

Liebe Leserinnen, liebe Leser

Die Drähte laufen heiß: 80, 100 und teilweise sogar noch mehr Anrufe gehen täglich über jede der vier Nummern des Service-Dienstes der KV Brandenburg zu Beginn des neuen Jahres ein; 400 und mehr je Tag. Dem GMG sei dank! Viele Fragen aus Arztpraxen, noch mehr von Patienten und immer wieder und immer häufiger auch von Mitarbeitern der Krankenkassen.

Wann muss wer die sogenannte Praxisgebühr zahlen? Wann muss wer das nicht? Und warum muss ich mir als Schwester in einer niedergelassenen Praxis unzählige Male am Tag anhören, was dieser Unsinn eigentlich soll? Und dann auch noch freundlich bleiben? Wieso bin ich auf einmal kein chronisch Kranker mehr und warum wird meine Zuzahlungsbefreiung aus dem vergangenen Jahr nicht akzeptiert?

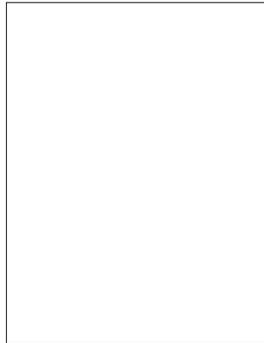
Es ist Schwerstarbeit, die an den Telefonen geleistet wird. Zumal es nicht allein darum geht, Fragen zu beantworten, sondern zugleich Seelsorger zu sein und Frust-Ablade-Stelle.

Kaum ein Durchkommen von außen. Dabei sind die Service-Nummern hausintern jeweils noch mehrfach unterlegt. Kompetente Antworten werden erwartet, kompetente Antworten gibt es auch. Meistens. Denn die Realität will es so, dass nach wie vor einige Probleme noch nicht gelöst sind, nicht vereinbart zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV.

Verhandelt wird noch auf dieser Ebene den ganzen Monat Januar. Und das, obwohl das Gesetz seit dem 1. Januar 2004 in Kraft ist. Wieder einmal hat es sich die Politik allzu leicht gemacht, in dem sie die oftmals ausgesprochen schwierigen Durchführungsbestimmungen einfach delegierte: Sollen's doch Ärzte und Kassen richten!

Und dies unter einem enormen Zeitdruck. Schließlich war zum 10. Dezember 2003 noch die Mehrzahl aller Detailregelungen nicht beschlossen. Dann mussten die Ärzte informiert, Formulare entwickelt, Patienten-Informationen fertig gestellt werden.

Es gelang und alle brandenburgischen Vertragsärzte fanden noch vor Weihnachten in ihren Briefkästen die entsprechenden Informationen vor. Parallel dazu



hatte die KVBB-Pressestelle die brandenburgischen Medienvertreter in Presse- und Hintergrundgesprächen - unter anderem mit dem KV-Vorsitzenden Dr. Helming - über die neuen Regelungen insbesondere im Zusammenhang mit der Einführung der Praxis-, besser Kassengebühr informiert.

Trotzdem war allen klar, dass sich die eigentlichen Schwierigkeiten erst im Alltag des neuen Jahres zeigen würden. Dann nämlich, wenn es an die praktische Umsetzung geht. Die nicht oder nur ungenügend bedachten Detailregelungen beispielsweise - hier bislang vor allem im Zusammenhang mit dem Notdienst -, die besondere Situation so mancher Praxis (Demenzranke aus Altersheimen) und nicht zuletzt auch nur unzulänglich gelöste technische Probleme mit der Praxissoftware.

Hochbetrieb herrscht vor allem auch in den Abrechnungsbereichen. Wie muss welcher Schein gekennzeichnet werden? Wie ist es mit Überweisungen innerhalb einer Fachgruppe? Darf die Arzthelferin die Quittung unterschreiben? Wie ist die Regelung im Vertreterfall?

Sie finden in dieser Ausgabe von "KV-intern" als farbigen Beileger auf diese und noch viele andere Fragen Antworten. Antworten, die Ihnen weiterhelfen sollen, wenngleich angesichts der nach wie vor stattfindenden Verhandlungen zwischen Krankenkassen, KBV und Bundesgesundheitsministerium auch noch einiges im Fluss ist, sich also auch noch ändern kann. Wir haben ganz bewusst die Form des Beilegers gewählt, da Sie auf diese Art und Weise in der Praxis besser damit umgehen können.

Dies ist für alle Beteiligten eine alles andere als befriedigende Situation. Ganz im Gegenteil. Sie ist die Folge eines erneut schlampig formulierten und unter einem unzumutbaren Zeitdruck entstandenen Gesetzes. Und diese Situation wird noch dadurch verschärft, dass sich nun die politische Verantwortung Tragenden, wie Ministerin Schmidt, deren Staatssekretär Schröder oder die neue Patientenvertreterin der Bundesregierung, Frau Kühn-Mengel, hinstellen und geradezu tollkühne Interpretationen ihres eigenen Gesetzes vornehmen.

Die "KV-intern"-Redaktion unternimmt trotzdem oder gerade deshalb alle Anstrengungen, um Sie so schnell und so kompetent wie möglich zu informieren. Dazu benötigen wir jedoch auch Ihre Unterstützung. Schreiben, mailen, faxen Sie uns Ihre Erfahrungen, Ihre Fragen, damit wir sie breit publizieren können. Und bitte: Vergessen sie angesichts des ganzen Tohuwabohus nicht das kollegiale Miteinander. Ohne dies werden die sehr schwierigen Herausforderungen an die Ärzteschaft im noch so jungen Jahr 2004 nicht zu meistern sein.

In diesem Sinne noch einmal alles Gute!

Ralf Herre

Pressesprecher der KV Brandenburg

Service der KVBB bleibt erhalten, aber in anderen Strukturen

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

In der Dezember-Ausgabe von "KV-intern" haben wir ausführlich über den Haushalt 2004 informiert. Sie kündigten dort unter anderem strukturelle Änderungen im Bereich der Verwaltung an. Was hat es damit auf sich?

Lassen Sie mich eine Vorbemerkung machen. Die Organisationsstrukturen innerhalb der Verwaltung der KVBB sind, wie in anderen Unternehmen auch, ständigen Veränderungen unterworfen. So kommen durch gesetzliche Vorschriften Aufgaben hinzu, andere entfallen oder werden neu zugeordnet. Wir haben einen ersten wichtigen Schritt mit der Strukturreform im Jahr 2000 getan, um die Verwaltungsabläufe weiter zu entwickeln. Ungeachtet dessen stehen natürlich auch jetzt alle Prozesse weiterhin auf den Prüfstand.

Wie wirkt sich dies nun grundsätzlich zum 01.01.2004 aus?

In allen Verwaltungsbereichen gab es organisatorische Neuordnungen, wobei sich strukturelle Änderungen insbeson-

dere im Geschäftsbereich Mitgliederservice niederschlugen.

Nach wie vor besteht aber die generelle Zielstellung darin, dass die Serviceleistungen für die Mitglieder nicht nur auf dem gegenwärtigen Niveau beibehalten werden, sondern vielmehr eine ständige Weiterentwicklung erfahren.

Wie sieht diese aus?

Die Servicestellen Potsdam, Cottbus und Frankfurt (O) bleiben bestehen, wobei sich jedoch auch hier einige organisatorische und personelle Veränderungen ergeben. Eine Grundüberlegung der Organisationsänderung bestand darin, den Servicestellen landesübergreifende Aufgaben zuzuordnen und damit weitere Synergieeffekte zu erschließen.

Was heißt das im Konkreten?

In der Servicestelle Potsdam werden weiterhin Frau Hermersdörfer als Mitarbeiterin Berufspolitik, Frau Becker als Ansprechpartnerin für das Infotelefon, Frau Fischer als Ansprechpartnerin für KOSA und Frau Baumgarten für die

Belange Sekretariat/Organisation zur Verfügung stehen.

Da in den letzten Jahren die Anfragen und Beschwerden von Ärzten, Patienten, Krankenkassen und anderen Institutionen gegenüber der KV Brandenburg erheblich zugenommen haben, werden diese bereits seit zwei Jahren durch Frau Dietrich und Frau Stahlke bearbeitet.

Um die auftretenden Fragen und Probleme unmittelbar über die Mitarbeiter Berufspolitik und deren Kontakt zu den Beiratsmitgliedern der Servicestellen zu klären, ist das Beschwerdemanagement nun ebenfalls der Servicestelle Potsdam zugeordnet.

Welche Aufgaben übernehmen die Servicestellen Cottbus und Frankfurt?

In der Servicestelle Cottbus wird Frau Haderk-Otto weiterhin als Mitarbeiterin Berufspolitik tätig sein. Bei Herrn Herbst, Frau Hüniger und Frau Schachschal laufen ab dem 1. Januar diesen Jahres alle Aufgaben im Zusammenhang mit dem Organisierten Notfalldienst der KVBB

zusammen. Sie stehen als Ansprechpartner in diesem Zusammenhang zur Verfügung.

In der Servicestelle Frankfurt (O) wird Herr Metzner auch künftig als Mitarbeiter für Berufspolitik tätig sein. Der gesamte Bereich der Fortbildung wird künftig in der Servicestelle Frankfurt angesiedelt. Hier erfolgen auch einige personelle Veränderungen.

Stehen diese schon fest?

Eine neue, dann verantwortliche Mitarbeiterin, Frau Stezaly, wird ab 1. März 2004 zur Verfügung stehen. Sie werden diese Mitarbeiterin künftig unter der Nummer der Servicestelle Frankfurt (O) - 0335-6847513 - erreichen können. Gegenwärtig arbeiten wir qualifiziert daran, die Besetzung der noch offenen halben Stelle vorzunehmen.

Ist dies die einzige landesübergreifende Neuordnung?

Nein, neben den vorstehend genannten Änderungen sind die Beratenden Apotheker bzw. die Mitarbeiter Beratungsservice dem Geschäftsbereich Abrech-

Inhaltliche Schwerpunkte im Mitgliederservice

Servicestelle Potsdam:	Berufspolitische Unterstützung Formularausgabe	0331/23 09-250 0331/23 09-401; 463
Servicestelle Cottbus:	Berufspolitische Unterstützung Notfalldienst	0355/496 101 0355/496-310
Servicestelle Frankfurt:	Berufspolitische Unterstützung Fortbildung	0335/68 475 21 0335/68 475 13

nung, Prüfung, EDV und Verträge zugeordnet. Sie sind jedoch weiterhin unter den bisherigen, vielen vertrauten Rufnummern erreichbar.

Stichwort Formulare ...

Darüber hinaus haben wir im Rahmen der Organisationsänderung die Entscheidung getroffen, die Formularausgabe und den Formularversand zentral vom Standort Potsdam zu realisieren. Eine entsprechende Information erhielten Sie bereits in "KV-intern" 12/03. Deshalb an dieser Stelle nochmals unsere Bitte, möglichst rechtzeitig vor der Abrechnungsabgabe die entsprechenden Formularbestellungen per Fax 0331-2309384 bzw. Online auszulösen. Die neue Struktur entnehmen Sie bitte dem Kasten auf Seite 4.

Haben die Mitglieder die Möglichkeit, die Quartalsabrechnungen weiterhin in den Servicestellen abzugeben?

Ja, selbstverständlich.

Gibt es noch weitere personelle Veränderungen, auf die Sie an dieser Stelle hinweisen möchten?

Ja, zu meinem Bedauern hat der bisherige Beratende Arzt der KVBB, Herr Dipl.-Med. Staub-Lambrecht, auf Grund von Veränderungen in seiner persönlichen Lebensplanung zum Jahresende 2003 die KV Brandenburg verlassen. Die Nachfolge in dieser Position hat Frau Dipl.-Med. Kintscher seit Jahresbeginn angetreten.

**Vielen Dank für das Gespräch
Gefragt und notiert von Ralf Herre**

**"Ein Sieg der Vernunft":
Gewerbesteuer für Ärzte vom Tisch**

Als einen "Sieg der Vernunft" bezeichnete der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Maximilian Zollner, die Nachricht, dass die Gewerbesteuer für Ärzte vom Tisch sei.

Nach dem von Regierung und Opposition gefundenen Kompromiss im Vermittlungsausschuss wird die "Gemeindefortschrittssteuer" nicht auf Erträge von freien Berufen, wie Ärzte, Rechtsanwälte oder Architekten ausgeweitet.

"Die neue Form der Gewerbesteuer wäre ein riesiges Arbeitsbeschaffungsprogramm für die Steuerverwaltung geworden", bekräftigt Dr. Zollner.

Denn nach Schätzungen des Bundesverbandes Freier Berufe wären durch diese Steuerpläne rund 1,2 Millionen Steuererklärungen zusätzlich im Jahr zu bearbeiten gewesen; ein Aufwand den die Einnahmen nicht hätten decken können.

Zudem sei der "Arztberuf ein freier Beruf und kein Gewerbe". Auch die zunächst geplante Ausweitung der Besteuerungsgrundlage auf ertragsunabhängige Elemente wie Mieten oder Kredite wäre zutiefst "gewerbefeindlich und das falsche Signal in wirtschaftlich schwierigen Zeiten" gewesen.

"Die Einigung ist endlich ein positives Signal in Zeiten, in denen die Ärzteschaft gegen finanzielle Abstriche und die Zunahme der Bürokratie zu kämpfen habe", betont Dr. Zollner abschließend.

PM-NAV vom Dezember 2003

Wer genau hinsieht merkt, dass das Lächeln der Frau Ministerin Schmidt gezwungener geworden ist. Trotzdem hat die frohgelaunte Sonderschullehrerin es bislang (noch) nicht abgelegt, sondern verkündet damit in echter Politikermanier - Glückwunsch! - im Brustton der Überzeugung den größten Mist.

Ich will!

Pardon, so spricht man nicht über eine Ministerin. Zumal noch eine Bundesministerin. Aber auch Spechte sind nur einfache Vögel und ihnen läuft ebenso wie dem kleinen Mann, dem kleinen Arzt ab und an die Galle über.

Ja, was denn nun, Ulla. Kennst Du das Gesetz, Dein eigenes, oder kennst Du es nicht? "Ich will", verkündete die Frau Ministerin jüngst in den "Tagesthemen", dass die Frauen keine Praxisgebühr entrichten müssen, wenn sie nur das Pillenrezept abholen.

Und wie sieht es dann aus bei den Standardmedikamenten für Chroniker, liebe Ministerin? Hier würde es, mal so ganz nebenbei, zudem noch viel, viel sinnvoller sein. Oder? Schließlich hat nach meinem bescheidenen specht-Verständnis ja die Pille als solche eigentlich gar nichts mit Krank-Sein zu tun ...

Doch damit nicht genug. Frau Ministerin will auch, dass die Patienten für die Inanspruchnahme des Not- oder Bereitschaftsdienstes nur ein Mal im Quartal 10 Euro "Praxisgebühr" zahlen müssen. Sagt sie jedenfalls - und demonstriert wieder einmal, wie wenig sie das Gesetz kennt, das aus ihrem Hause kommt.

Wer nun jedoch annimmt, das wäre einer Ulla Schmidt peinlich? Weit gefehlt. Warum auch. Nein, vielmehr setzt sie noch einen drauf und verkündet mit eingefrorenem Lächeln via Erstes Fernsehprogramm: "Die Politik hat alle Rahmenbedingungen geschaffen. Nun sollten endlich die Kassen und die Ärzteschaft dies auch umsetzen!"

Nun aber mal ran! Und ausschalten den Fernseher. Vor allem dann, wenn sich die Ministerin oder ihr Staatssekretär zu Wort melden. Denn dann kommt es erfahrungsgemäß zu noch mehr Verwirrung als es ohnehin gibt.

In dem Sinne, Ihr ...

... specht



ICD-10-GM ab 1.1.2004 in Kraft - Hinweise zur Beantwortung häufig gestellter Fragen

Ab 1.1.2004 gilt im ambulanten und stationären Bereich wieder eine einheitliche ICD-10-Version, die ICD-10-GM 2004 (German Modification). Darauf haben wir bereits in "KV-intern" 9/03, Seite 24, hingewiesen.

Im vertragsärztlichen Bereich sind bei jeder Schlüsselnummer die Zusatzkennzeichen zur Diagnosesicherheit obligatorisch anzugeben (G, V, A).

Der Minimalstandard entfällt, so dass anstelle der sogenannten dreistelligen Punkt-Strich-Schlüsselnummern (z.B. A04.-) stets die vierstelligen Schlüsselnummern anzugeben sind (z.B. A04.0, A04.1 usw.). Nicht unterteilte dreistellige Schlüsselnummern (z.B. A09) sind aber weiterhin erlaubt.

Im vertragsärztlichen Bereich kann auf die Angabe vorhandener fünfstelliger Schlüsselnummern verzichtet werden (z.B. genügt statt E11.30 die Angabe von E11.3), jedoch wird vor allem aus Gründen späterer Versionsänderungen empfohlen, möglichst immer die endständigen (terminalen = nicht -unterteilten) Schlüsselnummern zu benutzen (z.B. E10.30 oder E10.31).

Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) weist noch einmal auf wichtige Positionen hin:

"Die beiden Buchausgaben des Systematischen Verzeichnisses und des Diagnostisches Verzeichnisses (= Alphabetisches Verzeichnis), die im Deutschen Ärzte-Verlag erschienen sind, wurden exklusiv

vom Zentralinstitut nutzergerecht bearbeitet (unter anderem sind alle Änderungen gegenüber den beiden Vorversionen ICD-10-SGB V 1.3 und ICD-10-SGB V 2.0 markiert). Sie enthalten in ihren Einleitungstexten ausführliche Informationen zu den gültigen Verschlüsselungsregeln. Allen Ärzten, auch denen, die mit ihrer Praxissoftware verschlüsseln, empfehlen wir, für alle Zweifelsfälle zumindest die Buchausgabe des Systematischen Verzeichnisses zur Verfügung zu haben.

Ärzte, die auftragsgebundene Leistungen ohne eigentliche Diagnosestellung erbringen, dürfen im Jahr 2004, wie bisher auch, für derartige Abrechnungen die Ersatzschlüsselnummer "U99.9 Angabe einer ICD-10-GM-Schlüsselnummer nicht erforderlich" verwenden, die nicht Bestandteil der amtlichen ICD-10-GM 2004 ist und deshalb in den Buchausgaben fehlt. Sie ist jedoch im Update der ICD-10-GM-Stammdatei enthalten (auf der CD-Rom des Regel-Updates vom 15.11.2003 war diese Schlüsselnummer irrtümlich noch mit einem Ausrufezeichen versehen worden).

Diese Regelung, die in den einzelnen KV-Bereichen bisher unterschiedlich gehandhabt wird, gilt in der Regel für Laborärzte, Radiologen, Zytologen, Histologen und zum Teil auch Nuklearmediziner.

Zur Erleichterung des Übergangs auf die neue Version gibt das Prüfmodul der KBV in allen Fällen, in denen nicht nach

den ab 1.1.2004 geltenden geänderten Regeln verschlüsselt wird, im 1. Quartal 2004 eine Warnung aus, verhindert jedoch nicht die Abrechnung. Ärzte haben so die Möglichkeit, ihre Verschlüsselungsgewohnheiten und die entsprechenden Dateien und Patientendokumentation im Laufe des 1. Quartals 2004 umzustellen.

Auf unserer Homepage (<http://www.zi-koeln.de>) stellen wir neben unseren Dateien und Informationen, die auch von der KBV (<http://www.kbv.de/it/2444.htm>) verteilt worden sind, zusätzliche Informationen bereit."

Wir verweisen noch einmal auf das Deutsche Ärzteblatt, Heft 1 - 2 vom 5. Januar 2004, Seite 25.

Kassen kündigten Anlage 2 der Bundesempfehlung zu Richtgrößen

In einem Rundschreiben teilt die KBV mit, dass die Spitzenverbände der Krankenkassen die Anlage 2 mit Wirkung zum 31.12.2003 gekündigt haben. Bei den Verhandlungen im Oktober 2003 zu den Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 7 für das Jahr 2004 wurde auch das weitere Verfahren mit den Anlage-2-Präparaten diskutiert.

"Die Kassenseite forderte eine präzise Definition der Praxisbesonderheiten, um eine einheitliche Mengensteuerung dieser Arzneimittel vornehmen zu können", heißt es in dem Schreiben.

"Für alle Wirkstoffe der Anlage 2 (beziehungsweise analog für die Indikation der Anlage 3) müsste die Ärzteseite konkrete Angaben zur Verordnungshäufigkeit bezogen auf die Patientenzahl und arztgruppenbezogen liefern und definieren, worin die Praxisbesonderheit jeweils besteht. Ziel der Kassen ist es, bei der Richtgrößenprüfung bundesweit mit einem einheitlichen Verfahren die Praxisbesonderheiten anzuerkennen.

Derzeit wird landesweit sehr unterschiedlich verfahren. Teils werden Anlage-2-Präparate direkt von den jeweiligen Richtgrößen abgezogen, teils pauschal in Form eines prozentualen Abschlags oder aber bei der Bildung der Richtgrößen gar nicht berücksichtigt. Entsprechend wird bei den Richtgrößenprüfungen ebenfalls je nach Bildungsgrundlage der Richtgrößen unterschiedlich mit der Anerkennung von Praxisbesonderheiten verfahren.

Die Forderungen der Spitzenverbände der Krankenkassen können bundesweit nicht umgesetzt werden, da eine derart umfangreiche Datenerhebung und Auswertung aus der Sicht der KBV nicht möglich ist und auch nicht für opportun erachtet wird. Das hat zur Folge, dass alle weiteren Verhandlungen diesbezüglich den Vertragspartnern auf Landesebene obliegen."

Die KBV strebt eine baldige Überarbeitung der Bundesempfehlung zu Richtgrößen an, die sowohl der neuen Hand-

habung der Praxisbesonderheiten als auch der Neugestaltung der Richtgrößenprüfung nach § 106 SGB V Rechnung tragen soll. Die Bereitschaft hierzu seitens der Spitzenverbände ist allerdings noch nicht abzuschätzen.

PS:

Die KV Brandenburg konnte mit den Krankenkassen keine Richtgrößen und Arzneimittelobergrenzen vereinbaren.

Deshalb finden noch im Januar 2004 Verhandlungen vor dem Landesschiedsamt statt.

Ansprechpartner:

Marianna Kaiser, Birgit Henschel
Beratende Apothekerinnen
Tel.: 0331/23 09-200; -210

Neue Krankentransport-Richtlinie tritt zum 01.01.2004 in Kraft

Mit In-Kraft-Treten des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) tritt auch die vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen verabschiedete Krankentransport-Richtlinie in Kraft.

Die bisherige Regelung, nach der die Krankenkassen Fahrten zu ambulanten Behandlungen in Härtefällen übernommen hat, wird zum 1. Januar 2004 aufgehoben. Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung können zukünftig - unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung - nur bei zwingender medizinischer Notwendigkeit in besonderen Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen und vom Vertragsarzt verordnet werden.

Diese Fahrten zur ambulanten Behandlung bedürfen einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse.

In der Krankentransport-Richtlinie wurden nachfolgende Indikationen für Ausnahmefälle festgelegt:

- Ein durch die Grunderkrankung vorgegebenes Therapieschema weist eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum auf und

- diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf beeinträchtigen den Patienten in einer Weise, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist.

Fahrten zur ambulanten Dialyse, Strahlentherapie oder Chemotherapie können als Ausnahmefall weiterhin verordnet werden. Dabei ist die zwingende medizinische Notwendigkeit der Hinfahrt bzw. Rückfahrt sowie des Beförderungsmittels vom Arzt zu begründen.

Krankenfahrten zu vor- oder nachbereitenden Maßnahmen (z.B. Kontrolluntersuchungen), zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Rezepten etc. und auch Fahrten desselben Patienten zu anderen Therapien sind keine Krankenkassenleistung.

Genehmigungspflichtige Verordnungen von Krankenfahrten und Krankentransporten zur ambulanten Behandlung sind der Krankenkasse frühzeitig vorzulegen.

Ausgenommen von dieser Genehmigungspflicht bleiben Verordnungen von Fahrten zu einer ambulanten (vor- oder nachstationären) Behandlung im Krankenhaus gemäß § 115 a SGB V oder zu einer ambulanten Operation gemäß § 115 b SGB V.

Fahrten zur stationären Behandlung sind von dieser Neuregelung nicht berührt. Die Kran-

kenkassen übernehmen auch weiterhin - unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung- bei zwingenden medizinischen Gründen (z. B. in medizinischen Notfällen) die Kosten für Rettungsfahrten zum Krankenhaus.

Ansprechpartner:
Fachbereich Abrechnung
Fachbereich Prüfung

Achtung!!!
Nach Redaktionsschluss wurde bekannt, dass es hinsichtlich der Krankentransporte noch Änderungen bei der Auslegung der Richtlinien geben soll. Rücksprachen mit der jeweiligen Krankenkasse sind daher angebracht.

Kassen haben Termin verschlafen!

Erst am 11. Dezember vergangenen Jahres haben die verantwortlichen Krankenkassen den Druck für die Quittierung der Zuzahlungen (neu vereinbartes Muster 99) für die Praxisgebühr zum Druck freigegeben. Dies ist der Grund dafür, dass zu Jahresbeginn diese Muster nicht flächendeckend zur Verfügung standen.

Dies ist umso bedauerlicher, da das Muster 99 schon lange vorher - so die KBV in einem Rundschreiben an die KVen - mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen konsentiert worden war.

Aus diesem Grund können hilfsweise das Vordruckmuster 16 oder aber auch eine formlose Bescheinigung längstens bis zum 1. April 2004 zur Quittierung verwendet werden.

Die KBV geht jedoch davon aus, dass bis Mitte, Ende Januar die vereinbarten Formulare in einer Stückzahl von 100 Millionen bundesweit vorliegen werden.

Wir werden Sie, wenn dies der Fall ist, umgehend informieren.

Ansprechpartner:
Formularausgabe, Tel.: 0331/23 09-401

Verordnung von Sprechstundenbedarf für Sozialhilfeempfänger und Asylbewerber

Zur Behandlung von Sozialhilfeempfängern und Asylbewerbern sowie zur Verordnung von Sprechstundenbedarf für diese Gruppe erreichen die KV Brandenburg zahlreiche Anfragen. Obwohl nach wie vor eine Reihe von Details ungeklärt sind, ist Folgendes festzustellen:

Nur ein Teil der Sozialhilfeempfänger und Asylbewerber ist bereits gesetzlich krankenversichert, sichtbar am Besitz einer Krankenversicherungskarte. Ein anderer Teil ist im Besitz einer Bescheinigung einer gesetzlichen Krankenkasse. In beiden Fällen ist sowohl die Praxisgebühr zu kassieren als auch die Behandlung und Verordnung analog

jedes anderen gesetzlich Krankenversicherten zu verfahren.

Ein Teil der Sozialhilfeempfänger und Asylbewerber wird jedoch auch weiterhin mit einem Berechtigungsschein des Sozialamtes in der Praxis erscheinen. Für diese Gruppe muss der **Sprechstundenbedarf**, einschließlich der Röntgenkontrastmittel, wie bisher **zu Lasten des Sozialamtes verordnet** werden. Eine Ausnahme bildet das Sozialamt Potsdam. Hier erfolgt die Abrechnung mittels einer SSB-Pauschale je Behandlungsfall über die SNR 9403.

Ansprechpartner:
Fachbereich Prüfung

ANZEIGE

Achtung!!! Aktuelle Abrechnungshinweise

Koloskopie

Mit der Änderung zur Qualitätsanforderung und der Bewertung hat sich auch der Leistungsinhalt der Koloskopie zum 01.10.2002 verändert (veröffentlicht im Deutschen. Ärzteblatt, Heft 38 vom 20.09.2002).

Alle unter den GNR 156 und 764 unter **"einschließlich"** aufgezählten Leistungen sind Bestandteil der Koloskopie und **nicht gesondert berechnungsfähig**. Sie können somit auch **nicht** mittels Überweisung angefordert werden.

Insbesondere sei hier auf Laboruntersuchungen zur Bestimmung des Gerinnungsstatus, Foto-/Videodokumentation sowie Beratungen verwiesen, die alle **obligate Bestandteile** der Koloskopie sind. Das bedeutet, dass auch zur Koloskopie überweisende (Haus)ärzte diese Labordiagnostik nicht per Überweisung veranlassen oder in der Laborgemeinschaft abrechnen dürfen.

DMP Diabetes AOK

Wie uns die AOK für das Land Brandenburg mitteilte, hat der AOK Bundesverband beschlossen, DMP-Verträge KV-übergreifend anzuerkennen. Im Land Brandenburg können daher alle AOK-Versicherten unabhängig davon, bei welcher AOK der Patient versichert ist, entsprechend dem DMP-Vertrag mit der AOK Brandenburg eingeschrieben und behandelt werden.

Ein DMP-Versicherter ist von der Zahlung der **Praxisgebühr** bei seinem

koordinierenden Vertragsarzt befreit, die SNR 8040D ist auf dem Behandlungsausweis anzugeben.

Dies gilt **nicht für Ärzte**, die den koordinierenden Vertragsarzt **vertreten**.

Ambulantes Operieren

Zum 01. Januar 2004 tritt - gleichzeitig mit dem Vertrag nach § 115b SGB V - die neue "Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationärsersetzenden Leistungen" in Kraft.

Somit entfällt ab dem 01.01.2004 das Ausfüllen der bis dahin geltenden "Basisdokumentation Ambulantes Operieren" sowie die Abrechnung der SNR 7125 auf dem Abrechnungsschein.

Bis zum 30.06.2004 gilt nach § 15 der o.g. Vereinbarung eine Übergangsregelung. Danach kann der Vertragsarzt diese Leistungen auch weiterhin abrechnen, wenn diese schon vor dem Inkrafttreten der neuen Vereinbarung erbracht wurden.

Die Übergangsregelung gilt auch für diejenigen Leistungen, welche neu in den Leistungskatalog "Ambulantes Operierens" aufgenommen wurden.

(Neuregelung veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 37 vom 12.09.2003)

Siehe auch "KV-intern", Dezember 2003, Seite 24, 25.

Bitte beachten Sie den farbigen Beileger in diesem Heft mit Fragen und Antworten rund um die "Praxisgebühr".

Achtung!!! Aktuelle Abrechnungshinweise

Pauschalerstattungen

Änderung von Pauschalerstattungen für Sach- und Dienstleistungen bei der Behandlung mit renalen Ersatzverfahren und extrakorporalen Blutreinigungsverfahren

Mit Wirkung vom 01.01.2004 sind für den Bereich der Ersatzkassen die bundeseinheitlichen Dialysesachkostenpauschalen des EBM nach den GNR 7267(F), 7268(F), 7269(F) und 7273(F) abzurechnen.

Der Nachweis über das Vorliegen eines manifesten behandlungspflichtigen Diabetes erfolgt durch die einmalige Angabe des diagnosebegründenden Nüchternblutglukosewertes (über 110 mg/dl im kapillaren Vollblut oder über 126 mg/dl im venösen Plasma). Den Nüchternblutglukosewert schreiben Sie bitte hinter der Gebührennummer als Leistungsbegründung auf den Abrechnungsschein.

(Deutsches Ärzteblatt, Heft 01 vom Januar 2004 und Heft 50 vom 12. 12. 2003)

Künstliche Befruchtung

Gemäß den Änderungen im SGB V ist im Rahmen von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ein Eigenanteil des Versicherten von 50 % der Leistungen zu entrichten.

Wir empfehlen Ihnen, für die Berechnung des 50 %-Anteils an den Kosten grundsätzlich den kassenspezifischen Punktwert für ICSI anzuwenden. Eine Veröffentlichung findet regelmäßig mit

dem Abschluss der Quartalsabrechnung in KV intern statt.

Die Mitarbeiter der KVBB erteilen Ihnen ebenso Auskunft.

Sofern Verordnungen vorgenommen werden müssen, empfehlen wir, auf dem Verordnungsblatt den Vermerk "50 % Kostenbeteiligung" zu ergänzen. Damit ist der Apotheker angehalten, die 50 % als Eigenanteil einzubehalten.

BMV-Änderungen

Mit Wirkung vom 01.01.2004 wurden verschiedene Paragraphen des Bundesmantelvertrages geändert.

Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie können künftig nur noch auf Überweisung zur Durchführung von Auftragsleistungen (Definitions- oder Indikationsauftrag) in Anspruch genommen werden (§ 13 Abs. 4 BMV-Ä). Eine Modifizierung wird auf Bundesebene angestrebt

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass für die Notwendigkeit der Auftragserteilung der auftragserteilende Arzt verantwortlich ist. Aufträge können ggf. bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung des veranlassenden Arztes berücksichtigt werden.

Überweisungen an einen Arzt derselben Arztgruppe sind **nur zulässig** zur:

1. Inanspruchnahme besonderer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in zu begründenden Einzelfällen als Auftragsleistung. Hierbei handelt es sich um

Achtung!!! Aktuelle Abrechnungshinweise

Leistungen, die vom behandelnden Arzt nicht erbracht werden und für die in zumutbarer Entfernung kein Arzt einer anderen Arztgruppe, in deren Gebiet die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden fallen, zur Verfügung steht;

2. Übernahme der Behandlung durch einen anderen Arzt bei Wechsel des Aufenthaltsortes des Kranken (Mit- und Weiterbehandlung);

3. Fortsetzung einer abgebrochenen Behandlung (Mit- und Weiterbehandlung, § 24 Abs. 4 BMV-Ä).

(Deutsches Ärzteblatt, Heft 48, Nov. 03)

Für die Angabe einer Begründung bei Auftragsleistungen innerhalb der Arztgruppe bitten wir Sie das Feld "Auftrag, Diagnose, Verdacht" in der Form (AB: Begründung) zu verwenden.

(Deutsches Ärzteblatt, Heft 48, Nov. 2003)

Arztabrechnung per EDV

Nach § 295 Abs. 4 i. V. m. § 75 Abs. 7 SGB V wurden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Richtlinien über den Einsatz von EDV-Systemen zum Zwecke der Abrechnung erlassen.

Diese Richtlinien gelten für alle an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte, ärztlich geleiteten Einrichtungen und medizinischen Versorgungszentren, ermächtigte Ärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeuten

sowie für die in Notfällen in Anspruch genommenen Krankenhäuser.

Demnach ist ab dem 01.07.2004 zum Zwecke der Abrechnung ein seitens der KBV zertifiziertes Praxisverwaltungssystem einzusetzen. § 42 BMV-Ä bzw. § 35 EKV bleiben davon unberührt.

Vertragsärzte können ihre Kassenärztliche Vereinigung längstens bis zum Beginn der flächendeckenden Einführung der Gesundheitskarte nach § 291a SGB V (1. Januar 2006) beauftragen, das maschinelle Einlesen der Abrechnung durchzuführen.

Deutsches Ärzteblatt, Heft 1-2, Jan. 2004

Grundimmunisierung

Mit einem Schreiben vom 17.12.2003 erklärt die AOK für das Land Brandenburg stellvertretend für die Primärkassen in Brandenburg, dass Grundimmunisierungen gemäß der gültigen, von der STIKO empfohlenen Standardimpfungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche möglichst vollständig erfolgen sollen.

Die Kosten werden auch nach dem 18. Geburtstag der Versicherten für die **Komplettierung** der Grundimmunisierung von den Krankenkassen übernommen, sofern sie vor Vollendung des 18. Lebensjahres begonnen wurden und zeitgerecht fortgesetzt und abgeschlossen werden.

Die Umsetzung dieser Empfehlung erfolgt mit der Quartalsabrechnung IV/2003.

Ansprechpartner:

Herr Steiner, FBL Abrechnung, Tel.: 0331/23 09-451

Verordnung therapeutischer Sehhilfen

Ergebnisse der Verhandlungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen am 12. Januar 2004

In einem Schreiben vom 12. Januar 2004 informiert die KBV über die Ergebnisse der Verhandlungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen zum Thema "Verordnung therapeutischer Sehhilfen".

In dem Schreiben heißt es: "Aufgrund teilweise sich widersprechender Berichte in der Öffentlichkeit ist es im Zusammenhang mit der Verordnung therapeutischer Sehhilfen sowie den Regelungen zur Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V zu einer erneuten Verhandlungsrunde mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen am heutigen Tage, dem 12. Januar 2004 gekommen. Das Ergebnis dieser Beratungen lässt sich wie folgt darstellen:

1. Ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der Verordnung therapeutischer Sehhilfen

Für vertragsärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der Verordnung therapeutischer Sehhilfen haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf der Grundlage des Schreibens des BMGS vom 07. Januar 2004 auf folgende gemeinsame Regelung geeinigt:

1.1. Ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Sehbrillen

Die ärztliche Untersuchung, Verordnung und nachfolgende Anpassung der Sehbrille ist immer zu Lasten der gesetzli-

chen Krankenversicherung abzurechnen, auch dann, wenn die verordnete Sehbrille nicht zu Lasten der GKV bezogen werden kann. Dies gilt auch für ärztliche Teilleistungsschritte, wie z. B. die Überprüfung des binokularen Zusammenspiels beider Augen.

Eine Ausnahme sind die ärztlichen Leistungen bei der Verordnung spezifischer Sehbrillen für den sogenannten Bildschirmarbeitsplatz. Hier sind die gegebenenfalls notwendigen ärztlichen Arbeitsschritte der Anpassung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen.

1.2. Ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit der Verordnung von Kontaktlinsen

Nach wie vor gelten hier die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (künftig des Gemeinsamen Bundesausschusses) die festlegen, wann die Indikation für die Korrektur einer Sehschwäche mittels Kontaktlinsen in der gesetzlichen Krankenversicherung gegeben ist. Die nicht vom BMGS beanstandete, aufgrund gesetzlicher Vorgaben zwischenzeitlich geänderte Richtlinie, lässt eine Verordnung zu Lasten der GKV bei verschiedenen Indikationen zu. Wir dürfen Sie bitten, die genauen Indikationen der Richtlinie zu entnehmen.

Festzustellen ist bei der Verordnung von Kontaktlinsen, dass die ärztliche Unter-

suchung und Verordnung immer eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ist und zwar unabhängig davon, ob die Kontaktlinsen zu Lasten der GKV verordnet werden können.

Die Anpassung der Kontaktlinsen (unter anderem Leistungsumfang der Leistung nach den Nummern 1210 bis 1214 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes) ist

jedoch nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung berechnungsfähig, wenn auch die Kontaktlinsen entsprechend einer der vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen festgelegten Indikation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet wurden."

Wir bitten dringend um Beachtung.

Wie ernsthaft kann die KV Brandenburg noch den Vertragspartner Krankenkasse nehmen? Zugegeben, diese Fragestellung ist etwas sehr zugespitzt. Aber sie stellt sich schon, wenngleich nicht in dieser formulierten Gesamtheit.

Das Papier nicht wert ...

Aber: Die Bahn-BKK teilt der KV Brandenburg in einem immerhin vierteiligen Schreiben mit, dass sie mit den für das Jahr 2002 (!) vertraglich vereinbarten Vergütungen nicht einverstanden sei und deshalb eine Rückzahlung in Höhe von 231.266,47 Euro einfordert.

Und um auch gar nicht erst Missverständnisse aufkommen zu lassen, wird diese grandiose Rückforderung noch geradezu getoppt mit dem Hinweis: "In diesem Zusammenhang beanstanden wir vorsorglich (vorsorglich ist gut, nicht?) schon jetzt die Abrechnungen für die Quartale des Jahres 2003 und 2004 dem Grunde nach ...".

Sind sie nicht nett, die Bahn-BKK-Oberen? Da kann man nur hoffen, dass ein solches Beispiel Schule macht und in der Kassenlandschaft möglichst viele Nachahmer findet. Denn dann müssten

sich die Ärzte in Brandenburg nicht mehr so sehr sorgen, wie sie ihre horrenden Honorare ausgeben könnten, sondern sie hätten dann immer noch den Ausweg, nach Jahresfrist einige Tausender an die einzelnen Kassen zurückzuzahlen! Na, kommt da nicht richtig Freude auf?

Ein solches Gebaren einer Krankenkasse ist, so meine ich, ein Skandal. Denn es bedeutet schlichtweg nichts anderes, als dass die einmal geschlossenen Verträge oder Vereinbarungen nicht einmal das Papier wert sind, auf das sie geschrieben wurden. Von der vorausgegangenen Arbeit, dem stunden- und tagelangen Verhandeln ganz zu schweigen.

Als wenn der Frust über das schlampige GMG nicht schon reichen würde. Aber es gibt offensichtlich immer noch etwas und jemanden, der für sich meint, Gesetze nach seiner Fassung interpretieren zu müssen. Es schüttelt mich, Ihr ...

... specht

PS: Gerade höre ich von meinem Baumhöhlenkollegen, dem Buntspecht, dass nicht die Bahn-BKK zu viel, sondern zu wenig gezahlt hat ... !!!

KVBB-Existenzgründerseminar: 20.03.2004

Die KV Brandenburg bietet mit dem Existenzgründerseminar die Möglichkeit, sich im Rahmen einer geplanten Niederlassung zu folgenden Themenschwerpunkten umfassend zu informieren:

- Der Weg zur Zulassung - formale Voraussetzungen und Rahmenbedingungen
- Honorarverteilung und vertragliche Regelungen der KVBB
- Steuerliche und betriebswirtschaftliche Aspekte
- Die Finanzierung der Arztpraxis
- Miet- und Kaufvertrag /Kooperationsformen
- Versicherungen in der Arztpraxis

Termin: Samstag, 20. März 2004, 09.00-16.30 Uhr

Ort: Potsdam

Teilnahmegebühr: 60,00 €/Person

Anmeldung: Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Frau Hoefs, Gregor-Mendel-Str.10, 14469 Potsdam
Tel.: (0331) 2309-313 Fax: (0331) 2309-383

Welche Daten in die Patientenquittung?

In den letzten Tagen erreichten die KV Brandenburg zahlreiche Anfragen zur Eingabe der zur Erstellung einer Patientenquittung erforderlichen Daten (Punktwerte und Quote) in die jeweilige Praxissoftware.

Vielfach ist jedoch die Eingabe von nach Leistungsbereichen differenzierten Punktwerten nicht möglich und auch die Systematik der Punktzahlgrenzvolumen des HVM der KVBB kann nicht abgebildet werden.

Wir empfehlen Ihnen daher, zur Erstellung der Patientenquittung den jeweils letztverfügbaren praxisindividuellen Mischpunktwert (aktuell aus II/03) zu

verwenden. Diesen können Sie der letzten Seite Ihrer Arztabrechnung/Summenblatt entnehmen (Liste: "ARZTABR", in der Zeile: "GESAMTSUMME" der unter Spalte: "Durchsch. PW" für den Gesamtleistungsbedarf ausgewiesene Punktwert).

Da dieser bereits das praxisindividuelle Ergebnis der Honorarverteilung unter der Systematik der Punktzahlgrenzvolumen des HVM der KVBB widerspiegelt, ist die Eingabe einer Quote nicht erforderlich (d.h. Quote 100%).

Ansprechpartner:
Fachbereich Abrechnungsmanagement

Forderung der KV Brandenburg erfüllt:

AOK erhöhte Vergütung für Diabetes- und Hypertonie-Schulungsmaterial!

Nach Forderung der KV hat die AOK eine Erhöhung der Pauschale für den Kostenersatz des Schulungsmaterials, SNR 9631 und 9633, der Anlage "Vergütung" des Vertrags zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137 f SGB V Diabetes mellitus Typ 2 mit Wirkung ab 01.01.2004 zugestimmt.

Damit erhöht sich die Vergütung von 8 auf nunmehr 9 Euro!

Sozialhilfeempfänger - was tun bei Chipkartenproblemen in der Praxis-EDV?

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes zum 01.01.2004 wird die überwiegende Zahl der Sozialhilfeempfänger und Asylbewerber den GKV-Versicherten leistungsrechtlich (nicht mitgliedschaftsrechtlich) gleichgestellt. Diese Versicherten erhalten eine Chipkarte der entsprechenden Krankenkasse mit einer Statusergänzung 4.

Die Abrechnung erfolgt innerhalb der GKV. Die Praxis-EDV erzeugt den Kostenträgerabrechnungsbereich 00.

Die KBV teilt mit, dass es bei diesem Vorgang vereinzelt zu Fehlern kommen

kann. Sollten bei Ihnen entsprechende Fehleraufschriften auftreten, empfiehlt die KBV zunächst das Ersatzverfahren anzuwenden. Sollte auch dieses Verfahren nicht möglich sein, wenden Sie sich bitte an Ihr Softwarehaus oder direkt an die KV Brandenburg.

Außerdem besteht die Möglichkeit, den betreffenden Abrechnungsschein ein Quartal zurückzuhalten. Nach Aussage der KBV sollte der Fehler umgehend behoben werden.

Ansprechpartner:

Frau Schwind, Tel.: 0331/23 09-270

Seminare mit der APO-Bank

- | | |
|-------------------|---|
| 10.03.2004 | 15.00 bis 19.00 Uhr
"Die Gemeinschaftspraxis: das Multitalent richtig nutzen" |
| 27.10.2004 | 15.00 bis 19.00 Uhr
"Erfolge genießen - Wege zur intelligenten Vermögensanlage" |

Beide Seminare werden gemeinsam mit der KZV-Land Brandenburg in der Helene-Lange-Str. 4-5 stattfinden.

Anmeldung: Frau Baumgarten, Tel.: 0331/23 09-260

Unser Service-Tipp

Wohin mit verbrauchten Batterien?

In Arztpraxen fallen viele Altbatterien und -akkus an. Doch wie entsorgen? Wohin mit den Altbatterien?

Fest steht: Altbatterien gehören nicht in den Hausmüll! Eine sinnvolle Möglich-

keit der Entsorgung bietet die Stiftung "Gemeinsames Rücknahmesystem" (GRS). Sie stellt allen interessierten Arztpraxen unentgeltlich 30 Kg-Sammelbehälter zur Verfügung, die ebenso unentgeltlich abgeholt werden.

Hierzu genügt ein Anruf im GRS-Service-Center unter 01805/805030.

Mehr über das GRS erfahren Sie auch im Internet unter www.grs-batterien.de.

Unser Buch-Tipp

Einfach gesund bleiben

L-Carnitin ist ein vitaminartiger Nährstoff, den der Körper selbst herstellt und der auch in der Nahrung vorkommt. Er ist wichtig für die körpereigene Energiebereitstellung und unseren gesamten Organismus.

L-Carnitin verfügt über Eigenschaften, die bei gesundheitlichen Fragen, die speziell Frauen beschäftigen, von Bedeutung sind. Er transportiert Energie in die Zellen und unterstützt den Fettabbau. Es schützt den Herzmuskel vor Sauerstoffmangel und trägt dazu bei, dass sich die Muskeln nach Belastung schneller erholen.

Sie erhalten Informationen, wie jede Frau die gesundheitsfördernde Wirkung

von L-Carnitin im Alltag nutzen kann: Zur Unterstützung von Diäten, während der Schwangerschaft oder als Energielieferant.

Informationen finden Sie zu folgenden Schwerpunkten:

- Der Weg von der Nahrung zur Lebensenergie des Menschen;
- Ernährungssituation heute - Hunger im Schlaraffenland;
- Nährstoffbedarf und Nährstoffmangel
- Was ist eigentlich L-Carnitin?
- Warum L-Carnitin für Frauen so wichtig ist;
- Übergewicht, Idealfigur und Diätenwahn.

2003, 96 Seiten, 46 Abbildungen, 12 Tabellen, 15,5 x 21,0 cm, kartoniert, ISBN 3-87706-884-7, □ 12,90

Neue Notfalldienstregelungen

ab 1. Januar 2004 landesweit in Kraft

Wir weisen noch einmal auf die neuen Regelungen im Notfalldienst hin, die landesweit ab dem 1. Januar 2004 in Kraft sind.

Bitte beachten Sie die entsprechenden Veröffentlichungen in "KV-intern" 12/03, Seite 6 und Seite 33; 11/03, Seite 24 und 25; 10/03, Seite 5 ff; 9/03, Seite 11 und 12 sowie die entsprechenden Informationen im Internet unter www.kvbb.de.

Ansprechpartner zu allen Fragen des Notfalldienstes: Servicestelle Cottbus, Herr Herbst, Tel.: 0355/496-310

Neue Therapieempfehlung "Angst- und Zwangsstörungen" eingeführt

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 jetzt 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 Wirk-

samkeit in der Therapie von Angststörungen durch klinische Studien hinreichend gesichert ist.

Diese Empfehlungen repräsentieren den Konsens der jeweiligen Fachmitglieder, der allgemeinmedizinischen Kommissionsmitglieder und des Vorstandes der Arzneimittelkommission.

Bestellung:

Allgemeine Verwaltung der KVBB,
Bereich Formularwesen,
Tel.: 0331/2309-401

Neue Therapiekonzepte in der Onkologie

Die Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Land Brandenburg e. V. kurz LAGO, lädt zur Fortbildungsveranstaltung "Neue Therapiekonzepte in der Onkologie - Möglichkeiten der Finanzierung" an folgenden Terminen ein:

- 11. Februar 2004**, 16.00 Uhr, Schwedt
- 10. März 2004**, 16.00 Uhr, Schwedt
- 17. März 2004**, 16.00 Uhr, Cottbus
- 31. März 2004**, 19.00 Uhr,
Bad Saarow

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der dieser Ausgabe von "KV-intern" beiliegenden Einladungskarte.

Weiterbildung onkologische Krankenpflege

Seit dem 8. Januar ist die Weiterbildung in der onkologischen Pflege in Brandenburg per Gesetz geregelt. Zwei Bildungseinrichtungen bieten diese Weiterbildung im Land Brandenburg an:

Brandenburgisches Bildungswerk für Medizin und Soziales e.V.

14471 Potsdam, Zeppelinstraße 152
Tel.: 0331/9 67 22 0
www.bbwev.de

Institut für Weiterbildung in der Krankenpflege

14482 Potsdam, Fritz-Zubeil-Straße 10
Tel.: 0331/71 92 47
elisabeth.ressel@daa-bw.de

Aktuelle Informationen finden Sie in der Rubrik "Fortbildung" im Internet der KV Brandenburg.

Aktuelle Informationen finden Sie in der Rubrik "Fortbildung" im Internet der KV Brandenburg.

GMG-Änderungen im Verordnungsbereich ab 2004

Grundsätzlicher Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel

1. Nach dem Gesetzestext dürfen **nicht verschreibungspflichtige** Arzneimittel (AM) bis zur Neufassung der Arzneimittel-Richtlinien mit Begründung verordnet werden, wenn der Arzt diese bei schwerwiegenden Erkrankungen einsetzt und in diesem Fall für die Standardtherapie hält. **In Zweifelsfällen sollte eine Privatverordnung ausgestellt werden! Die Apotheken sind nicht verpflichtet, eine Überprüfung der Verordnungen vorzunehmen.**

Die Neufassung der Arzneimittel-Richtlinien ab 01.04.2004 enthält eine Ausnahmeliste der nicht verschreibungspflichtigen AM, die bei bestimmten Erkrankungen weiterhin zu Lasten der GKV verordnet werden können. Ein erster Arbeitsentwurf dieser Ausnahmeliste liegt der KV Brandenburg mittlerweile vor. Weiterhin verordnungsfähig wären demnach z.B. folgende Wirkstoffe nur bei der angegebenen Indikation:

- Pankreasenzyme zur Behandlung chronischer exokriner Pankreasinsuffizienz oder Mucoviszidose
- Calciumverbindungen und Vitamin D zur Behandlung der manifesten Osteoporose
- Kaliumverbindungen (Monopräparate) zur Behandlung der Hypokaliämie
- Parenterale Magnesiumverbindungen zur Behandlung bei erhöhtem Eklampsierisiko
- Phosphatbinder und Acidosetherapeutika zur Behandlung der dialysepflichtigen Nephropathie
- Acetylsalicylsäure (bis 300 mg) in der Nachsorge von Herzinfarkt und Schlaganfall
- Eisen-(II)-Verbindungen zur Behandlung von gesicherter Eisenmangelanämie
- Jodverbindungen zur Behandlung von Ulcera und Dekubitalgeschwüren
- Jodid zur Behandlung von Schilddrüsenerkrankungen
- Folate bei Methotrexat-Anwendung sowie in Kombination mit Fluorouracil zur Palliativbehandlung der kolorektalen Karzinoms
- Arzneistofffreie Infusions- und Elektrolytlösungen
- Lösungen zur parenteralen Ernährung
- Arzneimittel zur sofortigen Anwendung

2. Nicht verschreibungspflichtige AM dürfen weiterhin bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und bei **erheblich entwicklungsgestörten Jugendlichen** bis zum vollendeten 18. Lebensjahr verordnet werden.

GMG-Änderungen im Verordnungsbereich ab 2004

3. Schwangerschaft und Mutterschaft ist **kein** genereller Ausnahmetatbestand.
4. Der grundsätzliche Ausschluss nicht verschreibungspflichtiger AM betrifft auch **Rezepturen** (ggf. Rücksprache mit der Apotheke).
5. Im **Sprechstundenbedarf** sind sie aber weiterhin verordnungsfähig.
6. 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.

Aut- idem, Importregelung:

7. Die **aut-idem-Regelung** in der jetzigen Form entfällt mit der Einführung neuer Festbeträge ab 01.04.04 - die obere Grenze des unteren Preisdrittels wird künftig zum Festbetrag. Der Arzt kann eine Substitution nur noch durch das Ankreuzen auf dem Rezept ausschließen.
8. Für **Import-Arzneimittel** gilt seit dem 01.01.2004 wieder ein Preisabstand zum Original von mindestens 15% oder 15 Euro.

Neue Preisbildung bei AM:

9. Verschreibungspflichtige AM, die bisher mehr als 28,51 Euro kosteten, wurden billiger, unterhalb dieser Grenze werden sie z.T. drastisch teurer. Da praktisch kein verschreibungspflichtiges AM weniger als 9,50 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, wenn der Apothekenabgabepreis unter 5 Euro liegt).
10. Verschreibungspflichtige Rezepturen werden durch die Erhöhung des Arbeitspreises ebenfalls teurer.
11. Besonders bei sehr preiswerten Präparaten sind die Preisunterschiede zwischen den Packungsgrößen im Verhältnis zum Inhalt äußerst gering. Bei **Dauertherapie** sollte hier **stets die größte Normpackung** verordnet werden.

Beispiele:

Diazepam ratiopharm 5 mg Tbl.	10 ST	9,71 □ (bisher: 0,55 □)
Diazepam ratiopharm 5 mg Tbl.	20 ST	9,92 □ (bisher: 0,89 □)
Diazepam ratiopharm 5 mg Tbl.	50 ST	10,66 □ (bisher: 2,15 □)

GMG-Änderungen im Verordnungsbereich ab 2004

Neue Zuzahlung bei AM:

12. Die Zuzahlung beträgt 10%, mindestens aber 5, höchstens 10 Euro. Die Zuzahlung wird pro Packung erhoben.
13. Verordnungsfähige AM müssen weiterhin die Angabe N1, N2 oder N3 tragen, die aber nicht mehr die Zuzahlungsstufe ausdrückt.
14. Die Negativliste gilt weiter.

Verbandstoffe, Teststreifen, Diätetika und apothekenpflichtige Medizinprodukte:

1. Diese Mittel sind weiterhin verordnungsfähig.
2. Teststreifen sind zuzahlungsfrei.
3. Für alle anderen Mittel gilt die Regelung analog den AM, also 10% des Preises, jedoch mindestens 5, höchstens 10 Euro. Die Zuzahlung wird im Gegensatz zum Vorjahr pro Packung erhoben! Im Interesse der Patienten sollte der Arzt, ggf. in Rücksprache mit einer Apotheke, im Markt verfügbare Packungsgrößen verordnen: für eine Packung mit 10 Idealbinden hat der Patient höchstens 10 Euro, für 8 einzelne Binden aber 40 (8 x 5) Euro an Zuzahlungen zu leisten.

Heilmittel:

1. Heilmittel sind weiterhin verordnungsfähig.
2. Die Zuzahlung beträgt **10% der Kosten, zuzüglich 10 Euro pro Rezept**, auch wenn mehrere Heilmittel auf einem Blatt verordnet werden.
3. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die jeweils gültigen Zuzahlungsbeträge mitzuteilen, wenn Massagen, Bäder und Krankengymnastik als ärztliche Leistung in der Praxis erbracht werden. Da eine entsprechende Meldung für das 1. Quartal 2004 nicht erfolgt ist, gelten die bisherigen Beträge vorerst weiter. Eine Verpflichtung zum Einzug der Rezeptgebühr von 10 Euro wird nicht gesehen. Diese Frage muss noch auf Spitzenebene geklärt werden.

Künstliche Befruchtung:

Nach § 27 a SGB V übernehmen die Krankenkassen nach Genehmigung eines Behandlungsplanes fortan nur noch 50% der Kosten für die erforderlichen Maßnahmen. Dies betrifft auch die Kosten für benötigte Arzneimittel, ggf. auch Hilfsmittel. Verordnungen im Rahmen einer **künstlichen Befruchtung** sind mit dem Vermerk "Verordnung nach § 27a SGB V" zu kennzeichnen. Die Apotheke behält dann 50% der Verordnungskosten von der Patientin ein.

Veränderungen der Wirksamkeit von Arzneimitteln im Alter

Vortrag von Prof. Dr. E. Haen beim 3. Regensburger Symposium zur klinischen Pharmakologie "Der multimorbide Patient"
- Auszug aus AMT 2003; Heft 11; S.353 -

Viele physiologische Variablen ändern sich im Laufe des Alters. Dies kann zu einer veränderten Wirksamkeit von Pharmaka sowohl mit Blick auf die pharmakologischen als auch die pharmakodynamischen Eigenschaften führen.

Das betrifft zum Beispiel die Abnahme des oxidativen Metabolismus in der Leber, die Zunahme des relativen Anteils an Fettgewebe im Körper und die Abnahme der Ausscheidung, die empfindlichere Reaktion des zentralen Nervensystems auf sedierende sowie des Kreislaufs auf blutdrucksenkende Medikamente.

Zu den Frühsymptomen unerwünschter Arzneimittelwirkungen im Alter zählen Muskelschwäche, Stürze, Symptome beginnender Demenzerkrankungen, Müdigkeit, Depressionen, Appetitlosigkeit und Exsikkose. Weiterhin können die im Alter häufigen Komorbiditäten durch Medikamente verschlechtert werden, zum Beispiel eine Niereninsuffizienz durch die Anwendung von Schmerzmitteln.

Verallgemeinerungen sind jedoch nicht möglich. Deshalb sollte die Indikation für ein neues Medikament beim alten Menschen besonders sorgfältig gestellt werden; je weniger Medikamente, desto besser. Die Verschreibungsschemata

sollten möglichst einfach und verständlich sein. Dies steht jedoch im krassen Gegensatz zur Polypharmazie im Alter, die leider die Regel zu sein scheint.

Leitsätze für die Pharmakotherapie im Alter

Eine erfolgreiche Arzneimitteltherapie im Alter sollte sich stets um Folgendes bemühen:

- Die Zahl der eingesetzten Pharmaka ist so weit wie möglich zu beschränken.

- Für jedes einzelne neu zu verordnende Medikament ist die Indikation und die mögliche Nutzen-Risiko-Bewertung kritisch zu hinterfragen.

- Bei den einzusetzenden Dosen ist zwischen der Sättigungsdosis und der Erhaltungsdosis zu unterscheiden, die Sättigungsdosis ist möglicherweise zu niedrig gewählt, die Erhaltungsdosis eher zu hoch.

- Im Interesse einer guten Compliance sind die Behandlungsschemata möglichst einfach und verständlich zu halten. Außerdem muss bei der Beurteilung des Verlaufs bestehender Krankheitsprozesse immer berücksichtigt werden, dass der Verlauf chronischer Erkrankungen durch Arzneimittelwirkungen verschlechtert werden kann.

Fallbeispiel

Meine Großmutter Ami war eine sehr rüstige, liebevolle Frau. Sie hatte großen Respekt vor weißen Kitteln. Im Alter von sechs Jahren hat ein "Herr Dr. Friederich" bei ihr einen Herzfehler diagnostiziert. Ihre Lebenserwartung wurde mit zehn Jahren berechnet - was für mich fatal gewesen wäre!

Sie wurde von ihren Eltern daraufhin grenzenlos verwöhnt. So musste sie nicht mehr in die Schule gehen, sondern bekam einen Hauslehrer. Trotz aller medizinischen Kunst wurde sie 93 Jahre alt. Wie viele "Dr. Friederichs" sie überlebt hat, ist nicht überliefert!

Seit ich denken kann, hat Ami hohe Blutdruckwerte, die die Familie in Angst versetzt. Systolische Werte über 220 mm Hg waren die Regel. Mitte der siebten Lebensdekade trat ein "Altersdiabetes" auf. Entsprechende Diätempfehlungen wurden von Ami nur sehr lückenhaft umgesetzt.

Auf ihre Käse-Sahne-Torte konnte und wollte sie nicht verzichten. Tagsüber, wenn sie allein war, hat sie nichts gegessen, dafür abends zusammen mit ihrer Tochter Kartoffeln, die sie leidenschaftlich gern aß, in großen Mengen.

Als sie mit Anfang 90 schließlich wegen der sich allmählich ausbildenden, diabetesbedingten Blindheit nichts mehr sehen konnte, und wegen der nicht behandelten Otosklerose nahezu taub war, hatte sie kaum noch eine Möglichkeit, mit ihrer Umgebung zu kommunizieren.

Dies mag der Grund für ihre zunehmende Beschränkung auf sich selbst, für das Nachlassen ihrer geistigen Fähigkeit und somit für ihren Tod an "Alterschwäche" mit 93 Jahren gewesen sein.

Als Ami mit 88 Jahren zu Besuch kam, brachte sie in einer Schuhschachtel die aufgelisteten 14 Medikamente mit:

- Lanitop
- Aldactone - Saltucin

ANZEIGE

- Encephabol forte
- Glutril
- Trental 400
- Nolvadex
- Gastrosil Trpf.
- Valium
- Catapresan
- Ludiomil
- Dipiperon Saft
- Dihydergot
- Vertigo-Vomex
- Nedolon

Alle 14 sollte sie zum Frühstück nehmen. Nach etwa zwei bis drei meinte sie: "Jetzt habe ich keine Lust mehr, die anderen nehme ich später." Wie viel und vor allen Dingen was sie von ihren Medikamenten tatsächlich genommen hat, war nie festzustellen.

Mein Bruder und ich, damals beide Medizinstudenten, haben ihr beizubringen versucht, dass das einzig wirklich wichtige Medikament das Digitalispräparat Lanitop wäre, da wir davon überzeugt waren, dass sie das Digitalispräparat wegen ihrer Herzfehlerbedingten Herzinsuffizienz unbedingt benötigte.

Ami hatte das verstanden: "die kleine Gelbe", wie sie das Lanitop liebevoll nannte, war für sie lebensrettend. "Die kleine Gelbe" nahm sie fortan regelmäßig, vor allen Dingen wenn es ihr

schlecht ging: wenn es ihr nicht gleich besser ging, nahm sie schon auch mal eine zweite oder eine dritte hinterher.

Um das Chaos in ihrer Schuhschachtel zu sortieren, haben mein Bruder und ich einen dieser handlichen Kästen besorgt, in die die Medikation einer ganzen Woche nach morgens, mittags, nachmittags und abends hineinsortiert werden kann. Ami war aber viel schlauer als wir; sie hatte schnell herausbekommen, dass der Kasten 28 Felder besaß.

Somit konnte man die Medikation eines ganzen Monats hineinsortieren, wenn man über die lästige Unterscheidung morgens, mittags, nachmittags und abends hinwegsaß und in jedes Fach die Tabletten, Dragees etc. eines ganzen Tages sortierte. Zahllose der bunten Pillen fanden sich übrigens regelmäßig nach diesen Sortierübungen unter dem Tisch, an dem sie vorgenommen wurden

PS.

*Anmerkung der Redaktion:
Es handelt sich sicher um ein Extrembeispiel. Wie viele solcher Beispiele gibt es aber ...*

Marianna Kaiser, Birgit Henschel
Beratende Apothekerinnen
Tel.: 0331/23 09-200; -210

Bitte beachten Sie den farbigen Beileger in diesem Heft mit Fragen und Antworten rund um die "Praxisgebühr".

Erste Krankheitskostenstudie liefert Status zur COPD in Deutschland

Die Behandlung der COPD ist derzeit die kostenintensivste Lungenerkrankung in Deutschland.

Dies ergab die erstmalig durchgeführte Krankheitskostenstudie zu COPD. Bei einer angenommenen Prävalenz von 3,3 Prozent - das sind ca. 2,7 Millionen COPD-krankte Bundesbürger - ergeben sich jährlich Gesamtkosten von 8,21 Mrd. Euro. Dies entspricht in etwa dem vierfachen Kostenaufwand der Asthma-Behandlung. Im Detail verdeutlichen die Ergebnisse der Studie, dass die Kostensteigerung unmittelbar vom Schweregrad und den stationär behandelten Exazerbation dominiert werden.

Im Rahmen der Studie wurde der Krankheitsverlauf, das Behandlungsvorgehen und die damit verbundenen Kosten von COPD-Patienten retrospektiv für das gesamte Jahr 2001 erfasst. Die Vorstudie ermittelte Daten von 814 zufällig ausgewählten Patienten zur Verteilung der COPD-Schweregrade und der Kostenfaktoren.

In der Hauptstudie wurde der Ressourcenverbrauch von 321 Patienten detailliert auf Basis der Krankenakte dokumentiert. Insgesamt nahmen 83 niedergelassene Allgemeinärzte, Internisten und Pneumologen aus ganz Deutschland an der Studie teil.

Die Daten erlauben neben der volkswirtschaftlichen Perspektive auch eine Betrachtung aus GKV-Sicht sowie die Zuordnung der Kosten auf die verursachenden Faktoren. So wurden neben

Krankenhausaufenthalten als Hauptkostentreiber und den Ausgaben für Medikamente, auch Fehlzeiten am Arbeitsplatz, Erwerbsunfähigkeitsrenten sowie Belastungen anderer Sozialversicherungszweige berücksichtigt.

Die Behandlung eines COPD-Patienten belaufen sich aus volkswirtschaftlicher Sicht auf durchschnittlich 3.027 Euro pro Jahr. 64 Prozent dieser Kosten werden von der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) getragen.

Im Vergleich zu einer leichten COPD-Erkrankung steigen die Kosten bei einer schweren COPD-Erkrankung etwa um den Faktor 2,8 an. Rund 40 Prozent der Kosten werden durch Exazerbationen verursacht, 60 Prozent sind durch die Basisversorgung der Erkrankung bedingt.

Dem Preis einer adäquaten und effektiven Behandlung von COPD-Patienten müssen die Einsparungen durch die Vermeidung kostenintensiver Exazerbationen gegenübergestellt werden sowie die Steigerung der Lebensqualität der Patienten. Ein Schritt in die richtige Richtung wäre die leitliniengerechte Behandlung von COPD-Patienten mit anticholinergen Bronchodilatoren.

Klinische Daten belegen, dass durch den Einsatz dieser Medikamente schwere Exazerbationen, die zu stationären Klinikaufenthalten führen, um 47 Prozent versus Placebo bzw. 38 Prozent versus Atrovent gesenkt werden können (Vincken et. Al., 2002).

Zulassungen und Ermächtigungen

Neuzulassungen

Dr. med. Siegfried Bartho,
Facharzt für Pathologie in Königs Wusterhausen
ab 01.01.2004

Hans-Jürgen Fellmann,
Facharzt für Psychiatrie (ausschließlich psychotherapeutisch tätig) in Potsdam
ab 03.12.2003

Dr. med. Stefanie Franz,
Fachärztin für Innere Medizin in Wandlitz
ab 01.01.2004

Hans-Jörg Freytag,
Facharzt für Innere Medizin in Rangsdorf
ab 01.01.2004

Dr. med. Bodo Krüger,
Facharzt für Innere Medizin in Zossen
ab 17.12.2003

Kristin Mentzel,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Wittstock
ab 10.12.2003

Dr. med. Petra Nolting,
Fachärztin für Augenheilkunde in Wandlitz
ab 05.01.2004

Dr. medic/R. Manulita Svetlana Renke,
Fachärztin für Augenheilkunde in Jüterbog
ab 01.01.2004

Dr. med. Sabine Spahn,
Fachärztin für Diagnostische Radiologie in Königs Wusterhausen
ab 01.01.2004

Dr. med. Karen Tanger,
Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin
ab 01.01.2004

Ermächtigungen

Joachim Brecht,
Facharzt für Chirurgie an der Gesundheitseinrichtung in Senftenberg,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der therapeutischen und methaphylaktischen Betreuung von Tumorpatienten, die von Herrn Brecht operiert wurden, für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.03.2006.

Dr. med. Bernd Christensen,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an den Ruppiner Kliniken in Neuruppin,
ermächtigt auf Überweisung von Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die weiterführende differentialdiagnostische Sonographie, für die Hysteroskopie, zur Kontrastmitteleinbringung, zur Durchführung ambulanter Chemotherapien sowie zur Planung der Geburtsleitung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge gem. § 5 Abs. 1 BMV-Ä und § 9 Abs. 2 BMV-Ä/EK in Verbindung mit den Mutterschaftsrichtlinien gem. Teil B Nr. 6 für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.03.2006.

Dr. med. Friedrich Dreßler,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Klinikum "E. v. Bergmann" in Potsdam,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die onkologische Nachsorge bei Karzinompatientinnen, zur konsiliarischen Beratung bei gynäkologischen Problemfällen sowie auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Planung der Geburtsleitung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge gem. § 5 Abs. 1

BMV-Ä und § 9 Abs. 2 BMV-Ä/EK in Verbindung mit den Mutterschaftsrichtlinien gem. Teil B Nr. 6 für die Zeit vom 01.01.2004 bis zum 31.12.2005.

Priv.-Doz. Dr. med. Georg Ebersbach,
Facharzt für Neurologie am Neurologischen Fachkrankenhaus für Bewegungsstörungen/Parkinson der Kliniken Beelitz GmbH in Beelitz-Heilstätten,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie, Nervenärzten und Fachärzten für Neurochirurgie bzw. entsprechenden Fachärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Mitbehandlung von Parkinson-Problemfällen und Patienten mit Apomorphin-Pumpen und Tiefenhirn-Simulatoren für die Zeit vom 01.01.2004 bis zum 31.12.2005.

Dr. med. Achim Franzen,
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde an den Ruppiner Kliniken in Neuruppin,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für HNO-Heilkunde bzw. Fachärzten für HNO-Heilkunde in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für eine konsiliarische Tätigkeit auf dem Gebiet der HNO-Heilkunde für die Zeit vom 01.01.2004 bis zum 31.03.2006.

Dipl.-Med. Ronald Hartmann,
Facharzt für Innere Medizin am Krankenhaus Elsterwerda,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung der Herzschrittmacherkontrolle sowie auf Überweisung von Fachärzten, die Farbdoppler-Echokardiographien durchführen zur weiterführenden echokardiographischen Untersuchung für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.03.2006.

Joachim Herbstleb,
Facharzt für Innere Medizin am Krankenhaus Hennigsdorf,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen fachärztlich tätigen Internisten und fachärztlich tätigen Internisten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für besondere diagnostische Leistungen auf dem Gebiet der Kardiologie:

- Kontrolle des implantierten Kardioverters/Defibrillators (ICD)
- zweidimensionale echokardiographische Untersuchung in ruhe und unter physikalisch definierter und reproduzierbarer und/oder unter standardisierter pharmakodynamischer Stufenbelastung
- Kreislauffunktionsprüfung nach standardi-

ANZEIGE

Ärztehaus Dortustr. 4 in Potsdam

Arztpraxis zu vermieten in saniertem denkmalgeschützten Gebäude mit Aufzug direkt vom Eigentümer.

Bevorzugte Fachgruppen:

Kinderarzt, Frauenarzt, Nervenarzt, HNO-Arzt.

1. 120 qm, (Grundriss teilvariabel), Nettokaltmiete: 1.200 Euro

2. 82 qm, (Grundriss teilvariabel), Nettokaltmiete: 820 Euro.

Tel.: 0171-5328050

sierten Methoden, einschließlich der Dokumentation mittels Kipptisch für die Zeit vom 10.12.2003 bis zum 31.12.2005.

Dr. med. Hartmut Huget,
Facharzt für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Prenzlau,
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 31.12.2005.

Priv.-Doz. Dr. med. Markus Jungehülsing,
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde am Klinikum "E. v. Bergmann" in Potsdam,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen HNO-Ärzten bzw. HNO-Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für eine Konsiliartätigkeit auf dem Gebiet der HNO-Heilkunde für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Roland Karl,
Facharzt für Transfusionsmedizin beim DRK-Blutspendedienst, Institut Potsdam,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie am Klinikum Potsdam ermächtigt Ärzten für Bluttransfusionen und Laborleistungen, für zytogenetische Leistungen sowie auf Überweisung von niedergelassenen Laborärzten und Fachwissenschaftlern für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Gabriele Kucharzyk,
Fachärztin für Innere Medizin am Achenbach-Krankenhaus in Königs Wusterhausen,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Herzschrittmacherkontrolle für die Zeit vom 17.12.2003 bis 31.12.2004.

MR Dr. sc. med. Klaus Müller,
Facharzt für Orthopädie am Oberlinhaus in Potsdam,

ermächtigt für konsiliarische Untersuchungen und die Mitbehandlung von entwicklungsverzögerten Kindern und Jugendlichen bis zum Höchstalter von 23 Jahren auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V, soweit die Kinder und Jugendlichen im Oberlinhaus in Potsdam betreut werden sowie auf Überweisung von zugelassenen Orthopäden, Kinderärzten und als Praktische Ärzte niedergelassenen Kinderärzten bzw. entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V, soweit die Kinder und Jugendlichen nicht im Oberlinhaus in Potsdam wohnhaft sind für die Zeit vom 01.01.2004 bis 30.06.2004.

Dipl.-Med. Ingelore Nicks,
Fachärztin für Chirurgie am Klinikum Uckermark in Schwedt,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die onkologische Sprechstunde für Mammakarzinompatientinnen einschließlich der Mammographie und Galaktographie für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Dieter Prokop,
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 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 Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie an den Ruppiner Kliniken in Neuruppin,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Zahnärzten bzw. Ärzten und Zahnärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Kerstin Richter,
Fachärztin für Innere Medizin am DRK-Krankenhaus in Luckenwalde,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Diabetologie einschließlich der Behandlung diabetischer Kinder für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.03.2004.

Prof. Dr. med. Hans Schweisfurth,
Facharzt für Innere Medizin am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Lungenärzten und Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie bzw. entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Versorgung von Problempatienten mit Erkrankungen aus dem Bereich der Lungen- und Bronchialheilkunde sowie für Laborleistungen und mikrobiologische Untersuchungen nach dem Kapitel O I/II EBM, die vom überweisenden Arzt nicht in ausreichender Form zur Verfügung gestellt worden und zur Versorgung von Problempatienten im Rahmen der erteilten Ermächtigung unverzichtbar sind für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Sixten Stoppe,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshil-

fe am Evangelischen Krankenhaus in Luckau,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung urodynamischer Untersuchungen, zur Durchführung ambulanter Chemotherapien sowie für die Planung der Geburtsleitung gem. § 5 Abs. 2 BMV-Ä und § 9 Abs. 2 BMV-Ä/EK in Verbindung mit den Mutterschaftsrichtlinien gem. Teil B Nr. 6 für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Roberto Vargas,
Facharzt für Innere Medizin am Klinikum Kyritz,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der endoskopischen Dickdarmdiagnostik und -therapie für die Zeit vom 01.04.2004 bis 31.03.2006.

Dr. med. Gabriele Zindler,
Fachärztin für Neurologie an den Ruppiner Kliniken in Neuruppin,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Nervenärzten und Ärzten mit der Schwerpunktbezeichnung Angiologie sowie Fachärzten für Neurochirurgie bzw. entspre-

ANZEIGE

Arztpraxis in Vehlefanz

ab 6/2004 zu vermieten, 80 qm,
praxisgerechter Grundriss,
NKM 800 □/Monat, Ortszentrum,
schöner komplett und modernisierter
Altbau,
PKW-Stellplätze, rollstuhlfähiger
Zugang.

Tel.: 030/8262627

Praxisräume zu vermieten

In Fürstenwalde, in verkehrsgünstiger Lage, 140 m² Praxisräume über einer gynäkologischen Praxis, auch als physiotherapeutische Praxis oder Büroräume geeignet, zu vermieten.

Praxismiete verhandelbar.

Tel.: 03361/531

chenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der neurosonographischen Diagnostik für die Zeit vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

Verlegung des Praxissitzes

Dr. med. Ekkehad Beck,
Facharzt für Innere Medizin in Rüdersdorf,
neue Adresse: Otto-Nuschke-Str. 15;

Dipl.-Psych. Ingo Gefeller,
Psychologischer Psychotherapeut in
Potsdam,
neue Adresse: Friedrich-Ebert-Str. 72;

Gabriele Kinner,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Cottbus,
neue Adresse: Schweriner Str. 1 b;

Dr. med. Marina Köhn,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in
Joachimsthal,
neue Adresse: Töpferstr. 3;

Dr. med. Liesbeth Lorenz,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Potsdam,
neue Adresse: Charlottenstr. 15;

Dr. med. Jürgen Ortel,
Facharzt für Innere Medizin in Bernau,
neue Adresse: Ladeburger Str. 21;

Dr. med. Annegunde Röwert,
FÄ f. Diagnostische Radiologie in Teupitz
neue Adresse: Buchholzer Straße 21

Dipl.-Med. Thomas Sander,
Facharzt für Orthopädie in Potsdam,
neue Adresse: Helene-Lange-Str. 11;

Dipl.-Psych. Dr. phil. Steffen Theilemann,
Psychologischer Psychotherapeut in
Potsdam,
neue Adresse: Lennéstr. 13 A;

Robert Wlodarczyk,
Praktischer Arzt in Grünewalde,
neue Adresse: Heidemühlweg 5;

Bettine Wrobel,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Potsdam,
neue Adresse: Dortustr. 6

Keine Veränderung

Dr. med. (I) Dieter Biermann,
Facharzt für Urologie
in Heft 10/03 angekündigte Praxisverlegung
ist nicht erfolgt
Praxisanschrift bleibt wie bisher:
Nordpromenade 17 in Luckau

Niederlassungen im Dezember 2003

Planungsbereich Oberspreewald-Lausitz

Elke Liebelt
FÄ für Allgemeinmedizin
Fabrikstr. 1
01968 Senftenberg OT Brieske
(Übernahme der Praxis
von Frau Dr. med. Rosemarie Oertel)

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 Neurologie
und Psychiatrie**
Planungsbereich: Märkisch-Oderland
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 01/2004

**Facharzt/Fachärztin für
HNO-Heilkunde**
Planungsbereich: Teltow-Fläming
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 02/2004

**Facharzt/Fachärztin für
Kinderheilkunde**
Planungsbereich: Spree-Neiße
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 03/2004

Facharzt/Fachärztin für Chirurgie
Planungsbereich:
Frankfurt (Oder)/St. / Oder-Spree
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 04/2004

**Facharzt/Fachärztin für
Augenheilkunde**
Planungsbereich: Dahme-Spreewald
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 05/2004

**Facharzt/Fachärztin für
Allgemeinmedizin**
Planungsbereich:
Frankfurt (Oder)/St. / Oder-Spree
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 06/2004

**Facharzt/Fachärztin für
Neurologie und Psychiatrie**
Planungsbereich: Dahme-Spreewald
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 07/2004

**Facharzt/Fachärztin für
Augenheilkunde**
Planungsbereich: Havelland
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 08/2004

ANZEIGE

Großes Ärztehaus in Potsdam-Babelsberg

verfügt über freie Praxisräume zwischen 60 und 200 qm. Bevorzugt werden die Fachrichtungen Neurologie, Psychiatrie, Kinderheilkunde, Psychologie und Kieferorthopädie.

Tel.: 0331/6009323, FAX: 0331/6009324

**Facharzt/Fachärztin für
Augenheilkunde**
Planungsbereich: Elbe-Elster
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 09/2004

**Facharzt/Fachärztin für
Nervenheilkunde**
Planungsbereich: Potsdam/Stadt
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 10/2004

**Facharzt/Fachärztin für
Innere Medizin (Hausarzt)**
Planungsbereich:
Frankfurt (Oder)/St. / Oder-Spree
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 11/2004

**Facharzt/Fachärztin für
Allgemeinmedizin**
Planungsbereich:
Frankfurt (Oder)/St. / Oder-Spree
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 12/2004

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie
Planungsbereich: Cottbus/Stadt
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 13/2004

Bitte beachten Sie den farbigen
Beileger in diesem Heft mit
Fragen und Antworten rund um
die "Praxisgebühr".

Nähere Informationen und Bewerbungsunterlagen erhalten Sie bei der Kassenerztlichen 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 **05. März 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 09. Januar 2004

Den aktuellen Stand der Zulassungssperren finden Sie in der Rubrik "Zulassung - Bedarfsplanung" im Internet der KV Brandenburg.

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:

17. Januar 2004

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

**Service Nummern der
 KV Brandenburg:**

Zentrale:

Tel.: 0331/2309-400

Formularbestellung:

Tel.: 0331/2309-401

Fax: -384

**An- und Abmeldung
 zum Notdienst:**

Tel.: 01805/00 74 24

Fax: 0331/2309-599

E-Mail: NFD@kvbb.de

Internet: www.kvbb.de

Mitarbeiter Berufspolitik:

Potsdam: 0331/2309-250

Cottbus: 0355/496-101

Frankfurt/O: 0335/68475-21

Beratende Apotheker:

Tel.: 0331/2309-200 und -210

Abrechnungsberater:

Tel.: 0331/2309-270 und -283

Tel.: 0335/68745-40 und -61

Infodienst:

Tel.: 0331/2868-130

KOSA:

Tel.: 0331/2868-168

**Herzliche
 Glückwünsche!**



zum 50.

Dr. med. Eberhard Arndt, Pröttlin

Dr. med. Eberhard Beck, Brandenburg

Dipl.-Med. Christina Hendrich, Potsdam

Dr. med. Sabine Pauli, Brandenburg

Dipl.-Med. Wolfgang Rolla, Hennigsdorf

Heinrich Müller, Tröbitz

Dr. med. Udo Müller, Schwedt

Ulrich Müller, Caputh

*MR Dr. med. Helmut Redlich,
 Kleinmachnow*

Wolf-Dieter Stroh, Ruhland

zum 60.

Rotraud-Maria Bieber, Birkenwerder

Helga Eichler, Potsdam

Hartmut Hemmerling, Brandenburg

Dr. med. Peter Knorre, Frankfurt

Eckhard Linke, Oranienburg

Dr. med. Wolfgang Loesch, Potsdam

Dr. med. Lutz Meyer, Potsdam

Dr. med. Ellen Petzold, Bernau

Dr. med. Elke Pleitz, Frankfurt

Dr. med. Maria Prass, Eberswalde

*Dr. med. Christine Schmidt,
 Brandenburg*

Dr. med. Karin Schnapperelle, Cottbus

*Dr. med. Eberhard Vetterlein,
 Eberswalde*

Christa Wagner, Eberswalde

zum 65.

MR Dr. med. Horst Hettwer, Elstal

Hans-Joachim Hübner, Belzig

MR Dr. med. Reinhard Kinze, Görzke

zum 66.

*SR Dr. med. Marie-Luise Grund,
 Eisenhüttenstadt*

*MR Dr. med. Gottfried Hoffmann,
 Nennhausen*

Dr. med. Wolfgang Möbius, Falkenberg

zum 67.

Hannelore Cieri, Grüneberg

Dr. med. Christine Jäckle, Rheinsberg

Christel Müller, Storkow

Dr. med. Rosemarie Rudelt, Dahlewitz

*Dr. med. Gerhard Ziethen,
 Eberswalde-Finow*

zum 68.

Dr. med. Eva Grella, Hennigsdorf

zum 69.

SR Hans Skrandies, Fürstenwalde

zum 70.

*SR Dr. med. Marianne Benz,
 Fürstenwalde*

OMR Hubert Streibing, Kyritz

Nach Redaktionsschluss

Drohen! Abschaffen!

Endlich findet Ministerin Schmidt eine Sprache, die jeder versteht: Sie droht. Und dies unmissverständlich, aber breit lächelnd: Wenn die Selbstverwaltung nicht endlich die Reform umsetze, sei ihre Berechtigung zu hinterfragen.

So kann man es auch machen; erst ein Gesetz verabschieden, das ob seiner Unqualifiziertheit, seiner Schlampigkeit und seiner Ignoranz gegenüber gesetzlichen Bestimmungen, Strukturen und Verordnungen nur so trieft, und dann anderen den Schwarzen Peter zuschieben.

Hut ab, Frau Ministerin, wie seriös Sie

diese unglaublichen Anschuldigungen in den Medien "überbringen". Man könnte glatt glauben, Sie glauben das, was Sie in der Öffentlichkeit so verbreiten.

Aber vielleicht tun Sie das ja auch? Was letztlich gefährlicher für die medizinische Versorgung von rund 70 Millionen Menschen in diesem Land ist, sei dahingestellt. Es ist allerdings bezeichnend für das Selbstverständnis unserer Politiker, andere als Sündenböcke für das eigene Versagen hinzustellen.

Das Beste wäre, Sie beim Wort zu nehmen, Frau Ministerin: Schaffen wir diese verkrusteten Strukturen der Selbstverwaltung also ab! Lassen wir die Politiker selbst das umsetzen, was sie so weise beschlossen haben! **re**

Kommt's heute nicht, kommt's ... morgen auch nicht! Aber das war wohl auch kaum anders zu erwarten.

Die Rede ist von einer verbindlichen Auskunft aus unserem Landesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen. Und

es geht um **Sprachlos!?!** klärende, besser klarstellende, Worte zum Thema ambulante Versorgung von Sozialhilfeempfängern und Asylbewerbern.

Sowohl schriftlich als auch mündlich hat die KV Brandenburg um Klarstellung seit Jahresbeginn ersucht - bekommen hat sie nichts. Ganz abgesehen davon, dass die jetzt auftretenden Unsicherheiten und Ungereimtheiten erneut eine erheb-

liche Belastung in den Arztpraxen bedeuten, ist es schon mehr als befremdlich, dass sich das Ministerium entgegen telefonisch gemachter Zusagen nicht äußert.

Oder sind die - laut Ministerin Schmidt - doch angeblich so klaren gesetzlichen Regelungen am Ende doch nicht so klar? Auf alle Fälle zeigt die ministeriale Sprachlosigkeit in Potsdam, dass offensichtlich nicht nur Ärzte, Patienten und Journalisten so ihre fundamentalen Fragen haben. Und das lässt das Schweigen aus dem brandenburgischen Ministerium geradezu schon fast wieder sympathisch erscheinen! Warten wir also noch etwas, meint Ihr ...

...specht

