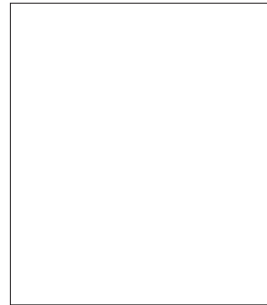


Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen

Nachdem wir alle mehr oder weniger die zurückliegenden Weihnachtstage und den Jahreswechsel für Erholung, Freizeit und Familie nutzen konnten, fällt es schon schwer, Sie mit diesem Editorial in den tristen Alltag der Berufspolitik zurück zu holen und Ihre Gedanken auf die aktuellen Probleme - vielleicht auch Chancen? - in der aktuellen Gesundheitspolitik zu lenken. Da das Jahr 2003 ein Jahr grundlegender Veränderungen wird, müssen wir uns jedoch auch weiter aktiv, lautstark und ohne Pause in die gesundheitspolitische Debatte einbringen und einmischen. Denn schließlich können nur die im System Tätigen einschätzen, was an sinnvollen Veränderungen oder aber Horrorszenarien auf Patienten und Ärzte gleichermaßen zukommt. Deshalb bleibt keine Zeit für ein Besinnen und Verharren nach den weihnachtlichen Feiertagen.

Wie ist die aktuelle Situation? Das verantwortliche Ministerium scheint großes Interesse daran zu haben, die Ärzteschaft z.Zt. in der ohne Zweifel notwendigen Gesundheitsstrukturreform auszugrenzen. Offensichtlich haben wir uns in der Vergangenheit (zu) klar gegen irrwitzige Expertokratenvorschläge positioniert. Doch wir sollten uns auf keinen Fall ausgrenzen lassen. Wir haben konstruktive Vorschläge in die gesundheitspolitische Diskussion eingebracht und werden dies auch weiterhin tun - als Ärzteschaft, Verbände, Kammern und KV! Und zugleich werden wir unüberhörbar Protest erheben.

Dabei geht es nicht nur um ein Jahr "Nullrunde"! Es geht vielmehr um unsere Zukunft als freiberufliche Ärzte! Es geht um den Erhalt eines Systems der ambulanten flächendeckenden und wohnortnahen Krankenversorgung, um das uns zahlreiche andere Staaten und deren Bürger immer noch beneiden. Es geht um freien Zugang zu medizinischen Leistun-

gen und zu den Ärzten, um hausärztliche und fachärztliche Versorgung vor Ort. Und wir werden vehement gegen diese geplante Rationierungsmedizin eintreten!

Wir wollen unsere erlernte Kunst zu Heilen weiter in einem freien und individualisierten Verhältnis zwischen Patient und Arzt ausüben. Hier haben "Kochbuchmedizin" und die "staatliche Institutionalisierung" nichts zu suchen. Wir stellen uns aus ärztlichem Selbstverständnis allein solchen Fragen und Problemen wie der Kooperation, Weiterbildung und Qualität. Selbstkritisch gilt es zu erkennen, dass diese Themen auch in der Zukunft noch mehr durch uns selbst besetzt werden müssen. Lösungen brauchen wir dringend. Doch wir brauchen sie nicht in Form dirigistischer, staatlicher Verordnungen, von Instituten oder Ärzte-TÜV!

Und wir sollten alle bedenken: Wenn jetzt durch strukturelle gesetzgeberische Intervention - verpackt in welchem Mäntelchen auch immer - ein Teil der ambulanten Ärzteschaft die Grundlagen ihrer freiberuflichen Tätigkeit entzogen bekommt, dann wird auch der verbleibende Teil dem Diktat der Politik früher oder später erliegen. Dann kommt nach der "Hollandisierung" der Fachärzte vielleicht nicht nur ein Primärarzt - sondern ein "Primat-ärztsystem" !

Ich bin mir jedoch sicher: Das löst weder die Probleme noch liegt es im Interesse von uns Ärzten oder unserer Patienten!

MUDr./CS Peter Noack

Stellvertretender Vorsitzender der KV Brandenburg

Optionen, Zweifel und ein Nachdenken über uns

Leitartikel von
Dr. med. Hans-Joachim Helming,
Vorsitzender der KV Brandenburg

Gleich die ersten Tage des neuen Jahres lassen erahnen, wie turbulent und spannend es werden will! Vermutlich ist es der Handlungsdruck, der durch die bevorstehenden Landtagswahlen die politischen Verantwortungen überaus agil agieren lässt. Die einen setzen eine Rürup-Kommission ein und lancieren ein Kanzleramts-Papier, die anderen brüten lieber über eigenen Reformoptionen. Es scheint geradezu ein Wettbewerb der "Schnellreformer" zu existieren. Nur, ob dies etwas mit Qualität zu tun hat? Zweifel sind zumindest angebracht.

Vor allem deswegen, weil die "Kostproben" aus diesen Reformküchen - gelinde gesagt - etwas "gewöhnungsbedürftig" sind. Als da sind:

Die bereits jetzt bestehende gesetzlich verankerte Möglichkeit der Direktverträge zwischen Krankenkassen und einzelnen Ärzten soll eine Verstärkung erfahren. Mehr Wettbewerb unter den "Leistungserbringern" (wir Ärzte werden so von den Politikern und Kassenfunktionären genannt) soll damit erreicht werden. Bislang ging ich davon aus,

dass es einer der wesentlichsten ärztlichen Grundwerte ist, kollegial miteinander zu kooperieren und diese Kollegialität zum Nutzen des gemeinsam behandelten Patienten zu priorisieren. Aber gut, wenn denn die Nichtärzte meinen, uns Ärzte in den Konkurrenzkampf schicken zu müssen und wir Ärzte deswegen nicht auf den Barrikaden zu finden sind, dann werden wir eben ab 2004 einander "spinnefeind" sein.

Ich bezweifle, dass dies - aus ärztlichem wie Patienteninteresse - eine wünschenswerte Option ist

Diese Verlagerung des Sicherstellungsauftrages auf die neuen Vertragspartner Arzt/Krankenkasse führt natürlich zu einem Bedeutungsverlust der Kassenärztlichen Vereinigung. Dies aber ist politisch gewollt. Die Struktur der Selbstverwaltung soll fremdbestimmt werden. Nicht mehr demokratische Strukturen, in denen die ärztliche Basis - die Zwangsmitglieder - mitentscheiden können, sollen zukünftig wesensbestimmend sein, sondern hierarchische, hauptamtliche Machtzentren, die sich einer qualifizier-

ten Kontrolle der Zwangsmitglieder für sechs Jahre entziehen. Zudem sollen auch hier die kollegialen Reststrukturen aufgebrochen werden und die Verwaltungen zukünftig "Diener dreier Herren" sein: der Hausärzteschaft, der Fachärzteschaft und der Psychotherapeuten

Und letztlich werden die Ärzte in ihrer Selbstbestimmtheit gehörig zurechtgestutzt: Wie das (angeblich) reichlich im System befindliche Geld nun endlich mal richtig verteilt wird, werden die Krankenkassen bestimmen. Bislang habe ich allerdings die Erfahrung gemacht, dass selbst auf konkrete Aufforderung an die Kassen, alternative Vorschläge zu den bislang ärztlich entwickelten HVM zu unterbreiten, noch nie eine Antwort erhalten zu haben. Dann jedoch müssten die Kassen Farbe bekennen!

Ich bezweifle, dass dies eine wünschenswerte Option ist

Es werden die Krankenhäuser für die ambulante Behandlung geöffnet - stationär angestellte Ärzte werden dann mit den niedergelassenen, freiberuflichen Ärzten konkurrieren. Während der stationäre Kollege frei von persönlichen finanziellen Belastungen (keine eigenen sondern staatliche Investitionen) ist, wird in diesen ungleichen Kampf der Freiberufler mit seinem schweren Rucksack der Verschuldung gehen. Man kann diesen Überlegungen zu Gute halten, dass hier eine gewisse Humanität zu erkennen sein könnte: der Arzt, der bis zum Rentenalter die Investitionen nicht amortisiert bekommt und seine Praxis ohnehin nicht als quasi "Altersversiche-

rung" veräußern kann, da kein Nachfolger vorhanden ist, der muss sich dann nicht mehr viele Jahre mit dieser Last plagen - der "erlösende" betriebswirtschaftliche Tod kommt viel früher!

Ich bezweifle, dass dies eine wünschenswerte Option ist

In diesem Zusammenhang gewinnt dann natürlich auch der Vorschlag eine besondere Beachtung, der darauf abzielt, Vertragsärzten zukünftig nur noch eine zeitlich befristete Zulassung zu erteilen.

Nachdem nun schon im Bundesmantelvertrag eine versorgungsauftragsbezogene Zulassung ermöglicht wurde (das bedeutet, man darf dann nicht mehr in dem gesamten Fachgebiet, für welches man eine Facharztanerkennung erworben hat, tätig werden sondern nur noch in ganz bestimmten Teilbereichen - egal, ob dies betriebswirtschaftlich tragfähig ist oder nicht), wird nun auch die Zulassung z. B. nur noch für 5 Jahre erteilt. Es wird spannend sein, eine Bank zu finden, die für ein solches Risiko bereit ist, einen Kredit bereit zu stellen! Nehmen wir mal eine radiologische, eine Labor- oder sonstige technikintensive - OP-Praxis; - die dürfte es dann wohl nicht mehr geben (zumindest im ambulanten Bereich).

Ergo findet dann die fachärztliche Versorgung nur noch am Krankenhaus statt. Das kommt Ihnen nicht neu vor? Natürlich nicht, das ist das skandinavische und holländische Modell, welches unseren "Gesundheitsexperten" in der Politik so vorschwebt! Die Kreispoliklinik am Krankenhaus kennen aber auch die "bekenhenden" Osis.

In diesem Zusammenhang: Hausärzte aufgepasst! Auch in der hausärztlichen Praxis wird es keine Spezialleistungen geben (erinnern Sie sich an den K.O.-Katalog?), sondern nur noch die "Lotsenpraxis". "Guten Tag: Aha, Sie können nicht richtig lesen! Gut, hier haben Sie eine Überweisung zum Augenarzt, den finden Sie am Kreiskrankenhaus!"

Oder: "So so, die Menstruation ist ausgeblieben; na dann gehen Sie mal zum Frauenarzt mit diesem Überweisungsschein und geben den in der Krankenhausrezeption ab, irgendwer wird Sie dort schon behandeln".

Aber ganz so schlimm wird es schon nicht kommen, neben dem "Hindurch-Lotsen" wird man auch schon mal was ärztliches machen dürfen. Z.B. Blutdruck messen (wenn man ein internationales Zertifikat hat!), auskultieren und palpieren. Die Investitionen dafür lassen sich auch in 5 Jahren ggf. amortisieren.

Ich bezweifle jedoch, dass dies eine wünschenswerte Option ist

Aber wie das so mit uns Ärzten geworden ist: Wir werden - wieder einmal - zu spät realisieren, was man mit uns veranstaltet hat. Und ich befürchte: Wir werden dann auch noch den Falschen dafür

strafen. Aber wenigsten darin sind wir ja konsequent ...

Die Politik wird es genüsslich zur Kenntnis nehmen, sich bestätigt fühlen und die von mir aufgezeigten Optionen möglicherweise in nicht all zu ferner Zukunft Realität werden lassen.

Ich weiß aber auch in diesem Punkte nicht, ob dies eine wünschenswerte Zukunft ist ...

Wenn wir uns jedoch nicht domestizieren lassen wollen, wenn wir noch einen Funken Selbstbewusstsein behalten haben, dann müssen wir uns JETZT dagegen wehren, wie "Leibeigene" behandelt zu werden.

Der NAV-Virchow-Bund warnte gerade vor genau dieser Konsequenz. Beliebigkeit in dem Entzug von Finanzmitteln, ständige Diffamierung der Ärzteschaft, der Drang, den Arzt in völlige Abhängigkeit mittels befristeter Zulassungen oder ominöser "Ärzte-TÜV" zu den Kassen zu bringen - das alles sind Optionen der aktuellen Gesundheitsreformüberlegungen.

Zweifeln Sie mit mir, dass dies wünschenswerte Optionen sind!

"Dann gibt es kein Geld mehr"

"Die Welt" im Interview mit
Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD), Auszüge

Die Welt: *Zunächst aber zu dem, was Sie fürs nächste Jahr planen: eine Honorar-Nullrunde für Ärzte. Können Sie deren Wut auf Sie und Ihre Politik verstehen?*

Schmidt: Nein. Jeder niedergelassene Arzt muss im Durchschnitt auf 158 Euro im Monat Erhöhung seines Budgets verzichten. Ohne unser Vorschaltgesetz hätte es 2003 entsprechend der allgemeine Lohnentwicklung eine Honoraranhebung um 0,81 Prozent gegeben. Kein Arzt wird Leistungen einschränken müssen, weil er im kommenden Jahr 1900 Euro weniger Erhöhung bekommt.

Die Welt: *Die Ärzte verweisen auf steigende Mieten und Personalkosten und rechnen mit Einkommensverlusten von 4000 Euro.*

Schmidt: Mit diesen Problemen ist jeder Selbstständige konfrontiert, der Beschäftigte hat. Die Nullrunde gilt zudem ausschließlich für die gesetzliche Krankenversicherung, die nur ein Teil der Einkünfte der Ärzte abdeckt. Außerdem bekommen Ärzte, die sich an den neuen Versorgungsprogrammen für chronisch Kranke beteiligen, dies extra honoriert.

Die Welt: *Ärztepräsident Jörg-Dietrich Hoppe sieht die Situation offenbar anders, wenn er öffentlich damit droht, das gesamte Versorgungssystem lahm zu legen?*

Schmidt: Herr Hoppe war im Gespräch mit mir höflich und maßvoll. Wie dem auch sei: Solche Drohungen sind unverantwortlich. Herr Hoppe hat sich schon korrigiert und gesagt, man würde die Patienten weiter versorgen. Es gehe darum, dass die Ärzte keine Abrechnungen mehr machen würden. Dann aber erhalten sie auch kein Geld.

Die Welt: *Welche Sanktionsmöglichkeiten haben Sie gegen streikende Ärzte?*

Schmidt: Ein Vertragsarzt ist verpflichtet, Patienten zu behandeln und damit seinen Vertrag zu erfüllen. Tut er dies nicht, kann ihm die Praxiszulassung für bis zu sechs Jahre entzogen werden. Daneben gibt es ein abgestuftes System von Vertragsstrafen. Wer Patienten Leistungen verweigert, dem können die Kassen Geld abziehen. Die Proteste zeigen aber vor allem, dass es höchste Zeit ist, das Vertragsrecht zu ändern.

Die Welt: *Was wird geändert?*

Schmidt: Es kann nicht sein, dass für gute und schlechte Qualität das gleiche gezahlt wird. Es kann auch nicht länger das Gleiche unabhängig davon gezahlt werden, ob eine Praxis verantwortungsvoll geführt wird oder nur noch an drei Tagen öffnet. Hier wird die Gesundheits-Strukturreform im kommenden Jahr einige Änderungen bringen. Die Ärzte müssen wieder wissen, dass es etwas

Besonderes ist, mit der gesetzlichen Krankenversicherung einen Vertrag abschließen zu dürfen. Ein solcher Vertrag muss von den Ärzten erfüllt werden.

Die Welt: *Kassenpatienten sollen künftig die Möglichkeit haben, sich in Kliniken ambulant fachärztlich behandeln zu lassen. Stirbt der niedergelassene Facharzt aus?*

Schmidt: Deutschland ist das einzige Land, in dem es diese doppelte Facharztstruktur gibt, ambulant und stationär. Dies wird aber bestehen bleiben. Nun wünschen sich schwer kranke Patienten, die immer wieder stationär behandelt werden müssen, wie Privatpatienten auch eine ambulante Folgebehandlung im Krankenhaus. Deshalb wollen wir die Krankenhäuser für hochspezialisierte Behandlungen in der ambulanten Versorgung zulassen. Und sollte es Regionen geben, in denen Fachärzte ihre Praxen aus Protest schließen, werden wir dort die Krankenhäuser generell für die ambulante Versorgung öffnen.

Die Welt: *Die Union will auch mehr Wettbewerb zwischen den Kassen, die ihren Versicherten unterschiedliche Leistungspakete anbieten sollen. Werden Sie hier der Union entgegenkommen?*

Falsch, Frau Ministerin!

Weiß sie es nicht besser, oder geht sie tatsächlich auf Dummenfang? Der Arzt müsse lediglich auf 158 Euro im Monat Erhöhung seines Salärs bei der von Frau Ministerin verordneten Nullrunde verzichten. Und deswegen müsse er doch keineswegs seine Leistungen einschränken!

Richtig, Frau Ministerin, wenn es denn stimmen würde. Doch: Erstens stimmt es so nicht. Denn die Nullrunde, die in Wirklichkeit ja ein kräftiges Minus ist, was übrigens (fast) jeder, der nur halbwegs in der Schule aufgepasst hat, weiß, trifft zwar den einzelnen Arzt in seinem Honorar. Doch in erster Linie ist es weniger Geld für die Versorgung der Patienten. Das zumindest scheint dem Kommunikationswunder Frau Schmidt bislang keiner plausibel gemacht zu haben ...

Zweitens: Wenn die Frau Schmidt schon mit konkreten Euro-Beträgen jongliert, dann sollte sie es richtig tun. Und richtig wäre dann, dass es sich im Osten eben nicht um einen "Verzicht" - wer eigentlich verzichtet auf was? - auf der Basis einer möglichen Steigerungsrate von 0,81 Prozent (dies würde nur für den Westen gelten!) handeln würde, sondern um immerhin schlappe 2,16 Prozent.

Was letztlich - Grundschüler aufgepasst - eben nicht nur 158 Euro, sondern erheblich mehr wären. Oder richtiger, erheblich weniger sind, da es ja zu einer solchen Steigerung nicht kommt. So der Wille der Ministerin.

So, nun wissen Sie endlich Bescheid, was Sache ist. Oder etwa nicht? Vielleicht noch eine weitere kleine Anregung in Sachen Rechnen: Da sagt doch die Frau Ministerin: "Sollte es Regionen geben, in denen Fachärzte aus Protest ihre Praxen schließen, werden wir dort die Krankenhäuser generell für die ambulante

Versorgung öffnen." Na denn mal tau:

Die Krankenkassen wird's freuen, angesichts der Tagessätze im Krankenhaus und jener Preise, die für die gleichen medizinischen Leistungen den Vertragsärzten zugebilligt werden!

Frau Ministerin, Ihr Ansatz ist zwar falsch, rein finanztechnisch, aber er hat irgend etwas Verlockendes! Man sollte ihn zumindest probeweise umzusetzen ... und abwarten, wann die Kassen die weiße Fahne hissen. Meint zumindest Ihr ...

...specht



PS: Hiermit beantrage ich einen Kompetenzwechsel: Die medizinische Versorgung muss sofort im Innenministerium angesiedelt werden! Dies bewilligte für die kommenden 27 Monate einen Finanzzuwachs um 4,4 Prozent!

Schmidt: Ich bin für einen Kassenwettbewerb um die beste Beratung und Versorgung. Aber was die medizinische Versorgung angeht, machen wir keine Abstriche.

Die Welt: Was ist mit günstigeren Tarifen mit Selbstbehalt?

Schmidt: Da bin ich dagegen. Denn Selbstbehalte richten sich überwiegend an junge Gesunde. Nachher fehlt uns dann das Geld für die Kranken. Wenn wir aber über Tarife Anreize setzen, sich im Gesundheitssystem kostenbewusst zu verhalten, können wir Wirtschaftsreserven erschließen.

Die Welt: Wie können diese Anreize konkret aussehen?

Schmidt: Heute sind Versicherte mit geringen Einkommen generell von den Zuzahlungen befreit. Wir sollten überlegen, ob wir diejenigen, die sich gesundheitsbewusst verhalten, die Zuzahlungen ganz oder teilweise erlassen. Das hieße also: Zuzahlungsbefreiung oder -reduzierung bei Prävention.

Gesundheitsministerin Ulla Schmidt muss abgelöst werden!

Pressemitteilung des NAV-Virchow-Bundes vom 13. Januar 2003

Die neuesten "Sparrezepte" aus dem Bundesgesundheits- und Sozialministerium sind einfach nur noch unerträglich, maßlos und rücksichtslos gegenüber der deutschen Ärzteschaft. Dies erklärte der Bundesvorstand des NAV-Virchow-Bundes.

Die Bundesgesundheitsministerin laufe derzeit "geistig Amok" mit ihren Vorschlägen.

Wer die Vertragsärzte wie "Leibeigene" behandle, denen man beliebig die finanziellen Mittel entziehen könne, sie ständig diffamiere, oder mit dem neuesten Vorschlag zur "Kassenzulassung auf Zeit" in völlige Abhängigkeit zu den Kassen und ominöser "Medizin-TÜV's" bringe, habe nichts von der Behandlung von Kranken und vom unternehmerischen Risiko einer deutschen Arztpraxis verstanden.

Unter solchen Bedingungen könne ein niedergelassener Arzt weder investieren noch Arbeitsplätze schaffen. Bundesgesundheitsministerin Schmidt zeige hier einen unglaublichen Zynismus, der rücksichtslos über die Bedürfnisse aller Beteiligten hinweggehe.

So werde auf keinen Fall mehr Qualität geschaffen, sondern das Niveau der bisherigen hochwertigen Versorgung auf "Listenmedizin und Schmalspurversorgung" reduziert. Um dies zu verhindern, unterstütze der NAV-Virchow-Bund auch die Aktion "Dienst nach Vorschrift" der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Der Bundesvorstand des NAV-Virchow-Bundes forderte deshalb eindringlich im Interesse der Patienten den Bundeskanzler auf, daraus endlich personelle Konsequenzen zu ziehen und die amtierende Bundesgesundheitsministerin abzulösen, damit der Weg frei werde für die nicht mehr aufschiebbaren Reformen im Gesundheitswesen.

Bundesgesundheitsministerin Schmidt stelle nur noch eine "ideologische Bremse" dar, die jeden Reformvorschlag schon dann ablehne, wenn er nicht in ihr "sozialistisches Staatsmedizin-Konzept" passe. Selbst bei Vorschlägen aus dem Kanzleramt mache sie davor nicht Halt. So wenig fachliche Kompetenz und Konsensfähigkeit habe bisher noch kein Amtsinhaber aufgewiesen.

Der Schmidt-Flüsterer!

Sie kennen ihn, den Ins-Ohr-Flüsterer unserer Gesundheitsministerin? Richtig, es ist der Herr Professor Lauterbach, selbsternannter Gesundheitsexperte mit dem speziellen Markenzeichen "Alles-könnner", revolutionär, draufgängerisch, selbstherrlich!

Kaum ein Tag vergeht, an dem er sich nicht in irgend einem Medium zu Wort meldet, mit gewichtigen Worten, versteht sich, und nicht minder gewaltig.

Einst saß am Rande der Vertreterversammlung in Köln ein Mitglied des Ärzteparlaments aus Brandenburg und sinnierte über den Schmidt-Flüsterer, was ihm auf der Stelle prosaische Flügel verlieh!

Aber lesen Sie selbst:

Land auf, Land ab hält sich die Mähr, das deutsche Gesundheitswesen funktioniert nicht mehr.

Alle Gesundheitsexpertokraten dabei beteuern, man müsste am besten die KVen feuern.

Und danach - wegen der Qualität - wird über Nacht eine Gesundheitsstruktur 2003 gemacht.

Teile den Sicherstellungsauftrag - so heißt es dann - dies bringe uns laut Schmidt alle voran!

Einzelverträge sind der neue Weg - die Kassen werden die Macher - für uns Ärzte ein Lacher, für die Patienten ein übler Kracher.

Regelversorgung, DRG, DMP und viel Papier - Wo sind unsere Patienten? Die finden sich wohl nur noch als ökonomische Klienten.

BMG und Kanzleramt schüren mit Lügen den sozialen Neid. Mittlerweile ist das uns Ärzten, ja allen Freiberuflern leid.

Alle diese irrwitzigen, professoralen Gedanken, weisen wir entschieden in die Schranken.

Charakter zeigen - Einigkeit im Kampf um unseren Beruf, für den damals ein Kanzler auch die KVen schuf.

Haltet zusammen - jetzt sich zu positionieren, um die Zukunft zu verwalten, heißt auch Bewährtes wie KVen zu erhalten!

GKV-Verschiebepbahnhöfe - oder besser: Selbstbedienungsmentalität des Staates!

Die Ursachen für die Probleme in der gesetzlichen Krankenversicherung sind mit Sicherheit vielschichtig. Aber eine der wichtigsten Ursachen wird immer wieder in der politischen Betrachtung außen vorgelassen: Die Selbstbedienungsmentalität der Politik! Oder, um es vielleicht noch deutlicher auszudrücken: Die legale Plünderung der GKV!

Die nachfolgende Auflistung verdeutlicht, dass alle politisch Verantwortung Tragenden in den zurückliegenden Jahren mit ihren Gesetzen dazu beigetragen haben, dass dem System der gesetzlichen Krankenversicherung enorme Geldsummen entzogen wurden.

Gesetzesgrundlage	Zeitraum	Belastung in Mrd. Euro
Senkung der beitragspflichtigen Einnahmen für Leistungsbezieher nach dem Arbeitsförderungsgesetz durch das Rentenreformgesetz 1992 vom 18. Dezember 1989	1995-2002	15,62
Senkung der beitragspflichtigen Einnahmen für Bezieher von Übergangsgeld durch das Rentenreformgesetz 1992	1995-2002	1,47
Erhöhung der Beiträge aus Krankengeld durch das Rentenreformgesetz 1992	1995-2002	4,42
Senkung der Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall durch das Arbeitsrechtliche Beschäftigungsförderungsgesetz vom 25. September 1996	1996-1999	0,15
Senkung der Beitragsbemessungsgrundlage für Bezieher von Arbeitslosenhilfe durch das Wachstums- und Beschäftigungsförderungsgesetz vom 25. September 1996	1997-2002	0,74
Senkung der beitragspflichtigen Einnahmen für Bezieher von Arbeitslosenhilfe durch das Einmalzahlungs-Neuregelungsgesetz vom 21. Dezember 2000	2001-2002	1,22

Gesetzesgrundlage	Zeitraum	Belastung in Mrd. Euro
Neuregelung der Renten wegen Erwerbsminderung durch das Gesetz zur Reform der Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vom 20. Dezember 2000	2001-2002	1,07
Neuregelung der Beitragsbemessung für freiwillig in der GKV versicherte Sozialhilfeempfänger durch Urteile des Bundessozialgerichts vom 19. Dezember 2000	2001-2002	0,38
Beitragsausfälle durch Entgeltumwandlung nach dem Altersvermögensgesetz vom 26. Juni 2001	2002-2002	0,28
Summe für die Jahre 1995-2002:	25,35 Mrd. Euro!	

Ich kapituliere. Zurück zu den Wurzeln. Also: Ärztliches Honorar auf Höhe eines Sozialhilfeempfängers, von wegen der barmherzigen Ethik! Medikamente künftig nur noch in Rudis Resterampe oder bei Aldi, das spart! Krankenkassen auflösen, die verwalten ja ohnehin fast nur noch sich selbst! Die Pharmaforschung gen Null schrauben, dann sparen wir uns sowohl Negativ- als auch Positiv-Listen und die leidige Diskussion um selbige!

Zurück!

Und dazu: Alle dann noch vorhandenen Probleme im Gesundheitswesen dieses ach so armen Landes werden verboten! Einfach so, per Gesetz! Das wäre zwar im gewissen Sinne neu, aber damit würden die anderen Tausende von Gesetzen, Gesetzesänderungen, Gesetzes-

modifizierungen, Änderungen von Gesetzesänderungen, Vorschalt- und Beitragssatzstabilisierungs-Ungeheuer endlich der Vergangenheit angehören.

Na, kann ich Sie dafür begeistern?

Sie hätten keine Bürokratie mehr; keine Kasse, die Sie nervt; kein Prüfungsmium, das Sie stranguliert; keinen Regress, der Sie bedroht - nichts mehr, schlichtweg nichts mehr!

Und wissen Sie, was noch? Vielleicht? Politiker, die uns mit ihrem Wahn bedrohen, Gesundheitspolitik gestalten zu wollen.

Aber so weit zurück zu den Wurzeln - ich befürchte, das geht denn doch nicht. Ich könnte mir die letzte Feder raufen ... Ihr ...

...specht



Abrechnungsbetrug - ein Erfahrungsbericht!

Bewusst gelogen?

Ob diese Überschrift mit einem Frage- oder doch besser mit einem Ausrufezeichen versehen werden muss, sollte jeder selbst entscheiden. Allein, das dies jedoch offen ist, verdeutlicht schon die Problematik.

Worum geht es?

Um das leidige Thema Abrechnungsbetrug. Viel Staub hat es aufgewirbelt in den zurückliegenden Monaten, mal berechtigt, mal weniger. Und wie es im richtigen Leben auch ist, natürlich befinden sich unter den Beschuldigten auch Unschuldige.

Einen solchen Fall entnehmen Sie bitte nebenstehendem Leserbrief. Nun ist dies erst einmal nichts Außergewöhnliches. Interessant wird es jedoch, wie darauf reagiert wird.

Dass der betroffene Arzt rehabilitiert werden will und muss, ist selbstredend. Doch von wem? Woher hatte die Staatsanwaltschaft die Informationen, die Anlass für ein Ermittlungsverfahren waren?

Die KV Brandenburg kann es nicht gewesen sein, denn bei ihr ist nicht bekannt, ob zum Zeitpunkt der Behandlung eines Patienten, dieser noch am Leben war oder nicht. Das klingt makaber, aber so ist es nun einmal. Ebenso wenig kann die KV beurteilen, ob beispielsweise die beim Arzt vorgelegte Chipkarte noch

Als Arzt erwartet man im sogenannten "Sommerloch" immer Pressemitteilungen unter dem Thema "Ärzte sind alle Betrüger". Bislang lächelte ich darüber, bis auch ich vor 5 Monaten vom LKA Brandenburg ein Schreiben erhielt, wo mir dann echt das Stethoskop und der Stift aus der Hand fielen.

Man beschuldigt mich des Verdachtes auf Abrechnungsbetrug, § 263 StGB, speziell Leistungen an einer Verstorbenen im Jahr 1999 abgerechnet zu haben. Ein echt starkes Stück! Ein Glück, dass ich den Fall erinnerlich und im PC dokumentiert nachvollziehen konnte.

Angeblich soll die Patientin am 11.06.99 verstorben sein, ich am 13.06.99 allerdings selbige reanimiert und dies auch noch betrügerisch abgerechnet haben. So dumm kann man doch eigentlich als normal denkender Mensch nicht sein. Die Staatsanwaltschaft allerdings sagt ja und ermittelt; allerdings sehr schlecht.

Als Beschuldigter konnte ich meinen Einsatz mittels Notfall-Protokoll des RTW/Notarzt nachvollziehen. Durch den Amtsarzt konnte ich den wahren Todestag und -ort ermitteln... der war erst am 14.06.99 im Krankenhaus Eberswalde.

Die "Wiederbelebung" war also am 13.06.99 durch mich erfolgreich. Als Lebensretter fühle ich mich absolut nicht, aber als Betrüger erst recht nicht. Apropos Recht.

Noch bin ich vom Verfahren nicht entlastet. Ich fühle mich allerdings auch nicht zu der Kategorie Verfahren eingestellt, da kein hinreichender Tatbestand oder "Einstellung wegen geringer Schuld" zugehörend. Ich plädiere auf "Freispruch 1. Klasse" und erwarte eine Entschuldigung. Allerdings von wem denn ?!

Dipl.-Med. H. Immo Römer
Altenhof

gültig ist, oder der Patient schon seit Monaten bei einer anderen Kasse Mitglied oder gar nicht mehr versichert ist.

Die einzige beteiligte Stelle, bei der diese Daten zusammenlaufen, ist die Krankenkasse. Da es sich bei besagter Untersuchung um einen Patienten der AOK handelt, natürlich diese Kasse.

Was so einleuchtend klingt, scheint jedoch die AOK ganz anders zu sehen. So schreibt sie an den betroffenen Arzt: "Zunächst möchten wir unser Erstaunen über das gegen Sie eingeleitete staatsanwaltliche Verfahren zum Ausdruck bringen. Gleichzeitig versichern wir Ihnen, dass unsere AOK keine Strafanzeige gegen Sie gestellt hat ... Wir legen Wert auf die Feststellung, dass unsere AOK - Die Gesundheitskasse für das Land Brandenburg das staatsanwaltliche Ermittlungsverfahren gegen Sie nicht ausgelöst hat."

Und einige Absätze weiter heißt es in dem Schreiben: "Wegen eines einzelnen Abrechnungsfalles, wie Sie ihn schildern, hätten wir ein solches Verfahren nicht in Gang gesetzt ..."

Gut gebrüllt, Löwe, könnte man meinen. Doch beide Aussagen sind schlichtweg falsch. Zum einen: Es gibt eine Vielzahl von Anträgen der AOK "zum Schutz der korrekt abrechnenden Vertragsärzte" (Originalton AOK) Brandenburgs, bei denen eben genau nur ein solcher einzelner Abrechnungsfall zum Aufgreifkriterium für eine Prüfung der Abrechnung gemacht wurde. Zum anderen: Da nur die AOK den Nachweis erbringen kann, wenn ein bei ihr Versicherter am Tag der Behandlung "schon verstorben" war, kann auch nur die AOK es gewesen sein, die diese Information an die

Staatsanwaltschaft direkt oder indirekt geliefert hat. Ausschließen kann es die AOK jedenfalls nicht, wie sie selbst zugibt. Zitat: "Als größte Krankenkasse im Land Brandenburg können wir jedoch nicht ausschließen, dass die Abrechnungsdaten für Versicherte Gegenstand der Ermittlungsverfahren werden."

Der Brief der AOK an den Betroffenen enthält jedoch auch noch eine Passage, die deutlich werden lässt, dass die Gesundheitskasse, um es wohlwollend zu formulieren, mit Macht versucht, sich ins rechte Licht zu rücken. Auf gut Deutsch, mit falschen Karten zu spielen.

So ist zu lesen: "So informierte uns Ende Januar 2002 die KV-Hauptgeschäftsführung über den aktuellen Stand ihrer verwaltungsseitigen Anstrengungen zur Aufklärung dieser Fälle. Damals sollen der KVBB "weit über 200 Amtshilfeasuchen der Staatsanwaltschaft und des Landeskriminalamtes" vorgelegen haben. Und der Verfasser des AOK-Schreibens schlussfolgert: "Die KVBB dürfte folglich über nahezu jedes staatsanwaltliche Ermittlungsverfahren ... informiert sein."

Mit anderen Worten: Also, die AOK hat damit nichts zu tun. Wenn, dann die KV!

Und um dies, aus Sicht der Gesundheitskasse, noch zu erhärten, legt die AOK das Schreiben der KV Hauptgeschäftsführung ihrem Brief an den betroffenen Arzt bei. Darin enthalten: Einige geschwärzte Zeilen. Und drei Mal darf geraten werden, was denn da geschwärzt wurde. Nicht etwa Namen oder Daten - nein, geschwärzt wurden unter anderem folgende Zeilen (fett hervorgehoben):

"Im Zusammenhang mit den ersten Betrugsvorwürfen, **die im Herbst 2000 erstmals nicht nur vereinzelt, sondern in einer größeren Anzahl u.a. von der AOK für das Land Brandenburg erhoben wurden**, hat der Vorstand der KV Brandenburg beschlossen, eine Kommission zur Untersuchung von Betrugsvorwürfen einzurichten."

Warum wohl? Weil diese Zeilen deutlich machen, dass es eben gerade die AOK war, die die Untersuchungen - wer auch sonst? - eingeleitet hat?

Im Übrigen: Kein Wort der Entschuldigung in dem Schreiben der AOK an den betroffenen Arzt. Dafür aber einige abschließende Sätze, die angesichts der Thematik

geschmackloser kaum sein können. Zitat: "Übrigens bietet die Märkische AOK den Arbeitgebern und ihren Beschäftigten ab 2003 im Vergleich zu den großen Mitberatern einen deutlich günstigeren Beitragssatz an. Dies könnte auch für Sie und Ihr Praxisteam wirtschaftlich interessant sein. Sprechen Sie doch einmal mit unserem Service-Center in Eberswalde."

Getreu dem Motto: Erst ansch ..., dann öffentlich an den Pranger stellen, danach kleinlaut alle Schuld leugnen, und zum Schluss ein tiefendes Angebot. Einfach nur peinlich. Oder?

Aber darüber, ob hinter die Überschrift ein Frage- oder ein Ausrufezeichen kommt, sollten Sie selbst entscheiden! **-re**

ANZEIGE

1. Nachtrag zur Vergütungsvereinbarung mit der AOK für 2000/2001 abgeschlossen

Zwischen der KV Brandenburg und der AOK für das Land Brandenburg wurde der 1. Nachtrag zur Vergütungsvereinbarung für die Jahre 2000/2001 abgeschlossen. Er regelt Verwendung der Restbeträge, welche für die Vergütung der Leistungen aus Sondervereinbarungen auf Landesebene (Katalog ambulantes Operieren; Vereinbarung Linksherzkatheter; Behandlungsmanagement) im Jahr 2001 nicht benötigt wurden.

Mit dem Nachtrag wird die bisher getroffene Regelung zur Förderung der Leistungen der Sozialpsychiatrie modifiziert. Nunmehr ist vertraglich fixiert, dass die insgesamt verbliebenen Gelder (bisher nur Restbeträge aus Behandlungsmanagement-Vereinbarung) zur Förderung der im Jahr 2001 erbrachten Leistungen auf dem Gebiet der Sozialpsychiatrie (GNRn 800, 840, 841, 845 bis 849, 857, 873, 874, 883, 884, 890 bis 897, 960 und 961 EBM) sowie der

Gastroenterologie (GNRn 730 bis 775 EBM) verwendet werden.

Die Förderung in Form von Zusatzpunktwerten erhalten an der fachärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V teilnehmende niedergelassene Vertragsärzte und Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V. Mit der Stützung für den Bereich der Sozialpsychiatrie wird der Punktwert der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie angehoben.

Der Nachtrag steht noch unter dem Vorbehalt der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

Es ist vorgesehen, die aus dem o.g. Nachtrag resultierende Nachzahlung zusammen mit der Abrechnung des III. Quartals 2002 vorzunehmen.

Ansprechpartner:

Geschäftsbereich Mitgliederservice
Fachbereich Abrechnungsmanagement
Fachbereich Verträge

Diabetesvereinbarungen gelten weiter!

Im Heft 12/2002 informierten wir Sie über die vorläufige Weitergeltung der Diabetes-Vereinbarungen mit den Ersatzkassen sowie mit der AOK.

Nach dem Versand der Dezemberausgabe äußerten sich nunmehr auch der BKK-Landesverband, die IKK Brandenburg und Berlin und die Bundesknapp-

schaft, die Diabetes-Vereinbarungen für ihre Versicherten weiterführen zu wollen, längstens jedoch bis zum 31.03.2003.

Ansprechpartner:

Fachbereich Verträge
Geschäftsbereich Mitgliederservice

Trotz intensiver KV-Bemühungen keine Akupunkturvereinbarung mit der AOK!

Nun ist es definitiv, es wird, nach über anderthalbjähriger Verhandlungsdauer, kein Modellvorhaben Akupunktur mit der AOK geben.

Dies mag angesichts anderer schlechter Nachrichten eher untergeordneter Natur sein, interessant ist jedoch das Zustandekommen dieser Nachricht.

Im März des Jahres 2001 hatte die AOK einen Entwurf für ein Modellvorhaben Akupunktur mit der Aufforderung übergeben, binnen 10 Tagen mitzuteilen, ob die KVBB zum 01.04.2001 eine entsprechende Regelung zu treffen bereit wäre.

Nachdem die KVBB deutlich gemacht hatte, nicht bedingungslos eine Vereinbarung unterschreiben zu wollen, kam es Anfang Juli 2001 zu einer Verhandlung, in welcher sich die AOK im Beisein von Vertretern der akupunktierenden Ärzte sehr zugänglich für die KVBB-Vorschläge zeigte. Nachdem die AOK endlich mehrfach durch die KVBB angemahnte noch fehlende Unterlagen zur Verfügung gestellt hatte, überarbeitete die KVBB daraufhin den Vertrag entsprechend den in der Verhandlung getroffenen Absprachen, kam dabei der AOK in Fragen der Vergütung sogar noch entgegen.

Die AOK jedoch stellte nach nunmehr einem Jahr (!) neue zusätzliche Forderungen, welche die KVBB im Interesse der Vertragsärzte nicht erfüllen konnte und wollte, was letztlich zum Verzicht der AOK auf einen Abschluss der Vereinbarung mit der KVBB führte.

Zu all dem muss man wissen, dass die AOK bereits zum Zeitpunkt der Verhandlung eine Vielzahl an Einzelverträgen mit akupunktierenden Ärzten abgeschlossen hatte, so dass die Mitwirkung der KVBB nicht benötigt wurde, also de facto nur von formalem Charakter war.

Fazit: Wenn die AOK jemals ein Interesse an einer Akupunkturvereinbarung mit der KVBB hatte, dann hat sie dies gut verborgen.

P.S. Inwiefern sich Einzelverträge auf die Verhandlungsposition der KVBB auswirken, vermag an o.g. Problem jeder selbst zu beurteilen.

Nachträge zu Dialyse-Vereinbarungen abgeschlossen

Zwischen der KVBB und der AOK für das Land Brandenburg, dem BKK-Landesverband Ost, der IKK Brandenburg und Berlin sowie den Verbänden der Ersatzkassen wurden Nachträge zu den Dialyse-Vereinbarungen geschlossen. Diese Nachträge regeln die Weitergeltung der auf Landesebene vereinbarten Preislisten zur Abgeltung der Sachkosten für nichtärztliche Dialyseleistungen für den Zeitraum ab dem 01.07.2002.

Ansprechpartner:

Fachbereich Verträge
Geschäftsbereich Mitgliederservice
Fachbereich Abrechnung

Kennzeichnung von Überweisungen, die aufgrund von ambulanten Operationen am Krankenhaus ausgelöst werden

Beginnend mit dem 01.01.2003 sind Überweisungsfälle, welche von Krankenhausärzten im Zusammenhang mit ambulanten Operationen am Krankenhaus (gem. § 115 b) ausgelöst werden, vom Vertragsarzt im Gebührennummernfeld am ersten Behandlungstag mit der SNR 9299L als Kennzeichnung zu versehen. Betroffen hiervon sind nicht die Überweisungen von ermächtigten Krankenhausärzten!

Bereits im Heft 11/02 S. 15 verwiesen wir auf die Besonderheiten, die für ambulante Operationen zu beachten sind. Maßgeblich sind die Regelungen des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V - Ambulantes Operieren im Krankenhaus.

Dieser Paragraph regelt, dass der Zugang des Patienten zu einer ambulanten Operation am Krankenhaus in der Regel durch "Überweisung" eines niedergelassenen Vertragsarztes erfolgt. Auch der für die Operation verantwortliche Krankenhausarzt prüft in diesem Fall, ob Art und Schwere des beabsichtigten Eingriffs die ambulante Durchführung erlauben.

Ebenso kann entsprechend den Regelungen der §§ 39 und 115 SGB V das Krankenhaus eine Operation auch dann ambulant durchführen, wenn vom Vertragsarzt eine Krankenhausbehandlung verordnet wurde. Dies befreit den Ver-

tragsarzt jedoch nicht davon, vor einer Überweisung zur ambulanten Operation am Krankenhaus im Einzelfall abzuwägen, ob die ambulante Durchführung aus medizinischer Sicht vertretbar ist.

Alle Leistungen und Nebenleistungen im Zusammenhang mit den Operationen selbst werden dem Krankenhaus direkt von den Krankenkassen vergütet. Allerdings gestattet es § 4 des Vertrages dem Krankenhausarzt, Teilleistungen die er selbst nicht erbringen kann (z.B. Labor, Histologie) per Überweisung durch Vertragsärzte oder ermächtigte Krankenhausärzte durchführen zu lassen.

Um das Ausmaß dieser im ambulanten Versorgungsbereich veranlassten Leistungen und damit die dem Budget der Vertragsärzte entnommenen Honorarvolumina im Rahmen der Abrechnung der KV Brandenburg bestimmen zu können, ist diese Kennzeichnung erforderlich.

Fazit: Bei "Überweisung" ins Krankenhaus bei ambulanten Operationen nach § 115 b sollte der Vertragsarzt dies immer mit dem schriftlichen Vermerk "zur ambulanten Operation nach 115 b" kennzeichnen.

Ansprechpartner:
Fachbereich Abrechnung,
Herr Steiner, Tel.: 0331/23 09-450

Abrechnung von Wegepauschalen ab 1/03 für die AOK Brandenburg

In einem Beileger zu "KV-intern" 12/02 wurden Sie über die Ergebnisse der Schiedsamtverhandlungen zur Gesamtvergütung für das Jahr 2002 mit der AOK für das Land Brandenburg einschließlich einer neuen Regelung zur Vergütung ausgewählter Wegepauschalen für Fahrten während der Nacht und im Notfalldienst informiert.

Dies war ein ebenso mühsamer wie langwieriger Weg bis zu diesem Abschluss. Eine Vielzahl von Verhandlungen sind diesem Abschluss vorausgegangen, eh sich die AOK bereit erklärt hat, ihm zuzustimmen. Schließlich war sogar der Gang über das Schiedsamt unvermeidlich

In Kenntnis des nunmehr in Schriftform vorliegenden Beschlusses des Schiedsamtes ist folgende Modifizierung für die Zuschläge zu den o.g. Wegegebühren zu konstatieren:

Entfernung	Fahrten während der Nacht und an Sonn- und Feiertagen		Fahrten zu Hausbesuchen im Notdienst	
	Zuschlag	SNR	Zuschlag	SNR
mehr als 10 km	2,50 □	7239 K	2,00 □	7236 K
mehr als 15 km	7,50 □	7239 L	6,00 □	7236 L
mehr als 20 km	12,50 □	7239 M	10,00 □	7236 M

Die Zuschläge sind nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Wir bitten Sie, entsprechende Fahrten für Patienten der AOK für das Land Brandenburg **ab dem 01.01.2003** mit den o.g. Symbolnummern auf dem Behandlungsaussweis abzurechnen.

Ansprechpartner: Fachbereich Verträge
Geschäftsbereich Mitgliederservice
Fachbereich Abrechnung

Aktualisierung der Zeitprofiliste

Zum 4. Quartal 2002 ist die Zeitprofiliste für die Durchführung von Plausibilitätsprüfungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen weiter aktualisiert worden. Dies teilt die KBV in einem Rundschreiben mit. Die komplette überarbeitete Zeitprofiliste steht weiterhin auf der Internetseite <http://www.de/themen/honorar.htm> zur Verfügung.

Katheterwechsel - nach wie vor Streitthema im Pflegebereich

Wie immer, wenn es um Geld geht, kommt es auch beim Thema Katheterwechsel zu Differenzen und mit Halbwahrheiten gefütterten Diskussionen. Zur Versachlichung soll der folgende Artikel dienen.

Zuerst muss die Thematik präzisiert werden:

Es handelt sich um die Frage der Abrechnung beim Legen und Wechseln transurethraler Blasenkathe- ter zum Zwecke der dauerhaften Harnableitung. Im Sinne einer einfacheren Lesbarkeit werden diese im weiteren Text als Katheter bezeichnet. Hiervon abzugrenzen ist die suprapubische Blasenfistel.

Das Legen und Wechseln eines Katheters ist eine delegationsfähige ärztliche Leistung. Diese Maßnahme ist gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von "häuslicher Krankenpflege" nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr.6 und Abs. 7 SGB V (Häusliche Krankenpflege-Richtlinien) in der vertragsärztlichen Versorgung verordnungsfähig. Wie alle anderen Maßnahmen der sogenannten Behandlungspflege wird sie auf dem Vordruck Muster 12 verordnet.

Im Bereich der stationären Pflege wird analog zum ambulanten Bereich die Notwendigkeit des Katheterwechsels oder -legens vom behandelnden Arzt festgestellt und dem Pflegedienst mitgeteilt. Dazu sind keine speziellen Formulare vorgesehen. Die Ausführung obliegt dem Pflegepersonal. Mit dem Pflegesatz

ist das Erbringen der Leistung abgegolten.

Über die nötige fachliche Qualifikation verfügt das Pflegepersonal kraft seiner Ausbildung. Der Katheter wird mit einem Hilfsmittelrezept auf den Namen des Patienten verordnet.

Soweit zu den trockenen Fakten.

Im Alltag scheitert die Umsetzung o.g. Regelungen häufig an Argumenten, dass das Personal nicht ausgebildet sei, der Arzt komme seinen Pflichten nicht nach und ähnliches.

Übrig bleibt bei den zum Teil heftig ausgetragenen Diskussionen immer die Frage, was mit dem katheterpflichtigen Patienten geschehen soll. Ganz klar lässt sich hier die Antwort formulieren:

Für das Legen und Wechseln eines Katheters ist nach entsprechender Verordnung durch den Vertragsarzt das Pflegepersonal des Pflegedienstes oder im stationären Bereich des Heimes zuständig.

Sollte dieses zur Durchführung nicht in der Lage sein, so muss es diese Leistung "einkaufen", gegebenenfalls beim verordnenden Arzt. Daraus folgt, dass in diesem Falle die vom Arzt erbrachte Leistung nach GOÄ gegenüber dem Pflegedienst oder Heim liquidiert wird.

Diese Regelung gilt nicht bei einer suprapubischen Blasenfistel. Hier handelt es sich beim Legen und Wechseln um eine reine ärztliche Leistung, welche nicht delegationsfähig ist. Zum Schluss

möchten wir noch auf zwei Dinge hinweisen:

Im Bereich der stationären Pflege soll ab 01.01.2005 die Zuständigkeit in einem eigenen Gesetzeswerk geregelt werden. Die Regelungen des § 43 Abs. 2 SGB XI wurden mit Inkrafttreten des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes bis dahin in

ihrer Gültigkeit verlängert.

Uns liegt eine ausführliche Stellungnahme der Verbände der Pflegekassen im Land Brandenburg vor, welche unsere Auffassung bestätigt.

Jürgen Staub-Lambrecht
Beratender Arzt

Neues IGeL-Gebührenverzeichnis umfasst 320 Leistungen

Das neue MedWell-Gebührenverzeichnis für individuelle Gesundheitsleistungen (MEGO) ist für alle Ärzte und Patienten im Internet verfügbar. Darüber informierte der Vorstand der MedWell Gesundheits-AG in einer Pressemitteilung.

Die MEGO ist entsprechend der Systematik der privatärztlichen Gebührenordnung GOÄ nach Fachgebieten gegliedert und benennt mehr als 320 individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL). Diese Leistungen umfassen die jeweils abrechenbaren GOÄ-Positionen mit Angabe von Einzelsatz und Schwellenwert. "Mit der MEGO geben wir den IGeL-Angeboten eine Struktur", so der Vorstand. Hierdurch werde die Entwicklung eines Zweiten Gesundheitsmarkts unumkehrbar gemacht. Die MEGO erfülle insbesondere eine Lotsenfunktion für Ärzte und Patienten. Letztere könnten sich über Angebote und Preisrahmen informieren, Ärzte erhielten zusätzliche Abrechnungshinweise.

Besonderen Wert legt MedWell auf die Qualität der IGeL-Angebote. Dies werde durch das derzeit im Aufbau befindliche

"Deutsche Institut für Privatmedizin" sichergestellt, das im Auftrag von MedWell jedes potenzielle IGeL-Angebot auf den Patienten-Nutzen und die Zugehörigkeit zur Privatmedizin prüfe.

Der Vorstand kündigte an, dass die MEGO ab Februar 2003 auch in einer Druckversion zur Verfügung stehe. Mit den Praxissoftware-Herstellern werde darüber verhandelt, die MEGO auch in die Praxissoftware der meisten Hersteller zu integrieren. Ziel sei es, die MEGO auf diese Weise als "drittes Gebührenverzeichnis" neben EBM und GOÄ zu etablieren. Damit werde man der wachsenden Bedeutung des Zweiten Gesundheitsmarkts gerecht.

Besonders attraktiv sei die MEGO für die inzwischen mehr als 600 MedWell-Partner-Ärzte. Diesen Ärzten gewährt MedWell ab sofort zusätzlich einen "IGeL-Schutzbrief". Wer sich bei seinen IGeL-Aktivitäten an die MEGO hält wird von MedWell in Konfliktfällen unterstützt, etwa wenn Krankenkassen dem Vertragsarzt pflichtwidriges Verhalten vorwerfen.

PM-MedWell

Einführung der Blankoformularbedruckung

Zum 01.10.2002 ist die Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungsverfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung - Vordruckvereinbarung Blankoformularbedruckung (Anlage 2a BMV - Ä) - in Kraft getreten.

Bei diesem Verfahren wird anstelle der heute üblichen vorgedruckten Formulare ein leeres Blatt verwendet. Um die Fälschungssicherheit der Formulare zu garantieren, wurde ein spezielles Sicherheitspapier mit Wasserzeichen (mit Ausnahme der Psychotherapieformulare, die auf weißem Papier gedruckt werden) konzipiert.

Die Kosten des Sicherheitspapiers werden von den Krankenkassen getragen, die auch die Belieferung der Servicestellen auslösen. Bisher erfolgte jedoch noch keine Ausstattung der Servicestellen. Wir gehen jedoch davon aus, dass dies in Kürze geschieht. Dann erhalten Sie das Sicherheitspapier in der Formularausgabe Ihrer Servicestellen.

Das Sicherheitspapier wird es in den Größen DIN A4 und DIN A5 geben.

Alle Formulare, mit Ausnahme des Rezeptes, das nicht im Blankoverfahren erstellt sondern als Original-Vordruck bedruckt wird, können auf diesen Größen analog den Original-Formularen abgebildet werden. Durchschläge werden als Zweit- oder Drittausdruck produziert. Daraus ergibt sich der Einsatz von Laserdruckern, die mindestens über ein Zwei-Schacht-, besser aber ein Drei-

Schacht-System verfügen sollten. Die Wahl des Druckers sollte in Absprache mit dem für die Praxis zuständigem Softwarehaus erfolgen, da die Zertifizierung der Software an den Drucker gebunden ist.

Zum Druck der Blankoformulare muss ein dafür zertifiziertes Praxis-EDV-System verwendet werden. Die Zertifizierung erfolgt durch die KBV für den Softwareanbieter. Wie uns die KBV informierte, ist dies bisher jedoch noch nicht geschehen.

Für die Erstellung von Formularvordrucken im Rahmen der Blankoformularbedruckung ist die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung erforderlich. Teilnehmen können ausschließlich Ärzte, die über eine Genehmigung zur EDV-Abrechnung verfügen.

Antragsformulare zur Erteilung der Genehmigung für die Blankoformularbedruckung erhalten Sie in den Formularausgaben Ihrer Servicestelle.

Der Vertragsarzt gibt gegenüber seiner Kassenärztlichen Vereinigung an, welche Softwareversion und welchen Druckertyp er zur Blankoformularbedruckung einsetzen und welche Formularemuster er erzeugen möchte. Dazu sind der Kassenärztlichen Vereinigung Ausdrucke der Formulare zur Qualitätsbeurteilung vorzulegen.

Der Vorstand der KVBB genehmigt den Einsatz des beantragten Programmsystems, wenn ein entsprechendes Prüfgutachten der KBV mit positivem Ergebnis vorliegt und die vorgelegten Muster-

ausdrucke mit den Anforderungen der Vordruckvereinbarung übereinstimmen.

Bitte beachten Sie auch die Informationen im Deutschen Ärzteblatt 1/2/2003, Seite A 60.

Ihren Antrag richten Sie bitte an die:

KV Brandenburg, FB Abrechnung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Ansprechpartner:

Serviceteam Cottbus
Herr Herbst, (0355) 496-310

Serviceteam Frankfurt/Oder
Frau Kornmesser, (0335) 68475-12

Serviceteam Potsdam
Herr Kramm, (0331) 2309-401

Verordnung von Hilfsmitteln

Da es wohl einige Irritationen im Zusammenhang mit der Ausstellung von Hilfsmittel-Verschreibungen gegeben hat, bat uns der VdAK, auf notwendige Inhalte der Verordnung noch einmal hinzuweisen. Hierzu sei auf Abschnitt IV der Hilfsmittel-Richtlinie verwiesen.

IV. Inhalt der Verordnung

24. Die Kassenärzte sind gehalten, die Verordnung von Hilfsmitteln sorgfältig und leserlich auszustellen. Die Verordnungen sind auf den vereinbarten Vordruckmustern vorzunehmen. Die Verwendung von Stempeln ist nicht zulässig.

25. In der Verordnung ist das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen, ferner sind alle für die individuelle Versorgung oder Therapie erforderlichen Einzelangaben zu machen. Der Kassenarzt soll deshalb unter Nennung der Diagnose und des Datums insbesondere angeben:

25.4. bei Hilfsmitteln
- Anzahl

- Bezeichnung des Hilfsmittels nach Maßgabe der Arztinformation
- Art der Herstellung (Konfektion, Maßkonfektion, Anfertigung nach Maß)

- Hinweise (z. B. über Zweckbestimmung, Material, Abmessungen), die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Lieferanten gewährleisten. Ggf. sind die notwendigen Angaben der Verordnung gesondert beizufügen."

Da die Leistungserbringer die Einzelangaben so eindeutig wie möglich benötigen und nur der Arzt diese Informationen geben kann, ist die genaue Verordnung von entscheidender Bedeutung.

Es kann entweder die Produktart oder die 7stellige Positionsnummer angegeben werden. Das Einzelprodukt sollte nur im Ausnahmefall verordnet werden.

Birgit Henschel,
Beratende Apothekerin
Tel.: 0331/2309-210

Leihweise Versorgung mit Hilfsmitteln

Bei der leihweisen Versorgung der Patienten mit Hilfsmitteln (z. B. mit Inhalationsgeräten oder Milchpumpen) sind die Mietgebühren zwischen den Krankenkassen und dem Apothekerverband Brandenburg vertraglich geregelt. Die AOK hat folgende Regelung: Eine Verordnung wird für einen Zeitraum von maximal 14 Tagen akzeptiert, dann ist eine neue Verschreibung notwendig oder eine Genehmigung durch die AOK.

Bei den Ersatzkassen und den anderen Primärkassen ist keine Befristung festgesetzt.

Die Summe der abgerechneten Mietgebühren darf aber nicht über dem Abgabepreis für das Gerät selbst liegen.

Birgit Henschel

Beratende Apothekerin
Tel.: 0331/2309-210

Kennzeichnung der neuen GNRn für Koloskopien bei Männern

Aufgrund der Bundesempfehlung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der KBV zur Früherkennungs-Koloskopie ist zum Zweck der Evaluierung eine gesonderte Ausweisung des Leistungsbedarfes für Männer und Frauen vorgesehen.

Um den Leistungsbedarf getrennt ermitteln zu können, ist es notwendig, die Leistungen zu kennzeichnen. Ab dem 01.01.2003 sind für die Abrechnung von Leistungen der Früherkennungs-Koloskopie bei Männern die SNRn 154M, 156M, 163M und 164M zu verwenden.

Dieses Verfahren ist leider notwendig, da gegenwärtig der finanzielle Aufwand für eine datentechnische Lösung zu groß wäre. Wir bemühen uns um eine Lösung und bitten Sie um Ihr Verständnis.

Ansprechpartner:

Fachbereich Abrechnung

Termine von Sitzungen der Qualitätssicherungskommissionen

Januar:

29.01.2003	Labor
29.01.2003	Schlafapnoe

Februar:

05.02.2003	Koloskopie
12.02.2003	Psychotherapie
13.02.2003	Dialyse
19.02.2003	Sonographie

März:

05.03.2003	Labor
05.03.2003	Radiologie

Änderungen vorbehalten!

Ihr Mitgliederservice der KV Brandenburg - ein kompetenter Dienstleister für alle Vertragsärzte auch im neuen Jahr

Vor zweieinhalb Jahren wurde im Rahmen der Strukturreform der KV Brandenburg der Geschäftsbereich Mitgliederservice gegründet. Heute wird der Begriff Service in aller Munde geführt, oft mit dem Ziel, damit Behördencharakter zu bemänteln.

Lange bevor Service zum Schlagwort wurde, erkannten die Verantwortlichen der KV Brandenburg die zunehmende Notwendigkeit, den Vertragsärzten Unterstützung anzubieten.

Die sich rasch ändernden Rahmenbedingungen und die zunehmende Bürokratie fordern den niedergelassenen Ärzten immer mehr Energie ab, welche für das ursprüngliche Tätigkeitsfeld dann nicht mehr zur Verfügung steht.

Hier setzt die KV Brandenburg an, indem sie mit dem Mitgliederservice (MGS) einen Geschäftsbereich geschaffen hat, der für eine Vielzahl von Fragen und Problemen zur Anlaufstelle geworden ist.

Die kompetenten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dieses Bereiches decken fachlich nahezu das komplette Spektrum der ärztlichen Selbstverwaltung ab. Es werden eine Vielzahl von Beratungen geleistet, welche sich von der Pharma-

kotherapie über Abrechnungssystematik bis hin zu betriebswirtschaftlichen Fragestellungen erstrecken. Berufspolitische Veranstaltungen werden in Vorbereitung und Durchführung ebenso unterstützt wie die Kontakte zwischen Selbsthilfegruppen und Ärzten.

Zum Jahreswechsel 2002/2003 ist folgendes Resümee zu ziehen:

Der Mitgliederservice der KV Brandenburg hat sich etabliert und ist aus der Struktur der KV nicht mehr weg zu denken. Die Resonanz aus der Ärzteschaft ist sehr positiv und die Frequenz der Inanspruchnahme stetig steigend.

Hier ist auch erwähnenswert, dass zahlreiche andere KVen mittlerweile mit ähnlichen Konzepten liebäugeln und großes Interesse an den Brandenburger Erfahrungen zeigen.

Auch in den nächsten Jahren werden wir uns alle Mühe geben, den Vertragsärzten beratend zur Seite zu stehen.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Geschäftsbereiches Mitgliederservice der KV Brandenburg

Stammdatenverwaltung und mobile Lesegeräte

Software gegen Falschabrechnungen!

Mit dem Schlagwort "Abrechnungsbruch" machen Krankenkassen in den Medien Stimmung gegen die Ärzteschaft. In die Kritik geraten sind dabei vor allem die mobilen Chipkarten-Lesegeräte und die Stammdaten-Verwaltungsprogramme. Ab 1. Januar dieses Jahres gilt deshalb ein neuer datentechnischer Standard für mobile Lesegeräte und die Verwaltung der Patientendaten.

Mit der neuen Generation der mobilen Lesegeräte ist die mehrfache Übertragung einmal eingelesener Patientendaten an die Praxissoftware ausgeschlossen. Die Daten werden mit dem Einlesedatum und einer Geräte-Kenn-Nummer an die Praxissoftware übertragen und anschließend auf dem Mobilgerät gelöscht. Erst dann sind die Daten in der Praxissoftware verfügbar.

Ursprünglich sollten die neuen Lesegeräte jetzt bereits auf dem Markt sein und die Altgeräte zum 1. Januar ablösen. Die Hersteller haben sich jedoch erst im November mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf einen Umtauschmodus verständigt. Aufgrund der Verzögerungen wurde eine Übergangsfrist bis 30. September eingeräumt. Ab 1. Oktober dürfen Kassenärzte nur noch die neuen Modelle benutzen. Je nach dem Alter der bisher verwendeten Geräte wird ein Software-Update, ein Umtausch oder die Neuanschaffung bei Inzahlungnahme des Altgeräts erforderlich.

Auch der Einsatz von Patienten-Stamm-

daten-Verwaltungen in Kombination mit so genannten Chipkarten-Archiven wurde neu geregelt. Diese Programme stehen in dem Ruf, Falschabrechnungen nicht nur bei Absicht, sondern auch durch Anwendungsfehler zu begünstigen.

Deshalb wird künftig mit einem vierteljährlichen Update der Abrechnungssoftware sichergestellt, dass Stammdaten nicht mehr in die Abrechnungssoftware gelangen können. Patienten müssen künftig also bei jedem Arztbesuch ihre Chipkarte vorlegen. Nähere Informationen: www.kbv.de/it/zulassung.htm

Angela Mißlbeck

(entnommen mit freundlicher Genehmigung aus "KV-Blatt" Berlin)

Niederlassungen im Dezember 2002

Planungsbereich Potsdam

Dr. med. Ralf Kurth
FA für Diagnostische Radiologie
Saarmunder Str. 48, 14478 Potsdam
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Wolfram Natho)

Dipl.-Päd. Ulrike Held
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie
Rudolf-Breitscheid-Str. 26
14480 Potsdam

9. Existenzgründertag - 22. Februar 2003

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg bietet mit dem Existenzgründerseminar die Möglichkeit, sich im Rahmen einer geplanten Niederlassung zu ausgesuchten Inhalten umfassend zu informieren. Zu diesem Zweck werden viele Themenschwerpunkte intensiv in Kleingruppen behandelt, um individuellen Fragen gerecht zu werden.

Seminarschwerpunkte

- Honorarverteilung und vertragliche Regelungen der KVBB
- Der Weg zur Zulassung - Bedarfsplanerische Aspekte, formale Voraussetzungen und Rahmenbedingungen einer geplanten Niederlassung
- *Steuerliche und betriebswirtschaftliche Aspekte*
- *Die Finanzierung der Arztpraxis*
- *Miet- und Kaufvertrag*
- *Kooperationsformen*

Die kursiv gedruckten Seminarschwerpunkte werden in Form von Workshops durchgeführt.

Die Veranstaltung findet in der **Zeit von 09.00-16.30 Uhr** in der KV Brandenburg, Gregor-Mendel-Str. 10/11, 14469 Potsdam statt.

Die Teilnahmegebühr beträgt 60,- □/Person.

Sofern eine Anmeldung nicht wahrgenommen werden kann, wird die Teilnahmegebühr dennoch fällig.

Ansprechpartner:

Frau Klasse, Betriebswirtschaftliche Beraterin, Tel.: 0331/23 09-280

Aktuelle Lago-Informationen

Die LAGO- Brandenburg e.V. bietet zwei Fachbücher an, die man unter folgenden Adressen direkt bestellen kann:

"Leben bis zuletzt- Finalversorgung von Tumorkranken", (zu einem Stückpreis von 17,90 □ inkl. Porto und Versand); LAGO Brandenburg e.V., Gregor-Mendel-Straße 10/11, 14469 Potsdam; Tel.: 0331/2707172/3; Fax: 0331/2707171

"Krebs und Hoffnung", (zu einem Stückpreis von 12,50 □ inkl. Porto und Versand) Geest Verlag, Lange Straße 41a, 49377 Vechta- Langförden, Tel.: 04447/856580, Fax: 04447/856581

Rechnungslegung erfolgt mit Versand.

Ansprechpartner:

Herr Hansen, Tel.: 0331/2309-261

Bitte beachten Sie diese Ausgabe beiliegende Information zum neuesten "Wegweiser Onkologie", herausgegeben von der LAGO.

Ärzte im Katastrophenschutz

Die Landkreise schlagen Alarm. Zu Recht. Es fehlen Ärzte für die sogenannten "Sondereinsatzgruppen" im Katastrophenschutz. Diese Sondereinsatzgruppen, kurz SEG genannt, unterstützen bei einem Massenansturm von Verletzten den Rettungsdienst. Sie führen medizinische und sanitätsdienstliche Maßnahmen zur Abwendung lebensbedrohlicher Zustände und zur Herstellung der Transportfähigkeit der Patienten durch.

In jeder dieser SEG gibt es zwei Arztgruppen, die aus je einem Arzt sowie fünf Rettungsanästhetikern bestehen. Von

den dort tätigen Ärzten werden Erfahrungen unter anderem im Rettungsdienst, der Notfallrettung, der Katastrophenmedizin erwartet. Wünschenswert sind beispielsweise der Besuch eines Sonderlehrgangs für Ärzte in der SEG sowie umfassende Ortskenntnisse in den Regionen, wo die Ärzte tätig sind.

Kolleginnen und Kollegen, die Interesse an einer solchen Tätigkeit haben, wenden sich bitte an die Ordnungsämter in ihren Landkreisen.

Ansprechpartner:

Mitgliederservice der KV Brandenburg

Unser Info-Tipp

Praxisvergleich I. Halbjahr 2002

Das Jahr 2002 brachte für viele Praxen nicht die erhoffte Trendwende. Aber auch das Jahr 2003, sollte das Vorschaltgesetz mit der Nullrunde für die Vertragsärzte in Kraft treten, wird finanzielle Einbußen bringen.

Umso wichtiger ist es, den wirtschaftlichen Standort seiner Praxis zu kennen. Deshalb sollten die Praxisinhaber ihre Zahlen mit denen der Fachgruppe vergleichen und bei negativen Abweichungen handeln.

Der NAV-Virchow-Bund stellt dazu aktu-

elle Zahlen aus dem 1. Halbjahr 2002 zur Verfügung.

Die Einnahmen- und Kostenstruktur folgender Fachgruppen liegen getrennt nach alten und neuen Bundesländern vor: Allgemeinmedizin, Augenheilkunde, Chirurgie, Dermatologie, Gynäkologie, HNO, Innere Medizin, Kinderheilkunde, Orthopädie, Urologie und Zahnmedizin.

Der Praxisvergleich kann angefordert werden beim NAV-Virchow-Bund, Postfach 102661, 50466 Köln,
Telefon: 0221/973005-0,
Fax: 0221/7391239 oder per E-Mail:
info@nav-virchowbund.de.

PM-NAV

Neuzulassungen und Ermächtigungen

Neuzulassungen

Dr. med. Claudia Beltz,
Fachärztin für Anästhesiologie
ab 01.01.2003

Dr. med. Astrid Haufe,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Perleberg
ab 01.01.2003

Dipl.-Päd. Ulrike Held,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
in Potsdam
ab 04.12.2002

Jörg Hufnagel,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Karstädt
ab 11.12.2002

Dipl.-Päd. Gaby Kohl,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
in Potsdam
ab 01.07.2003

Hannelore Lauter,
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin
in Kleinmachnos
ab 04.12.2002

Jürgen Sadowski,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Woltersdorf
ab 01.01.2003

Dipl.-Med. Bärbel Sanftleben,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Frankfurt
ab 01.11.2002

Dr. med. Frank Schulz,
Facharzt für Innere Medizin in Frankfurt
ab 01.02.2003

Dipl.-Med. Torsten Tomalik,
Facharzt für Chirurgie in Fürstenwalde
ab 01.02.2003

Dr. med. Irene Uhlmann,
Fachärztin für Innere Medizin in Senftenberg
ab 01.01.2003

Christian-Peter Wachs,
Facharzt für Urologie in Nauen
ab 18.12.2002

Einstellung in einer Einrichtung gem. § 311 Abs. 2 SGB V

Dr. med. Gisela Kücken,
Fachärztin für Radiologie im Gesundheitszentrum Potsdam GmbH
ab 01.01.2003

Dipl.-Med. Klaus Baron,
Facharzt für Chirurgie in der Med. Einrichtung GmbH Wittenberge
ab 01.01.2003

Dr. med. Ilse Röttger,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in der Med. Einrichtung GmbH Guben
ab 18.12.2003

Ermächtigungen

Dipl.-Psych. Friedel Richter,
Psychologische Psychotherapeutin in Guben, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtung gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Anatoli Gusow,
Facharzt für Psychiatrie in Angermünde, ermächtigt gem. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV in eigener Praxis für die Zeit vom 01.10.2002 bis zum 30.09.2004.

Dipl.-Med. Birgit Bartels,
 Fachärztin für Innere Medizin am Klinikum Uckermark in Schwedt,
 ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der internistischen Hämatologie/Onkologie für die Zeit
 vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Dipl.-Med. Kerstin Tober,
 Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Uckermark in Schwedt,
 ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der pädiatrischen Ultraschalldiagnostik für die Zeit
 vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2003.

Dr. med. Alexander Sekatschkin,
 Facharzt für Diagnostische Radiologie an der Klinikum Barnim GmbH in Eberswalde,
 ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von am Werner Forßmann Krankenhaus Eberswalde ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der Angiographie und Phlebographie für die Zeit
 vom 01.01.2003 bis 31.12.2004.

Dr. med. Michael Fischer,
 Facharzt für Chirurgie am Ev. Freikirchl. Krankenhaus in Rüdersdorf,
 auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie auf Überweisung von Frau MR Dr. med. Karin Kozew zur Versorgung chronisch Schmerzkranker und Palliativpatienten für die Zeit
 vom 01.01.2003 bis 31.12.2004.

Dr. med. Ralf Haitsch,
 Facharzt für Innere Medizin am Johanniter-Krankenhaus im Fläming in Treuenbrietzen,
 ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Rekto-

skopie sowie auf dem Gebiet der Koloskopie für die Zeit
 vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Dr. med. Volker Gruner,
 Facharzt für Chirurgie an der Asklepios-Klinik Birkenwerder,
 ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Angiologie sowie auf Überweisung von der zugelassenen phlebologisch tätigen Chirurgen, Frau Dr. Kirsch, auf dem Gebiet der Phlebologie für die Zeit
 vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Dr. med. Hans-Joachim Möller,
 Facharzt für Innere Medizin am Luise-Henrietten-Stift in Lehnin,
 ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von am Luise-Henrietten-Stift Lehnin ermächtigten Ärzten für Dopplerechokardiographische Diagnostik für die Zeit
 vom 11.12.2002 bis zum 31.12.2004.

Thomas Nippraschk,
 Facharzt für Anästhesiologie an der Ruppiner Kliniken GmbH in Neuruppin,
 ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der Schmerztherapie für die Zeit
 vom 11.12.2002 bis 31.12.2004.

Dipl.-Med. Bernd Döbelin,
 Facharzt für Anästhesiologie an der Klinikum Barnim GmbH in Eberswalde,
 ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V sowie von am Krankenhaus Eberswalde ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der ambulanten Anästhesien in Zusammenarbeit mit Vertragsärzten sowie auf dem Gebiet der Schmerztherapie für onkologische Patienten

und Patienten mit starken Schmerzzuständen für die Zeit
 vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Dr. med. Dietmar Mildner,
 Facharzt für Innere Medizin am Ev.-Freikirchl. Krankenhaus und Herzzentrum Brandenburg in Bernau,
 ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung endoskopischer Untersuchungen im oberen und unteren Gastrointestinaltrakt für die Zeit
 vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Dr. med. Helmut Fraatz,
 Facharzt für HNO-Heilkunde am Klinikum Frankfurt,
 ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Phoniatrie für die Zeit
 vom 01.01.2003 bis 31.12.2004.

Dipl.-Med. Axel Schacht,
 Facharzt für Neurologie am Klinikum Frankfurt,
 ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V für Elektroenzephalographische Untersuchungen, zur Messung evozierter Hirnpotentiale, für Elektromyographische Untersuchungen, zur Bestimmung der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit sowie auf Überweisung von zugelassenen Neurologen und Psychiatern, Orthopäden sowie Neurologen und Psychiatern, Orthopäden in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von am Klinikum Frankfurt ermächtigten Nervenärzten für die Behandlung von Dystonien und speziellen Formen der Spastik mit Botulinum-Toxin A für die Zeit
 vom 01.01.2003 bis 31.12.2004.

Dipl.-Med. Elvira Schulz,
 Fachärztin für Transfusionsmedizin am DRK-Blutspendedienst, Institut Frankfurt,

ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V sowie von ermächtigten Ärzten für Laborleistungen im Zusammenhang mit Bluttransfusionen für die Zeit
 vom 01.01.2003 bis 31.12.2004.

Dr. sc. med. Klaus-Dieter Sparr,
 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin am Humaine Klinikum in Bad Saarow-Pieskow,
 ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Kinderheilkunde für die Mukoviszidose-Diagnostik und Therapie für die Zeit
 vom 01.01.2003 bis 31.03.2005.

Dieter Schultz,
 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin am Ev.-Freikirchl. Krankenhaus in Rüdersdorf,
 ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Kinderpneumologie und Allergologie für die Zeit
 vom 01.01.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Gertraud Turkot,
 Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Uckermark in Schwedt,
 ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Kinderärzten bzw. Kinderärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V sowie von Frau Dr. Becker, Angermünde; Dr. Hahn, Gramzow; Dr. Finschow, Prenzlau und Dr. Walther, Penkun (Mecklenburg-Vorpommern) für die Durchführung einer neuropädiatrischen/kinderneuropsychiatrischen Sprechstunde sowie auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V für die Zeit
 vom 01.01.2003 bis 30.09.2003.

PD Dr. med. Walter Noske,
 Facharzt für Augenheilkunde am Städt. Klinikum Brandenburg,

ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Augenheilkunde bzw. Fachärzten für Augenheilkunde in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die photodynamische Therapie sowie für eine konsiliarische Tätigkeit bei Problemfällen für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Dr. med. Gawrail Antonow,
Facharzt für Anästhesiologie an der KMG Kliniken AG, Klinikum Kyritz,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von am Klinikum Kyritz ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der Anästhesiologie sowie auf dem Gebiet der Schmerztherapie für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.03.2005.

Dr. med. Horst Kaiser,
Facharzt für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Prignitz in Perleberg,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 11 Abs. 2 SGB V für die Schrittmacherumprogrammierung für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Dr. med. Manfred Mewes,
Facharzt für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Prignitz in Perleberg,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 11 Abs. 2 SGB V für die Durchführung von:
- Echokardiographische Untersuchung
- Eindimensionale Doppler-echokardiographische Untersuchung
- Zweidimensionale farbcodierte Doppler-echokardiographische Untersuchung
- Doppler-sonographische Druckmessung
- Direktionale Doppler-sonographische Untersuchung der Venen und/oder Arterien
- Direktionale dopplersonographische Untersuchungen der hirnversorgenden und Periorbitalarterien
für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Ines Nitzschke,
Fachärztin für Allgemeinmedizin am Berufsbildungswerk im Oberlinhaus Potsdam,
ermächtigt auf Originalschein und auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V ausschließlich für die Betreuung der Rehabilitanden im Berufsbildungswerk im Oberlinhaus gGmbH für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Dr. med. Hans-Peter Radel,
Facharzt für Chirurgie am Kreiskrankenhaus Prignitz in Wittenberge,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für eine Konsultationssprechstunde auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.03.2005.

Dipl.-Med. Bertram Unger,
Facharzt für Innere Medizin an der Ruppiner Kliniken GmbH in Neuruppin,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Nephrologen bzw. Nephrologen in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur ärztlichen Betreuung bei intermittierender Peritonealdialyse für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Dr. med. Manfred Kalz,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an der Ruppiner Kliniken GmbH in Neuruppin,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Hausärzten und Kinderärzten bzw. Hausärzten und Kinderärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für EEG-Untersuchungen bei Kindern für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2003.

Dr. med. Bernd Hantke,
Facharzt für Chirurgie am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für eine Spezialsprechstunde auf dem Gebiet der arteriellen Gefäßchirurgie sowie auf Überweisung

von zugelassenen Fachärzten für Chirurgie, Dermatologie und Innere Medizin sowie Fachärzten für Chirurgie, Dermatologie und Innere Medizin in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf den Gebieten Phlebologie und Lymphologie für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2003.

MR Dr. med. Klaus Borisch,
Facharzt für Innere Medizin am Krankenhaus Forst,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf den Gebieten der Kardiologie, Angiologie und Pulmologie, für die Überwachung und Kontrolle von Herzschrittmachern, für die radiologischen Leistungen, für die im Rahmen der Ermächtigung notwendigen Laborleistungen aus dem Kapitel OI/II für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2005.

Dr. med. Sibylle Kupsch,
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Kreiskrankenhaus Herzberg,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Gynäkologie bzw. Fachärzten für Gynäkologie in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für Leistungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge, auf dem Gebiet der gynäkologisch-geburtshilflichen Ultraschalldiagnostik sowie auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Mamma-Sonographie und gemäß § 5 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte und § 9 Abs. 2 BMV-Ärzte/Ersatzkassen in Verbindung mit den Mutterschaftsrichtlinien gem. Teil B Nr. 6 für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Dipl.-Med. Manuela Weise,
Fachärztin für Neurologie an der Klinikum Niederlausitz GmbH in Senftenberg,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung elektromyographischer Untersuchungen sowie zur Bestimmung der sensiblen

Nervenleitgeschwindigkeit für die Zeit vom 18.12.2002 bis zum 31.12.2004.

Dr. med. Hans-Georg Heise,
Facharzt für Innere Medizin an der Klinikum Niederlausitz GmbH in Senftenberg,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der kardiologischen Diagnostik für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Dr. med. Hans-Joachim Rüffert,
Facharzt für Anästhesiologie am Achenbach-Krankenhaus in Königs Wusterhausen,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Anästhesiologie sowie auf dem Gebiet der Schmerztherapie für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Dr. med. Michael Weber,
Facharzt für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Prenzlau,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Diabetologie für Patienten mit schwer einstellbarer Diabetes mellitus und Problempatienten mit Diabetes mellitus für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 30.06.2003.

Dr. med. Gabriele Galke,
Fachärztin für Innere Medizin am Krankenhaus Forst,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung einer onkologischen Sprechstunde für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Dr. med. Hannegret Herrberger,
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin am Gesundheitsamt Guben,
ermächtigt auf Überweisung von zugelas-

nen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Durchführung einer kinderneuropsychiatrischen Sprechstunde für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Dr. med. Wolfgang Götze,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH in Strausberg,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V nach § 31 a Abs. 1 Ärzte-ZV zur Durchführung adjuvanter und palliativer Chemotherapien onkologischer Patientinnen sowie zur Planung der Geburtsleitung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge gem. § 5 Abs. 2 BMV-Ärzte und § 9 Abs. 2 BMV-Ärzte/Ersatzkassen in Verbindung mit den Mutterschafts-richtlinien gem. Teil B Nr. 6 für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004.

Dr. med. Rainer Schutz,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Stadtkrankenhaus Templin,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Planung der Geburtsleitung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge gem. § 5 Abs. 2 BMV-Ärzte

und § 9 Abs. 2 BMV-Ärzte/Ersatzkassen in Verbindung mit den Mutterschafts-richtlinien gem. Teil B Nr. 6 für die Zeit vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2005.

Verlegung des Praxissitzes

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Christina Matthé,
Psychologische Psychotherapeutin in Müncheberg,
neue Adresse ab April 2003:
Puschkinplatz 5 in Seelow;

Dipl.-Psych. Andreas Görgen,
Psychologischer Psychotherapeut in Potsdam,
neue Adresse: Großbeerstr. 139;

Dipl.-Psych. Margit Claußnitzer,
Psychologische Psychotherapeutin in Luckau,
neue Adresse: Mühlenstr. 1;

Dipl.-Psych. Kerstin Ahlborg,
Psychologische Psychotherapeutin in Brandenburg,
neue Adresse: Gertrud-Piter-Platz 5;

Dr. med. Dorothee Koch,
Fachärztin für Augenheilkunde in Storkow,
neue Adresse: R.-Breitscheid-Str. 72

Neu: Postfach der KV Brandenburg!

Wir möchten Sie davon in Kenntnis setzen, dass für die Landesgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg in Potsdam ein zentrales Postfach eingerichtet wurde, so dass mit sofortiger Wirkung der komplette Posteingang über dieses Postfach abgewickelt wird.

Die Anschrift des Postfaches lautet:

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Praxisbörse

Interessenten für die
folgend aufgeführten Anzeigen wenden
sich bitte an den Geschäftsbereich Qualitätssicherung/Sicherstellung der KV Brandenburg,
Frau Karin Rettkowski, Tel.: 0331/2309-320 oder Fax 0331/2309-383.

Biete

Gutgehende allgemeinmedizinische Landarztpraxis im Landkreis Oder-Spree in landschaftlich reizvoller Umgebung und mit sehr günstiger Verkehrsanbindung, ca. 1 ½ Stunden Autofahrt von Berlin entfernt, aus Altersgründen baldmöglichst abzugeben (sehr gute Regelung des Notfalldienstes).

Chiffre: 01/03/01

Suche

Praxisnachfolger für hausärztlich geführte Landpraxis mit stabiler Scheinzahl (entspricht dem Durchschnitt des Landes Brandenburg) für Mitte 2004 oder 2005 im Planungsbereich Barnim (Unmittelbare Nähe zu Berlin-Buch).

Chiffre: 01/03/03

Suche

Facharzt für Innere Medizin und Diabetologie (DDG, Angiologie) sucht fachärztlich internistischen Vertragsarztsitz im Raum Oberhavel, Ostprignitz-Ruppin oder Havelland für das Jahr 2003.

Chiffre: 01/03/05

Suche

Ärztliche Psychotherapeutin/Frauenärztin mit Schwerpunkt Psychosomatik sucht Kollegen/in zur Praxiskooperation in und um Potsdam oder Nähe Berlin.

Chiffre: 01/03/06

Biete

Alteingesessene Hausarztpraxis (Stadtpraxis im Landkreis Prignitz) mit durchschnittlich stabilen Fallzahlen, gut eingerichtet aber erweiterungsfähig, äußerst preisgünstig zum 01.04.2003 abzugeben.

Chiffre: 01/03/02

Biete

Gutgehende, verkehrsgünstig gelegene Augenarztpraxis im Planungsbereich Havelland mit überdurchschnittlich hohen Fallzahlen aus Altersgründen zu günstigen Konditionen schnellstmöglich abzugeben. Die Übergabe kann von einem netten, langjährig eingearbeiteten Mitarbeiterenteam begleitet und unterstützt werden. Bei der Suche nach geeigneten Wohnraum kann bei Bedarf geholfen werden.

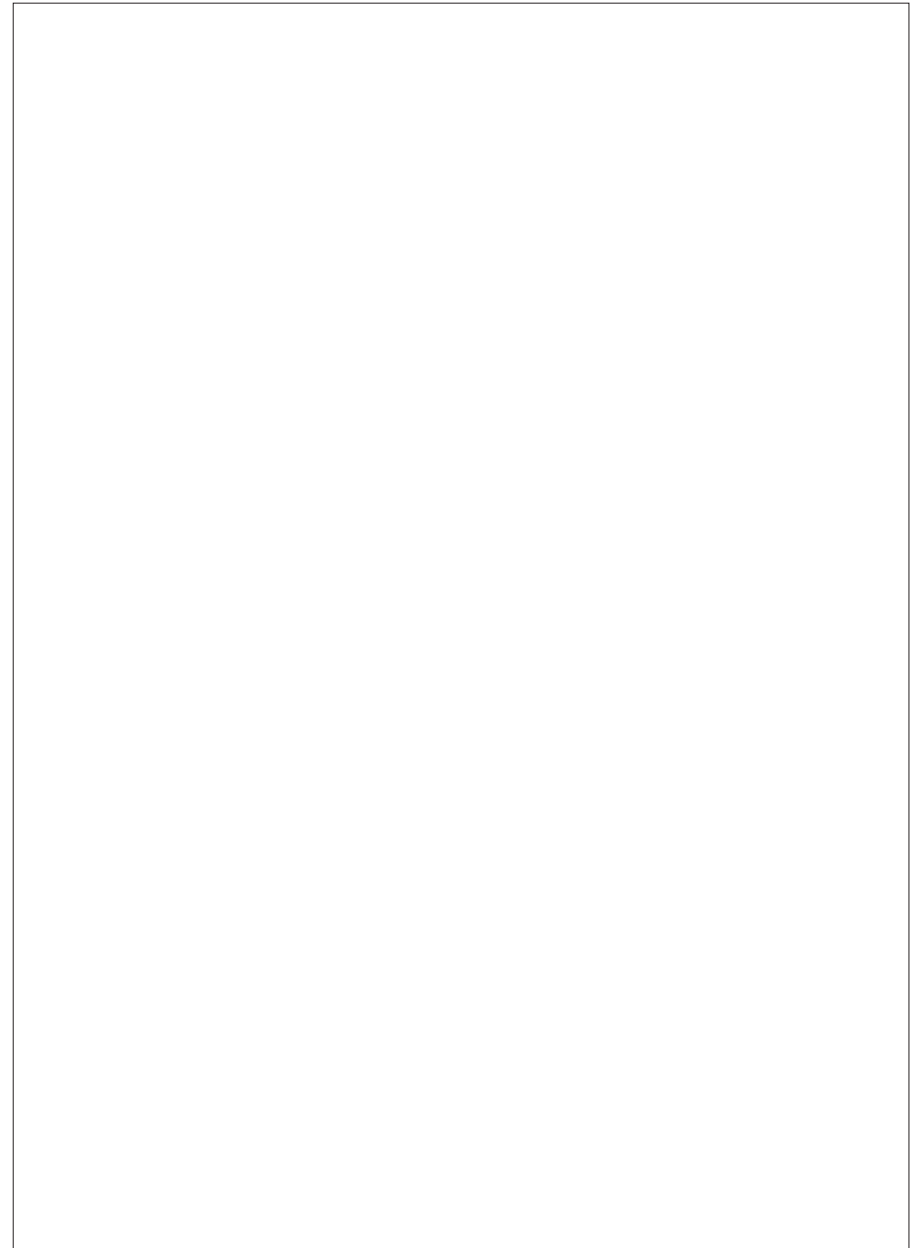
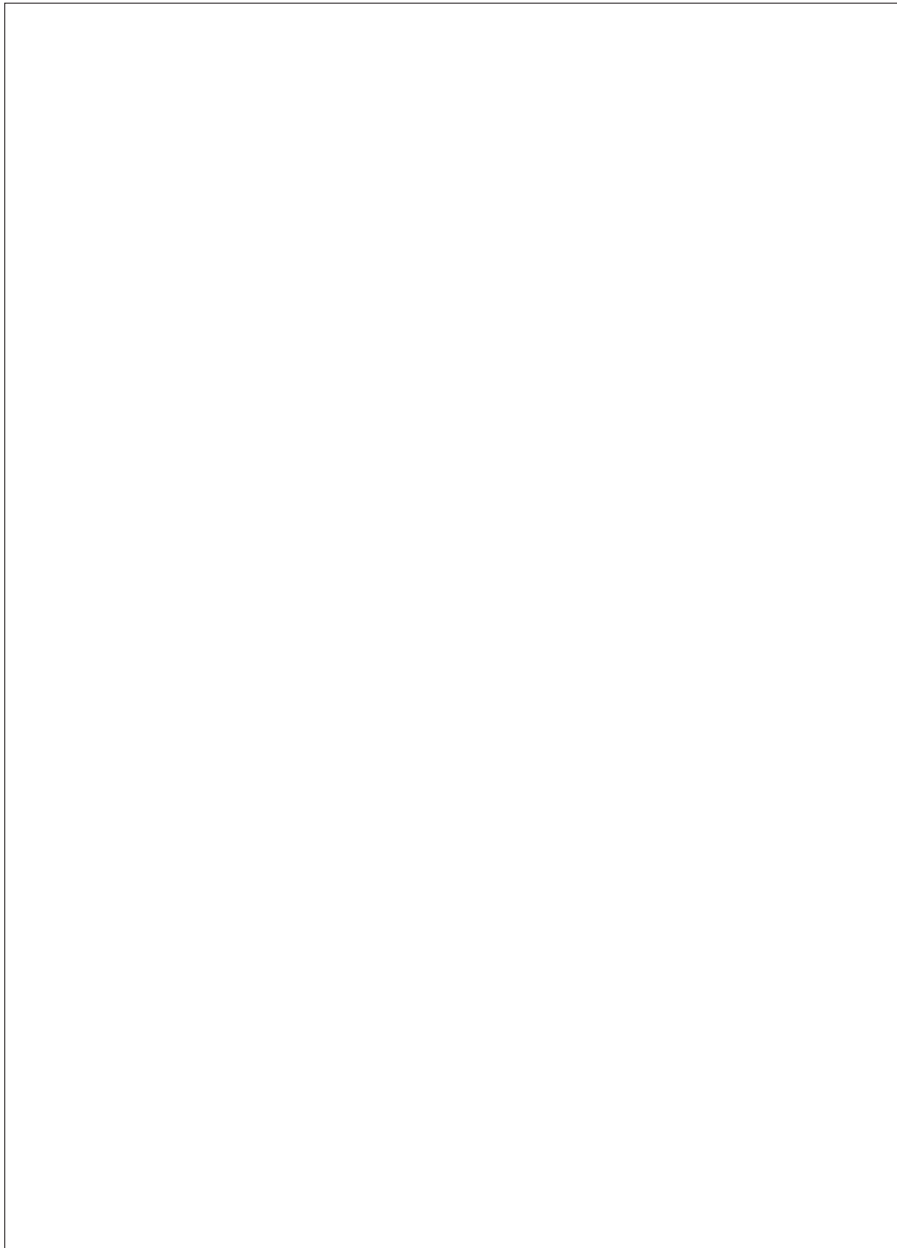
Chiffre: 01/03/04

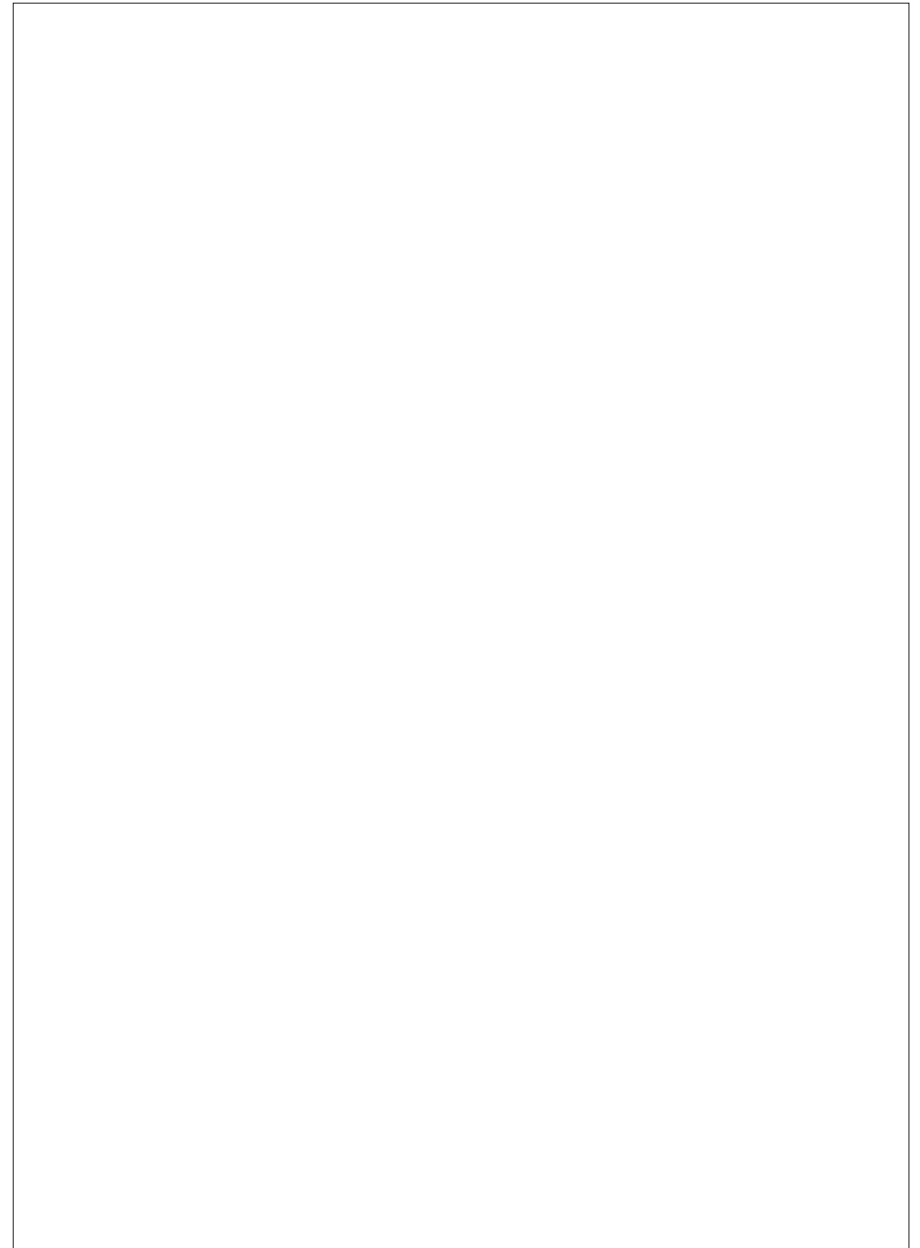
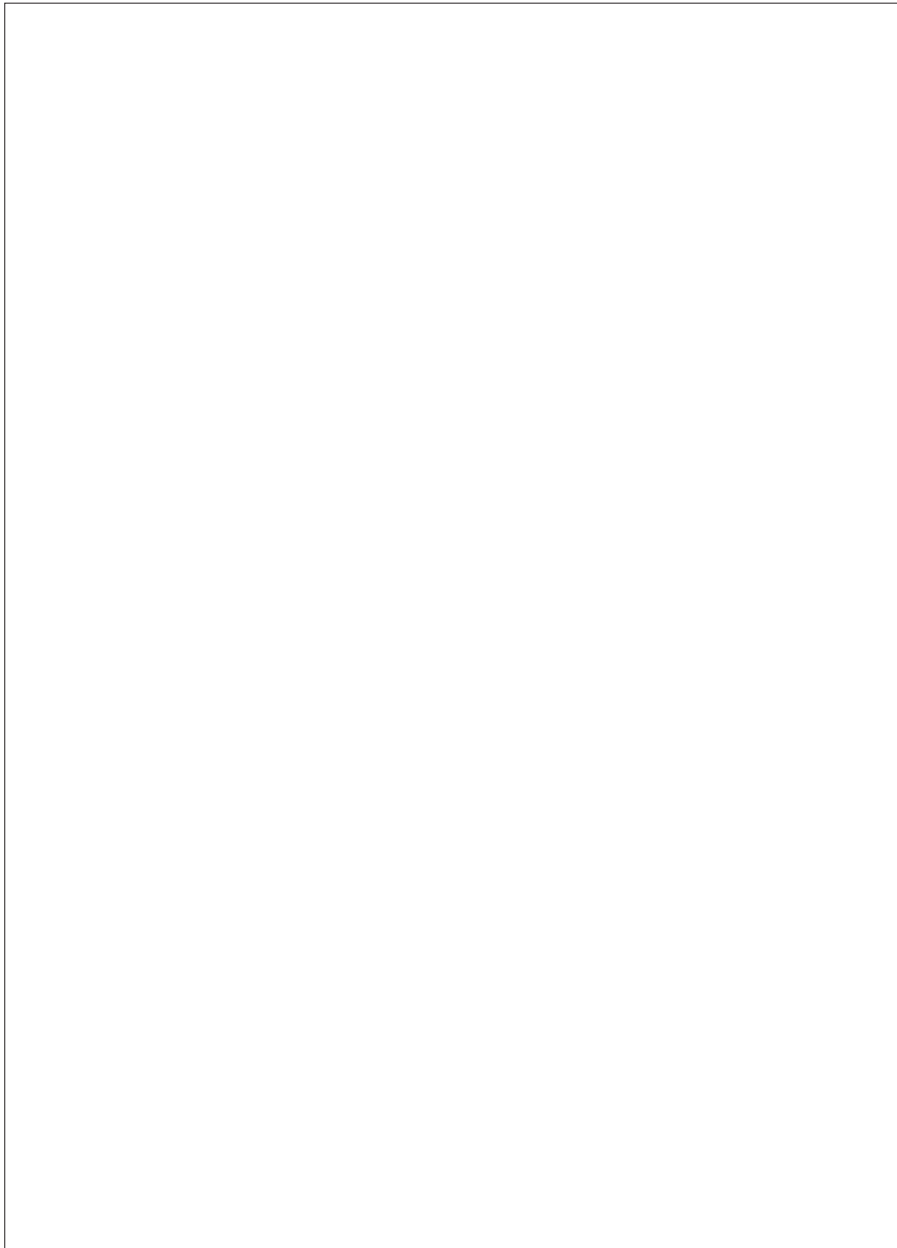
Suche

Praxiserfahrene Internistin sucht Mitarbeit in bzw. Übernahme einer hausärztlichen Praxis im Bereich Zehdenick, Gransee oder Templin.

Gemeinschaftliche Niederlassung mit Kollegen bevorzugt

Interessenten melden sich bitte unter:
03307/314150 ab 19.00 Uhr





Die unter der Rubrik "Leserpost" erscheinenden Zuschriften müssen nicht unbedingt der Meinung des Herausgebers entsprechen. Der Redaktionsbeirat behält sich eine Kürzung vor.

Teile und herrsche - ein altes Prinzip!

Seit Jahren versorgen wir unsere Patienten zu Dumpingpreisen. Mit dem neuen HVM, in dem uns erstmals ein Punktwert von 4 Cent garantiert wird, wird dies deutlich. Wir erhalten demnach rund 40% unserer Leistungen überhaupt nicht bezahlt.

In unserer Gemeinschaftspraxis sind es in diesem Quartal rund 900 Patienten, für die wir umsonst arbeiten, einen langen Arbeitstag haben, mittwochs und freitags ganztags und sonnabends noch halbtags geöffnet haben.

Mit welchem Ergebnis? Wir können nicht investieren. Die Kosten für Reparaturen der Geräte, Versicherungen und Personalkosten steigen. Die Patienten werden älter, behandlungsbedürftiger, die Ansprüche steigen.

Bis jetzt hat niemand von uns die Behandlung der Patienten abgelehnt, sondern sie loyal weiterbetreut. Ein Arzt entscheidet eben in erster Linie beim Patienten immer noch aus ethischen Gründen.

Trotzdem wird immer wieder und stärker von Politik und Verwaltungen der ambulante Sektor als Kostentreiber durch angeblich unnötige Untersuchungen und falsch verordnete Medikamente dargestellt. Man fordert Einzelverträge und das Einrichtungen von Klinikambulanzen.

Seit Jahren müssen wir niedergelasse-

nen Ärzte (Fachärzte wie Hausärzte) besonders in den neuen Bundesländern mit wesentlich weniger Geld als in den alten Bundesländern unsere Patienten genauso gut behandeln wie im Westen Deutschlands. Was sollen wir also noch einsparen?

Alle 2 bis 3 Wochen besucht man eine Fortbildungsveranstaltung. Welche Qualifikation soll noch gemacht werden? Welcher Mitarbeiter eines Ministeriums oder anderen Verwaltungsstellen geht einmal im Monat am freien Wochenende zu einer Fortbildung?

Wir niedergelassenen Ärzte stehen mit dem Rücken an der Wand. Noch billiger können Klinikambulanzen gar nicht arbeiten, wollen sie auch nicht, denn ihre kommenden Investitionen sollen sich ja rechnen.

Was sollen uns denn da Einzelverträge bringen? Noch mehr Abhängigkeit? "Teile und herrsche" - ein altes Prinzip, ist heute genauso aktuell wie früher. Ohne eine gemeinsame Interessenvertretung - in unserem Falle die KV - ist die einzelne Praxis hilflos.

Statten wir die KV-Verwaltung mit den finanziellen und personellen Möglichkeiten aus, die sie benötigt, um wirkungsvoll als Verhandlungspartner auftreten zu können. Es ist sicherlich günstiger, 2,5 % KV-Umlage im Quartal zu bezahlen als einen Rechtsanwalt zu finanzieren, der jährlich mit 200 bis 400 Kassen verhandelt.

Hüten wir uns davor, durch KV-interne Zwistigkeiten unsere Vertreter so zu

schwächen, dass sie nach außen nicht mehr handlungsfähig sind. Geben wir ihnen die moralische Anerkennung und Unterstützung, die sie zu ihren Verhandlungen benötigen. Es ist keine Selbstverständlichkeit, sich jahrelang nebenberuflich für die Interessen anderer einzusetzen und dabei nicht nur Dank zu ernten. Wer möchte dies von uns tun? Wer hat das Wissen dazu?

Fest steht, zerbricht die KV, zerbrechen viele Praxen. Was kommt dann? Der renditeorientierte Großbetrieb Gesundheitswesen mit Fließbandsystem für Arzt und Patient und wenig Spielraum für individuelle Zuwendungen? Betreut wer-

den dann vorrangig die Patienten, bei denen es sich rechnet und ausgegrenzt jene, bei denen es sich nicht lohnt. Auf der Strecke bleibt der Patient.

Erhalten wir unsere Strukturen - gemeinsam sind wir eine nicht zu unterschätzende Kraft.

Schweigen hilft sicherlich auch nicht mehr. Ohne unsere Patienten zu verunsichern, sollten wir ihnen jedoch einiges zur jetzigen Gesundheitspolitik sagen.

Dr. sc. med. Paul Piorkowski
Dipl.-Med. Liane Gohlke
Kardiologische Gemeinschaftspraxis,
Cottbus

Nach Redaktionsschluss

Schätzen wir mal - oder wie ernst nehmen wir es mit der Verantwortung?

Das neue Jahr beginnt und für die Ersatzkassen ist der Schwarze Peter bereits ausgemacht - wieder einmal!

Die Durchschnittstemperatur des Patienten betrug geschätzte 37 Grad. Leider hatte keiner sich die Mühe gemacht, exakt zu messen. Auch hatte keiner darauf geachtet, dass das eine Bein auf der glühenden Herdplatte stand und das andere im Tiefkühlfach ...

Wie ernst nehmen wir eigentlich unsere Verantwortung? Die Frage muss erlaubt

sein, wenn es um ein solch ausgesprochen sensibles Thema geht wie die Verordnung von Medikamenten. Könnte man denken. Die Realität aber sieht anders aus. Nur wenige Tage nach Jahresbeginn fühlt sich der VdAK Brandenburg berufen, Panik zu verbreiten. Wieder einmal.

Um "mehr als 10 Prozent" hätten die

Nach Redaktionsschluss

brandenburgischen Kassenärzte das vereinbarte Ausgabenvolumen für 2002 überschritten. Die gewaltig klingende Überschreitungs-Summe von 66 Millionen Euro wird in die Welt posaunt und die Ursache dafür gleich mit geliefert: Es wurde "im vergangenen Jahr zu einem deutlichen Teil unwirtschaftlich verordnet".

Woher hat der VdAK seine Weisheit? Derselbe VdAK, der seit Jahren nicht in der Lage ist, richtige, das heißt geprüfte - und zwar sauber geprüfte - Daten über das Ordnungsverhalten vorzulegen? Über seine Quelle sagt er nichts. Doch bereits im ersten Satz gibt er zu, dass die von ihm in einer dreiseitigen Pressemitteilung offerierten Weisheiten lediglich "schätzungsweise" ermittelt wurden.

Und das, obwohl noch nicht einmal die Schätzdaten vom Dezember 2002 vorliegen!

In diesem erhielt die KV Brandenburg übrigens die geprüften Daten der Arzneimittelverordnungen für das Jahr 2001! So lange brauchten die Kassen in Brandenburg, um ihrer gesetzlichen Informationspflicht nach zu kommen. Der verbindliche Termin war der 31. Juli 2002! Schätzungsweise ein halbes Jahr später ...

Dafür wissen die Kassen aber nun, in der zweiten Januar-Woche 2003, wie die brandenburgischen Vertragsärzte 2002 verordnet haben; nämlich zu viel und - wer hätte anderes erwartet! - unwirtschaftlich!

Was reitet den Dachverband der Ersatzkassen im Land Brandenburg eigentlich, solche Informationen an die Medien zu geben? Richtig, damit soll und wird Politik gemacht. Stimmung gegen die Vertragsärzte. Das Schwarze-Peter-Spiel wird auch im neuen Jahr fortgesetzt. Der Schuldige steht fest, schätze ich einfach mal so.

Es ist das immer neue, alte Lied: Pünktlich zum Jahresbeginn werden die Schuldzuweisungen verteilt. Und wie in jedem Jahr steht dabei an erster Stelle die Panikmache über das Ordnungsverhalten der Ärzte - eines ohne Sinn und Verstand, versteht sich. Auch 2002 prophezeiten die Kassen Überschreitungen von 12, von 14, gar von 16 Prozent!

Und die Wirklichkeit? Die sieht ganz anders aus:

Mit Schreiben vom 9. Dezember 2002 teilten die Kassen nämlich mit: Die Steigerungsrate bei den Ausgaben für Arzneimittel gegenüber 2001 betrug 5,8 Prozent! Kein Wort mehr von 12, 14 oder 16 Prozent ...

Ich schätze mal, dass in den kommenden Tagen eine Pressemitteilung des VdAK kommt, in der der Ersatzkassen-Dachverband seine Vorwürfe vom Beginn des Jahres 2002 bezüglich der unwirtschaftlichen Ordnungsweise brandenburgischer Vertragsärzte korrigiert ...

-re

Herzliche
Glückwünsche!



zum 50.

Dipl.-Med. Thomas Demidenko, Bernau

Dr. med. Rolf-Dieter Gestewitz,
Fürstenwalde

Dr. med. Stefan Goetz, Potsdam

Dipl.-Med. Johanna Grade, Belzig

Walter Krischke, Eberswalde

Dipl.-Med. Rita Mey, Brandenburg

Dipl.-Med. Reinhild Peikert,
Kleinmachnow

Jeanne-Annette Rösler, Groß Kreutz

Dr. med. Dolores Schurath, Forst

Dr. med. Regine Voigt, Eisenhüttenstadt

MR Dr. med. Barbara-Maria Zyminski,
Guben

zum 65.

Dr. med. Georg-Günther Bartschies,
Rathenow

SR Dr. med. Marie-Luise Grund,
Eisenhüttenstadt

MR Dr. med. Gottfried Hoffmann,
Nennhausen

Udo Maskow, Rheinsberg

Dr. med. Wolfgang Möbius, Falkenberg

zum 66.

Hannelore Cieri, Grüneberg

Dr. med. Christine Jäckle, Rheinsberg

Christel Müller, Storkow

Dr. med. Rosemarie Rudelt, Dahlewitz

Priv.-Doz. Dr. med. Berndt Schubel,
Bernau

Dr. med. Gerhard Ziethen,
Eberswalde-Finow

zum 67.

Dr. med. Eva Grella, Hennigsdorf

Dr. med. Friedhelm Lorenz, Neuruppin

Prof. Dr. med. habil.

Joachim Oppermann, Cottbus

Annim Tiedke, Leegebruch

zum 68.

Dr. med. Erika Bräuner, Schulzendorf

SR Hans Skrandies, Fürstenwalde

zum 69.

SR Dr. med. Marianne Benz,
Fürstenwalde

OMR Hubert Streibing, Kyritz

zum 73.

Dr. med. Günter Kluge,
Glienicke/Nordbahn

Impressum

KV-intern

Monatsschrift der Kassenärztlichen
Vereinigung Brandenburg

Herausgeber:

Landesgeschäftsstelle der
Kassenärztlichen Vereinigung
Brandenburg

Gregor-Mendel-Str. 10 - 11
14469 Potsdam

Telefon: 0331/28 68 100

Telefax: 0331/28 68 191

Internet: <http://www.kvbb.de>

Email: info@kvbb.de

Redaktion:

Dr. med. H. J. Helming (ViSP),
MUDr./CS Peter Noack,
Wolf-Rüdiger Boettcher,
Dr. rer. pol. Hans-Jörg Wilsky,
Ralf Herre

Redaktionsschluss:

16. Januar 2003

Satz und Layout:

KV Brandenburg
Bereich Öffentlichkeitsarbeit

Telefon: 0331/28 68 196

Telefax: 0331/28 68 197

Druck:

Druckerei Stein

Hegelallee 53, 14467 Potsdam

Telefon: 0331/291 103

Telefax: 0331/292 004

Anzeigenverwaltung:

Druckerei Stein

Hegelallee 53, 14467 Potsdam

Telefon: 0331/291 103

Telefax: 0331/292 004

Anzeigenannahmeschluss:

Jeder 5. des Monats

Zur Zeit gilt die Preisliste Nr. 3 vom
2. Januar 2002

Erscheinungsweise: Monatlich

Auflage: 4.500 Exemplare