

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen

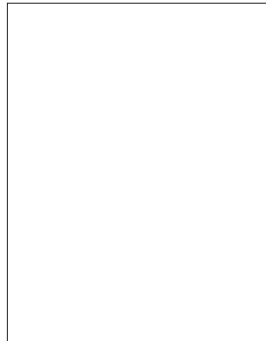
Diese Adventszeit ist die Zeit zwischen der letzten Vertreterversammlung der KVBB des Jahres 2003 und dem Inkrafttreten des neuen GKV-Modernisierungsgesetzes, kurz GMG genannt.

Die jüngsten Diskussionen in unserer Vertreterversammlung am 28. November, welche wie auch in all den Jahren zuvor, nicht nur eine Vertreterversammlung zum zukünftigen Haushalt des kommenden Jahres waren, haben gezeigt, wie schwierig Entscheidungen für die Zukunft sind. Vor allem dann, wenn man seinen Weg nicht selbst bestimmen kann, sondern dieser durch Schranken in ROT-GRÜN und andere unklare bis unverständliche Wegbeschreibungen vorgegeben ist.

Das Dickicht undurchsichtiger, unausgeglichener und überzogener gesetzlicher Regelungen - wie der blütenreich beschriebenen, aber trotzdem fast undefinierten integrierten Versorgung, der "qualitätsorientierten" hausarztzentrierten Versorgung, von der man noch keine Qualitätskriterien kennt oder dem zukünftigen "Prüforgasmus" ärztlicher Tätigkeit - kann man nur durchdringen, wenn man möglichst klare Ziele hat. Und, lassen Sie mich das hier sehr deutlich sagen, wenn man sich darin einig ist!

Ein Ziel hatten unsere Vertreter schon anlässlich ihrer September-VV definiert: Der Erhalt der Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg als Körperschaft! Auch angesichts des faden Beigeschmacks, gesetzliche Vorgaben umsetzen zu müssen, zugleich jedoch weiter Interessenvertretung und Dienstleister aller brandenburgischen Ärzte zu sein !

Deshalb ist es nur konsequent, wenn sich im Abgleich mit diesem Ziel die jüngste VV dazu entschloss, finanzielle Auswirkungen des GMG im neuen Haushaltsentwurf für 2004 bereits zu berücksichtigen. Schließlich werden mit der Einführung einer neuen Honorarverteilung über gesetzlich vorgegebene Regelleistungs-Volumina (RLV), mit einer neuen Qualitätssicherung und Fortbildung sowie mit einem ausschließlich durch das Gesetz geprägten Prüfwesen und der auch dazu notwendigen Datenlieferungen mehr Aufgaben und folglich mehr Ausgaben verbunden sein. Allerdings sind viele dieser kostenrelevanten Punkte mit einem sogenannten Sperrvermerk versehen. Zu dieser sehr wichtigen Formalie möchte ich einen sozialdemo-



kratischen Regierenden Oberbürgermeister bemühen, der einen defizitären Haushalt zu verantworten hat: "Und das ist auch gut so!".

Defizitär allerdings ist unser Haushaltsansatz 2004 deswegen nicht, weil sich die Vertreterversammlung entschließen musste, die Verwaltungskostenumlage zu erhöhen. Dazu werden Sie in diesem "KV-intern" auf den folgenden Seiten noch mehr an Informationen und Hintergründen erfahren.

Eines ist jedoch klar: Diese Erhöhung müssen wir akzeptieren, denn sie dient uns Brandenburgern, da der Erhalt einer KV derzeit auch viel mit dem Erhalt von Freiberuflichkeit und Sicherung unserer Honorare/Praxiseinnahmen zu tun hat. Deshalb ist dieses Geld nicht in den brandenburgischen Sand gesetzt, wie etwa beim Senftenberger Lausitzring, dem Cargolifter bei Brandt oder der Frankfurter Chipfabrik.

Natürlich weiß im Moment keiner von uns, was wird, wenn weitere gesetzliche Regelungen unsere derzeit stärkste Interessenvertretung weiter schwächen oder in ein paar Jahren per Gesetz ganz verbieten. Schließlich ist es noch gar nicht so lange her, dass einer Zerschlagung der monopolistischen KV-Strukturen in allen Ebenen der Politik und der Krankenkassen das Wort geredet wurde.

Wie die Entwicklung zeigt, dürfen solche Äußerungen nicht überbewertet werden. Viele der politisch Verantwortlichen haben offensichtlich sehr wohl erkannt, was eine Allmacht der Krankenkassen bedeuten könnte, würde es keinen gleichstarken Partner geben. Trotzdem: Diese Äußerungen sind ein Zeichen politischer Gesinnung und formulieren damit gedankliche Ziele. Ziele, denen wir entschlossen entgegentreten müssen.

Deshalb - das ist übrigens eine Aussage Ihrer Vertreter in der Vertreterversammlung - heißt es, die Reihen geschlossen zu halten und parallel zur KV möglichst kraftvolle Strukturen zu errichten. Strukturen, die noch klarer für unsere freiberuflichen Ziele eintreten können, die jetzt die Körperschaften stützen und bei einem aus unserer Sicht "politischen Horrorszenario" der Zerschlagung der KVen für jene der "Ersatz" sein können. Dies, davon bin ich überzeugt, wird unser Weg durch das Dickicht sein! Und vielleicht auch endlich wieder einmal aus dem Dickicht heraus!

Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien ein ungeachtet dieser unerquicklichen Situation harmonisches, erholsames Weihnachtsfest. Und: Kommen Sie gut ins neue Jahr 2004!

Ihr
MUDr./CSPeter Noack
Stellvertretender Vorsitzender der KV Brandenburg

Erhöhung der Umlage auf 3,5 Prozent - eine Entscheidung, die weh tut!

Vertreterversammlung der KV Brandenburg beschließt den Haushalt 2004 / engagierte, konstruktive und vor allem sehr ehrliche Diskussion / das GMG wirft seine Schatten voraus

Die Vorsitzende des Haushaltsausschusses, Frau Polzin, drückte wohl das aus, was an diesem Freitagnachmittag die meisten der anwesenden Mitglieder der Vertreterversammlung dachten: "Unsere Entscheidung heute, die Verwaltungskostenumlage auf 3,5 Prozent im kommenden Jahr anzuheben, tut mir als Ärztin in der Niederlassung sehr weh. Aber als Mitglied im Haushaltsausschuss muss ich angesichts der Tatsachen so entscheiden."

Vorausgegangen war dieser Entscheidung über den Haushalt 2004 eine sehr intensive, vor allem auch sehr ehrliche Diskussion. Eine, die auch emotional, mit viel Engagement geführt wurde.

Die Arbeitsfähigkeit der KV auch im kommenden Jahr sichern!

KV Brandenburg auch im kommenden Jahr zu sichern.

"Wir sind nicht in der komfortablen Situation wie die KVen in den Alt-Bundesländern und verfügen über entsprechend hohe Rücklagen, um das Mehr an Aufgaben, die sich aus dem GMG für uns ergeben, abzufangen, zu finanzieren.", stellte Dr. Helming in seinem Bericht zur Lage fest. Er verwies darauf, dass die KV Brandenburg seit Jahren

einen Sparhaushalt nach dem anderen aufgestellt und auch "gelebt" habe. Die Rücklagen seien so gut wie aufgebraucht.

"Es gilt heute zu entscheiden, ob wir den Weg gehen, den andere KVen beschreiten, nämlich die Folgen aus dem GMG jetzt zu ignorieren und einen normalen, davon unabhängigen Haushalt aufzustellen, wohl wissend, dass 2004 ein Nachtragshaushalt beschlossen werden muss, oder ob wir der Realität ins Auge sehen und entsprechende Finanzmittel bereits heute einplanen, die wir unweigerlich benötigen werden", hatte Dr. Helming die Richtung der Diskussion vorgezeichnet. Hinzu komme, so Helming, dass nicht unerhebliche Teile der Gesamtvergütung wegbrechen werden. Stichwort integrierte Versorgung, Stichwort hausarztzentrierte Versorgung.

Es gilt, der Realität ins Auge zu sehen und sich nichts vor zu machen!

Die Diskussion verdeutlichte sehr schnell, dass dieses Vorgehen, so wie von Vorstand und Haushaltsausschuss vorgeschlagen, das Richtige sei. Es bringe nichts, jetzt die Augen vor den Tatsachen zu verschließen und dann, vielleicht nach dem zweiten oder dritten Quartal 2004, die Umlage drastisch

anzuheben, weil über einen Nachtragshaushalt Finanzmittel requiriert werden müssten.

Übereinstimmung herrschte jedoch bei den Vertretern darüber, dass die Gelder, die gewissermaßen fürsorglich mit Blick auf die Aufgaben aus dem GMG eingestellt wurden - immerhin rund 1,3 Millionen Euro -, mit einem sogenannten

Finanzmittel für Aufgaben aus dem GMG sind mit Sperrvermerk versehen!

Sperrvermerk zu versehen. Das wiederum heißt, dass

nur mit Zustimmung des Haushaltsausschusses diese Mittel auch eingesetzt werden können.

In der Diskussion zu einzelnen Haushaltspunkten gab es eine ganze Reihe von Fragen, kritischen Anmerkungen und auch Sparvorschlägen. Insbesondere natürlich zur Personalsituation der KV-Verwaltung. Hier sieht der Haushalt einen Abbau um 10 Stellen von 257 in diesem auf 247 im Jahr 2004 vor. Überwiegend geschieht dies durch altersbedingtes Ausscheiden und dem Entschluss, diese Stellen nicht mehr neu zu besetzen.

Aber auch strukturelle Veränderungen innerhalb der Verwaltung sollen zu mehr Effizienz in den Abläufen führen. Insofern "wird die Strukturreform vom Jahr 2000 kontinuierlich fortgeführt", sagte der Hauptgeschäftsführer, Dr. Wilsky. Angesichts der Finanzsituation werde es 2004 auch keine Angleichung der BAT-Ost-Gehälter an den BAT-West geben, stellte er fest und verwies darauf, dass die Mitarbeiter der KV Brandenburg bundesweit mit 94 Prozent BAT die niedrigsten Gehälter aller KVEn erhielten.

Auch diese Entscheidung sei eine schmerzhaft gewesene, hatte Dr. Helming konstatiert. Es müsse auch sehr aufgepasst werden, dass "wir nicht aufgrund der Berlin-Nähe und der Tatsache, dass sich dort zahlreiche Organisationen aus dem Bereich Gesundheit ansiedeln, die guten Leute verlieren".

Die Mitglieder der Vertreterversammlung votierten mit 25 Ja-Stimmen, 6 Nein-Stimmen und bei 5 Enthaltungen für den Haushalt 2004.

Auch wenn diese Entscheidung sicher die wichtigste dieser als Klausurtagung stattfindenden Vertreterversammlung war, so war es nicht die einzige. Das Ärzteparlament beschloss unter anderem auch eine Modifizierung der Notfalldienstpauschalen. Es hatte dazu aus der ärztlichen Basis zahlreiche Vorschläge gegeben. Parallel zeigten die Analysen der Notfalldienst-Abrechnungen, dass die Inanspruchnahme im Notfalldienst an Wochentagen und Wochenenden doch sehr unterschiedlich ist und so eine Splittung Sinn macht (siehe Beschluss der Vertreterversammlung).

Aber auch, dass die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin von der KV Brandenburg im kommenden Jahr finanziell gefördert

Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin wird weiter gefördert!

wird - gemeinsam mit den Kassen und der Landesärztekammer - ist eine wichtige Entscheidung. Das Votum der Vertreter fiel auch hier eindeutig aus.

Den Vormittag der öffentlichen Klausurtagung hatte eine intensive Diskussion zum GMG und seinen zu erwartenden

Folgen für die Vertragsärzteschaft bestimmt. In einzelnen Blöcken zu den Themen KV-Strukturen, Qualitätssicherung, Abrechnung und Prüfung sowie Honorar und HVM fassten Mitglieder des Vorstandes und der Präsident der Vertreterversammlung die Kernpunkte des GMG zusammen.

So etwas wie die Maxime "Kopf hoch, wenn Dir das Wasser bis zum Halse steht" bestimmte weite Strecken der Diskussion. Wir werden uns anpassen müssen, sagte Dr. Helming. Doch nicht unterwürfig, sondern kritisch und konstruktiv. Endlich weg von der Rolle des Spielballes müsse die Vertragsärzteschaft, sagte

Anpassen - ja, aber nicht unterwürfig, sondern kritisch und konstruktiv!

er und verwies auf Gestaltungsfelder, die es schnell zu besetzen gelte. Integrierte Versorgung sei ebenso eines wie die Ausprägung des Servicegedankens.

Servicestrukturen außerhalb der KV seien dringend notwendig. Umso mehr, als die immer stärker werdenden reinen Verwaltungs-, ja fast schon Behördencharakter tragenden Aufgaben der KV ein Mehr an Service nicht zuließen. Andererseits sei ein sinnvolles Serviceangebot für die Vertragsärzte unerlässlich. Wer heute noch ernsthaft glaube, dies sei auf dem freien Markt preiswerter und unabhängiger und zugleich auch noch kompetenter zu erhalten, solle "ruhig weiter träumen".

Dass die Diskussion immer wieder auf die Praxis- oder besser Kassengebühr zurück kam, lag wohl in der Natur der Sache. Es scheint nun mal das Thema zu sein, was die Ärzte im Moment am

meisten bewegt. Es sei jedoch falsch und gefährlich, das GMG allein auf dieses Problem zu fixieren, so einige Vertreter. Und damit haben sie unzweifelhaft recht.

Es erweckt schon den Anschein, dass die "Praxisgebühr" so eine Art Leimrute ist, an dem die Ärzte in ihrer Diskussion immer wieder hängen bleiben (sollen). "Lassen wir uns damit nicht die Köpfe vernebeln", forderte Dr. Helming. Andere Punkte im GMG hätten eine ungleich größere Bedeutung. "Es geht um unsere Freiberuflichkeit, um unsere Existenz, die mit den bisherigen Grundstrukturen untrennbar verbunden sind", sagte er.

Das widerspreche im Übrigen in keiner Weise dem Willen zur Veränderung. "Wir sind für Veränderungen offen. Aber nicht zum Preis unseres ärztlichen Selbstverständnisses! Doch genau darum gehe es den politisch Verantwortlichen." Ein neues System solle installiert werden, mit populistischen Begriffen wie mehr Freiheit, mehr Transparenz, mehr Effizienz. Dieses Gesetz bringe weniger Bürokratie - so steht es in der Präambel. Doch wie sehe die Realität aus?

Belege, Formulare, Dokumentationen - nicht mehr einheitlich, sondern zunehmend krankenkassenspezifisch. Die Bürokratie werde

Bürokratie wird nicht weniger, sondern sie nimmt massiv zu!

nicht weniger, sie werde extrem mehr. Regelrechte Prüfgorgien würden jetzt schon ihre Schatten voraus werfen. Dies wiederum bedeute mehr Personal, höhere Kosten. Immer weniger Zeit stehe den Ärzten für ihre eigentliche Profession zu. "Und

Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 28.11.2003**Finanzierung Notfalldienst**

Die Vertreterversammlung beschließt auf Empfehlung des Vorstandes der KV Brandenburg mehrheitlich, eine Differenzierung der Notfalldienstpauschale im allgemeinen ärztlichen und kinderärztlichen Notfalldienst nach Tageszeit und Wochentagen wie folgt vorzunehmen.

Neufassung von Punkt 3 (1) Teil C der Ausführungsbestimmungen zur Verwendung der Mittel aus dem Sicherstellungsfonds gem. § 2 Abs. 7 HVM

(1) Die Notfalldienstpauschalen für den allgemeinen ärztlichen und kinderärztlichen Notfalldienst betragen:

Montag bis Freitag,	am Tage	vor 19.00 Uhr	250 Euro,
	in der Nacht	19.00 bis 07.00 Uhr	220 Euro,
Samstag / Sonntag / Feiertag			
	am Tage	07.00 bis 19.00 Uhr	320 Euro,
	in der Nacht	19.00 bis 07.00 Uhr	250 Euro.

Der Beschluss tritt zum 01.01.2004 in Kraft.

Finanzierung Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Vertreterversammlung beschließt auf Empfehlung des Vorstandes der KV Brandenburg mehrheitlich, die Finanzierung der Förderung der Weiterbildung im Rahmen der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung auf der Grundlage des folgenden Finanzierungsverfahrens und vorbehaltlich des Abschlusses der Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen und vorbehaltlich der Bereitstellung der finanziellen Mittel durch die Krankenkassen vorzunehmen:

Finanzierungsverfahren

1. aus Haushaltsmitteln	61.400,00 Euro
2. Beteiligung der Landesärztekammer Brandenburg	61.400,00 Euro
3. aus Rückstellungen gem. HVM § 4 Abs. 2 Pkt. e zur Förderung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin	611.600,00 Euro
insgesamt	734.400,00 Euro

dabei stehen angesichts unserer Versorgungssituation die Patienten in vielen Praxen bereits Schlange!"

Und der Blick auf die vertragliche Situation in Brandenburg lasse auch alles andere als Euphorie aufkommen. Fast

Vorstellungen der Kassen und der KVBB liegen meilenweit auseinander!

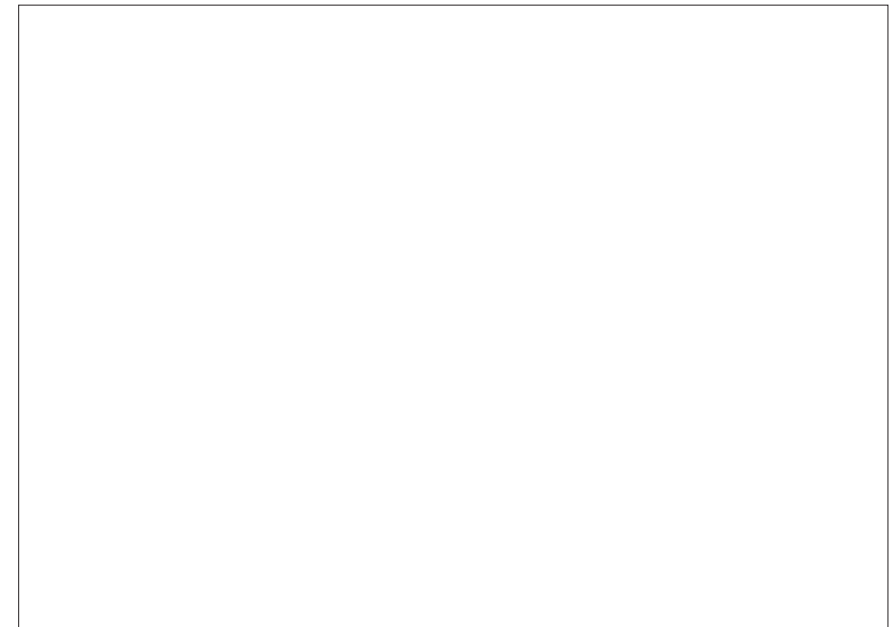
mit allen Kassen sei die KVBB vor dem Schiedsamt. Meilenweit liegen in den meisten Punkten die Vorstellungen der Krankenkassen und jene der KV auseinander. Mit großer Spannung seien die Vorschläge der Kassen im Übrigen zu erwarten, die sie zu einer "gerechteren" Verteilung der

Finanzmittel unterbreiten würden. Schließlich müsse ab 2004 der HVM im Einvernehmen mit den Kassen beschlossen werden ...

Als nach knapp zehn Stunden die Vertreter die Heimreise antraten, war es gegen 19.00 Uhr. Viel hatten sie diskutiert, aber längst nicht alles. Und über so manches Detail existierten auch noch keine oder nur sehr vage Vorstellungen. 2004 wird mit Sicherheit ein turbulentes Jahr. Doch ehrlich: Waren 2003 oder 2002 oder 2001 eigentlich weniger turbulente Jahre?

R.H.

ANZEIGE



Informationen zum Haushaltsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg für das Jahr 2004

Entsprechend § 10 Abs. 1 Buchst. j der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg hat die Vertreterversammlung der KVBB am 28. November 2003 den Haushaltsplan für das Jahr 2004 beraten und mit 25 Ja-Stimmen, 5 Stimmenthaltungen und 6 Nein-Stimmen beschlossen.

Dem voran gingen während des gesamten Jahres 2003 intensive Diskussionen zu den jeweils fortgeschriebenen Entwürfen im Vorstand, im Haushaltsausschuss sowie auf der Verwaltungs-ebene.

Der Haushaltsplan für das Jahr 2004 wurde vom Ansatz her nach dem Grundsatz der Gesamt-deckung aufgestellt, das heißt, die Summe der Aufwendungen muss durch die Summe der Erträge gedeckt sein.

Der Haushaltsplan für das Jahr 2004 weist ein Gesamtvolumen in Höhe von 23.956.950,00 Euro aus. Davon entfallen

auf den Investitionshaushalt	1.188.800,00 Euro
auf den Verwaltungshaushalt	22.768.150,00 Euro

1. Verwaltungshaushalt

1.1 Erläuterungen der Aufwandspositionen

Der Anteil der zusammengefassten Aufwandspositionen in den einzelnen Kontengruppen am Verwaltungshaushalt stellt sich im Vergleich der Haushaltsjahre 2003 und 2004 wie folgt dar:

	2003	2004
Verwaltungshaushalt gesamt	20,355 Mio. Euro	22,768 Mio. Euro
darunter Kontengruppe :		
60 - Personalaufwand	11,213 Mio. Euro	11,394 Mio. Euro
61 - Aufwand für die Selbstverwaltung	1,183 Mio. Euro	1,214 Mio. Euro
62 - Aufwand gemeinsame Selbstverwaltung	0,357 Mio. Euro	0,765 Mio. Euro
63 - Sachaufwand Verwaltung und Sachaufwand für Ärzte	4,353 Mio. Euro	3,177 Mio. Euro
64 - Abschreibungen	1,349 Mio. Euro	1,574 Mio. Euro

65 - Organisatorische Aufgaben	1,491 Mio. Euro	2,650 Mio. Euro
69 - Zuweisung zu Rücklagen/ Ertragsüberschuss	0,394 Mio. Euro	1,928 Mio. Euro

Die größte Aufwandsposition im Verwaltungshaushalt bildet wie in den Vorjahren die **Kontengruppe 60 - Personalaufwand**.

Das vorgesehene Finanzvolumen der Kontengruppe 60 beläuft sich im Haushaltsjahr 2004 auf 11,394 Mio. Euro. Die Kostenerhöhung im Vergleich zum Haushaltsansatz 2003 um 0,181 Mio. Euro ergibt sich aus der allgemeinen BAT-Entwicklung, die zum 01.01. und zum 01.05.2004 eine Anhebung um jeweils 1 % vorsieht, der Veränderung der Altersstrukturen gem. BAT sowie in geringem Maße Umgruppierungen.

Gegenüber dem Haushaltsansatz 2003 ist eine Reduzierung der Stellenzahl von 257 Stellen auf 247 Stellen vorgesehen. In dieser Personalentwicklung sind die mit der Umsetzung des GMG verbundenen erheblichen verwaltungsseitigen Aufgabenausweitungen noch nicht berücksichtigt, da hierzu eine qualifizierte Bewertung zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht möglich ist.

Die Aufwendungen in Höhe von 1,214 Mio. Euro für den Aufwand in der **Kontengruppe 61 - Aufwand für die Selbstverwaltung** - basieren auf der Entschädigungsordnung der KVBB für ehrenamtlich tätige Ärzte vom 01.01.2001 in der Fassung vom 30.03.2001 und berücksichtigen somit alle vorgesehenen Sitzungen der Kommissionen und Ausschüsse ehrenamtlich tätiger Ärzte, sowie die Aufwendungen für die Vorstandsarbeit und die Sitzungen der Vertreterversammlung.

Die in der **Kontengruppe 62 - Aufwand für die gemeinsame Selbstverwaltung** - eingestellten Aufwendungen liegen 0,408 Mio. Euro über dem Planansatz des Haushaltsjahres 2003.

Dies liegt im erforderlichen Mehraufwand für Prüfungsinstanzen begründet. Für die Einrichtung/Erweiterung von Prüf- und Ermittlungsbehörden entsprechend GMG wurden finanzielle Mittel in Höhe von 350.000,00 Euro eingestellt, welche vorrangig aus den nachfolgend benannten gesetzlichen Änderungen im SGB V resultieren.

Nach § 81a SGB V sind durch die Kassenärztlichen Vereinigungen organisatorische Einheiten einzurichten, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit Aufgaben der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung hindeuten. Sie nehmen Kontrollbefugnisse nach § 67c Abs. 3 des SGB V wahr.

Gem. § 106 SGB V werden neben dem vorgelegten Leistungsvolumen durch die Prüfungsausschüsse auch Überweisungen, Krankenhauseinweisungen, Feststellung von Arbeit-unfähigkeit und aufwändige medizinisch-technische Leistungen geprüft. Den Beratungen wird ein höherer Stellenwert eingeräumt.

Die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse erhalten unabhängige Vorsitzende. Das BMGS bestimmt durch Rechtsverordnung das Nähere zur Geschäftsführung der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse einschließlich der Entschädigung der Vorsitzenden.

Entsprechend § 106a SGB V sind durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen Richtlinien zur Durchführung von Abrechnungsprüfungen zu erarbeiten, welche dann Bestandteil von Vereinbarungen auf Landesebene werden.

Die Reduzierung des Haushaltsansatzes in der **Kontengruppe 63 - Sachaufwand** - resultiert im wesentlichen aus dem Zinsaufwand. Im Haushaltsjahr 2004 wird nur noch der Aufwand für ein mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank abgeschlossenes Swapgeschäft (Laufzeit vom 23.02.2000 bis 23.02.2004) eingestellt.

Die **Kontengruppe 64 - Abschreibungen** - umfasst im Haushaltsplan 2004 ein Volumen von 1,574 Mio. Euro. Damit erhöhen sich die Abschreibungen gegenüber dem Haushaltsplan 2003 um rd. 0,225 Mio. Euro.

Die Höhe des eingestellten Betrages ist von der Höhe des aktuellen Investitionsvolumens sowie der Investitionsvolumina der Vorjahre und dem Abschreibungsstand der genutzten Anlagegüter abhängig.

Die Berechnung der einzelnen Aufwandspositionen erfolgt auf der Grundlage der Richtlinien der Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen gem. § 75 Abs. 7 SGB V sowie den hierzu gefassten Vorstandsbeschlüssen.

Die **Kontengruppe 65 - Organisatorische Aufgaben** - weist im Vergleich zum Vorjahr eine Kostenerhöhung um 1,159 Mio. Euro auf rd. 2.650 Mio. Euro aus.

Grundlage für die Berechnung der Verwaltungskostenumlage für die KBV sind in 2004 0,14 % (Vorjahr 0,13 %) des Honorarvolumens. Daraus ergibt sich ein Mehraufwand in Höhe von 135.300,00 Euro, bezogen auf die dem Haushaltsansatz 2004 zugrunde liegende Einschätzung der Honorarentwicklung.

Nach § 95d SGB V ist der Vertragsarzt künftig verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

Dazu hat der Vertragsarzt alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nachgekommen ist.

Aus diesem Grunde ist vorgesehen, durch die Kassenärztliche Vereinigung ebenfalls Fortbildungen anzubieten, welche von den Kammern anerkannt und zertifiziert werden. Für das Jahr 2004 sind dafür 200.000,00 € eingestellt worden.

Gem. § 106 SGB V waren die Prüfungsausschüsse bisher nur für die Durchführung

der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zuständig. Nunmehr erhalten sie mit den Regelungen im § 106 Abs. 1 und 1a zusätzlich die Aufgabe der Information und Beratung der Ärzte zur Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelverordnungen. Für das Haushaltsjahr 2004 wurden daher 180.000,00 Euro eingestellt.

Der § 67 SGB V sieht die beschleunigte Einführung der elektronischen Kommunikation unter den an der Behandlung von Patienten Beteiligten vor. Dazu ist im Absatz 2 vermerkt, dass auch die Kassenärztlichen Vereinigungen den Übergang zur elektronischen Kommunikation finanziell unterstützen sollen.

Für die Anschubfinanzierung der elektronischen Kommunikation sind finanzielle Mittel in Höhe von 455.000,00 Euro eingestellt.

Alle Aufwandspositionen mit einem Gesamtvolumen von rund 1,3 Mio. EUR, die im Zusammenhang mit der Umsetzung des GMG eingestellt wurden, sind mit Beschlussfassung durch die Vertreterversammlung am 28.11.2003 mit einem qualifizierten Sperrvermerk versehen worden.

Der Haushaltsansatz 2004 weist einen Ertragsüberschuss aus der Gewinn- und Verlustrechnung in Höhe von 1,928 Mio. Euro aus.

1.2 Erläuterung der Ertragspositionen

	2003	2004
Erträge gesamt	20,355 Mio. Euro	22,768 Mio. Euro
darunter Kontengruppe:		
70 - Verwaltungskostenumlage	15,112 Mio. Euro	19,854 Mio. Euro
71 - Kostenbeiträge/Erstattungen von Vertragspartnern	0,523 Mio. Euro	0,692 Mio. Euro
73/74/76 - Gebühren/Grundstückserträge	0,246 Mio. Euro	0,219 Mio. Euro
75 - Kapitalerträge	4,098 Mio. Euro	1,554 Mio. Euro
77 - Sonstige Erträge	0,376 Mio. Euro	0,449 Mio. Euro
78 - Entnahmen aus Rücklagen	-	-

Die **Kontengruppe 70 - Verwaltungskostenumlage** - ist die wichtigste Ertragsposition mit einem Anteil von 87,21 Prozent an den Gesamterträgen des Haushaltsjahres 2004.

Der Berechnung der Verwaltungskostenumlage liegen für das Jahr 2004 ein mit rd. 590,0 Mio. Euro zu erwartendes Honorar sowie 47,3 Mio. Euro für Dialysesachkosten, welche auf der Basis der zum Zeitpunkt der Haushaltserstellung bekannten Voraussetzungen errechnet wurden, zugrunde.

Die Auswirkungen aus dem GKV-Modernisierungsgesetz ab dem 01.01.2004 auf die Gesamtvergütung wurden hinsichtlich der

- Anschubfinanzierung der integrierten Versorgung mit bis zu 1,0 % der Gesamtvergütung (§ 140 d Abs. 1 i.V.m. § 85 Abs.2)
- Regresse für richtgrößenübersteigende Verordnungen (§ 106 Abs. 5c)

berücksichtigt.

Für den Haushaltsvoranschlag 2004 ist die Höhe der Verwaltungskostenumlage für das IV. Quartal 2003 mit 2,50 % für Ärzte und Einrichtungen berechnet worden.

Ab dem I. Quartal 2004 werden die Verwaltungskosten in Höhe von 3,50 % erhoben.

Für alle manuell abrechnenden Ärzte/Einrichtungen wird zusätzlich zur Verwaltungskostenumlage eine Gebühr in Form der praxisindividuellen Umlage, die sich aus den fixen Kosten je Fall und den variablen Kosten je Anschlag für die Fehlerkorrektur im Rahmen der Belegung zusammensetzt, erhoben. Diese Gebühren werden praxisindividuell ermittelt und im Honorarbescheid gesondert ausgewiesen.

Das **Haushaltskonto 7100 - Kostenbeiträge/Erstattungen von Vertragspartnern** - weist ein Finanzvolumen in Höhe von 0,692 Mio. Euro aus.

Darunter ist als Erstattung der Aufwendungen für den Bereich der gemeinsamen Selbstverwaltung (Zulassungsausschuss, Landesausschuss, Berufungsausschuss, Prüfungs- und Beschwerdeausschuss) für das Jahr 2004 für Primär- und Ersatzkassen ein Gesamtbetrag in Höhe von 0,490 Mio. Euro eingestellt worden.

Gemäß GMG § 106 Abs. 4a SGB V sind die Kosten für Einrichtung/Erweiterung der Prüf- und Ermittlungsbehörde sowie der Geschäftsstelle durch die Kassenärztliche Vereinigung und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte zu tragen. Die Erträge hieraus werden mit 175,0 T€ eingeschätzt.

Die in der Position **7500 - Kapitalerträge** - veranschlagten Beträge sind abhängig von der Entwicklung des Geldmarktes.

2. Investitionshaushalt

Der Investitionshaushalt 2004 umfasst, wie bereits eingangs dargestellt, ein Ausgabevolumen in Höhe von insgesamt 1.188,8 TEuro.

Wesentlicher Bestandteil des Investitionshaushaltes 2004 ist die Erweiterung und Veränderung von System- und Anwendersoftware aufgrund gesetzlicher und vertraglicher Veränderungen sowie im Rahmen neuer Aufgaben. Die für die Programmierung in der KVBB vorhandenen Datenbankwerkzeuge und Softwaretools müssen ständig auf dem aktuellsten Stand gehalten oder erweitert werden.

Für den Erwerb von Software (Immaterielle Vermögensgegenstände) sind Mittel in Höhe von 795.000,00 Euro eingestellt. Darauf entfallen u.a. für:

- erforderliche Investitionsaufwand zur Umsetzung GMG mit 350.000,00 Euro, (Mit Beschlussfassung durch die Vertreterversammlung am 28.11.2003 ist diese Aufwandsposition mit einem qualifizierten Sperrvermerk versehen worden.);
- erforderliche Änderungen im Abrechnungs- und Informationssystem (KVAI) auf der Grundlage von vertraglichen Änderungen und Ausbau des Automatisierungsgrades im Regelwerk mit 250.000,00 Euro;
- Erweiterung der Belegung mit 30.000,00 Euro;
- weiterer Ausbau der Online-Kommunikation über das Projekt Datennerv mit 60.000,00 Euro;
- weitere Anpassung des DMS-Systems mit 40.000,00 Euro;
- aktuelle PC-Systemsoftware und Anwendersoftware mit 15.000,00 Euro.

Für die Betriebs- und Geschäftsausstattung sind insgesamt 393.800,00 Euro im Haushaltsansatz 2004 eingestellt.

Daraus entfallen 150.000,00 Euro für notwendige Kapazitätserweiterung der Abrechnungssysteme (begründet wird dies durch den ständig wachsenden Informationsbedarf und Datenlieferungszwang gemäß GMG).

Für die Anwendung des neuen Abrechnungssystems KVAI und der Realisierung einer Quartalsabrechnung im zur Verfügung stehenden Zeitrahmen sind die Systemressourcen entsprechend anzupassen. Geplant ist die Erhöhung der Verfügbarkeit des Abrechnungssystems. Dafür werden

- 45.000,00 Euro für zentralen Netzwerkserver;
- 33.000,00 Euro für notwendige Ersatzbeschaffung von PC ohne Monitor bereitgestellt.

Der Investitionshaushalt wird auch im Jahr 2004 vollständig aus Eigenmitteln finanziert.

Dr. Hans-J. Wilsky

Hauptgeschäftsführer

Haushaltsbeauftragter der KV Brandenburg

Wirtschaftsjahr 2002 abgeschlossen

Informationen über die Prüfung des Wirtschaftsjahres 2002 durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e. V. Münster

Der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg wurde, wie auch in den Vorjahren, durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e.V. Münster der uneingeschränkte Bestätigungsvermerk für das Jahr 2002 erteilt, wonach die Buchführung und der Jahresabschluss nach der pflichtgemäßen Prüfung den gesetzlichen Vorschriften und der Satzung entsprechen.

Die Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung gemäß § 75 Abs. 7 Satz 3 SGB V wurden beachtet.

Der Bericht über die Prüfung des Wirtschaftsjahres 2002 war Gegenstand einer gemeinsamen Beratung des Vorstandes der KV Brandenburg und des Haushaltsausschusses am 05. 11. 2003, an der auch der Geschäftsführer des Revisionsverbandes teilnahm.

Trotz einer sparsamen und wirtschaftlichen Haushaltsführung auf der Grundlage eines Haushaltsstabilisierungsprogrammes ist es nicht gelungen, die im Haushaltsansatz 2002 geplante Entnahme aus der Betriebsmittelrücklage in Höhe von 0,5 Mio. Euro nicht zu überschreiten. Zur Herstellung der Ausgeglichenheit des Haushaltes war eine Entnahme aus der Betriebsmittelrücklage in Höhe von 1,65 Mio. Euro notwendig.

Die Gesamtaufwendungen betragen im Geschäftsjahr 2002 19,9 Mio. Euro (Haushaltsansatz 19,8 Mio. Euro). Damit wurde der Haushaltsansatz in den Auf-

wandspositionen nur unwesentlich überschritten.

Diesen Aufwendungen stehen Erträge in Höhe von 18,25 Mio. Euro (Haushaltsansatz 19,3 Mio. Euro) gegenüber.

Ein wesentlichsten Gründe hierfür sind die Unterschreitungen der Ertragspositionen "Verwaltungskostenumlage" und "Kapitalerträge".

Bei den Verwaltungskosten beträgt die Unterschreitung 0,66 Mio. Euro.

So ergab sich aus der schnelleren Veränderung der prozentualen Anteile der per Diskette bzw. per Datennerv abrechnenden Ärzte eine Ertragsminderung bei der Verwaltungskostenumlage in Höhe von 0,38 Mio. Euro.

Ein weiterer Grund für die geringeren Verwaltungskosten ergibt sich auch aus der praxisindividuellen Umlage in Höhe von 0,21 Mio. Euro.

Bei den Kapitalerträgen ist aufgrund der sich weiter verschlechternden Anlagebedingungen am Kapitalmarkt eine Ertragsminderung in Höhe von 0,48 Mio. EUR entstanden.

Das geplante Volumen des Investitionshaushaltes wurde mit 0,35 Mio. Euro unterschritten.

Der Vorstand beschloss in seiner Sitzung am 25. 06. 2003, den größten Teil der nicht in Anspruch genommenen Mittel des Investitionshaushaltes des Jahres 2002 in das Haushaltsjahr 2003 zu

übertragen. Die Vertreterversammlung wurde darüber auf deren Sitzung am 12. 09. 2003 informiert.

Nach ausführlicher Erörterung der Prüfungsergebnisse beschloss der Vorstand, der Vertreterversammlung zu empfehlen, die Jahresrechnung 2002 zu genehmigen.

Der Haushaltsausschuss votierte einstimmig dafür, der Vertreterversammlung zu empfehlen, dem Vorstand und dem Hauptgeschäftsführer für das Wirtschaftsjahr 2002 Entlastung zu erteilen.

Im Ergebnis der Diskussion in der Vertreterversammlung am 28.11.2003 wurden folgende Beschlüsse gefasst:

- Genehmigung der Jahresrechnung für das Wirtschaftsjahr 2002
- Dem Vorstand und dem Hauptgeschäftsführer wird die Entlastung für das Wirtschaftsjahr 2002 erteilt.

Dr. Hans-J. Wilsky
Hauptgeschäftsführer,
Haushaltsbeauftragter der KVBB

Aktuell im Gespräch

Zusätzliche Aufgaben und wegbrechende Einnahmen belasten stark Haushalt 2004!

Aktuell im Gespräch mit
Dr. Hans-Jörg Wilsky,
Hauptgeschäftsführer der KV Brandenburg

Herr Dr. Wilsky, vor einem Jahr zur gleichen Zeit haben Sie in der Vertreterversammlung zum Haushalt 2003 davon gesprochen, dass dieser Haushalt einer der schwierigsten in unserer noch jungen KV-Geschichte sein wird.

Diese Einschätzung war, wie sich bei der Haushaltsdurchführung dann gezeigt hat, völlig richtig. Es hat sich

nämlich sehr bald herausgestellt, dass insbesondere die im Haushalt 2003 eingestellten Kapitalerträge trotz intensiver Bemühungen nicht in der geplanten Höhe realisiert werden konnten.

Woran lag es?

Vor allem haben sich die sich weiter verschlechternden Bedingungen am Kapitalmarkt negativ auf die Ertragssituation ausgewirkt. Dies hat dazu geführt, dass

der Vorstand der KV Brandenburg zur Jahresmitte darüber zu entscheiden hatte, im laufenden Haushaltsjahr 2003 die Verwaltungskostenumlage zu erhöhen oder durch die Erschließung anderer Refinanzierungsmöglichkeiten den Haushalt zu stabilisieren.

Welche waren das?

Zwei Anlageengagements mit der Deutschen Apotheker- und Ärztekbank aufzulösen und die hieraus entstehenden Erträge dem Verwaltungshaushalt zuzuführen. Mit dieser Entscheidung ist davon auszugehen, dass das Wirtschaftsjahr 2003 mit einem positiven Betriebsergebnis beendet werden kann, nachdem die vier vorangegangenen Jahre negative Jahresabschlüsse aufwiesen.

Negative Jahresabschlüsse - das heißt aber nicht unbedingt unwirtschaftlich ...

Stimmt. Ich möchte ausdrücklich noch einmal darauf hinweisen, dass diese Ergebnisse nicht durch ein vermeintlich unwirtschaftliches Verhalten der KV entstanden sind, sondern insbesondere Ergebnis der rückläufigen Ertragsentwicklung sind. Dies gilt nicht nur für die bereits an vorstehender Stelle beschriebene Entwicklung der Kapitalerträge, sondern auch für die Verwaltungskostenumlage.

So ist beginnend mit dem Quartal IV/1992 bis zum IV. Quartal 2002 die Verwaltungskostenumlage von 3,0 % auf 2,1 % bzw. 2,25 % gesenkt worden.

Das zeigt: Die KV Brandenburg hat vom Kern her kein Ausgabe-, sondern sie hat ein Einnahmeproblem.

Vor einer Stunde ist nun die diesjährige Haushaltsvertreterversammlung zu Ende gegangen. Und sie machte deutlich, dass 2004 voraussichtlich ein noch komplizierteres Jahr wird. Vor allem durch die Folgen des GKV-Modernisierungsgesetzes.

Dies kann man nur unterstreichen. Der Gesetzgeber hat die Kassenärztlichen Vereinigungen mit diesem GMG dazu verpflichtet, weitere Aufgabenbereiche zu übernehmen und diese aus den Haushaltsmitteln der KVen zu finanzieren. Lassen Sie mich nur einige Beispiele nennen: Die Einrichtung und Erweiterung von Prüf- und Ermittlungsbehörden, der Bereich der Qualitätssicherung einschließlich der vertragsärztlichen Fortbildung und die Anschubfinanzierung für die elektronische Kommunikation.

Weil sich mit diesen Aufwendungen natürlich in jedem Falle Investitionen verbinden, werden natürlich die entsprechenden Abschreibungen ebenfalls kostenwirksam.

Kann man in etwa beziffern, wie hoch der eingestellte finanzielle Aufwand für die Umsetzung des GMG in der KV Brandenburg ist?

Das eingestellte Gesamtfinanzvolumen beläuft sich hierfür auf rund 1,3 Mio. Euro. Allerdings - und darauf sei an dieser Stelle ausdrücklich verwiesen - sind alle Aufwandspositionen im Zusammenhang mit der Umsetzung des GMG im Haushalt 2004 mit der Beschlussfassung durch die Vertreterversammlung am 28. 11. 2003 mit einem Sperrvermerk versehen worden.

Was versteht man unter einem Sperrvermerk?

Der § 10 der Verordnung über das Haushaltswesen regelt, dass Ausgaben, die aus besonderen Gründen zunächst noch nicht geleistet oder zu deren Lasten noch keine Verpflichtungen eingegangen werden sollen, im Haushaltsplan mit einem Sperrvermerk zu versehen sind.

Im übrigen handelt es sich bei allen Sperrvermerken im Haushalt 2004 um sogenannte "qualifizierte Sperrvermerke", die dadurch charakterisiert sind, dass eine Inanspruchnahme der Mittel erst durch ein Votum des Ausschusses der Vertreterversammlung - und das ist in diesem Falle der Haushaltsausschuss - möglich ist.

Herr Dr. Wilsky, Sie haben jetzt ausführlich zu den Auswirkungen des GMG Stellung genommen. Welche weiteren Faktoren fanden bei der Erstellung des Haushaltsplanes Berücksichtigung?

Ganz wichtig für die KVBB ist zunächst die weitere Stabilisierung der betriebswirtschaftlichen Situation. Seit dem Jahr 1999 musste zur Sicherung eines ausgeglichenen Haushaltes auf die Betriebsmittelrücklage zurückgegriffen werden, mit der Folge, dass per 31. 12. 2002 nur noch eine Betriebsmittelrücklage in Höhe von etwa 4,3 % des Finanzvolumens des Haushaltes 2002 vorhanden war.

Müssen solche Rücklagen nicht eigentlich viel höher sein?

Nun, die Richtlinien für die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß

§ 75 Abs. 7 SGB V sehen eine angemessene Betriebsmittelrücklage zur Erhaltung der Liquidität vor. Diese sollte nach Empfehlung des Revisionsverbandes eine Höhe von etwa einem Viertel des Verwaltungshaushaltes betragen. Davon sind wir zur Zeit weit, sehr weit entfernt.

Im übrigen würde auch mit dem geplanten Ertragsüberschuss aus dem Haushalt 2004 - immerhin rund 1,9 Millionen Euro - nur eine Betriebsmittelrücklage resultieren, die sich etwa auf 50 % der empfohlenen Größe beläuft.

Zu allem Überfluss hat auch noch die KBV eine Erhöhung der Umlagen vorgesehen, die von den KVen zu entrichten sind ...

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, eine Umlage zur Finanzierung des Haushaltes der KBV zu leisten. Die Aufwendungen hierfür liegen im kommenden Jahr um knapp 8 % über dem Finanzvolumen des Jahres 2003.

Herr Dr. Wilsky, nun waren die Beratungen zum Haushalt 2004 in den Gremien bis hin zur Beschlussfassung in der Vertreterversammlung alles andere als einfach.

Sie haben völlig recht. Wir haben hart diskutiert, gestritten und letztlich einen Konsens vorgeschlagen, der sicherlich schmerzt und alles andere als populär ist: Die Erhöhung der Verwaltungskostenumlage auf 3,5 % ab dem I. Quartal 2004!

Ich meine aber mit meinen Ausführungen zu den grundsätzlichen Rahmenbedingungen, die der Erarbeitung des Haushaltes 2004 zugrunde lagen, deutlich gemacht zu haben, aufgrund wel-

cher Restriktionen und Sachzwänge dieser Haushalt zu erstellen war.

Das Thema sparen bestimmte maßgeblich die Diskussion der Vertreter.

Und das zu recht. Alle Aufwands- und Ertragspositionen werden auch im kommenden Jahr der ständigen Haushaltskontrolle unterliegen, wozu auch wiederum die Erarbeitung eines Haushaltsstabilisierungsprogrammes gehören wird.

Den größten Anteil am Verwaltungshaushalt hat der Personalaufwand. Sagen Sie uns bitte etwas zum erreichten Stand der Personalentwicklung und den hier vorgesehenen weiteren Perspektiven.

Zunächst möchte ich damit beginnen, dass die Umsetzung der Verwaltungsstrukturreform im Juli 2000 die entscheidende Grundlage dafür war, dass die Verwaltungsabläufe mit einer deutlich geringeren Mitarbeiterzahl realisiert werden können. Die Anzahl der Stellen reduzierte sich von 302 im Jahre 2000 auf 247 Stellen, die im Haushaltsansatz 2004 vorgesehen sind.

Da sich die Aufgaben der KV aber nicht verringert, sondern erhöht

haben, heißt das: Mit weniger Personal mehr Leistung!

Natürlich! Das haben wir aber nur mit der Strukturreform erreicht und es werden weitere Veränderungen zwingend notwendig sein.

Woran denken Sie?

Es wird eine organisatorische Neugliederung im Bereich der Serviceleistungen geben. Diese Überlegungen sind jedoch noch nicht abgeschlossen. Ich denke, in der Januar-Ausgabe von "KV-intern" werde ich Konkretes sagen können.

Lassen Sie mich aber die Gelegenheit nutzen, mich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der KVBB ganz herzlich für das Engagement in dem hinter uns liegenden Jahr 2003 zu bedanken. Und ich bin mir zugleich sehr sicher, dass diese Leistungsbereitschaft für die Belange der brandenburgischen Vertragsärzteschaft auch in der Zukunft ihre Fortsetzung finden wird.

Herr Dr. Wilsky, ich danke Ihnen für dieses Gespräch.

Gefragt und notiert von Ralf Herre

Patienten-Hotline

für Fragen "rund um die Zuzahlungen bei Arzneimitteln"

Das Bundesgesundheitsministerium hat für Fragen "rund um die Zuzahlungen" bei Arzneimitteln und Änderungen der Rezept- oder Apothekenpflicht bei Medikamenten eine Hotline geschaltet

Unter der Rufnummer **0800-1515159** werden alle diesbezüglichen Fragen in der Zeit von 08.00 bis 20.00 Uhr beantwortet.

Weisen Sie bitte Ihre Patienten auf diese Möglichkeit der Information hin.

"Praxisgebühr" xxx "Praxisgebühr" xxx "Praxisgebühr"

Antworten der Bundesregierung

Kleine Anfrage der Abgeordneten Birgit Homburger, Dr. Dieter Thomae u.a. und der Fraktion der FDP betreffend "Verunsicherung und bürokratischer Mehraufwand durch Praxisgebühren", die wir Ihnen im Folgenden in Auszügen wiedergeben.

Vorbemerkung der Fragesteller:

Ab 1. Januar 2004 müssen Versicherte je Kalenderjahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers in einem Quartal, die nicht auf Überweisung aus dem selben Kalendervierteljahr erfolgt, eine so genannte Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro bezahlen. So sieht es der durch Ziffer 15 des Gesundheitsmoder-

nisierungsgesetzes ergänzte § 28 Abs. 4 SGB V vor. Noch ist jedoch nicht geklärt, wann genau und wie im Einzelnen diese Gebühr erhoben werden soll. Auch die Modalitäten im Zusammenhang mit der Erhebung, wie die Frage, wer die hierfür entstehenden Kosten zu übernehmen hat, stehen zur Zeit nicht fest. Im Folgenden einige der Fragen und die entsprechenden Antworten:

Mit welchen zusätzlichen Einnahmen für die GKV durch die Praxisgebühren rechnet die Bundesregierung im Jahre 2004?

Die Praxisgebühren im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung sind Teil des ärztlichen Honorars. Sie führen daher nicht zu "zusätzlichen Einnahmen für die GKV", sondern Minderausgaben. Die

Kann ein Arzt einem Patienten die Behandlung verwehren, wenn dieser die Praxisgebühr nicht entrichten kann oder will?

Antwort der Bundesregierung:

Nach Auffassung der Bundesregierung und der Partner des Bundesmantelvertrages können Ärztinnen und Ärzte mit Ausnahme von Fällen akuter Behandlungsbedürftigkeit die Behandlung von Versicherten von der vorherigen Zahlung der Praxisgebühr abhängig machen.

Der Arzt darf die Behandlung verweigern, wenn der Versicherte die Praxisgebühr nicht entrichtet und es sich um keinen Fall akuter Behandlungsbedürftigkeit handelt. Sofern negative medizinische Konsequenzen nicht vorhersehbar waren, hat der Versicherte die Folgen zu tragen, die sich aus der Nichtzahlung der Praxisgebühr ergeben.

Bundesregierung geht davon aus, dass durch die im Rahmen des GKV-Moderisierungsgesetzes neu festgelegten Zuzahlungsregelungen, zu denen auch die Praxisgebühren im Bereich der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung gehören, die Gesetzliche Krankenversicherung ab 2004 jährliche Einsparungen in einer Größenordnung von ca. 3,2 Mrd. € erzielen wird.

Eine isolierte Berechnung der Einspar-effekte aus der Praxisgebühr ist nicht möglich, da die daraus entstehenden Bruttominderausgaben nur im Zusammenhang mit den übrigen Zuzahlungsregelungen unter Berücksichtigung der im Gesetz vorgesehenen Härtefallregelungen gesehen werden können.

Muss die Praxisgebühr auch in integrierten Versorgungseinrichtungen, in Krankenhausambulanzen und in Gesundheitszentren entrichtet werden?

Die Praxisgebühr muss nach § 28 Abs. 4 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers, die nicht auf Überweisung erfolgt, entrichtet werden.

Auch Krankenhausambulanzen, medizinische Versorgungszentren sowie ambulant ärztlich tätige Leistungserbringer, die im Rahmen der integrierten Versorgung an der Versorgung teilnehmen, fallen unter die genannte Definition. Versicherte haben demnach auch bei Inanspruchnahme eines der genannten Leistungserbringers die Praxisgebühr zu entrichten.

Wer trägt den mit der Praxisgebühr bürokratischen Verwaltungsmehraufwand? Ist eine Entschädigung durch die Krankenkassen vorgesehen?

Die Höhe eines Mehraufwandes für die Einziehung der Praxisgebühr lässt sich nicht beziffern. Im Regelfall dürfte der Verwaltungsmehraufwand jedoch nicht erheblich sein.

Der Arzt hat im Wesentlichen zu kontrollieren, ob in diesem Quartal bereits in seiner Praxis eine zuzahlungspflichtige Behandlung stattgefunden hat oder ob eine gültige Überweisung vorliegt. Dementsprechend zieht er die Praxisgebühr ein. Damit wird der Arzt nicht in unzumutbarer Weise belastet.

Das Nähere zum Einzugsverfahren regeln gemäß § 43 b Abs. 2 Satz 4 SGB V die Vertragspartner der Bundesmantelverträge (Kassenärztliche Bundesvereinigungen, Spitzenverbände der Krankenkassen). Die Vertragspartner haben in diesem Zusammenhang die Möglichkeit, das Verfahren so zu gestalten, dass der Aufwand für alle Beteiligten möglichst gering ist.

Eine Entschädigung durch die Krankenkassen ist im Gesetz nicht vorgesehen. Die Verhandlungen zu den Bundesmantelverträgen sind noch nicht abgeschlossen. Das weitere Verfahren bleibt abzuwarten.

Muss der Arzt die Praxisgebühr auch dann erheben, wenn er lediglich ein Wiederholungsrezept ausstellt, ohne weitere Leistungen zu erbringen?

Auch die Ausstellung eines Wiederholungsrezeptes ist eine "Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungser-

bringers" im Sinne § 28 Abs. 4 SGB V, die die Praxisgebühr auslöst.

Haftet der Arzt für den Verlust der Praxisgebühr auch bei Nichtverschulden (z. B. Diebstahl) oder geringer Fahrlässigkeit?

Nach § 43 b Abs. 2 Satz 1 SGB V verringert sich der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes um die einzubehaltende Praxisgebühr. Sie ist damit Teil des ärztlichen Honorars. Die Bundesregierung geht davon aus, das Ärztinnen und Ärzten mit ihrem Honorar mit der üblichen Sorgfalt umgehen.

Kann ein Patient die Rückzahlung der Praxisgebühr verlangen, wenn der Arzt ihm eine bestimmte gewünschte Behandlung verweigert?

Der Arzt ist grundsätzlich frei in der Wahl der Therapie. Dies gilt auch gegenüber Wünschen des Patienten. Der Versicherte kann daher die Praxisgebühr nicht zurückverlangen, wenn der Arzt aus medizinischen Gründen eine

bestimmte Behandlung, die der Versicherte wünscht, verweigert.

Wie beurteilt die Bundesregierung die Gefahr, dass Patienten, obwohl sie z. B. aufgrund einer chronischen Erkrankung genau wissen, dass sie einen bestimmten Facharzt aufsuchen müssen, erst einmal zu einem Hausarzt gehen, um das Entstehen weiterer Praxisgebühren zu umgehen? Wie hoch beziffert die Bundesregierung die hieraus entstehenden Zusatzkosten?

Die Bundesregierung sieht keine Gefahr darin, dass Patienten, die einen bestimmten Facharzt aufsuchen müssen, zunächst zu ihrem Hausarzt gehen. Sie geht auch nicht davon aus, dass die primäre Inanspruchnahme von Hausärzten Zusatzkosten verursacht. Vielmehr ist die immer wieder anzutreffende unkoordinierte mehrfache Erbringung von Leistungen unwirtschaftlich und belastet damit die Versicherten.

Information der Ärzte-Union Brandenburg

"Vielen Dank Herr Staatssekretär"

So könnte man ironisch ein Schreiben des Staatssekretärs im BMGS, Herrn Dr. Theo Schröder, kommentieren, wenn der Hintergrund nicht bitterer, bitterster Ernst wäre. Denn seine Äußerungen zur Praxisgebühr belegen wieder einmal, welchen Umgang ein Bundesministerium mit den niedergelassenen Ärzten pflegt.

Um es klar zu sagen: Wir haben die Praxisgebühr nicht gewollt! Viele von uns akzeptieren sie jedoch, weil wir auch als Ärzte eine Art "Selbstbeteiligung" der Patienten für richtig halten und gefordert haben.

Wenn allerdings die Politik schon nicht gewillt ist, das Kostenbewusstsein der Versicherten durch direkte Beteiligung an der ärztlichen Behandlung über den Weg der Kostenerstattung zu fördern und damit auch Transparenz zu schaffen, dann sollte sie ihren Wählern zumindest unmissverständlich sagen, dass es sich bei dieser Gebühr um einen Sanierungsbeitrag der GKV handelt und damit um eine reine KASSEN-GEBÜHR!

Wer soll eigentlich die Patienten steuern, wenn in politischen Äußerungen durch den Begriff der Praxisgebühr den Patienten schon suggeriert wird, dass es sich um Honorareinnahmen der Ärzte - insbesondere der Hausärzte, da diese ja verstärkt kassieren müssen - handelt und keine Rede von Verrechnung oder Honorarabzug ist.

Nimmt man den Herrn Staatssekretär beim Wort (er hatte die grenzenlose Güte, uns einen Brief zu schreiben ...), dann sind wir aber nicht nur der Geld-eintreiber der Krankenkassen. Nein! Wir haben auch "alle rechtlichen Möglichkeiten auszuschöpfen, die Praxisgebühr zu realisieren" und: "die Pflicht, rechtliche Zwangsmittel einzusetzen".

Gönnert man noch die Bemerkung im Schreiben: "Es steht ihnen frei, sich dabei Dritter zu bedienen". Waw! Na, dann man los, Herr Schröder. Ich denke jetzt mal ganz verquer und hätte gern Sie als "Dritten". Da Sie ja diese Regelung so wollten, werden Sie nun nicht mehr so teuer sein oder sogar Ihre Kosten selber tragen. Ebenso wie ich in meiner Praxis für die Quittung und den Arbeitsaufwand.

Das wäre nach meiner Lesart auch nur gerecht. Denn nach alter deutscher Weisheit sollte der die Suppe auslöffeln, der sie sich eingebrockt hat. Eine Chance hätten Sie, Herr Staatssekretär, jedoch; Zitat: "Für den Fall, dass die Rechtsmittel nachweisbar ausgeschöpft waren und die Beitreibung (ich kenne übrigens als Arzt nur Abreibungen) erfolglos verlief, können in den Gesamtverträgen Lösungen vorgesehen werden, ... in denen die Krankenkassen ... einen Teil der nicht eintreibbaren Vergütung zu übernehmen."

Heißt das: Wir Ärzte müssen als Kassierer und "Beitreiber" der Kassengebühr

Information der Ärzte-Union Brandenburg

demnächst die Amtsgerichte wegen gerichtlicher Mahnverfahren lahm legen? Vorher müssen wir jedoch noch quittieren, dürfen nach dem Gesetz keine Bearbeitungsgebühr einnehmen, und übernehmen das Risiko der Honorarminderung, wenn wir nicht "beitreiben" können, nachdem wir unsere Verwaltungskosten auf die 10 € bezahlt haben.

Und bitte nicht vergessen: Wir dürfen dann noch die Kosten für gerichtliche Mahnverfahren tragen, da wir ja wohl nachweisen müssen, dass wir die Rechtsmittel ausgeschöpft haben.

Schönen Dank, Herr Staatssekretär! Glückwunsch! Das dürfte dann eine Honorarminderung weit über 10 € sein!

PN

Augen auf, Leute! Schnäppchen sind angesagt. Und das ist nicht nur in der Vorweihnachtszeit interessant. Nein, auch noch im kommenden Jahr. Denn, die Kassen zeigen sich wieder einmal von ihrer kreativen Seite.

Bonus heißt das Zauberwort. Mal keine 10 Euro Kassengebühr wenn man DMP-eingeschriebener Diabetiker ist, mal einen

Beitragserlass, wenn ich den Hüftspeck kreisender Bewegungen unterziehe oder den schlappen Waden mittels Jogging, Walking, oder wie das alles heißt, zu Leibe rücke.

Das Volk kommt in Bewegung! Ha - und das ist auch gut so. Bekanntlich ist Bewegung alles! Und damit sich der gemeine GKV-Versicherte sozusagen wegen der passenden Ausrüstung für all seinen Bewegungsdrang keine Sorgen

zu machen braucht, gibt's gratis von der Kasse beispielsweise Turn- oder Lauf- oder Jogging-Schuhe. Hier sei vor allem dem Erfindergeist der DAK dank!

Deshalb: Hoch lebe der Herr Rebscher! Als er diesen seinen Cup jüngst in Berlin verkündete, wird es in den Konzernzentralen der übrigen rund 300 Krankenkassen einen Aufschrei gegeben haben ob dieses Erfindergeistes. Und so wird es wohl nicht mehr lange dauern, bis

der Bauchtanz wieder im beliebten Sonderangebot der Kassen feil geboten wird. Von wegen ade!

Also: Bewegen Sie sich, meint Ihr ...

... specht



Ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe im Krankenhaus

- Neuer Vertrag nach § 115 b Abs. 1 SGB V -

Mit Wirkung vom 01.01.2004 tritt der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geschlossene neue Vertrag zum ambulanten Operieren, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt Nr. 37 vom 12. September 2003, in Kraft.

Er ersetzt den seit dem 01.04.1993 bislang gültigen Vertrag zum ambulanten Operieren.

Der Vertrag dient der Schaffung einheitlicher Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und krankenhauseretzender Eingriffe einschließlich der notwendigen Anästhesien im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus sowie der Förderung deren Zusammenarbeit.

Der Vertrag beinhaltet einen überarbeiteten Katalog mit ca. 300 ambulant durchführbaren Leistungen, welche sich untergliedern in:

- In der Regel ambulant durchzuführende operative Eingriffe - diese sind im Katalog mit Sternchen gekennzeichnet. Sie werden entweder vom niedergelassenen Arzt in der Praxis, im ambulanten OP-Zentrum, in der Praxisklinik oder im Krankenhaus tätigen Arzt ambulant durchgeführt.

Werden in der Regel ambulant durchzuführende operative Eingriffe vom Kran-

kenhaus trotzdem stationär erbracht, müssen die in der Anlage 2 zum Vertrag geregelten allgemeinen Tatbestände oder morbiditäts-/diagnosebedingten allgemeinen Tatbestände bzw. Kriterien geltend gemacht werden.

- Ambulant durchführbare operative Eingriffe - diese sind im Katalog nicht mit Sternchen gekennzeichnet. Sie können von niedergelassenen Ärzten, im ambulanten OP-Zentrum, in der Praxisklinik und vom Krankenhaus ambulant oder auch stationär erbracht werden.

Die Vertragspartner haben eine gesonderte Vereinbarung mit Maßnahmen der Qualitätssicherung getroffen. Diese sind im Rahmen der Durchführung der Eingriffe zu beachten und unterscheiden sich von den bisher schon Üblichen in einigen Punkten.

Neben den üblichen Verfahren wie Beratungsgespräch und Begehung wird eine datengeschützte Qualitätssicherung eingeführt. Ausgehend von fachgebietsspezifischen Dokumentationsdatensätzen, werden diese unter Federführung der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung auf der Landesebene ausgewertet und dem Operateur zurückspeigelt.

Die Entwicklung dieser fachgebietsspezifischen Dokumentationsdatensätze, mit welcher eine Verpflichtung zur elektronischen Datenübermittlung einhergeht, findet derzeit statt.

Der bislang gültige Datenerhebungsbogen - Basisdokumentation zur Qualitätssicherung ambulantes Operieren - sowie dessen Vergütung in Form der Pauschalersatzung nach Gebührennummer 7125 EBM entfällt somit zum 01.01.2004.

Ärzte, die in der vertragsärztlichen Versorgung Eingriffe gemäß Vertrag nach § 115 b SGB V erbringen wollen, haben eine Erklärung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abzugeben, dass sie die Anforderungen der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 15 des Vertrages - wie fachliche Befähigung, organisatorische, bauliche, apparativ-technische und hygienische Anforderungen - erfüllen.

Ärzte, die bereits vor In-Kraft-Treten dieser Vereinbarung eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von ambulanten Operationen durch die KVBB erhalten haben, behalten diese Genehmigung, wenn sie bis spätestens 6 Monate nach Inkrafttreten dieser Vereinbarung nachgewiesen haben, dass sie die Anforderungen nach dieser Vereinbarung erfüllen.

Allen Vertragsärzten, die bislang im Besitz einer entsprechenden Genehmigung der KVBB sind, wird demnächst ein entsprechendes Antragsformular zugehen.

Ansprechpartner:
Geschäftsstelle Qualitätssicherung

Anpassungen und Ergänzungen der Bundesmantelverträge

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben folgende Änderungsvereinbarungen zu den jeweiligen Bundesmantelverträgen vereinbart, die bereits am 1. Januar 2004 in Kraft treten.

In einem Schreiben weist die KBV darauf hin, dass die Bundesverbände der Krankenkassen sich mit dem Inhalt der Änderungsvereinbarungen vorbehaltlich der Zustimmung ihrer Gremien - von der jedoch auszugehen ist - einverstanden erklärt haben.

Die vorgesehenen Regelungen zu § 45 Absatz 2 und 3 BMV-PK bzw. § 34 Absatz 6 und 7 BMV-EK ("faktische Gemeinschaftspraxis") sind wegen noch

zu lösender Umsetzungsprobleme vorerst nicht aufgenommen worden. Auf folgende Ergänzungen und Änderungen ist besonders hinzuweisen:

- Neugliederung der Arztgruppen, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können (§ 13 Abs. 4 BMV Primärklassen; § 7 Abs. 4 BMV Ersatzkassen)

- Regelungen zur Datenübernahme in ein Praxisverwaltungssystem (§ 19 Abs. 5 BMV Primärklassen; § 23 Abs. 4 BMV Ersatzkassen)

- Definition des Krankheitsfalls (§ 21 Abs. 1 BMV Primärklassen; § 25 Abs. 1 BMV Ersatzkassen)

Verträge

- Regelung zur Konkretisierung des Ausnahmecharakters der Überweisung innerhalb derselben Arztgruppe (§ 24 Abs. 4 BMV Primärkassen; § 27 Abs. 4 BMV Ersatzkassen)

- Ergänzung aufgrund der Rechtsprechung des BSG (§ 46 BMV Primärkassen; § 42 BMV Ersatzkassen).

Die Veröffentlichung der oben genannten Vertragsänderungen, die sich im Ratifizierungsverfahren befinden, erfolgte im Heft **Nr. 48 des Deutschen Ärzteblattes** vom 28.11.2003.

Ergänzung zur Rahmenvereinbarung

über die Durchführung rheumatologischer Sprechstunden in Konsultationsstützpunkten mit der AOK

In "KV-intern" 11/2003 haben wir über den Abschluss der Rahmenvereinbarung über die Durchführung rheumatologischer Sprechstunden in Konsultationsstützpunkten mit der AOK berichtet.

Hierzu können wir Ihnen ergänzend mitteilen, dass die durch das Johanniter-Krankenhaus im Fläming - Rheumazentrum des Landes Brandenburg

durchgeführten Sprechstunden zusätzlich in den Räumen von Frau *Dr. med. Cornelia Schulz*, Strausberg,

Tel. 03341 / 311985

möglich sind.

Ansprechpartner:

Fachbereich Verträge

Geschäftsbereich Mitgliederservice

Patientenhandbuch Multiples Myelom

Durch die Selbsthilfegruppe Plasmozytom/Myelom Berlin-Brandenburg wurde eine Patientenbroschüre erarbeitet. Titel:

Patientenhandbuch Multiples Myelom, Teil A: Diagnostik (wichtige Laborwerte für Patienten/innen die an Plasmozytom/Multiples Myelom erkrankt sind).

Das Handbuch umfasst 66 Seiten. Die Autoren sind Dr. Janiszewski unter Mitarbeit von Prof. Dr. Goldschmidt (Heidelberg), Dr. med. Mumm (Freiburg), Dr. med. Schock (Marburg), Dr. med. Schuler (Berlin) und Dr. med. Schulze (Berlin).

Einzelexemplare sind schriftlich gegen eine Schutzgebühr von 10 Euro über folgende Adresse zu bestellen:

Dr. Gerhard Janiszewski, Raoul-Wallenberg-Strasse 6, 12679 Berlin

Janet Fischer, KOSA

Kleiner Monatsbeitrag für mehr Pflege im Alter

Bei über 80-Jährigen liegt der Anteil der Pflegebedürftigen bei 32 Prozent

Nach jüngster Prognose des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung in Rostock werden die Frauen, die 2030 in Rente gehen, im Durchschnitt 90 Jahre, die Männer 86 alt. Laut Statistik wird ein großer Teil von ihnen auf Pflege angewiesen sein. Denn bei den über 80-Jährigen liegt gegenwärtig schon der Anteil der Pflegebedürftigen bei 32 Prozent.

Es macht also durchaus Sinn, das Risiko pflegebedürftig zu werden, in der persönlichen Lebensplanung zu bedenken. Denn die gesetzliche vorgeschriebene Pflegeversicherung (soziale Pflegeversicherung bei der gesetzlichen Krankenversicherung oder private Pflegepflichtversicherung bei einem Versicherungsunternehmen) ist lediglich eine Basisabsicherung. Das Leistungsspektrum umfasst nur eine Grundversorgung, sehr häufig anfallender Mehrbedarf ist nicht abgedeckt.

Zusätzliche, private Pflegeversicherungen helfen, die benötigte Pflege und Betreuung im Alter zu bezahlen. Diese Versicherungen können von jedem Bürger, egal ob er gesetzlich oder privat krankenversichert ist, abgeschlossen werden. Die flexibelste Form der Absicherung sind Pflege-Tagegeldversicherungen, die im Pflegefall pro Tag eine bestimmte Summe auszahlen. Damit kann man sich Betreuungs- oder Hilfeleistungen - je nach Wunsch - dazu kaufen.

Das Geld wird ausgezahlt, wenn eine Pflegestufe ärztlich bescheinigt wird. "Maximal werden bei der **Allianz Privaten Krankenversicherungs-AG (APKV)** in der Pflegestufe I 25 Prozent, in der

Stufe II 50 Prozent und in der Stufe III 100 Prozent des vereinbarten Tagegeldes gezahlt", sagt APKV-Sprecherin Susanne Kern.

Ein 45-jähriger Mann zahlt laut Kern bei der Allianz für ein zusätzliches monatliches Pflegegeld von 1.500 Euro einen Beitrag von 20,40 Euro pro Monat. Eine gleichaltrige Frau zahlt dafür 33,75 Euro monatlich. Wer in jüngeren Jahren mit der Einzahlung beginnt, kommt günstiger. Ein 25-jähriger Mann müsste für die 1.500 Euro monatliches Pflegegeld nur 6,40 Euro pro Monat ausgeben.

Das privat versicherte Pflege-Tagegeld gibt es zusätzlich zur Leistung aus gesetzlicher oder privater Pflegeversicherung (Basisabsicherung).

Übrigens: Der Gesetzgeber will, dass die Bundesbürger vorsorgen. Entsprechend fördert er Aufwendungen für Versicherungsverträge, insbesondere auch den Abschluss einer Pflegezusatzversicherung. Beiträge hierfür sind im Rahmen der Sonderausgaben nach § 10 Einkommensteuergesetz abzugsfähig. Für alle nach dem 31. Dezember 1957 geborenen Versicherten ist übrigens ein zusätzlicher Freibetrag von 184 Euro (Ledige), 368 Euro (Verheiratete) für die Prämien einer privaten Pflegezusatzversicherung vorgesehen.

Detaillierte Informationen zur gesetzlichen, privaten und zusätzlichen Pflegeversicherung gibt es zum Beispiel in der Broschüre "Pflege", herausgegeben von der APKV, kostenlos zu bestellen unter 030/850 83-201 bzw. per e-mail unter: karl-heinz.taubitz@allianz.de

Abschlagszahlungen ab Januar 2004

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor,

das vom Bundesrat am 17. Oktober 2003 beschlossene GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) beinhaltet u.a., dass nach § 61 Satz 2 i.V.m. § 28 Abs. 4 SGB V die niedergelassenen Ärzte, Zahnärzte und psychologischen Psychotherapeuten ab dem 01. 01. 2004 für die Krankenkassen gegenüber den Patienten eine "Kassengebühr" in Höhe von 10,00 Euro im Quartal zu exekutieren haben.

Über die "Gangbarmachung" dieses Verfahrens wird das Bundesschiedsamt am 08. Dezember 2003 entscheiden.

Selbstverständlich werden wir Sie auch hierüber umgehend informieren.

Ich möchte an dieser Stelle auf zwei Probleme hinweisen, die sich in jedem Falle mit der "Kassengebühr" verbinden:

1. Die "Kassengebühr" ist in Summe Bestandteil der Gesamtvergütung, welche die Krankenkassen an die KVen zu leisten haben. Das heißt, dass die für 2004 zu vereinbarenden Gesamtvergütungen auf der Grundlage von Kopfpauschalen um die Summe der "Kassengebühr" verringert werden.

Grundlage für die Berechnungen der monatlichen Abschlagszahlung ist der durchschnittliche Honoraranspruch des Arztes aus den letztverfügbaren vier Abrechnungsquartalen.

Mit der Exekution der "Kassengebühr" entsteht quasi ein "vorgezogener Honoraranspruch" des Arztes, der allerdings mit der Quartalsabrechnung wiederum verrechnet wird.

Fazit: Die bestehende Systematik der Berechnung der Abschlagszahlungen in Verbindung mit der "Kassengebühr" kann dazu führen, dass die ausgereichten Abschläge im Verhältnis zum Vergütungsanspruch des einzelnen Arztes ab dem I. Quartal 2004 zu Überzahlungen führen, die von der KVBB dann wieder zurückgefordert werden müssen.

Um dies zu vermeiden, bitte ich Sie, ab Januar 2004 in Ihrer Praxis zu überprüfen, ob das Risiko der Überzahlung besteht.

Für diesen Fall können Sie sich an die Mitarbeiterinnen im Bereich Arztkontokorrent wenden, um eine Anpassung der Abschlagszahlungen an die tatsächlichen Bedingungen vorzunehmen.

Hierfür stehen Ihnen Frau Ewert und Frau Drößler unter den Rufnummern 0331/2309-410 und -411 (Fax-Nr. -219) gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Wilsky
Hauptgeschäftsführer

Termine für die Quartalsabrechnung 4/2003

02.01.2004	Freitag	7.00 bis 18.00 Uhr
05.01.2004	Montag	7.00 bis 18.00 Uhr
06.01.2004	Dienstag	7.00 bis 18.00 Uhr
07.01.2004	Mittwoch	7.00 bis 20.00 Uhr
08.01.2004	Donnerstag	7.00 bis 18.00 Uhr

An diesen Tagen sowie bereits am 30.12.03 ist folgende telefonische Hotline von 8.00 bis 18.00 Uhr geschaltet:

01803/230900 (Ortstarif)

Die Annahme der Arztabrechnung erfolgt im Potsdam-Center, sowie in den Servicestellen Cottbus und Frankfurt(Oder).

Ansprechpartner:	Servicestelle Potsdam,	0331/2309 270
	Servicestelle Cottbus,	0355/496 210
	Servicestelle Frankfurt,	0335/68475 40

NEU! Formular-Ausgabe und -Versand

Im Rahmen der Organisationsänderung ab 01.01.2004 ist vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg die Entscheidung getroffen worden, zukünftig die Formularausgabe und den Formularversand zentral vom Standort Potsdam zu realisieren.

Die Umsetzung dieser Maßnahme ist wie folgt vorgesehen:

1. In der Servicestelle Cottbus sind ab sofort keine Formulare mehr erhältlich.
2. In der Servicestelle Frankfurt (Oder) werden nur noch in der Annahmewoche im Januar 2004 Restbestände ausgegeben.

In der Landesgeschäftsstelle in Potsdam (Bahnhofspassagen) erhalten Sie die Formulare zu den o. g. Zeiten. Außerdem haben Sie die Möglichkeit, sich Ihre Formulare schicken zu lassen.

Ihre Bestellung können Sie mittels Bestellformular in den Servicestellen abgeben, online senden oder per Fax aufgeben an: 0331-2309384.

Achtung !

Wir bitten Sie, unbedingt darauf zu achten, dass auf dem Bestellformular der Praxisstempel, insbesondere die Vertragsarzt-Nummer deutlich lesbar sind!

Ohne Qualitätsmanagement kann eine Praxis nicht funktionieren!

Der Gesetzgeber hat mit dem GMG die Praxen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten zur Einführung eines internen Qualitätsmanagement (QM) gezwungen. *)

Erfreulicherweise wurde (noch) auf die Verpflichtung zum Erwerb eines Zertifikates verzichtet.

Inhaltlich ist die Gesetzesvorgabe völlig überflüssig. Die Einführung eines internen QM muss man nicht gesetzlich regeln. Dort, wo eine Einführung noch aussteht, wird sie selbstbedingend erfolgen.

Praxen, welche kein internes QM betreiben, werden in Zukunft immer schlechter und unwirtschaftlicher funktionieren. Es ist eine zwingende Notwendigkeit, QM in den Praxen zu etablieren!

Dass dies nicht bedeutet, in 2 Jahren eine DIN EN ISO Zertifizierung vorlegen zu müssen, versuche ich im Folgenden zu erläutern.

Etwas unwissenschaftlich formuliert bedeutet Qualitätsmanagement eine Gestaltung der Arbeitsabläufe, welche bei optimaler Nutzung der vorhandenen Ressourcen zu einem reproduzierbaren, guten Ergebnis führt. In Ausschnitten wird in jeder Praxis dieser Ansatz ganz selbstverständlich angewandt.

Kein Hausarzt bietet Montag vormittags nur 1 h Sprechzeit an und reserviert sich den restlichen Vormittag für das Aufarbeiten der Post und Beantworten der Krankenkassenauskunftsbegehren, denn

üblicherweise herrscht Montag Vormittag Rush-Hour in den Hausarztpraxen.

Kein operativ tätiger Kollege wird einen septischen Eingriff zwischen zwei Metallentfernungen nach osteosynthetisch versorgten Frakturen schieben. Die Liste der Beispiele ist beliebig zu verlängern.

Häufig beschränkt sich dieses sehr konsequente und zielstrebige Vorgehen aber nur auf wenige Arbeitsbereiche. Der Zwang, diese Denkansätze auf alle Bereiche der Praxis anzuwenden wächst stetig.

In einer überschaubaren Welt mit klaren, dauerhaften Rahmenbedingungen und ohne wirtschaftlichen Druck genügt es, besonders sensible Arbeitsbereiche mit stringenten Regelungen zu belegen. Unsere Welt ist aber nicht mehr überschaubar, und von klaren oder gar dauerhaften Rahmenbedingungen kann überhaupt nicht mehr die Rede sein.

Die Medizin verzeichnet einen immensen Wissenszuwachs. Heute kann kein Facharzt 5 Jahre nach erfolgter Prüfung noch von sich behaupten er hätte einen Überblick in seinem Fachgebiet. Generalisten wie die alten Hausärzte und Geburtshelfer gibt es heute nicht mehr, es kann sie gar nicht mehr geben.

Zu der Fülle an ständig neuen medizinischen Erkenntnissen kommen die chaotischen politischen Vorgaben hinzu, deren Halbwertszeiten sich rasant verkürzen.

Bei all den bereits genannten Schwierig-

keiten ist ein Aspekt noch nicht berücksichtigt: Niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten sind Kleinunternehmer und damit betriebswirtschaftlichen Denksätzen verpflichtet, wenn sie Ihre Praxen dauerhaft betreiben wollen.

An dieser Stelle belegt sich die in der Überschrift provokativ geäußerte These.

QM ist eine Chance und keine Strafe des Gesetzgebers.

Wenn in Zukunft Ärzte und Psychotherapeuten im ambulanten Bereich wirtschaftlich erfolgreich arbeiten wollen, dabei den Anspruch qualitativ hochwertig zu arbeiten nicht aufgeben wollen, wird es notwendig sein, sich nicht nur instinktiv, sondern ganz bewusst in die

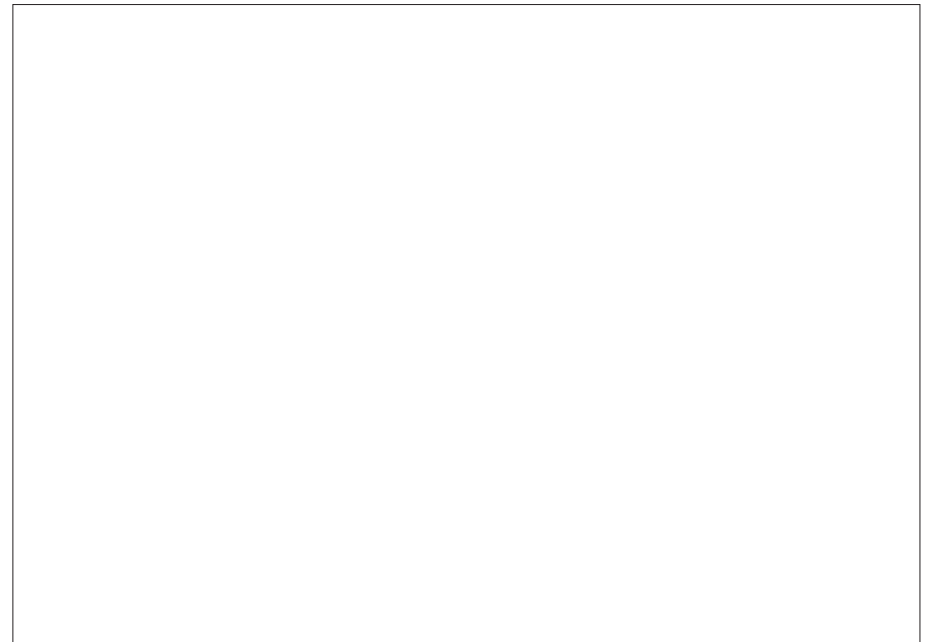
Gedankenwelt des QM zu begeben und jeden Arbeitsbereich unter diesen Gesichtspunkten zu betrachten.

Dies bedeutet einen immer wiederkehrenden Kreislauf von Zielsetzung, Planung der dafür notwendigen Arbeitsprozesse, Analyse der Fehler und Schwachstellen und nachfolgenden Verbesserungen.

Die Einführung von QM ist nichts anderes, als konsequent und in klarer Gliederung das eigene Tun (die Prozessabläufe) zu reflektieren und nach Fehlern und deren Beseitigungsmöglichkeiten zu suchen.

Wird hierzu ein zertifizierbares QM-System benutzt, besteht die Möglichkeit,

ANZEIGE



sich im Laufe der Zeit dessen erfolgreiche Anwendung durch ein Zertifikat bestätigen zu lassen. Bisher besteht hierzu aber noch keine Verpflichtung.

Das Werkzeug QM wird in den nächsten Jahren unverzichtbarer Bestandteil des Instrumentariums einer Praxisführung werden, wenn diese sich in der sturmgeplagten Landschaft des deutschen Gesundheitswesens behaupten will.

Die Notwendigkeit zur Benutzung dieses

Werkzeuges besteht unabhängig von der ab 1.1.2004 geltenden gesetzlichen Regelung.

*)

§ 135a (2) SGB V (in der ab dem 01.01.2004 geltenden Fassung):

“Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, ... sind ... verpflichtet, ... einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln.”

Unterstützung der KVBB bei Einführung eines internen Qualitätsmanagement

Die Verpflichtung zur Einführung eines internen Qualitätsmanagements (QM) in jeder Praxis ruft seit Monaten eine zunehmende Anzahl von Anbietern auf den Markt, welche mit Angeboten unterschiedlicher Seriosität aufwarten. Diese reichen von teuren Einführungsseminaren bis zur Offerte einer DIN EN ISO Zertifizierung in 6 Wochen.

Unter dem Dach der KBV wurde ein Qualitätsmanagementsystem für die ambulante Medizin entwickelt, welches Anfang 2004 in die Pilotphase gehen wird und im Laufe des Jahres zur Verfügung stehen wird. Die KVBB, die intensiv an der Entwicklung mitgearbeitet hat, wird die Einführung dieses Systems unterstützen und für eine kostenbewussteste Umsetzung Sorge tragen.

Da im Laufe der ersten Monate des Jahres 2004 zu erwarten ist, dass die

gesetzlichen Vorgaben bezüglich ihrer Umsetzung präzisiert werden, werden wir im 2. Quartal 2004 dezentrale Informationsveranstaltungen zum Thema Qualitätsmanagement durchführen.

Die Termine werden im Januar oder Februar in "KV-intern" veröffentlicht.

Lassen Sie sich deshalb nicht zu übereilten Verträgen mit Anbietern von QM drängen! Prüfen Sie Angebote in Ruhe und bedenken Sie, dass zum einen der Begriff Qualitätsmanagement kein geschützter Begriff ist und die genauen Bestimmungen, ab wann der Gesetzgeber die Einführung eines internen QM für gegeben hält, noch nicht vorliegen.

Jürgen Staub-Lambrecht
Beratender Arzt der KVBB

Erläuterungen zum Notfalldienst

Noch immer erreichen uns zahlreiche Anfragen zum Thema Notfalldienst. Unklarheiten gibt es bei der Frage: "Welche Wegepauschale setze ich denn nun an?"

Mit "KV-Intern" 9/03 erhielten Sie einen Beileger zu den Veränderungen im Notfalldienst. Auf Seite 3 dieses Beilegers wurden drei Abrechnungsbeispiele abgebildet.

An dieser Stelle möchten wir Ihnen anhand eines Notfallscheines ein mögliches Beispiel darstellen, welches Ihnen die Arbeit erleichtern soll: Es handelt sich dabei um einen fremden Patienten, der Sie ("Landarzt") an einem Sonntag um 14.00 Uhr anfordert. Der Patient wohnt in 23 km Entfernung (Luftlinie).

Bitte Wegepauschalen beachten! Es kommen sowohl EBM-Gebührennummer (7236 mit Kennzeichnung "E" für "Landarzt") als auch die Symbolnummer (7239M).

Bitten beachten Sie weiterhin:

Auch für eigene Patienten muss im Notfalldienst ein Notfallschein (Muster 19) ausgestellt werden.

Die zusätzliche Kennzeichnung 9015N entfällt ab Januar 2004.

Ihre Notfallscheine reichen Sie bitte, wie bisher, mit Ihrer Quartalsabrechnung ein. Lediglich bei

Behandlungsschein

den Teilnahmeerklärungen zum Notfalldienst kann eine Abgabe monatlich erfolgen. Leistet ein Arzt Dienst in verschiedenen Notfalldienstbezirken, muss für jeden Notfalldienstbezirk eine extra Teilnahmeerklärung ausgefüllt werden.

Bei Gemeinschaftspraxen muss jeder einzelne Arzt eine Teilnahmeerklärung abgeben, aus der hervorgeht, welcher Arzt Dienst geleistet hat.

Tragen Sie bitte in die Teilnahmeerklärungen Ihre Dienstzeiten nach folgendem Muster ein:

Tabelle

Ansprechpartner:
Ihre Servicestellen,

Fachbereich Abrechnung

Blankoformularbedruckung im Bereich der KV Brandenburg

Die Blankoformularbedruckung (BFB) ist in der "Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung" geregelt. Die Blankoformularbedruckung ist bundesweit seit 01.01.2003 möglich.

Auszug: "Das Blankoformularbedruckungs-Verfahren ist den Ärzten freigestellt."

Der Arzt entscheidet damit individuell, ob Formulare unter Verwendung eines geeigneten Laserdruckers (Non-Impact-Drucker) auf Blankoformularpapier erstellt oder konventionelle Formulare per Nadeldrucker bedruckt werden."

Voraussetzung für die Anwendung ist eine Zertifizierung der eingesetzten Praxissoftware für die BFB. Diese Zertifizierung gilt nur für bestimmte Vordruck-Muster auf entsprechend bestätigten Laserdruckern. Sofern die Zertifizierung also nicht alle Formulare beinhaltet, die Sie für Ihre Arbeit benötigen, müssen alle übrigen Formulare weiterhin mit Nadeldruckern ausgefüllt werden, d.h. man hat ggf. zwei Drucker an jedem Arbeitsplatz.

Der Einsatz der BFB ist genehmigungspflichtig, d.h. es ist ein Antrag bei der KV zu stellen. Das entsprechende Formular erhalten Sie zusammen mit einigen Seiten des Spezialpapiers von der KVBB. Im Rahmen des Genehmigungsverfahrens sind u.a. alle Formulare, die Sie mit der BFB erstellen wollen, an die KVBB als Musterdruck einzureichen.

Bei Neuanschaffung oder Austausch von

Praxissoftware und/oder Druckertyp ist eine neue Genehmigung erforderlich.

Die Bedruckung darf nur auf das dafür vorgesehene Spezialpapier (mit Sicherheitsmerkmalen) durchgeführt werden. Wie alle anderen Formulare wird es durch die KV Brandenburg an die Arztpraxen kostenfrei ausgegeben.

Wichtig: Das Arzneiverordnungsblatt (Rezept) ist auch bei BFB auf dem Originalformular zu drucken!

Wir empfehlen Ihnen, sich vor einer Umrüstung einzelner Arbeitsstationen bei Ihrem Softwarehaus zu informieren, da die Praxissoftware-Anbieter unterschiedliche Verfahren für diese Umstellung auf die Blankoformularbedruckung haben.

Nicht unbeachtet sollten die Vor- und Nachteile der jeweiligen Druckertechnik bleiben. So ist ein Laserdrucker sicher teurer als ein Nadeldrucker, dafür aber wesentlich leiser. Eine Tonerkassette für den Laserdrucker liegt im Preis deutlich über dem eines Farbbandes. Zudem ergibt sich durch die größere Menge der zu druckenden Formulare auf dem Spezialpapier ein relativ hoher Tonerverbrauch, was wiederum einen häufigen Austausch notwendig macht. Dafür ist das Druckbild des Laserdruckers offensichtlich besser als das eines Nadeldruckers.

Weitere Informationen können Sie sich abrufen über: www.kbv.de

Ansprechpartner:

Herr Adler, 0331/2309-460

Herr Krüger, 0331/2309-337

Bitte unbedingt beachten: Neue Vierteljahreserklärung zur Quartalsabrechnung!

Beginnend mit der Abgabe der Quartalsabrechnung IV/03 im Januar 2004 ist das neue Formular der Vierteljahreserklärung zur Quartalsabrechnung zu verwenden. Es wird bereits seit Oktober 2003 durch die Formulareausgabestellen ausgegeben.

Ein Exemplar liegt dieser Ausgabe von "KV-intern" bei. Neue Formulare können über die Formulareausgabestellen bezogen werden.

Alte Formulare können nicht mehr aufgebraucht werden.

Neu aufgenommen wurden in die Vierteljahreserklärung die Angaben zur Verwendung eines mobilen Lesegerätes. Ab dem 01.10.2003 ist nur noch die Verwendung solcher mobiler Lesegeräte

zulässig, welche die Bedingungen des BMV-Ä § 19 (6) bzw. EKV § 23 (5) i.d.F. vom 01.01.2003 erfüllen und eine entsprechende **Zertifizierungsnummer** tragen.

Diese **Zertifizierungsnummer** ist den Lieferpapieren zu entnehmen oder beim Gerätehersteller, ggf. Ihrem Softwarebetreuer, zu erfragen. Sie ist auf der Vierteljahreserklärung anzugeben.

Sollten sich Schwierigkeiten bei der Ermittlung der Zertifikationsnummer ergeben, fügen Sie der Vierteljahreserklärung bitte ersatzweise eine Kopie des Lieferscheins oder der Rechnung für das mobile Lesegerät bei.

Ansprechpartner:

Fachbereich Abrechnung

Qualitätssicherung Arthroskopie

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg hat Richtlinien zur Qualitätssicherung arthroskopischer Leistungen im Einzelfall (gem. § 136 SGB V in Verbindung mit den Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV Abschnitt B Punkt 6) beschlossen.

Ziel dieser Stichprobenprüfung ist es, dem Behandler als auch dem Patienten ein größtmögliches Maß an Qualität transparent zu machen und damit die

Sicherheit bei der Einhaltung aktuell akzeptierter Behandlungsstandards zu schaffen.

Diese Qualitätssicherungs-Richtlinien traten zum 01. Sept. 2003 in Kraft und sind Inhalt der 33. Ergänzungslieferung zum Vertragsordner der KVBB.

Ansprechpartner:

Geschäftsstelle Qualitätssicherung
Frau Hinze, Tel.: 0331 / 2309-319

Auffälligkeiten im Zusammenhang mit der Krankenversichertenkarte

In der KVBB sind in der Vergangenheit mehrere Einzelfälle festgestellt worden, bei denen Abweichungen der auf der KVK enthaltenen Statusangaben zu den tatsächlichen Versicherungsverhältnissen vorlagen.

So wurde bei einer Auszubildenden festgestellt, dass diese die Behandlung mit einer KVK mit dem Status "F" (Familienversicherte) in Anspruch nahm.

Gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 1, § 10 Abs. 1 Nr. 2 SGB V wäre diese Auszubildende als Mitglied (Status "M") versicherungspflichtig, wenn sie zu ihrer Berufsausbildung gegen Arbeitsentgelt beschäftigt ist. Ein weiteres Beispiel würde vorliegen, wenn ein Rentner eine Versichertenkarte mit dem Status "M" (Mitglied) vorlegen würde.

Falls solche oder andere Auffälligkeiten in Ihrer Praxis bei der Vorlage der Kran-

kenversichertenkarten bekannt werden, teilen Sie uns diese bitte mit.

Hintergrund für diese Bitte ist, dass die Höhe der Gesamtvergütung von der Anzahl der gemeldeten Mitglieder einer Krankenkasse und der Höhe der entsprechenden Kopfpauschale ist.

Im Beispielfall eins erhalten wir als KV keine Kopfpauschale von der Kasse und behandeln die Patientin praktisch "umsonst", obwohl die Kasse Beiträge einnimmt!

Ansprechpartner:

Herr Melchert,
Tel.: 0331/2309-467
Fax: 0331/2309-381

Derartig Beispiele wären nicht zuletzt für die Argumentation gegenüber den Krankenkassen bei den Verhandlungen zur Gesamtvergütung nützlich.

Behandlungsmanagement-Vereinbarung mit IKK erweitert

In Umsetzung des Wohnortprinzips wurde mit der IKK Brandenburg und Berlin vereinbart, die Möglichkeit der Abrechnung der Behandlungsmanagement-Vereinbarung auf alle Versicherten von mehrbezirklichen Innungskrankenkassen mit Wohnort im Land Brandenburg zu erweitern.

In diesem Zusammenhang empfehlen wir nochmals, Ihre Verordnungen von stationärer Krankenhausbehandlung

unter Berücksichtigung der medizinischen Indikation hinsichtlich der Möglichkeit der ambulanten Behandlung einer Prüfung zu unterziehen und die durch die Vereinbarung gebotenen Möglichkeiten intensiv zu nutzen.

Die mit der IKK vereinbarten Änderungen sind unter Rubrik 4.5 Bestandteil der beiliegenden Ergänzungslieferung zum Vertragsordner der KVBB.

Zehn Jahre vehementes Engagement für Brandenburger Schmerzpatienten

Vor 10 Jahren fanden sich Ärztinnen und Ärzte im Interdisziplinären Arbeitskreis Brandenburger Schmerztherapeuten e. V. (IABS) zusammen, um sich über eine Form der Kooperation auf dem Gebiet der Schmerztherapie in ganz Brandenburg zu einigen. Damals ging es auch darum, die bereits im Land Brandenburg vorhandenen vielfältigen Erfahrungen zu integrieren und weiter zu vermitteln.

Wesentliche Ziele waren eine landesweite und einheitliche Schmerzdokumentation, ein Bekanntmachen der allgemeinen und speziellen Schmerztherapien, sowie nach einer möglichen finanziellen Absicherung des Mehraufwandes bei diesen oft sehr zeitaufwendigen Patienten zu suchen. Dabei geht es vor allem um die Versorgung von chronisch schmerzkranken Patienten und Tumorschmerzpatienten.

Die Positionen von den Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesärztekammer zur Schmerztherapie wechselten in den vergangenen Jahren mehrmals, aber inzwischen hat sich die Ansicht durchgesetzt, dass in Brandenburg die Schmerztherapie sinnvollerweise in Kooperation mit dem IABS möglich ist.

Gemeinsam mit der Landesärztekammer Brandenburg führten die Schmerztherapeuten bereits 1994 einen Grundlagenkurs zur Schmerztherapie durch. Dieser war bundesweit einer der ersten Kurse, die von einer Landesärztekam-

mer mit Schmerztherapeuten in diesem Ausmaß durchgeführt wurden. Dieses Fortbildungskurrikulum wird heute mit über 80 Stunden immer noch als Kurs "Spezielle Schmerztherapie" von der Landesärztekammer in Brandenburg angeboten. Weit über 200 Kolleginnen und Kollegen haben ihn inzwischen absolviert.

Durch eine kontinuierliche Arbeit konnte erreicht werden, dass Ende 2001 sich eine gemeinsame Kommission der Landesärztekammer Brandenburg und der KV Brandenburg zu gemeinsamen Fragen (z. B. schmerztherapeutische Weiterbildungsstätten, Anerkennungskriterien für eine Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie") etablierte. Dies ist bundesweit wohl einmalig.

Die 1994 bei der Kassenärztlichen Vereinigung gegründete Kommission Schmerztherapie überprüft jährlich die qualitativen Voraussetzungen der Ärztinnen und Ärzte für die Teilnahme an der Schmerztherapievereinbarung der Ersatzkassen mit der Kassenärztlichen Vereinigung.

Diese bundesweite Vereinbarung zur Schmerztherapie mit den Ersatzkassen ist übrigens - seit fast 10 Jahren - ein funktionierendes Beispiel für die immer wieder von Politik und Krankenkassen geforderte regelmäßige und überprüfbare Fortbildung von Ärzten mit klaren nachprüfbaren Qualitätsstandards in der Medizin. Eine Forderung, die auch immer wieder von den Primärkassen

gestellt wird. Ein entsprechender Vertragsabschluss wird hier allerdings in Brandenburg seit Jahren von den Primärkassen verweigert.

In den 10 Jahren seit Gründung des IABS haben die Brandenburger Schmerztherapeuten gemeinsam, dank einer soliden und fundamentierten Arbeit viel erreicht. So existiert mittlerweile in Brandenburg ein flächendeckendes Netz von schmerztherapeutischen Angeboten, das sich insbesondere in den in ganz Brandenburg organisierten

18 interdisziplinären Schmerzkonferenzen (1993 waren es gerade mal drei!) widerspiegelt.

Auch der Einsatz eines der modernsten EDV gestützten Schmerzverlaufdokumentationsprogramme spricht für das hohe Niveau einer landesweiten und koordinierten Zusammenarbeit von Schmerztherapeuten zum Wohl ihrer Patienten.

Dr. K. Gastmeier,
Präsident IABS

Unser Info-Tipp

Kostenerstattung - Was ist das, wie geht das?

Ab dem 1. Januar 2004 kann jeder gesetzlich Krankenversicherte anstelle der Sachleistung die Kostenerstattung wählen. Daraus ergeben sich neue Möglichkeiten für den niedergelassenen Arzt, aber auch für Patienten.

Damit Ärzte sich selbst und ihre Patienten frühzeitig informieren können, hat der NAV-Virchow-Bund ein Merkblatt entwickelt. Es enthält die rechtlichen Rahmenbedingungen und Regelungen

im Zusammenhang mit dem Wahlrecht auf Kostenerstattung,

Darüber hinaus werden mögliche Fragen beantwortet und sind Argumente enthalten, die für eine Kostenerstattung sprechen.

Eine entsprechende Erklärung zwischen Arzt und Patient ist dem Merkblatt ebenfalls beigelegt. Das Merkblatt zur Kostenerstattung ist kostenlos erhältlich bei:

NAV-Virchow-Bund, Abteilung Service,
Postfach 102661,50446 Köln,
Tel.: 0221/9730050, Fax: 0221/7391239

Neue Therapieempfehlung "Angst- und Zwangsstörungen"

Angsterkrankungen sind in der hausärztlichen Praxis häufig und neigen zu einem chronischen Verlauf. Für den Hausarzt ist es daher wichtig, entsprechend körperliche oder psychische Symptome als möglichen Ausdruck einer Angsterkrankung zu erkennen.

Die hier vorliegende aktualisierte Therapieempfehlung nach Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien gibt dazu Hinweise und versucht, insbesondere anhand ihrer Kategorisierung zur "Evidenz" aufzuzeigen, für welche Arzneistoffe die Wirksamkeit in der Therapie von Angststörungen durch klinische Studien hinreichend gesichert ist. Diese Empfehlungen repräsentieren den Konsens der jeweiligen Fachmitglieder, der allgemeinenmedizinischen Kommissionsmitglieder und des Vorstandes der Arzneimittelkommission.

Diese Empfehlung ist bei der Allgemeinen Verwaltung der KVBB, Bereich Formularwesen, Tel.: 0331-2309-401 zu bestellen.

Oseltamivir (Tamiflu) - kein Ersatz für Gripeschutzimpfung

Therapiehinweis in den Arzneimittel-Richtlinien

Seit Juni 2002 steht mit Oseltamivir der zweite Vertreter der Gruppe der Neuramidasehemmer zur Therapie der Influenza Typ A und Typ B zur Verfügung. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat vor kurzem klargestellt, dass Oseltamivir keinesfalls ein Ersatz für eine Gripeschutzimpfung ist.

Im März 2003 wurde die Anlage 4 der für den Vertragsarzt verbindlichen Arzneimittel-Richtlinien um einen Therapiehinweis zu Oseltamivir ergänzt (www.kbv.de/themen/799.htm). Wie bei den bereits veröffentlichten Therapiehinweisen zu anderen Wirkstoffen werden vom Bundesausschuss darin auch Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise abgegeben. Angesichts der im Gegensatz zu einer Impfung ggf. nicht unbeträchtlichen Kosten von Oseltamivir wollen wir diese Empfehlungen in Auszügen wiedergeben.

"Die Wirksamkeit von Oseltamivir ist bei einer Behandlung 40 Stunden nach Auftreten der ersten Symptome nicht belegt. Wegen der unspezifischen Symptomatik der Influenza ist es schwierig, sie von anderen respiratorischen Erkrankungen zu unterscheiden.

Aufgrund des klinischen Bildes wurde in den Studien die Diagnose in 60% bis 70% der Fälle korrekt gestellt. Dies ist ein Szenario, welches mit der Anwendung in der Routine nicht vergleichbar ist. So ist davon auszugehen, dass in der Routinepraxis die Diagnose weitaus

seltener sichergestellt wird. In den meisten Fällen ist die Influenza eine selbstlimitierende Erkrankung. Insofern sind unterstützende und symptomatische Therapien ausreichend.

Bis heute ist nicht belegt, dass Oseltamivir die Komplikationen der Influenza, bzw. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, mindern oder den Tod verhindern kann. Anders als die Impfung ist die Wirksamkeit von Oseltamivir in Hochrisikogruppen noch nicht ausreichend gesichert und auch ein Nutzen bei asthmatischen Kindern bisher nicht überzeugend gelungen.

Das Gleiche gilt für immunsupprimierte Patienten. Der Einsatz von Oseltamivir ersetzt nicht die Impfung und ist in der Regel nicht wirtschaftlich. Er ist lediglich angezeigt, wenn eine Impfung nicht möglich oder nicht effektiv ist."

Gerade jetzt sollte man sich deshalb wieder verstärkt um eine hohe Impfquote bei seinen Risikopatienten bemühen. Die neusten STIKO-Empfehlungen nennen besonders Patienten über 60 Jahre, Patienten mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge eines Grundleidens sowie Multiplikatoren wie Lehrer, Busfahrer und andere.

Marianna Kaiser/Birgit Henschel
Beratende Apothekerinnen
Tel.: 0331/2309-200; -210

Bitte beachten!!!**Bitte beachten!!!**

Gesetzliche Änderungen im Verordnungsbereich (Arzneimittel, Heilmittel, Hilfsmittel) ab dem Jahr 2004 für Patienten mit Krankenversichertenkarte (GKV-Versicherte, Sozialhilfeempfänger, Asylbewerber)

Arzneimittel (AM):

Grundsätzlicher Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger AM

1. Nicht apothekenpflichtige AM dürfen nach wie vor nicht verordnet werden (Ausnahme: im Sprechstundenbedarf)
2. Nicht verschreibungspflichtige AM dürfen bis zur Neufassung der Arzneimittel-Richtlinien mit Begründung verordnet werden, wenn der Arzt diese bei schwerwiegenden Erkrankungen einsetzt und diese für die Standardtherapie hält. Die Neufassung der Arzneimittel-Richtlinien ab 01.04.2004 enthält eine Liste der nicht verschreibungspflichtigen AM, die bei bestimmten Erkrankungen weiterhin zu Lasten der GKV verordnet werden können.
3. Nicht verschreibungspflichtige AM dürfen weiterhin bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und bei entwicklungsgestörten Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr verordnet werden.
4. Der grundsätzliche Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger AM betrifft auch Rezepturen, Phytopharmaka und voraussichtlich homöopathische Arznei-

mittel. Im Sprechstundenbedarf sind sie aber weiterhin verordnungsfähig.

5. Schon bisher durch die Arzneimittel-Richtlinien ausgeschlossene Lifestyle-Arzneimittel (z.B. Potenzmittel, Abmagerungsmittel) sind jetzt per Gesetz von der Verordnung ausgeschlossen. Neu ist der Ausschluss von Mitteln zur Verbesserung des Haarwuchses.

6. Die aut-idem-Regelung in der jetzigen Form entfällt - die obere Grenze des unteren Preisdrittels wird künftig zum Festbetrag. Der Arzt kann eine Substitution nur noch durch das Ankreuzen auf dem Rezept ausschließen.

Zuzahlung bei AM:

7. Verschreibungspflichtige AM, die bisher mehr als 28,51 Euro kosten, werden billiger, unterhalb dieser Grenze werden sie teurer. Da praktisch kein verschreibungspflichtiges AM weniger als 10 Euro kosten wird, ist die Zuzahlung künftig stets niedriger als der Preis des Mittels, "Nuller-Rezepte" fallen weg. Bei nicht verschreibungspflichtigen AM, die weiterhin zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen, bleibt der Preis unverändert (hier sind "Nuller-Rezepte" möglich,

Bitte beachten!!!**Bitte beachten!!!**

wenn der Apothekenabgabepreis unter 5 Euro liegt).

8. Die Zuzahlung beträgt 10%, mindestens aber 5, höchstens 10 Euro. Die Zuzahlung wird voraussichtlich pro Packung erhoben.

9. Verordnungsfähige AM müssen weiterhin die Angabe N1, N2 oder N3 tragen, die aber nicht mehr die Zuzahlungsstufe ausdrückt.

10. Die Negativliste gilt weiter.

Verbandstoffe, Teststreifen, Diätetika und apothekenpflichtige Medizinprodukte:

1. Diese Mittel sind weiterhin verordnungsfähig.

2. Teststreifen sind zuzahlungsfrei, für alle anderen Mittel gilt die Regelung analog den AM, also 10% des Preises, jedoch mindestens 5, höchstens 10 Euro. Die Zuzahlung wird voraussichtlich pro Rezeptzeile erhoben.

Heilmittel:

1. Heilmittel sind weiterhin verordnungsfähig.

2. Die Zuzahlung beträgt 10% der Kosten, zuzüglich 10 Euro pro Rezept (möglicherweise bei mehreren Heilmitteln auch pro Verordnung). Die Zuzahlung muss auch erhoben werden, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als ärztliche Leistung in der Praxis erbracht werden.

Hilfsmittel:

1. Hilfsmittel sind weiterhin verordnungsfähig.

2. Die Zuzahlung beträgt künftig für alle Hilfsmittel 10% der Kosten, mindestens 5, höchstens 10 Euro.

3. Bei zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, z.B. Inkontinenzartikeln, beträgt die Zuzahlung 10% je Packung, höchstens aber 10 Euro für den Monatsbedarf je Indikation.

Neue Preise für Impfstoffe im Sprechstundenbedarf

Der Apothekerverband Brandenburg e.V. informiert über den Abschluss einer Nachtragsvereinbarung zum Arzneiliefervertrag Brandenburg mit den Primärkassen. Danach werden zum 1.12.2003 die Aufschlagsätze für Impfstoffe im Sprechstundenbedarf erheblich gesenkt.

Diese Veränderung erfolgte vor dem Hintergrund des Urteils des Bundesverfassungsgerichtes zur Freigabe des Versandhandels mit Impfstoffen.

Mit dem jetzt gefundenen Kompromiss ist die Zusicherung der Primärkassen verbunden, den Impfstoffbezug nicht zu den Versandhändlern zu steuern, sondern die örtliche Apotheke zu präferieren.

Marianna Kaiser/Birgit Henschel, Beratende Apothekerinnen, Tel.: 0331/2309-200; -210

Information der Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg zum Gesundheits-Modernisierungs-Gesetz (GMG)

Änderung der Befreiungsregelungen von Zuzahlungen

Mit dem Inkrafttreten des GMG zum 01.01.2004 werden die Zuzahlungsbestimmungen zu

- Arznei- und Verbandmittel,
- Heil- und Hilfsmittel,
- Fahrkosten,
- Krankenhausbehandlung,
- Häusliche Krankenpflege,
- Haushaltshilfe,
- ambulante und stationäre Rehabilitation sowie stationäre Versorgungskuren

neu gefasst.

Außerdem wird eine sogenannte Praxisgebühr eingeführt.

Aus diesem Grund verlieren alle bisher ausgestellten Befreiungsausweise mit dem 31.12.2003 ihre Gültigkeit.

Für die in der Praxis gespeicherten Patientendaten bedeutet das, dass alle bisherigen Eintragungen zur Befreiung von der Verordnungsblattgebühr mit dem 31.12.2003 hinfällig werden und gelöscht werden müssen.

Befreit von Zuzahlungen sind aber weiterhin alle Versicherten bis zum 18. Lebensjahr.

Ab 01.01.2004 sind alle Patienten über 18 Jahre zunächst zuzahlungspflichtig. Erst im Laufe des kommenden Jahres können neue Befreiungsausweise vorgelegt werden, weil zunächst jeder Versicherte Zuzahlungen bis zur Belastungsgrenze zu leisten hat.

Die Belastungsgrenze wird individuell nach den Bruttoeinnahmen des Versicherten berechnet und beträgt 2% der Jahreseinnahmen. Für chronisch Kranke, die wegen derselben schwerwiegenden Krankheit in Dauerbehandlung sind, beträgt die Grenze 1% der Jahreseinnahmen des Versicherten.

Ein Befreiungsausweis wird künftig daher immer erst im Laufe eines Jahres ausgestellt werden können, und er gilt nur für das Kalenderjahr der Ausstellung.

Ein Befreiungsvermerk auf dem Verordnungsblatt kann nur noch dann eingetragen werden, wenn der Patient zum Zeitpunkt der Ausstellung einen für das laufende Kalenderjahr gültigen Befreiungsausweis besitzt.

Niederlassungen im November 2003

Planungsbereich Märkisch Oderland

Dipl.-Med. Petra Sohr
FÄ für Innere Medizin/HÄ
Lindenallee 22
15366 Dahwitz-Hoppegarten

Planungsbereich Oberspreewald-Lausitz

Robert Włodarczyk
Praktischer Arzt
Maasbergstr. 24, 01979 Grünewalde

Planungsbereich Brandenburg Stadt/Potsdam-Mittelmark

Hannelore Lauter
FÄ für Psychotherapeutische Medizin
Ginsterheide 28,
14532 Kleinmachnow

Zulassungen und Ermächtigungen

Neuzulassungen

Agnieszka Baczevska-Jalali,
Fachärztin für Diagnostische Radiologie in
Potsdam
ab 02.01.2004

Elke Liebelt,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Senftenberg/OT Brieske
ab 26.11.2003

Dipl.-Med. Kerstin Müller,
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in
Potsdam
ab 01.01.2004

Peter Pickert,
Facharzt für Nervenheilkunde in Frankfurt
ab 05.11.2003

Andreas Schmauch,
Facharzt für Chirurgie in Bernau
ab 02.01.2004

Dr. med. Michael Schwock,
Facharzt für Innere Medizin in Oranienburg
ab 01.01.2004

Dr. med. René Thomas,
Facharzt für Orthopädie in Wandlitz
ab 05.01.2004

Ermächtigungen

Dr. med. Doris Ast,
Fachärztin für Innere Medizin am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung einer Sprechstunde auf dem Gebiet der Rheumatologie für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Eckart Braasch,
Facharzt für Innere Medizin am Werner Forßmann Krankenhaus in Eberswalde,
ermächtigt auf Überweisung von zugelasse-

nen Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Urologie bzw. Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Urologie in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für Leistungen im Bereich der Nephrologie für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Klaus-Dieter Burkhardt,
Facharzt für Innere Medizin am Krankenhaus Oranienburg,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Koloskopie für die Zeit vom 01.01.2004 bis zum 31.12.2005.

Dr. med. Christine Dschietzig,
Fachärztin für Nuklearmedizin am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der Nuklearmedizin für die Zeit vom 01.01.2004 bis zum 31.12.2005.

Dr. med. Olaf Ebeling,
Facharzt für Innere Medizin am Humaine Klinikum Bad Saarow,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Innere Medizin / SP Lungen- und Bronchialheilkunde bzw. Fachärzten für Lungenheilkunde sowie entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V und des in der Region fachärztlich tätigen Internisten mit pneumologisch-allergologischer Praxisbesonderheiten, Dr. med. habil. Stiller, auf dem Gebiet der Ergospirometrie und auf dem Gebiet der Bronchoskopie für die Zeit vom 19.11.2003 bis zum 31.12.2005.

Dr. med. Fred Gätcke,
Facharzt für Chirurgie am Klinikum Kyritz,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Chirurgen, Orthopäden, Neurologen und

Allgemeinmedizinern/Praktischen Ärzten, die über die chirurgische Facharztanerkennung verfügen, sowie entsprechenden Ärzten in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V für Konsiliaruntersuchungen im Rahmen der Handchirurgie sowie für handchirurgische Leistungen für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

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 und entsprechenden Fachärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf den Gebieten der Phlebologie und Lymphologie für die Zeit vom 01.01.2004 bis zum 31.03.2005.

Dr. med. Doreen Hennigs,
Fachärztin für Augenheilkunde am Werner Forßmann Krankenhaus in Eberswalde,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Augenärzten bzw. Augenärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung einer Schielsprechstunde für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Michael Hinkel,
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 besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf dem Gebiet der Chirurgie im Rahmen der Tätigkeit im Onkologischen Schwerpunkt Cottbus (Tumorzentrum) für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Bernd Hoschke,
Facharzt für Urologie am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,

ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Urologen bzw. Urologen in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur konsiliarärztlichen Tätigkeit bei urologischen Problempatienten (nur Diagnostik) für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Lutz Jurkutat,
Facharzt für Chirurgie am Klinikum Frankfurt,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie zur Konsiliaruntersuchung für die Zeit vom 05.11.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Manfred Kalz,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an den Ruppiner Kliniken 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 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Thomas Kniffert,
Fachärztin für Radiologie / Fachärztin für Nuklearmedizin an der Havellandklinik Nauen,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von an der Havellandklinik Nauen ermächtigten Ärzten für die angiographische Diagnostik für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Frank Koziar,
Facharzt für Chirurgie am Werner Forßmann Krankenhaus in Eberswalde,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Chirurgie, Gynäkologie und Praktischen Ärzten mit der Facharztanerkennung Chirurgie sowie entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2

ANZEIGE

Praxisgründung in Cottbus

für: Neurologie - Anästhesie - Psychotherapie
leicht gemacht

Bieten in beruhigter Innenstadtlage ideale Gewerbefläche bis 1.300 m² (teilbar) mit

- **kostenlosen** Parkplätzen, gepflegter Umgebung,
- **günstigen** Mietbedingungen,
- Ausbau der Räumlichkeiten **nach Mieterwunsch**,
- **Finanzierungsunterstützung** durch APO-Bank.
- **Provisionsfrei.**

Anfragen an: Märkische Grundstückszentrale
Virchowstr. 4f, 03044 Cottbus
Tel.: 0355/24730 oder 25698,
Handy: 01743031256
eMail: Petra.Schmidtchen@ggz-immobilien.de

SGB V auf dem Gebiet der weiterführenden Mammadiagnostik für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Walter Krischke,
Facharzt für Strahlentherapie am Werner Forßmann Krankenhaus in Eberswalde, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der Strahlentherapie für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Priv.-Doz. Dr. med. Harald Pannwitz,
Facharzt für Innere Medizin am Krankenhaus Oranienburg, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung der endoskopischen Sklerosierungsbehandlung für die Zeit vom 01.04.2004 bis 31.03.2006.

Rolf Rodemerk,
Facharzt für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Prenzlau, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Überwachung und Kontrolle von Patienten mit am Kreiskrankenhaus Prenzlau implantierten Herzschrittmachern für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Christine Schmidt,
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie an der Landesclinik Brandenburg, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Neurologen/Psychiatern und Neurologen/Psychiatern in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Mit- und Weiterbehandlung problematischer epileptischer Krankheitsbilder sowie auf Überweisung von ausschließlich oder überwiegend ärztlichen Psychotherapeuten sowie von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten auf dem Gebiet der

Verhaltenstherapie für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Manfred Schöffel,
Facharzt für Nervenheilkunde am Ev. Freikirchl. Krankenhaus Rüdersdorf, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Neurologie und Psychiatrie für die therapeutische Anwendung von Botulinum-Toxin A für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Petra Wacker,
Fachärztin für Innere Medizin am Werner Forßmann Krankenhaus in Eberswalde, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Überwachung und Kontrolle von Herzschrittmachern für die Zeit vom 26.11.2003 bis 31.12.2005.

Dr. med. Ulrich Wendt,
Facharzt für Nervenheilkunde an der Landesclinik Brandenburg, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Neurologen/Psychiatern und Neurologen/Psychiatern in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Mit- und Weiterbehandlung problematischer epileptischer Krankheitsbilder für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Kurt Wiener,
Facharzt für Innere Medizin am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Innere Medizin, Chirurgie, Augenheilkunde und Kinderheilkunde sowie entsprechenden Fachärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Betreuung von Patienten mit folgenden endokrinologischen Krankheitsbildern: komplizierte Fälle von Schilddrüsenerkrankungen, Nebenschilddrüsenerkrankung, Hypophysentumor, Nebennierenerkrankungen, Gonodenerkrankungen,

Hirsutismus, Gynäkomastie, Pubertas tarda für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

MR Dr. med. Bernd Winkler,
Facharzt für Nervenheilkunde am Ev. Freikirchl. Krankenhaus Rüdersdorf, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Psychotherapie und zur Versorgung schwerer Krankheitsbilder in den Bereichen Schizophrenie, schizoaffektive Erkrankungen und Erkrankungen des manisch-depressiven Formkreises sowie auf dem Gebiet der Labordiagnostik für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Robert Wlodarczyk,
Praktischer Arzt in Grünwalde, ermächtigt zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung in eigener Praxis in Grünwalde

Verlegung des Praxissitzes

Dipl.-Med. Karin Chwalisz,
Fachärztin für Nervenheilkunde in Pritzwalk, neue Adresse: Lindenstr. 5;

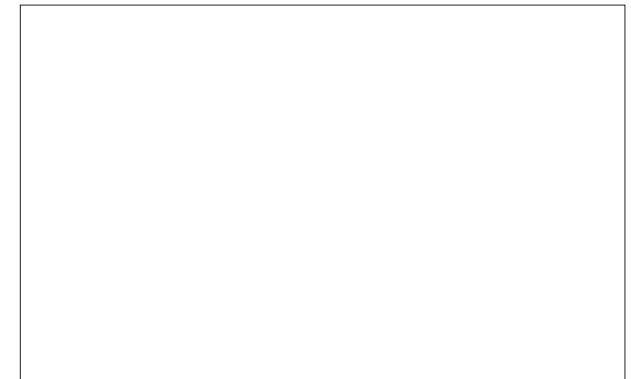
Dr. med. Mario Kleinke,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Frankfurt, neue Adresse: Uferstr. 3;

Dipl.-Med. Simone Uhlig,
Praktische Ärztin in Spremberg, neue Adresse: Gerberstr. 4;

Korrektur zur Ausgabe 11/03:

Dipl.-phil. Klaus Munsberg,
Psychologischer Psychotherapeut in Falkensee, neue Adresse: Bornimer Str. 10a;

ANZEIGE



Praxisbörse

Interessenten für die
folgend aufgeführten Anzeigen wenden
sich bitte an den Geschäftsbereich Qualitätssiche-
rung/Sicherstellung der KV Brandenburg,

Frau Karin Rettkowski, Tel.: 0331/2309-320 oder Fax 0331/2309-383.

Biete

Gutgehende allgemeinmedizinische Praxis mit stabilen Umsätzen aus Altersgründen in der ersten Hälfte des Jahres 2004 kostengünstig abzugeben. Die Praxis liegt in einem bevölkerungs- und infrastrukturstarken Ort am Rande Berlins, ca. 25 min. vom Berliner Stadtzentrum entfernt, umgeben von reizvoller, typisch brandenburgischer Seen- und Waldlandschaft.

Chiffre: 03/12/01

Biete

Gebe wegen plötzlicher Erkrankung ab sofort gutgehende allgemeinmedizinische Praxis in 16227 Eberswalde kostengünstig ab.

Chiffre: 03/12/03

Biete

Gutgehende Landarztpraxis im Kurort Bad Wilsnack altershalber ab 2004 abzugeben. 1.200 bis 1.300 Scheine, abrechnungssicherer Fachpersonal,

Einzelhaus in zentraler Lage mit Grundstück (540 qm); Praxis und 2003 renovierte 3-Zimmer-Einliegerwohnung zu verkaufen oder vermieten.

Bad Wilsnack liegt in der Elbtalaue, sehr gute Verkehrsanbindung nach Berlin und Hamburg; attraktive Kleinstadt mit Kurbetrieb und Thermalbad.

Kontakt: Tel.: 038791/2070 oder 2598

Biete

Allgemeinmedizinische Praxis baldmöglichst aus Altersgründen abzugeben. Seit 10 Jahren stabile Fallzahlen 900 bis 950 im Quartal gehalten. Zuwachs möglich.

Die Praxis liegt verkehrsgünstig in einer Seenlandschaft, 30 km südlich von Berlin. Das Objekt besteht aus Praxis- und Wohngebäude auf eigenem Grundstück von 1.000 qm. beides kann angemietet oder käuflich erworben werden.

Chiffre: 03/12/02

Suche

für meine moderne hausärztlich-internistische Praxis bis Januar 2005 eine/n Nachfolger/in.

Die Praxis befindet sich in südbrandenburgischer Kleinstadt und bietet sehr gute betriebswirtschaftliche Konditionen. Übernahmebedingungen können sehr moderat gestaltet werden.

Chiffre: 03/12/04

Suche

für meine allgemeinmedizinische Praxis in Belzig für Januar 2004 einen Nachfolger. Praxis verfügt über stabil hohe Fallzahlen.

Chiffre: 03/12/05

Praxisbörse

Interessenten für die
folgend aufgeführten Anzeigen wenden
sich bitte an den Geschäftsbereich Qualitätssiche-
rung/Sicherstellung der KV Brandenburg,

Frau Karin Rettkowski, Tel.: 0331/2309-320 oder Fax 0331/2309-383.

Suche

Fachärztin für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Kardiologie sucht im Land Brandenburg (bevorzugt nähere Umgebung Potsdam) Facharztpraxis mit kardiologischer Ausrichtung zur Übernahme.

Chiffre: 03/12/08

Suche

Psychologische Psychotherapeutin mit Fachkunde in Tiefenpsychologie sucht ab sofort eine Praxis zur Übernahme im Planungsbereich Havelland oder Ostprignitz-Ruppin.

Interessenten melden sich bitte unter:
hedwigwischner@web.de

Biete

Allgemeinärztliche Praxis in unmittelbarer Berlinnähe (10 km) Altkreis Oranienburg, total rekonstruiert, (Nov. 03), 120 qm, aus Altersgründen nach 30 jähriger Tätigkeit zu günstigen Konditionen Mitte bis Ende 2004 abzugeben.

Chiffre: 03/12/06

Suche

Facharzt für Innere Medizin sucht 2004 hausärztlich geführte Praxis im Raum Königswusterhausen (Landkreis Dahme-Spreewald) zur Übernahme oder Mitarbeit.

Chiffre: 03/12/09

Suche

engagierte Fachärztin für Innere Medizin sucht in einer hausärztlichen Praxis Möglichkeit der Mitarbeit in Form einer Anstellung.

Chiffre: 03/12/07

Suche

Erfahrener Facharzt für Urologie sucht Mitarbeit/Kooperation in Urologischer Praxis eventuell mit Belegbetten/amb. OP (Einzelpraxis-Jobsharing oder GP) im Großraum Potsdam und Umgebung.

Chiffre: 03/12/10

Biete

Internistische Hausarztpraxis, 1.100 Scheine im Quartal, im Ärztehaus auf Klinikgelände in Eisenhüttenstadt.

Günstige Konditionen.

Interessenten melden sich bitte unter der Rufnummer **03364/44868**.

Erläuterungen zur Honorarverteilung im II. Quartal 2003

Sowohl die Struktur der Gesamtvergütung nach den Finanzquellen (bereichseigene, nach dem Wohnortprinzip (WOP) zugeordnete und bereichsfremde Kassen sowie sonstige Kostenträger (SKT)) als auch die Aufteilung auf bereichseigene und -fremde Ärzte entsprechen nahezu denen im Quartal I/2003.

Aufgrund der negativen Mitgliederentwicklung im Ersatzkassenbereich und den im Vergleich zum I. Quartal 2003 geringeren Quartalskopfpauschalen der dem Wohnortprinzip unterliegenden Betriebs- und Innungskrankenkassen resultieren sowohl im Primär- (-0,9%) als auch im Bereich der Ersatzkassen (-3,1%) geringere Quartalsbudgets als im Vorquartal. Die Mitgliederentwicklung im Ersatzkassenbereich (-2,5%) konnte durch die geringfügige Veränderung im Primärkassenbereich (+0,1%) nicht kompensiert werden.

Der Vergütungsanteil bereichseigener Ärzte wird nach Abzug von Kosten, Wegepauschalen, Laborleistungen, Präventionen, Schutzimpfungen und Methadonsubstitution (zentrale Honorarfonds des HVM) auf die Honorarfonds "Hausärzte" und "Fachärzte" aufgeteilt. Neben der seit dem Quartal III/2002 veränderten Zuordnung der Ärzte in versorgungsbereichsübergreifenden Gemeinschaftspraxen und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V zu den Honorarfonds "Hausärzte" bzw. "Fachärzte" ist auch der veränderte Bezugszeitraum für die Einbeziehung von Sonderverträgen

bei der Berechnung des Trennungsfaktors berücksichtigt worden (Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 84. Sitzung) :

	Hausarzt	Facharzt
Primärkassen	54,81%	45,19%
Ersatzkassen	44,77%	55,23%

Wie auch aus den Abbildungen auf den folgenden Seite (Gesamtvergütung PK und EK bereichseigene Ärzte) ersichtlich, näherte sich in diesem Quartal die Aufteilung der verfügbaren Gesamtvergütung bereichseigener Ärzte speziell im hausärztlichen Versorgungsbereich bei den EK deutlich an die im PK-Bereich bereits stabilen Verhältnisse an (Vergütung für RPZV EK: in II/03 10%, in I/03 3%; bei PK jeweils 8%).

Bei den Hausärzten kommt für das deutlich gesunkene Restpunktzahlvolumen (RPZV) gem. § 10 Abs. 2 HVM im Primärkassenbereich ein Punktwert in Höhe von 3,0 Ct. zur Auszahlung, während im Ersatzkassenbereich ausreichend Mittel verfügbar sind, um auch im II. Quartal 2003 alle Leistungen im RPZV mit einem Punktwert von 4,1 Ct. zu vergüten.

Bei den Fachärzten hingegen ist das Volumen des PZGV deutlich gestiegen und es stehen sowohl im Primär- als auch im Ersatzkassenbereich keine Mittel zur Vergütung des gesunkenen RPZV zur Verfügung.

Die Abbildung auf Seite 52 zeigt die Punktwerte des Quartals II/03 in ihrer

Gesamtheit, wobei auf folgende Besonderheiten hingewiesen wird:

Aus den gemäß der Bundesempfehlung zusätzlich von den Krankenkassen bereitgestellten Mitteln in Höhe von 0,1% der budgetierten Gesamtvergütung resultieren Punktwerte für die kurative Koloskopie im RPZV der Fachärzte von 1,3 Ct. bei den Primärkassen und 2,7 Ct. bei den Ersatzkassen.

- Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Kapitels G IV EBM von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten werden vorbehaltlich einer diesbezüglichen vertraglichen Regelung für die BKK EKO-Stahl, die AOK für das Land Brandenburg und die Brandenburger Ersatzkassen mit einem gestützten Punktwert von 3,6 Ct. vergütet.

- Für nicht im PZGV enthaltene ambulante Operationsleistungen bereichseigener Ersatzkassen wird ein Zusatzpunktwert in Höhe von 0,88 Ct. gezahlt.

- Zum Umfang des mit der AOK für das Land Brandenburg ab IV/02 neu zu vereinbarenden Katalogs förderungswürdi-

ger Leistungen konnte bis zum Zeitpunkt noch keine Einigung erzielt werden, so dass hierfür vorerst noch kein Zusatzpunktwert gezahlt werden kann. Es ist jedoch absehbar, dass eine entsprechende Nachvergütung für die Quartale ab IV/2002 im Rahmen der Honorarzah- lung für das Quartal III/03 vorgenommen werden kann.

- Die präventiven Koloskopieleistungen und Mamma-MRT-Leistungen können für die AOK für das Land Brandenburg um 0,18 Ct. erhöht mit 4,18 Ct. vergütet werden (aus den Einsparungen infolge der Absenkung des Punktwertes für die GNR 160, die Substitution, Schutzimpfungen, Soziotherapie und ICSI um 0,15 Ct. auf 3,85 Ct.).

- Hinsichtlich der Vergütung neuer Leistungen für IKK-Versicherte wurde die Zusage der IKK Brandenburg und Berlin, vorläufig 5,11 Ct. gegen sich gelten zu lassen, zurückgezogen, so dass in diesem Quartal für neue Leistungen der IKKn zunächst nur die Punktwerte für Großgeräte (MMRT) bzw. für freie Leistungen zur Auszahlung kommen können.

Plakate zur "Praxisgebühr"

Wenn Sie noch weitere Plakate zur "Praxisgebühr" möchten, wenden Sie sich bitte an die Pressestelle der KVBB.

Ansprechpartnerin: Frau Cermak
Tel.: 0331/28 68-196

Tabelle
Punktwerte

Graphik
Verteilbare Gesamtvergütung

Graphik
Gesamtvergütung Primärkassen

Graphik
Gesamtvergütung ERsatzkassen

Graphik Mitgliederentwicklung

Nachzubesetzende Vertragsarztsitze

Nach Anordnung von Zulassungssperren durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist die KV Brandenburg gem. § 103 Abs. 4 SGB V gesetzlich verpflichtet, auf Antrag Vertragsarztsitze zur Nachbesetzung auszuschreiben.

Eine Garantie für eine wirtschaftliche Praxisführung nach Übernahme ist mit der Ausschreibung nicht verbunden.

**Facharzt/Fachärztin für
Augenheilkunde
Planungsbereich: Uckermark
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 69/2003**

**Facharzt/Fachärztin für
HNO-Heilkunde
Planungsbereich:
Frankfurt (Stadt)/Oder-Spree
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 70/2003**

**Facharzt/Fachärztin für
Allgemeinmedizin
Planungsbereich:
Frankfurt (Stadt)/Oder-Spree
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 71/2003**

**Facharzt/Fachärztin für
Allgemeinmedizin
Planungsbereich: Elbe-Elster
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 72/2003**

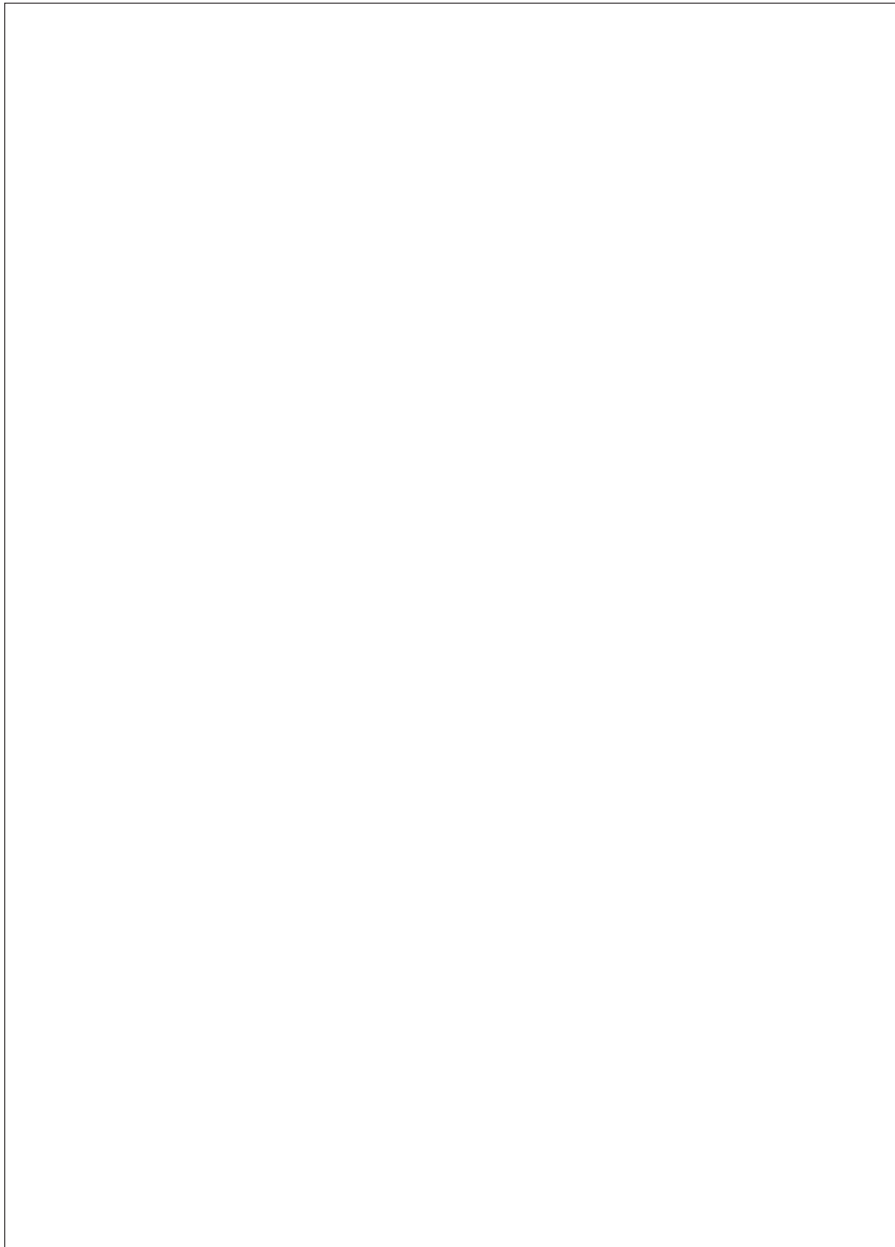
Nähere Informationen und Bewerbungsunterlagen erhalten Sie bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, **Ansprechpartnerin:** Karin Rettkowski, Tel.-Nr.: 0331/2309-320.

Die schriftliche Bewerbung für die ausgeschriebenen Vertragsarztsitze ist zwingend erforderlich. Sie muss die Bewerbungskennziffer, die Anschrift, die Telefonnummer, die Facharztanerkennung sowie Angaben zum möglichen Praxisübernahmezeitpunkt enthalten.

Unter dem Stichwort "Ausschreibung" sind die Unterlagen bis zum 04. Februar 2004 bei der KV Brandenburg, Friedrich-Engels-Str. 103/104, 14473 Potsdam, einzureichen.

Wir machen ausdrücklich darauf aufmerksam, dass die in der Warteliste eingetragenen Ärzte nicht automatisch als Bewerber für die ausgeschriebenen Vertragsarztpraxen gelten.

Potsdam, den 8. Dezember 2003



Herzliche Glückwünsche!



zum 50.

Dr. med. Beate Enzenroß, Fürstenwalde

Dr. med. Wolfgang Götze, Strausberg

*Dr. med. Neithard Hansche,
Königs Wusterhausen*

Dr. med. Bernd Kissig, Potsdam

Dr. med. Martina Walther, Frankfurt

zum 60.

Dr. med. Michael Delcker, Luckenwalde

Heidemarie Kuntze, Lübben

Dr. med. Dieter Prokop, Neuruppin

*Dr. med. Heinz-Dieter Sawitzki,
Mittenwalde*

Dr. med. Gertraud Schirmer, Cottbus

Dr. med. Rainer Schütze, Fürstenwalde

Dr. med. Heiko Semper, Oranienburg

Rainer Suske, Werneuchen

*Dipl.-Psych. Maximiliane Süßmann-
Nordwig, Erkner*

zum 65.

Dr. med. Erika Golawski, Eberswalde

Dr. med. Herbert Vogel, Bernau

zum 66.

Dr. med. Klaus Dräger, Ludwigfelde

Dr. med. Manfred Kalz, Neuruppin

Dr. med. Wolfdietrich Ruthe, Rathenow

*MR Dr. med. Herbert Steudel,
Dahlwitz-Hoppegarten*

Dr. med. Klaus Tischer, Herzberg

zum 67.

MR Dr. med. Rainer Gräf, Spremberg

zum 68.

Dr. med. Hartmut Gahlow, Klosterfelde

*Dr. med. Gilda Kirmße,
Hohen Neuendorf*

zum 69.

Dr. med. Christa Bestmann, Templin

Dr. med. Mahmood El-Hakim, Rathenow

zum 72.

Dr. med. Gerhard Pomeranke, Frankfurt

zum 75.

MR Joachim Albrecht, Briesen

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 68 126
 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:

8. Dezember 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

Unser Buch-Tipp zur Weihnachtszeit**consilium cedip
compact - Notfallmedizin**

Notfälle gab es in der ärztlichen Praxis schon immer - doch die Notfallmedizin als eigenständige Disziplin mit ihrem komplexen Spektrum verschiedenster Fachbereiche ist so jung, dass evidenzbasiertes Wissen kaum existiert.

Dagegen fordern Akutsituationen von jedem, auch von einem unerfahrenen oder einem auf ein bestimmtes Fachgebiet spezialisierten Arzt, im Bereitschaftsdienst spontane Diagnosenstellung und gezieltes therapeutisches Handlungsvermögen. consilium cedip compact - Notfallmedizin als handliches Nachschlagewerk bietet hier die Möglichkeit, sich sowohl im Vorfeld kompaktes Basiswissen anzueignen, als auch Hilfe bei akuten Fragestellungen zu finden.

Nach einem Übersichtskapitel, das vom Leitsymptom zur Diagnose führt, deckt es in übersichtlich gegliederter Form die wichtigsten Notfallsituationen aus zwanzig relevanten Fachbereichen ab.

Die diagnostischen und therapeutischen Empfehlungen sind dabei - soweit verfügbar - an nationalen und internationalen Guidelines ausgerichtet. Die präzisen Therapieanweisungen orientierten sich darüber hinaus vor allem an der problemlosen Umsetzbarkeit auch unter

den meist eingeschränkten Möglichkeiten vor Ort.

Praktischen Wert besitzt das Taschenbuch daneben durch die grafische Darstellung notfallmedizinischer Techniken zur gezielten Umsetzung und durch die konkrete Zuordnung und direkte Benennung der notwendigen Handelspräparate im Anschluss an jedes fachspezifische Kapitel.

Dies wird ergänzt durch ein ausführliches Register der Notfallmedikamente nach Wirkstoffen mit exakter Dosierungsanweisung, sowie Beschreibung der Wirkung, Nebenwirkungen und Kontraindikationen.

Herausragend sind auch die Zusammenstellung von über 30 beispielhaften EKGs zur exakten Einordnung kardiologischer Notfälle und ein eigenständiges Kapitel zum Thema "Lagerung" mit ausführlicher Bebilderung. consilium cedip compact - Notfallmedizin ist mit seinem handlichen Taschenformat im strapazierfähigen Umschlag so konzipiert, dass es als ständiger Begleiter im Bereitschaftsdienst einen optimierten Informationszugriff garantiert.

ISBN: 3/9808671/0/2

Preis: 33,25 □

Zu bestellen bei: Cedip Vertragsgesellschaft mbH

Tel.: 089/99620-420

Fax: 089/9612830

Unser Buch-Tipp zur Weihnachtszeit

Nach Redaktionsschluss

Viel erreicht - kaum etwas erreicht!

Letzte Vertreterversammlung der KBV in diesem Jahr gekennzeichnet von inneren Zerreißen und vielen persönlichen Eitelkeiten

Viel, sehr viel Beifall für den scheidenden Hauptgeschäftsführer der KBV, Dr. Reiner Hess. Und wie sehr er der KBV in den kommenden Jahren fehlen wird, lässt sich wohl nur erahnen. War er es doch, der als einziger an diesem Nikolaustag im Berliner Estrel Hotel auf der letzten Vertreterversammlung der KBV in diesem Jahr mit Treffsicherheit auf die wirklichen Probleme und Herausforderungen aufmerksam machte, die in den kommenden Jahren auf die Vertragsärzteschaft zukommen.

Analytisch exzellent, argumentativ brillant "zerpflückte" er das GMG und wies den Weg, den die Ärzteschaft gehen sollte, wenn sie denn auch in Zukunft noch ein starker Partner im System bleiben will. Ob das jedoch auch so ankam, wird sich erst noch zeigen müssen. Denn die Protagonisten beschäftigten sich fast ausnahmslos mit sich und ihren Partikularinteressen. Leider.

Da zog einerseits der KBV-Vorsitzende, Dr. Richter Reichhelm, in seinem Bericht eine überwiegend positive Bilanz der zurückliegenden 12 Monate und sah ungeachtet zunehmender, von der Politik den KVen übertragener reglementierender Aufgaben der Körperschaft KV gegenüber den Ärzten gute Chancen für die Zukunft der Kassenärztlichen Vereinigungen. Während andererseits insbesondere die KBV-Vorstandsmitglieder

Dr. Baumgärtner und Dr. Eckert kaum ein gutes Haar an dem Geleisteten ließen. Er "habe es satt, in diesem Vorstand zu arbeiten", ließ der Vorsitzende der KV Mecklenburg-Vorpommern seinen Gefühlen freien Lauf. Er stünde auch für eine Wiederwahl nicht mehr zur Verfügung. Es war unverkennbar: Die Wahlen im kommenden Jahr warfen ihre Schatten voraus.

Die Diskussion hatte ein bestimmendes Thema: Wie soll sich der Service für die Vertragsärzte in Zukunft gestalten? Während die Befürworter der Parallelstrukturen in MEDI-Verbänden und Genossenschaften den Königsweg sehen, setzen andere auf Tochter-Gesellschaften der KBV und KVen, sogenannte "KV-Consult".

Doch in Wirklichkeit geht es um weit mehr als nur diese Frage. Nämlich darum, wer in den nächsten Jahren die Interessen der rund 130.000 Ärzte und Psychotherapeuten gegenüber der Politik und Kassen vertritt; die bisherigen Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung oder neue, nach wirtschaftlichen Interessen gestaltete Verbände, die keinen körperschaftlichen Status mehr tragen.

Und, dies war leider in keiner Phase der Diskussion zu überhören, es geht um Macht und um persönliche Eitelkeiten.

Nach Redaktionsschluss

Die Politik wird dies mit einem süffisanten Lächeln registrieren. Denn nichts ist leichter zu beeinflussen, als eine in sich heillos zerstrittene ärztliche Interessenvertretung. Und auch die Krankenkassen als Vertragspartner werden ihre Chancen steigen sehen. Steht ihnen doch keine geschlossene Ärzteschaft mehr gegenüber, sondern viele Interessengruppen, die offensichtlich allein darauf aus sind, ein möglichst großes Stück vom Finanzkuchen abzubekommen - ohne dabei im geringsten zu beachten, dass dies auf alle Fälle nicht auf Dauer möglich ist.

Denn der Kampf um die preiswerteste, um nicht zu sagen billigste Medizin ist längst entbrannt. Boni-Programme schießen wie Pilze aus dem Boden, Einzelverträge mit Ärzten zu Dumpingpreisen werden folgen, der gläserne Patient ist angesichts der Fülle von Daten, die die KVen laut Gesetz verpflichtet sind, den Kassen zu übermitteln, längst Realität geworden. Und damit ist der Risiko-selektion oder Rosinenpickerei Tür und Tor geöffnet.

Schon heute soll es Kassen geben, die einigen ihrer Mitglieder ans Herz legen, doch zu einer "billigeren" Betriebskrankenkasse zu wechseln ... Warum wohl? Richtig, weil sie den meist multimorbiden Versicherten los werden wollen. Schließlich kostet der ...

Doch zurück zur KBV-Vertreterversammlung und zu jenem Mann, der dort

nach über 30 Jahren ehrenvoll ausscheidet. Fast beschwörend forderte er die über 100 Delegierten auf, die Körperschaft KV nicht selbst zu zerstören. Eine wirkliche Alternative zu dieser Struktur gäbe es nicht. "Dieser Status ist der einzige, der der Allmacht der Kassen Paroli bieten kann", sagte Dr. Hess.

Ohne gemeinsame Selbstverwaltung gäbe es in Deutschland kein geordnetes Gesundheitswesen. Trotz manch unangenehmer und belastender Folgen des GMG für die Vertragsärzteschaft habe sie jetzt die große Chance, bis 2007 endlich die unseligen Budgets los zu werden. "Wer jetzt einknickt, Herr Baumgärtner, hat die Schlacht heute schon verloren", stellte Hess fest.

Damit ging er auf den Vorsitzenden der KV Nord-Württemberg ein, der die KBV-Politik - obwohl Mitglied des KBV-Vorstandes - massiv kritisiert hatte; falsche Entscheidung bei der Praxisgebühr, falsche Entscheidung bei den DMP, Fehler bei der Entwicklung der Regelleistungsvolumen!

Inwieweit der scheidende KBV-Hauptgeschäftsführer bei den Delegierten Gehör fand, wird sich zeigen. Allein, die Hoffnung ist sehr, sehr vage. Da halfen auch einige Versuche von Delegierten nichts, den offensichtlichen Riss, der durch die KBV-VV geht, verbal zu übertünchen.

R.H.



Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Ihnen und Ihren Familien ein friedvolles, erholsames und harmonisches Weihnachtsfest und einen guten Start in ein erfolgreiches Jahr 2004.

Allein dieses Heft verdeutlicht sehr nachhaltig, was auf uns alle zukommt. Lassen wir uns aber bitte von all den zu erwartenden Schwierigkeiten, Belastungen und neuen, zusätzlichen Aufgaben nicht beirren. Denn eines ist klar: Ohne Ärzte funktioniert kein Gesundheitswesen, gleich wie es strukturiert ist. Dies sollten wir immer bedenken und daraus auch unser Selbstbewusstsein schöpfen.

Genießen Sie, soweit das möglich ist, die kommenden Festtage und tanken Sie Kraft, um auch im neuen Jahr ihre Patienten gut versorgen zu können.

Wir wünschen Ihnen dazu Gesundheit, Glück, Elan und ein Nicht-Verzagen!

Ihr Redaktionsteam

