bietet darüber hinaus noch praxisindividuelle QM-Einführungskurse vor Ort in der Praxis an. Dabei unterstützen wir auch gern bis zur Zertifizierungsreife durch den TÜV.

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

Information/Anmeldung: Kassenärztliche Vereinigung M-V, *Martina Lanwehr*, **Tel.:** 0385.7431 375; Dr. *Sabine Meinhold*, **Tel.:** 039771.59120.

Moderatorenschulung

für Qualitätszirkel im April 2012

Auch in diesem Jahr bietet die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern ein Moderatorentaining für die Organisatoren von Qualitätszirkeln an.

Das hierbei zu erwerbende Zertifikat ist die Voraussetzung für die Anerkennung von Qualitätszirkeln und ist zur Erlangung der von der Ärztekammer vergebenen Fortbildungspunkte notwendig. Darüber hinaus fördert die KVMV auch weiterhin registrierte Qualitätszirkel entsprechend der bisherigen Vergütungsregelung.

Ärzte, die Interesse an der Zertifizierung als Moderatoren für Qualitätszirkel haben, **melden sich bitte, spätestens bis zum 12. März 2012** bei *Ilona Holzmann*, **Tel.:** 03 85.74 31 244.

Die Schulung findet am 13. und 14. April 2012 im NH-Hotel in Schwerin statt.

50.

GEBURTSTAG

- 3.2. Dr. med. *Heike Schulze*,
niedergelassene Ärztin in Wittenburg;
- 6.2. Dr. med. *Wolf-Dieter Krüger*,
niedergelassener Arzt in Schwerin;
- 7.2. Dr. med. *Ute Hecker*,
niedergelassene Ärztin in Greifswald;
- 12.2. Dipl.-Med. *Christian Stielow*,
niedergelassener Arzt in Gadebusch;
- 12.2. Dr. med. *Christel Hahn*,
niedergelassene Ärztin in Hagenow;
- 26.2. Dr. med. *Dirk Steinbrink*,
niedergelassener Arzt in Malchin.

60.

GEBURTSTAG

- 3.2. Dr. med. *Karin Saßnowski*,
niedergelassene Ärztin in Altentreptow;
- 5.2. Dr. med. *Sabine Nickschick*,
niedergelassene Ärztin in Greifswald;
- 9.2. Dipl.-Med. *Christine Weber-Mueller*,
niedergelassene Ärztin in Neubrandenburg;
- 9.2. Dr. med. *Renate Lunk*,
niedergelassene Ärztin in Schwerin;
- 22.2. Dr. med. *Marianne Teichmann*,
niedergelassene Ärztin in Rostock;
- 22.2. Dr. med. habil. *Jürgen Jarling*,
niedergelassener Arzt in Greifswald.

65.

GEBURTSTAG

- 7.2. Dipl.-Med. *Gerhard Rach*,
niedergelassener Arzt in Stralsund;
- 9.2. Dr. med. *Thomas Barthel*,
niedergelassener Arzt in Tessin;
- 12.2. Dipl.-Psych. *Elisabeth Schmidt*,
niedergelassene Psychologische Psychotherapeutin in Schwerin;
- 27.2. Dipl.-Med. *Irene Przybilla*,
angestellte MVZ-Ärztin in Parchim.

75.

GEBURTSTAG

- 26.2. MR Dr. med. *Claus Kortum*,
niedergelassener Arzt in Lübbtheen.

Wir gratulieren...

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

WIR TRAUERN UM

Dipl.-Med. *Klaus Böhm*, geb. 16.06.1950,
verstorben am 30.12.2011, Neubrandenburg.

**Qualitätsbericht 2010
veröffentlicht**

Zum siebten Mal veröffentlicht die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern ihren Qualitätsbericht. Eine zusammengefasste Übersicht über ein Jahr innerärztliche Qualitätssicherungsarbeit liegt nun dem interessierten Leser vor.

Dieser Qualitätsbericht ist aber auch ein Beitrag zur Darstellung der Leistungskraft der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern.

Er sollte an den Stellen auch als Lektüre genutzt werden, an denen Entscheidungen zur Gesundheitspolitik getroffen werden.

Auf 56 Seiten erhält man Informationen, zum Beispiel über Projekte, bei denen die KV als Initiator und Träger um eine parallele Ergebnis-Evaluierung bemüht war und ist. Jahresstatistiken und Tätigkeitsberichte fassen den hohen Stand der Patientenversorgung im ambulanten Bereich dieses Bundeslandes zusammen.

Der Qualitätsbericht 2010 ist auf der Internetseite der KVMV unter: www.kvmv.de ▶ Für Ärzte ▶ Aktuell zu finden.



Es ist ein Vorteil des Altwerdens,
dass man gegen Haß, Beleidigungen,
Verleumdungen gleichgültig wird,
während die Empfänglichkeit für Liebe und
Wohllollen stärker wird.

*Otto von Bismarck (1815 – 1898);
dt. Reichskanzler (1871 – 1890)*

Augenblicke der Freude

Augenblicke der Freude genießen..., so beginnt ein Gedicht unserer langjährigen Kollegin Renate Wanitschke. Ich lese sie gern, ihre Gedichte – sind sie doch oft Zeugnis von langer Arzterfahrung.

Augenblicke der Freude hatten die Ärzteseniorinnen und -senioren auch im vergangenen Jahr bei ihren vielfältigen Aktivitäten.

Unverändert beliebt sind die monatlichen Wanderungen und die Reisen in der Gemeinschaft von Kolleginnen und Kollegen, die auch nach dem Ausscheiden aus dem Berufsleben die Gemeinsamkeit nicht missen wollen.

Ich freue mich, dass sich meine Idee von 1998/99 zumindest in Rostock inzwischen verselbständigt hat. Der



Foto: von privat

Besonders gefragt sind die Ausflüge der Ärztesenioren. Das eine oder andere Angebot ist dabei auch schon schnell einmal „ausgebucht“.

Tag der Begegnung – erstmals 1999 von mir ins Leben gerufen – wird seit letztem Jahr erfolgreich von Dr. Sewz mit Unterstützung der Ärztekammer fortgeführt. Beim letzten Treffen waren ca. 100 Interessierte anwesend. Ausgebucht waren auch die so genannten „großen“ Reisen nach England und Frankreich. Auch die von uns organisierten Museumsbesuche werden gut angenommen. Für mich persönlich war unsere Fahrt im Oktober letzten Jahres nach Schleswig-Holstein sehr erfreulich: Bei Regen ging es damals in Rostock los. Doch kurz vor dem Ziel Schleswig kam die Sonne hervor und verließ uns keinen Tag mehr. Dabei wurden Erinnerungen geweckt: Es war die Schleswig-Holsteiner KV, die uns nach der Wende 1990/1991 bei der Gründung unserer KV materiell und ideell geholfen hatte. Ich habe bis zum Ende meiner KV-Tätigkeit als Vorsitzender der Vertreterversammlung die Beziehungen zur dortigen KV intensiv durch die Teilnahme als Gast an der Abgeordneten-Versammlung gepflegt.

Ein großes Ereignis war auch 2000 anlässlich des 10-jährigen Bestehens der KVMV die gemeinsame Veranstaltung beider KVen – Sitzung und festliche Abendveranstaltung in Wismar. Sie war der Dank für gewährte Unterstützungen beim Aufbau unserer KV. Aber was hatte ich von Schleswig-Holstein bis dahin kennen gelernt? Und nun dieses Reiseerlebnis: Die schöne Stadt Schleswig mit dem St. Petri-Dom mit dem Bordscholmer Altar des Hans Brüggemann, einem der größten und bedeutendsten geschnitzten Flügelretabel vom Ausgang des Mittelalters in Deutschland (geschaffen 1514 bis 1521), gepflegte, malerische Fischerhäuser aus dem 18. bzw. 19. Jahrhundert mit einem eigenen zentral gelegenen Friedhof oder die mittelalterliche Kunst im Schloss Gottorf.

Ein besonderer Kunstgenuss aber war der Besuch des Nolde-Museums in Seebüll, inmitten einer ebenen, weiten Marschlandschaft gelegen. Mich faszinieren immer wieder die Farben- und Ausdruckskraft der Nolde-Gemälde – eine eigenwillige Künstlerpersönlichkeit, ein Künstler, der sich das Malen selbst beibrachte, stark in der Ausdrucksform seines künstlerischen Werkes. Zurück ging die Fahrt über Kiel mit einer interessanten Stadtrundfahrt. Bis zum letzten Tag hatten wir herrliches, sonniges Herbstwetter.

„Ich blicke nach vorn, ich blicke zurück“ heißt es dazu treffend in einem anderen Gedicht von Renate Wanitschke.

Dies sind meine Gedanken nach einem erlebnisreichen Jahr mit den ärztlichen Ruheständlern und ihren Partnern. Ach ja, und noch etwas zum Schluss: Im letzten Jahr konnte ich mit meiner Familie meinen 80. Geburtstag in aller Stille feiern. Gefreut hatte ich mich über den einen oder anderen Glückwunsch aus dem Kollegenkreis, besonders ehrenvoll empfand ich den Besuch des Vorsitzenden der KVMV, Dr. Wolfgang Eckert, Danke!

Ihr
Bernhard Scholz

Das vollständige kleine Gedicht, das diesen Beitrag einleitet, lautet:

Augenblicke der Freude genießen,
nicht einschränken durch Wenn und Aber.
Bewusst leben, begreifen,
dass der gegenwärtige Augenblick das Leben ist.
Jetzt und nicht später.

„Alles Gute“ aus der KV Baden-Württemberg

Vor Weihnachten sendete der Vorsitzende der KVBW, Dr. Norbert Metke, an Dr. Eckert einen persönlichen Gruß verbunden mit einer Bitte:

Alles Gute



Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg
Der Vorstand
Postfach 80 06 33
D-70506 Stuttgart
Abtadtweg 11
D-70567 Stuttgart
Telefon 0711 7875-0
Telefax 0711 7875-3330
www.kvbawue.de
dr.metke@kvbawue.de

KVBW · Postfach 80 06 33 · D-70506 Stuttgart

Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern
Herrn
Dr. med. Wolfgang Eckert
Neumühler Str. 22
19091 Schwerin

Ihre Nachricht	Ihr Zeichen	Unser Zeichen	Durchwahl	Datum
		Dr. M.-wi	-3213	20.12.2011

Lieber Herr Eckert,

in der Republik tönt es, dass die berühmteste aller KVen, nämlich die KV Mecklenburg-Vorpommern, bereits zum 01.01.2012 einen eigenen HVM etablieren würde, unter Berücksichtigung der Grundgegebenheiten des GKV-VStG.

Es wäre mir eine ausgesprochene Ehre diesen erfahren zu dürfen, wenn dies nötig sein sollte selbstredend unter der entsprechenden strengen Vertraulichkeit.

Wir selbst planen einen eigenen HVM erst ab dem 01.07.2012, wollten aber unsere derzeitigen Gedanken durch die Ihrigen nachhaltig bereichern lassen.

Darüber hinaus bedanke ich mich heute, sehr geehrte Herren des hohen Nordens, schon heute für das harmonische Miteinander welches wir im vergangenen Jahr haben durften und verbleibe

mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Norbert Metke
Vorsitzender des Vorstandes

persönlichst
Dr. Metke

Tag der Niedergelassenen



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



Die KBV und Ihre KV laden Sie ein zum

Tag der Niedergelassenen am 13. Juni 2012 in das Berliner ICC.

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

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

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

Anmeldung zu den Info-Veranstaltungen:

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

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

Vor- und Nachname:

Arztnummer/Matrikelnummer:

Straße, Hausnummer:

Postleitzahl, Ort:

KV-Zugehörigkeit/Universität:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Begleitendes Praxispersonal
Vor- und Nachname:

Faxanmeldung an 030/498550-30
oder online über www.hauptstadtkongress.de/tdn

Veranstalter: WISO S.E. Consulting GmbH

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



**Hauptstadtkongress 2012
Medizin und Gesundheit**

13. bis 15. Juni 2012
im ICC Berlin

Medienpartner:

ÄRZTE ZEITUNG