

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen

Ereignisreiche Tage liegen hinter uns, zum einen die Wahlen zur V. Vertreterversammlung unserer KVBB. Die Wahlbeteiligung betrug 64,3% - mehr als die Wahlbeteiligung zur Landtagswahl (56,4%) - ein eindrucksvolles Zeugnis für die Akzeptanz der ärztlichen Selbstverwaltung unter uns Ärzten. Dafür vielen Dank an Sie!

Gleichzeitig meinen herzlichen Glückwunsch an Kollegen Helming, der mit 1143 Stimmen das beste Einzelergebnis erzielen konnte. Meinen herzlichen Dank auch denjenigen unter Ihnen, die mir ihr Vertrauen ausgesprochen haben.

Die ausgeglichene Besetzung der ab 2005 verkleinerten Vertreterversammlung sollte Grundlage einer weiterhin konstruktiven Arbeit der gewählten ärztlichen Vertreter unseres Landes sein. Unter den veränderten äußeren Bedingungen wird dies sicher nicht einfacher, dennoch sollten wir gemeinsam unseren ärztlichen Sachverstand gegen Bürokratie und "Verstaatlichung" im Gesundheitswesen einbringen - hierzu wünsche ich allen "alten Hasen" sowie den neuen Vertretern in unserer Vertreterversammlung viel Erfolg.

Ein weiteres großes Ereignis stellte der Hausärztetag in Potsdam vom 23. bis 25. September dar. Im Mittelpunkt der umfangreichen Diskussion stand die kritische Bilanz nach Einführung des GMG, welches Belastungen für uns Ärzte und unsere Patienten bringt. Ebenso deutlich wurde in den Beratungen die Stärkung der Position der Hausärzte in den Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung gefordert, unter anderem auch, um die hausärztliche Versorgung gerade in den neuen Bundesländern zu sichern und für unsere jungen Kollegen wieder attraktiv zu machen.

Dies kann unseres Erachtens z.B. durch die Einführung einer hausarztbasierten Versorgung geschehen, wie in Sachsen-Anhalt mit großer

Resonanz erfolgt und in Bayern geplant ist. In dieses Versorgungsangebot sind in Sachsen-Anhalt auch Gebietsärzte integriert.

Deutlich kontroverser wurde der neue EBM 2000plus und besonders die damit verbundene Einführung von Regelleistungsvolumina diskutiert. Wir Hausärzte sind für den EBM 2000plus, kritisieren aber die bisherige Datenbasis und die geplante Gestaltung der Mengensteuerung.

Das Referat der Gesundheitsministerin am zweiten Beratungstag brachte keine wesentlichen neuen Erkenntnisse. Dass "das GMG anfangs, zu wirken" merkt jeder von uns - besonders zu Quartalsbeginn. Integrierte Versorgung, verstärkte Prävention wie auch Medizinische Versorgungszentren stehen weiterhin auf der ministeriellen Prioritätenliste.

Von einer bundesweiten Einführung der elektronischen Gesundheitskarte zum 01.01.2006 war aber nichts mehr zu hören, sondern nur von Einführungsregionen einer vorerst abgespeckten neuen elektronischen Krankenversicherungskarte.

Im Mittelpunkt unserer verantwortungsvollen ärztlichen Tätigkeit stehen jedoch stets unsere Patienten. Viele von ihnen schätzen unsere tägliche Arbeit sehr und sind uns dafür dankbar. Dies möge uns Kraft geben, unsere persönliche Zukunft als Arzt positiv zu gestalten.

Den gewählten Vertretern in der Vertreterversammlung sowie in den Servicestellen wünsche ich Entschlossenheit und Ausdauer, um die Rahmenbedingungen für uns in Brandenburg positiv zu gestalten.

Herzlichst

Ihr Andreas Schwark

Mitglied des Vorstandes der KV Brandenburg

"Unser HVM gilt! Er ist eine sachgerechte Antwort auf die Rahmenbedingungen!"

Aktuell im Gespräch mit
Dr. med. Hans-Joachim Helming,
Vorsitzender der KV Brandenburg

EBM 2000plus und kein Ende. Nun soll er zwar zum 1. Januar 2005 definitiv eingeführt werden, doch die für diesen Zeitpunkt eigentlich vorgesehene parallele Einführung der Regelleistungsvolumen wurde verschoben. Warum?

Es gibt derzeit eine Reihe von KVen, welche in der Vergangenheit alte HVM-Systeme gepflegt und somit größte Schwierigkeiten haben, die neue Mengensteuerungssystematik umzusetzen und den eigenen Kollegen zu kommunizieren. Dort rächen sich die Versäumnisse der Vergangenheit!

Einer solchen Verfahrensweise müssen doch aber die Kassen auf Bundesebene erst noch zustimmen. Und wenn sie das nicht tun?

Natürlich bedarf eine derartige Verfahrensweise einer vertraglichen Konsentierung mit den Spitzenverbänden. Aber auch das BMGS müsste akzeptieren, dass die gesetzliche Vorgabe des Junktims zwischen neuer Bewertungs- und Mengensteuerungssystematik (RLV) derzeit nicht umgesetzt wird. Hier wird

den Vertragspartnern und den politischen Entscheidungsträgern "sehr viel Verständnis" abverlangt! Es muss zudem die Frage erlaubt sein, was nach den besagten 6 Monaten aber anders sein wird und die RLV "verträglicher" machen soll?

Von daher beantwortet sich die Frage, was geschieht, wenn die Spitzenverbände der Kassen nicht zustimmen, nahezu von allein: Nichts anderes als 6 Monate später - die RLV kommen und müssen umgesetzt werden!

Welche Auswirkungen hat diese Vorgehensweise auf den Zeitplan hier in Brandenburg? Und vor allem auf die Entwicklung unseres Honorarverteilungsvertrages?

Keine! Unser HVM in seiner von der Vertreterversammlung für das zweite Halbjahr 2004 beschlossenen Fassung gilt. Er beinhaltet genau die Regelungssysteme, welche in der auf Bundesebene vorgegebenen Systematik vorgegeschrieben und vertraglich vereinbart sind. Insoweit muss er angepasst und kann von den Krankenkassen auf Lan-

desebene unterschrieben werden. Wir also könnten zum 1. Januar die gesetzliche Norm erfüllen!

Da schwingt ein Aber mit ...

Größtes Problem wäre bei unveränderter Fortführung des im zweiten Halbjahr geltenden HVM der KVBB, dass der in dieser Systematik garantierte Punktwert für das PZGV nur 4,1 Cent und nicht, wie für die RLV bei EBM 2000plus zwingend erforderliche 5,11 Cent beträgt. Damit wären alle Leistungen rund 20% unterbewertet und das bei ohnehin schon 20% zu geringem Honorarvolumen!

Der Länderausschuss der KBV hat ebenfalls beschlossen, die bisher für 2005 gedachte Konvergenzphase bis zum 31.12.2006 zu verlängern.

Warum?

Auch hier ist die Angst einiger KVen, die schon erkennbaren oder auch vermuteten Honorarumschichtungen zwischen den Fachgruppen (natürlich nur im gebietsärztlichen Bereich) nicht im Zeitraum von 4 Quartalen gestalten zu können, der treibender Faktor. Berechnungen auf unsicherer Datenbasis bei einigen KVen und "ergebnisorientiertes Rechnen" anderer KVen im Rahmen des Wahlkampfes (!) sind weitere Blockadeursachen.

Letztlich benötigt der Arzt Sicherheit. Dies stand bislang auch immer im Mittelpunkt aller Entscheidungen der KVBB. Ist diese Sicherheit unter den neuen Bedingungen überhaupt leistbar?

Soweit es die Aktivitäten der KV Brandenburg angeht - Ja! Wir haben ein Konzept entwickelt, welches fristgerecht

(GMG-Vorgabe) mit den Krankenkassen verhandelt und von diesen unterschrieben - also vertraglich mit uns vereinbart werden kann.

Wenn andere als Sacherwägungen jedoch, die Kassen daran hindern, die einzig richtige Entscheidung zu treffen, also unseren HVV-Entwurf zu unterschreiben, dann steht die Honorarverteilung unter einem Vorbehalt.

Das Stichwort Honorarverteilungsvertrag ist bereits gefallen. Wie ist eigentlich die momentane Situation mit unserem HVM? Die KVBB hatte ja einen Antrag zur Abberufung des Landesschiedsamtsvorsitzenden, Prof. Azzola, gestellt ...

Unser HVM gilt! Er ist systematisch richtig, was uns das Sozialgericht erst kürzlich wieder vollumfänglich per Urteil bescheinigte; und er ist auch in seiner Modifizierung eine sachgerechte Antwort auf die aktuellen Rahmenbedingungen. Letztlich hat er bei keinem Beteiligten "klagefähige Beschwer" hervorgerufen, weswegen es keinerlei sachliche Gründe gäbe, an diesem HVM auch nur ein Komma zu ändern!

Was den Abberufungsantrag angeht, haben die Kassen auf Anforderung durch das aufsichtsführende Ministerium bis Ende September eine Stellungnahme abzugeben gehabt. Daraufhin wird das MASGF über den Antrag entscheiden. Ich bin sehr zuversichtlich, dass das Ministerium keine sachfremden Entscheidungen trifft oder befördert.

Vielen Dank für das Gespräch.

Gefragt und notiert von Ralf Herre

Operative Eingriffe und Ambulantes Operieren im EBM 2000plus

Dieser Artikel setzt die Artikelreihe zum EBM 2000plus aus KV Intern 9/04 fort. Inhalt dieses Artikels ist die Abrechnung der ambulanten Operationen, die den Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß § 115b SGB V unterliegen. Welche Leistungen des ambulanten Operierens für Ihre Abrechnung in Frage kommen, ist in der Präambel Ihres entsprechenden Fachgruppenkapitels ersichtlich.

Leistungen für operative Eingriffe und ambulantes Operieren finden Sie im EBM unter den folgenden Kapiteln:

- Abschnitt II - Kapitel 2.3:

Operative Eingriffe (kleine Chirurgie) - diese Leistungen unterliegen **nicht** den speziellen Qualitätssicherungsmaßnahmen entsprechend § 115b SGB V,

- Abschnitt IV - Kapitel 31:

Ambulante und belegärztliche Operationsleistungen die den Qualitätssicherungsmaßnahmen beim ambulanten Operieren gemäß § 115b SGB V unterliegen, einschließlich der dazugehörigen Narkosen und der Betreuungsleistungen. Die Teilnahme ist, sofern noch nicht erfolgt, gegenüber der KV zu erklären und die sachlichen und personellen Anforderungen sind als Voraussetzung zur Abrechnung dieser Leistungen zu erfüllen. Ein entsprechendes Formular können Sie unter der Telefonnummer **0331/2309-317** anfordern.

Das Kapitel 31 der ambulanten und belegärztlichen Operationen ist in die folgenden Abschnitte gegliedert:

31.1. Präoperative Untersuchungskomplexe

Diese Leistungen umfassen altersabhängig die Operationsvorbereitungen und sind dem hausärztlichen Versorgungsbereich vorbehalten.

31.2. Ambulante und belegärztliche Operationen

Dieser Abschnitt enthält die Operation selbst. Die einzelnen Gebührennummern beinhalten auch Untersuchungen am OP-Tag, Verbände, ärztliche Abschlussuntersuchung(en), gegebenenfalls einen postoperativen Arzt-Patienten-Kontakt, Dokumentationen und Beratungen sowie den Abschlussbericht.

31.3. Postoperativer Überwachungskomplex nach ambulanter Erbringung der Leistungen des Abschnitts 31.2

Im unmittelbaren Anschluss an die Operation ist diese Leistung nur einmalig entweder vom Anästhesisten oder vom Operateur berechnungsfähig.

31.4. Postoperative Behandlungskomplexe nach ambulanter Erbringung der Leistungen des Abschnitts 31.2

Die Leistungen sind entweder vom Operateur selbst, oder auf Überweisung des Operateurs mit Angabe der Nummer der Leistung für die postoperative Behandlung (Definitionsauftrag) zu erbringen. Die **einmalige** Leistungsabrechnung ist auf den Zeitraum von 21 Tagen nach Erbringung einer Leistung des Abschnitts 31.2 begrenzt.

31.5. Anästhesien im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen des Abschnitts 31.2

Hier wird unterschieden in Leistungen des Operateurs und Leistungen des Anästhesisten

Im Abschnitt 31.6 finden Sie die **orthopädisch-chirurgisch konservativen** Leistungen.

Die Zuordnung der operativen Eingriffe sowie deren "Begleitleistungen" zu einer Gebührennummer (GNR) des Kapitels 31 erfolgt anhand von Operations-Prozeduren-Schlüsseln (**OPS -301**), zu finden im Anhang 2 des EBM 2000plus.

Der OPS -301 dient der Verschlüsselung der medizinischen Prozeduren (Eingriffen). Sein Aufbau ist hierarchisch und ermöglicht eine weitreichende Differenzierung in verschiedene Kategorien und verschiedene Schnitt-Naht-Zeiten.

Anhand der Operationsbezeichnung (z. B. Sehnenfachspaltung: Beugesehnen Langfinger) finden Sie die Zuordnung zu einer Schlüsselnummer (hier 5-840.31, Kategorie C1).

Unter dem Eintrag im OPS-Katalog finden Sie alle zur Abrechnung notwendigen Daten:

- OPS-Schlüssel,	auf dem Abrechnungsschein zu jeder betreffenden GNR immer anzugeben	
- die Kategorie,	D1	
- GNR für die Operation,	31121	(5-840.31)
- GNR für die Narkose,	31821	(5-840.31)
- GNR für die postoperative Überwachung,	31502	(5-840.31)
- GNR für den postoperativen Behandlungskomplex		
Durch den Operateur	31615	(5-840.31)
Im Auftrag des Operateurs durch anderen Arzt	31614	(5-840.31)

Auf dem Abrechnungsschein müssen sowohl die GNR als auch die OPS-Verschlüsselung aufgetragen werden. Die Angaben des OPS-Schlüssels stellen sich wie folgt dar:

Fragen und Antworten zum EBM 2000plus

- heute: HNO - Bereich -

Werden auch fachspezifische Fortbildungen zum neuen EBM z. B. für die HNO - durchgeführt?

Neben den regionalen Veranstaltungen zur Struktur und Anwendung des EBM 2000plus wurden fachspezifische Fortbildungen nicht geplant. Bei Bedarf kann der jeweilige Berufsverband eine Unterstützung durch die KVBB vereinbaren.

Braucht man für den Phoniatriekomplex 20 den Facharzt für Phoniatrie oder reicht auch die anerkannte Subspezialisierung Phoniatrie?

Diesbezüglich verweisen wir auf die Präambel des Kapitels 20, phoniatische und pädaudiologische Leistungen. Die in diesem Kapitel aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie berechnet werden.

Braucht man für den Phoniatriekomplex wirklich ein Videostroboskop?

Sofern Sie aus dem Kapitel phoniatische und pädaudiologische Leistungen die GNR 20314 zur Abrechnung bringen, ist das Vorhalten eines Videostroboskopes unerlässlich. Die Videostroboskopie stellt den obligaten Leistungsinhalt dieser GNR dar und ist somit immer vollständig zu erbringen.

Ebenso trifft das für die Leistung nach der GNR 09318 im Kapitel 9 (HNO) zu. Auch hier ist die Videostroboskopie obligater Leistungsbestandteil.

Muss für die Impedanzmessung fakultativ neben eines Tympanome-

ters noch ein Reflexdecays (09323) vorhanden sein?

Für die Leistung nach der GNR 09323 ist das Vorhalten eines Reflexdecays in der Praxis nicht erforderlich.

Im Gegensatz dazu ist zwingend ein Reflexdecays in der Praxis vorzuhalten um aus dem Kapitel 20 die Leistung nach der GNR 20323 abrechnen zu können. Das Reflexdecays gehört hier zum fakultativen Leistungsbestandteil.

Allergiekomplex - müssen alle Test's durchgeführt werden oder nur die, welche der Arzt für notwendig hält, muss der Arzt einen Defibrillator vorhalten?

In Bezug auf Ihre Frage gehen wir davon aus, dass Sie hier speziell die GNR 30111 ansprechen. Der obligate Leistungsinhalt wird nur zum Teil in einer "und/oder" Aufzählung definiert. Hier ist der Leistungsinhalt als vollständig erfüllt anzusehen, sofern mindestens einer der Tests durchgeführt wurde und die drei letzten Bedingungen (Anstriche) der Aufzählung erfüllt sind. Je nach medizinischer Indikation obliegt die Entscheidung dem Arzt.

Zum obligaten Inhalt der Teste gehört die Vorhaltung einer Notfallmedizinischen Versorgung. Darüber hinaus bei der Behandlung die sachliche und personelle Voraussetzung zur Schockbehandlung und Intubation. Aus unserer Sicht umfasst das einen Defibrillator.

Können nicht verschreibungspflichti-

ge Arzneimittel im Sprechstundenbedarf angefordert werden?

Die in der Anlage 1 zu den Sprechstundenbedarfsvereinbarungen aufgeführten Arzneimittel können auch nach Inkrafttreten des GMG zu Lasten der GKV über Sprechstundenbedarf bezogen werden.

Die neugefassten Arzneimittel-Richtlinien lassen die Verordnung von apothekenpflichtigen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu, wenn diese im Rahmen der ärztlichen Behandlung zur sofortigen Anwendung in der Praxis verfügbar sein müssen und entsprechende Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung (Sprechstundenbedarfsvereinbarung) getroffen wurden.

kenpflichtigen nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln zu, wenn diese im Rahmen der ärztlichen Behandlung zur sofortigen Anwendung in der Praxis verfügbar sein müssen und entsprechende Vereinbarungen zwischen den Verbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung (Sprechstundenbedarfsvereinbarung) getroffen wurden.

Neuaufgabe des EBM 2000plus

Ab 01.01.2005 tritt der EBM 2000plus in Kraft. Eine Veröffentlichung finden Sie bereits im Internet unter www.ebm2000plus.de.

Die KBV wird eine Dienstaufgabe als Gesamt-EBM, der als ein zweibändiges Werk, Band 1 mit den EBM Kapiteln 1 bis 40 einschließlich der Allgemeinen Bestimmungen und Band 2 mit den Anhängen zum EBM, aufgelegt wird, bereitstellen. Die konkreten Modalitäten werden derzeit von der KBV geprüft.

Sobald uns diese vorliegen, werden wir Sie in der nächsten Ausgabe von "KV-intern" konkret darüber informieren.

Bahn-BKK fordert Honorare in Millionenhöhe für 2003 zurück

Erneut hat die Bahn-BKK an die KV Brandenburg eine Forderung nach Rückzahlung von Honorargeldern in Millionenhöhe gerichtet. Die Bahn-BKK ist eine Krankenkasse, die sich auf mehrere Bundesländer erstreckt.

Sie unterliegt damit ab 1.1.2002 der nach dem Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte zwischen der KBV und dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen geschlossenen Vereinbarung.

Unter anderem ist im o.g. Gesetz geregelt, dass die Kassenärztliche Vereinigung mit dem zuständigen BKK-Landesverband Gesamtverträge (also auch die Gesamtvergütung) für Betriebskrankenkassen abschließt, die sich über mehrere Bundesländer erstrecken und Mitglieder wohnhaft im entsprechenden KV-Bereich haben.

Die KV Brandenburg erhält hiernach die Gesamtvergütung auf der Basis der in Brandenburg wohnenden Mitglieder

direkt von der jeweiligen Krankenkasse.

Die Bahn-BKK hat jedoch offensichtlich ihre eigene Vorstellung von der Umsetzung geschlossener Verträge.

Die Rechtskreise Ost (neue Bundesländer) und West (alte Bundesländer) widerspiegeln sich auch bei dieser Krankenkasse in zwei Kassen-Nummern, für die jeweils die Gesamtvergütung an die KV Brandenburg auf der Basis von "Kopfpauschalen" je Mitglied entrichtet wird. Die Kopfpauschale für den Rechtskreis West (VKNR 40401) ist bei der Bahn-BKK ca. 50% höher als die für den Rechtskreis Ost (VKNR 99401).

Die BKK-Bahn vertritt die Auffassung, dass - entgegen den vertraglichen Regelungen - die niedrigere Kopfpauschale Ost auch für die Mitglieder zum Ansatz gebracht wird, die zwar in der "Westkasse" (VKNR 40401) geführt sind, aber ihren Wohnsitz in Brandenburg haben.

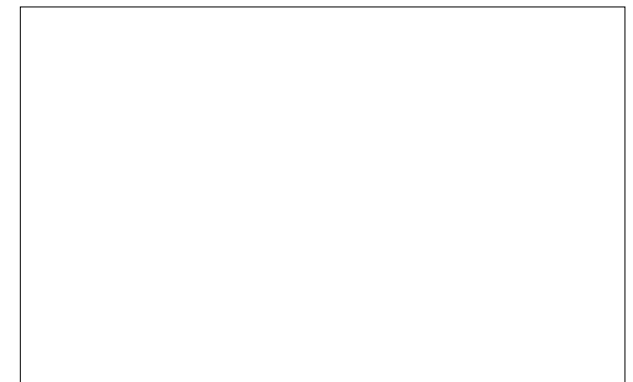
Bereits im Vorjahr wurde die Bahn-BKK

seitens des BKK Landesverbandes Ost aufgefordert, ihre aus der Absenkung der Kopfpauschale auf das Niveau des Rechtskreises Ost resultierende Forderung auf Rückzahlung zu überprüfen und zurückzunehmen. Ungeachtet dessen wurde von der Bahn-BKK für das Jahr 2003 erneut eine diesbezügliche Rückzahlungsforderung in Höhe von 911.294 € für den Rechtskreis West erhoben.

Des Weiteren wurden auch für den Rechtskreis Ost (VKNR 99401) Rückforderungen in Höhe von 192.202 € gestellt. Dabei wurde geflissentlich übersehen, dass am 06.01.2004 vertraglich bereits die wesentlichen Eckpunkte der Vergütung für das Jahr 2003 einvernehmlich zwischen der KV Brandenburg und dem BKK Landesverband Ost manifestiert wurden.

Die KV Brandenburg weist diese unberechtigten Forderungen der Bahn-BKK zurück.

ANZEIGE



Um es ganz deutlich zu sagen: Im Folgenden geht es nicht um Kritik an Modellen der Integrierten Versorgung! Doch wie diese "neue Welt" gegenwärtig gelebt wird, das ist schon kritikwürdig.

Zur Erinnerung: Die BKK VBU (Verkehrsbau Union) hatte schon zu Jahresbeginn ein-
fach mal die Vergütungen an

die KV Brandenburg gekürzt mit dem lapidaren Hinweis, sie, die BKK VBU, hätte in Berlin ein Integrations-Projekt abgeschlossen. Gegen diese pure Willkür ist die KV Brandenburg vorgegangen und hat vor Gericht Recht bekommen.

Jetzt erleben wir eine neue Qualität. Mit Schreiben vom 10. September diesen Jahres teilt die Techniker Krankenkasse der KVBB mit, dass sie "Integrationsverträge mit einer vertraglich vereinbarten Versorgungsregion Brandenburg abgeschlossen" habe und sie, die TK, deshalb berechtigt sei, "bei fälligen Vergütungsforderungen für die Jahre 2004 bis 2006 Kürzungen vorzunehmen".

Und weiter heißt es in dem Schreiben: "Ab dem 01.10.2004 werden wir bei sämtlichen seit dem 01.07.2004 fälligen Vergütungsforderungen für die Jahre 2004 bis 2006 Kürzungen vornehmen. Die erste Kürzung erfolgt damit für die

Abschlagszahlung für den Monat September 2004." Die weiteren, "jeweils zur Anwendung kommenden Kürzungsquotienten teilen wir Ihnen gesondert mit der Durchführung der Vergütungskürzung mit".

Und um möglichst gleich jedem Widerspruch seitens der KV Brandenburg entgegen zu gehen, verweist die TK darauf, dass "Fragen, inwieweit eine Krankenkasse kürzungsberechtigte Verträge zur Kürzung angemeldet hat und zur Höhe und Geltung der entsprechenden Kürzungsquotienten, ausschließlich von (der) Registrierungsstelle zu beantworten sind". Mit anderen Worten: Von mir als TK erfährst Du KVBB nichts. Ich kürze einfach.

Dieses Verhalten ist umso befremdlicher, als ja mit der Integrierten Versorgung das Miteinander eigentlich gestärkt werden soll. Aber davon ist bei diesem willkürlichen Vorgehen der TK nichts zu spüren. Sie hält es noch nicht einmal für notwendig, konkret auf das (angebliche) IV-Projekt hinzuweisen und formuliert nebulös: "... mit einer vertraglich vereinbarten Versorgungsregion Brandenburg ...".

Da fehlt sicherlich im Schreiben der TK das "s" bei Brandenburg, aber selbst da wird es nicht konkreter.

R.H.

Konstituierung der neuen VV

Die konstituierende Sitzung der V. Vertreterversammlung der KV Brandenburg findet am **5. November 2004** in der Landesgeschäftsstelle der KV Brandenburg, Gregor-Mendel-Straße 10 in Potsdam statt. Beginn ist um **15.00 Uhr**.

Die Sitzung ist für Mitglieder der KV Brandenburg öffentlich.

DMP Koronare Herzkrankheit unterzeichnet

Mit KV-intern 07/2004 informierten wir Sie erstmals über das Strukturierte Behandlungsprogramm für Patienten mit Koronarer Herzkrankheit (DMP KHK). Mit diesem DMP konnte nunmehr bereits der zweite kassenartenübergreifende DMP-Vertrag im Land Brandenburg zum Abschluss gebracht werden. Vertragsbeginn ist der 01.09.2004.

Als koordinierende Vertragsärzte spielen auch im Rahmen dieses DMP die Hausärzte die zentrale Rolle. Teilnahmevoraussetzung ist gemäß der Anlage "Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt" der Besuch einer Arztinformationsveranstaltung bzw. die Lektüre des von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Arztmanuals sowie eine KHK-assoziierte Fortbildung mindestens einmal im Jahr.

Die weiteren apparativen und strukturellen Voraussetzungen entnehmen Sie bitte der Anlage "Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt", welche, wie auch der übrige Vertragstext, im Arztmanual abgedruckt ist.

In Einzelfällen können auch Fachärzte als koordinierende Vertragsärzte tätig werden - für Patienten, die bereits dauerhaft in der Facharztpraxis betreut werden oder aber bei medizinischer Notwendigkeit.

In Betracht kommen hier Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Kardiologie oder fachärztlich tätige Interni-

sten ohne Schwerpunktbezeichnung, die eine Genehmigung zur Durchführung echokardiographischer Leistungen besitzen und die Voraussetzungen der Anlage "Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor" erfüllen.

Im Regelfall nehmen die genannten Fachärzte jedoch auf der sogenannten "zweiten Versorgungsstufe" am Programm teil und werden dann auf Überweisung des koordinierenden Hausarztes im Rahmen des DMP tätig.

Daneben sind Überweisungen vom koordinierenden Vertragsarzt z.B. zur weiterführenden Diagnostik u.a. an Radiologen, Nuklearmediziner und Psychotherapeuten, die nicht selbst am Programm teilnehmen (sog. "dritte Versorgungsstufe"), im Vertrag vorgesehen.

Sofern der koordinierende Vertragsarzt nicht selbst eine entsprechende Genehmigung besitzt, kann zur Durchführung der Schulungen von KHK-Patienten, die auch an Diabetes oder Hypertonie erkrankt sind, nach dem KHK-Vertrag eine Überweisung an Vertragsärzte erfolgen, welche eine Schulungsgenehmigung nach dem DMP Diabetes mellitus Typ 2 innehaben. Näheres dazu regelt die Anlage "Strukturqualität andere Fachärzte und Leistungserbringer".

Am Programm teilnehmen können Versicherte aller AOKn, Ersatzkassen, Betriebskrankenkassen, der Bundesknappschaft und mehrbezirklicher IKKn mit Wohnsitz

Restzahlung II/2004

Die Restzahlung für das Quartal II/2004 erfolgt am **28. Oktober 2004**.

im Land Brandenburg, sowie Versicherte der IKK Brandenburg und Berlin und der LKK Mittel- und Ostdeutschland (vormals LKK Berlin); unabhängig von ihrem Wohnsitz.

Daneben können sich auch Versicherte der Krankenkasse für den Gartenbau mit Wohnsitz in den Ländern Brandenburg, Berlin, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern in das Programm einschreiben.

Voraussetzung für die Teilnahme des Patienten ist die gesicherte Diagnose der KHK sowie seine Einschreibung in das Programm.

Die Programmabläufe sind im Rahmen des DMP KHK ebenso wie im DMP Diabetes ausgestaltet:

Als Vertragsarzt übersenden Sie Ihre Teilnahmeerklärung an die KVBB, welche nach Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen eine Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung erteilt.

Auch für diese Indikation wird ein Vertragsarztverzeichnis erstellt und den Versicherten zur Verfügung gestellt. Hierin wird unter anderem auch Ihre Praxisanschrift vermerkt, um den Versicherten, die sich bei ihrer Krankenkasse ins Programm einschreiben oder die den koordinierenden Vertragsarzt wechseln möchten, die Wahl eines (neuen) koordinierenden Arztes zu erleichtern.

Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen sind in den vorliegenden Vertrag nicht eingebunden - diese haben separate Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen. Aufgrund des DMP-Vertrages sind die Krankenkassen

jedoch verpflichtet, der KVBB aktuelle Verzeichnisse der teilnehmenden Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen zur Verfügung zu stellen.

Die Einschreibung des Patienten im Programm erfolgt entweder bei der jeweiligen Krankenkasse oder in der Praxis des koordinierenden Vertragsarztes.

Wenn sich der Patient bei Ihnen in der Praxis in das Programm einschreibt, übersenden Sie bitte die vollständig ausgefüllte Teilnahme- und Einwilligungserklärung zusammen mit der Erstdokumentation innerhalb von 10 Tagen an die Datenstelle. Die jeweilige Krankenkasse bestätigt Ihnen schriftlich die Teilnahme des Versicherten unter Angabe des Eintrittsdatums.

Für den Versand der Unterlagen werden Ihnen, wie auch bei den anderen DMPs, adressierte Freiumschläge zur Verfügung gestellt.

Diese können Sie auch zum Versand der Folgedokumentation an die Datenstelle nutzen, welcher spätestens 10 Tage nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes erfolgen muss. Abhängig von der Schwere der Erkrankung des Patienten erfolgt die Dokumentation quartalsweise oder in jedem 2. Quartal. Hinweise hierzu finden Sie in der Anlage "Empfehlungen zur Dokumentationsfrequenz".

Auch im Rahmen dieses DMP erhalten Sie regelmäßig einen Feedback-Bericht, welcher durch die Gemeinsame Einrichtung erstellt wird und Ihnen die Möglichkeit einer Selbstkontrolle eröffnet.

Die ärztlichen Leistungen im Rahmen des DMP werden wie folgt vergütet:

Die im Vertrag vereinbarten Schulungen | chen denjenigen der DMP Diabetes-Verträge und sind unter den Ihnen bekannten DMP-Diabetes SNRn abzurechnen. Die diesbezüglichen Vergütungssätze entsprechen

In Abweichung zu den von den Krankenkassen vorgesehenen Musterverträgen wurden im Land Brandenburg einige Punkte vereinbart, welche sich in den auf der Bundesebene vereinbarten Formularen nicht eins zu eins wiederfinden.

So sind zum Beispiel die Felder der Dokumentationsbögen, welche die Durchführung sogenannter INR-Schulungen betreffen, durch die teilnehmenden Vertragsärzte im Land Brandenburg nicht auszufüllen, da diese im Rahmen des DMP-Vertrages nicht vorgesehen sind. Gleiches gilt auch für das Feld "Krankenhaus-IK".

In der Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten ist in dem zur

Eintragung der Adresse des Arztes vorgesehene Feld, entgegen dem Aufdruck auf dem Formular, nicht Ihre Privata-dresse, sondern Ihre Praxisanschrift einzutragen.

Der DMP-KHK-Vertrag steht, wie zuvor auch die anderen DMP-Verträge, unter dem Vorbehalt der Akkreditierung durch das BVA und wird nach erfolgter Genehmigung im Vertragsordner veröffentlicht.

Ansprechpartner:

Fachbereich Verträge
 Fachbereich Qualitätssicherung
 Hotline Abrechnungsberatung:
 01803/230 900

Anerkennung der Home-Care-Vereinbarung im KV-Bereich Sachsen-Anhalt

Zur Vereinbarung über die zusätzliche Vergütung beim Hausbesuch eines Patienten im weit fortgeschrittenen Stadium einer malignen Tumorerkrankung bzw. AIDS-Erkrankung (Home-Care) zwischen der KVBB und der IKK Brandenburg und Berlin konnte eine weitere Anerkennungsvereinbarung mit der KV Sachsen-Anhalt abgeschlossen werden.

Vertragsärzte der KV Brandenburg mit einer Genehmigung zur Abrechnung der Gebührennummer 9055 können diese Gebührennummer ab sofort für die Ver-

sicherten mit Wohnort in folgenden Bundesländern abrechnen:

Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Hessen, Koblenz, Pfalz, Rheinhessen, Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen.

Ansprechpartner:

Fachbereich Verträge
 Fachbereich Abrechnungsmanagement
 Hotline Abrechnungsberatung:
 01803/230 900

Modifizierte Abschlagszahlungen

Der Vorstand der KV Brandenburg hat in seiner Sitzung am 06.10.2004 auf Grundlage der abgeschlossenen Vereinbarung zur Regelung der Abschlagszahlung mit den Krankenkassen die Höhe der Abschlagszahlungen für die Monate Oktober, November und Dezember 2004 für die nachstehend aufgeführten Fachgruppen wie folgt beschlossen:

Allgemeinmedizin	18,5 %
Innere Medizin	19,5 %
Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V	21,0 %
Gynäkologie	20,5 %
Dermatologie	22,0 %

Für alle Ärzte, die auf eigenen Antrag die Abschlagszahlungen freiwillig gekürzt haben, werden die oben genannten Prozentsätze nicht wirksam!

Verfahrensweise zur Abrechnung von Leistungen bei Urlaubern ohne KVK

Immer wieder erreichen uns Anfragen, wie zu verfahren wäre, wenn am Urlaubsort Patienten dringende ärztliche Hilfe benötigen, jedoch ihre Krankenversicherungskarte vergessen haben.

Das "Nachreichen" der Versichertenkarte ist in diesen Fällen oft eine wenig praktikable Lösung. Fehlt die Versichertenkarte als Anspruchsnachweis kann sie durch die Vorlage eines anderen gültigen Behandlungsausweises ersetzt werden (§§ 13, 19 BMV bzw. §§ 7, 23 EKV). Wir empfehlen Ihnen die folgende Verfahrensweise.

Stellen Sie im Ersatzverfahren einen Abrechnungsschein (Muster 05 oder Muster 19) aus. Auf diesem bestätigt der Patient mit seiner Unterschrift die Mitgliedschaft. Der Patient kann noch am

Urlaubsort (z.B. per FAX) oder nach seiner Rückkehr eine schriftlichen Anspruchsnachweis von seiner Krankenkasse abfordern. Diese ist dem Arzt vorzulegen und ersetzt die Versichertenkarte. Der Schein kann nun zur Abrechnung eingereicht werden.

Zum Nachreichen seines Anspruchsausweises ist dem Versicherten eine Frist von zehn Tagen einzuräumen (§ 18 (8) BMV bzw. § 21 (8) EKV). Sofern der Anspruchsnachweis in dieser Frist nicht vorgelegt wird, kann dem Patienten die erbrachte Leistung per GOÄ in Rechnung gestellt werden.

Wird der Nachweis bis zum Ende des Quartals noch vorgelegt, ist die so erhaltene Vergütung jedoch zurückzuzahlen (§ 18 (9) BMV bzw. § 21 (9) EKV).

Überweisungen von Zahnärzten

Immer wieder erreichen uns Anfragen, wie die Zusammenarbeit von Zahnärzten und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen und anderen Vertragsärzten geregelt ist.

Am 22.01.04 wurden im Zusammenhang mit der Praxisgebühr die Bundesmantelverträge dahingehend geändert, dass formlose Überweisungen von Vertragszahnärzten ab dem 1.1.04 nur an ausschließlich auftragnehmende Ärzte (Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Ärzte für Pathologie, Transfusionsmedizin, Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Radiologische Diagnostik bzw. Radiologie) ausgestellt werden können.

Sofern für eine Behandlung beim Zahnarzt ein anderer Facharzt (z. B. Anästhesist oder MKG) hinzugezogen werden muss, ist die Inanspruchnahme auf Überweisung nicht möglich. Der Patient muss hierfür ggf. erneut 10 € Praxisgebühr entrichten.

Wenn der Patient seinen Hausarzt um die Ausstellung einer entsprechenden Überweisung zum MKG-Chirurgen bittet, sollte der "lotsende" Hausarzt mittels Überweisung die Behandlung ermöglichen; so, wie er es bei jedem anderen Fachgebiet indikationsentsprechend auch tut.

Projekte der Integrierten Versorgung sind der KV Brandenburg anzuzeigen

Aus gegebenem Anlass fordern wir alle Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeuten und Fachwissenschaftler der Medizin auf, die

- an Modellvorhaben nach § 64 SGB V
- an der hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V
- an Verträgen zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus gemäß § 116 b SGB V
- oder an Verträgen zur Integrierten Versorgung gemäß § 140a SGB V

teilnehmen, dies der KV Brandenburg schriftlich anzuzeigen.

Rechtliche Grundlage für diese Informa-

tionspflicht ist die Satzung der KVBB. Damit die KV Brandenburg die ihr übertragenen Aufgaben z. B. hinsichtlich der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und der Abgrenzung dieser zu anderen Versorgungsformen oder der Verteilung der Gesamtvergütungen auch bei Vorliegen o.g. Verträge ausreichend wahrnehmen kann, ist es wichtig, zeitnah eine Kopie des jeweiligen Vertrages zur Verfügung zu stellen.

Wenn Sie Fragen oder Beratungsbedarf zu den "Neuen Vertrags- und Versorgungsformen" haben, wenden Sie sich bitte an Frau Antje Meinecke, Beratende Ärztin der KVBB (0331/23 09-437).

KVBB: Keine zinslosen Darlehen mehr zur Finanzierung der Praxis-EDV

Im Jahr 1995 beschloss der Vorstand, dass zur Förderung des EDV-Einsatzes in den Arztpraxen auf Antrag ein Darlehen in Höhe von 2.000,00 DM (1.000,00 Euro) durch die KVBB gewährt wird. Diese Gewährung war an den Antrag und den Nachweis des Kaufs eines EDV-Systems und der gleichzeitigen Erklärung, spätestens im darauffolgenden Quartal eine Diskettenabrechnung vorzunehmen, gebunden.

Dazu wurde mit den antragstellenden Vertragsärzten eine schriftliche Vereinbarung abgeschlossen und die Tilgung über Ratenzahlungen vereinbart.

Seit dieser Beschlussfassung wurden insgesamt 109 Anträge mit einem Finanzvolumen von 109.000,00 Euro bewilligt.

Von daher ist einzuschätzen, dass mit diesem Beschluss eine Beschleunigung

der Ausstattung der Arztpraxen mit EDV-Systemen verbunden war.

Festzustellen ist jedoch, dass die Anzahl der in der KVBB eingegangenen Anträge in den letzten Jahren stark zurückgegangen sind.

Die Ausstattung einer Arztpraxis mit moderner Hard- und Software gehört heute zum Standard und ist gegenüber den Anfangsjahren finanziell erschwinglich geworden.

Deshalb hat der Vorstand in seiner Sitzung am 25.08.2004 dafür votiert, dieses Verfahren zum Ende des Jahres 2004 zu beenden und weitere Mittel dafür in den Haushalt 2005 nicht mehr einzustellen.

Ansprechpartner:
Hauptgeschäftsführung

Praxisgebühr für ärztliche Untersuchungen mit strafrechtlichem Sachverhalt

Bei einer Körperverletzung als Resultat einer Straftat ist es Aufgabe der Polizei, Spuren zu sichern. Ärztliche Untersuchungen müssen in diesem Zusammenhang zwingend und zeitnah erfolgen. Daher wird in solchen Fällen der/die Geschädigte, meist in Begleitung von Polizeibeamten, einem Arzt vorgestellt.

Dies kann sowohl in einer Arztpraxis, einem Krankenhaus oder auch in den Räumen einer Polizeiwache erfolgen.

Sofern Ärzte auf Veranlassung von Ermittlungsbehörden ausschließlich als Sachverständige z. B. zur Beweissicherung in Anspruch genommen werden, liegt keine Erstinanspruchnahme eines gesetzlich krankenversicherten Patienten gemäß § 28 Abs. 4 SGB V vor. Da es sich in diesem Fall um keine GKV-Leistung handelt, ist die Praxisgebühr nicht zu erheben!

Werden jedoch ärztliche Behandlungen

erforderlich, welche unter die Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung fallen, ist dagegen von einer ärztlichen Inanspruchnahme auszugehen, für die eine Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V zu entrichten wäre.

Um mit dieser für den/die Geschädigte sensiblen Situation angemessen umgehen zu können, weisen wir noch einmal auf die Regelungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte (§ 18 Abs. 3) bzw. Arzt-/Ersatzkassenvertrag (§ 21 Abs. 3) hin:

"In Fällen akuter Behandlungsbedürftigkeit besteht die Möglichkeit nach der Inanspruchnahme des Arztes die Zuzahlung zu erheben." Dem Patient ist somit die Möglichkeit zu geben, die Praxisgebühr nachträglich innerhalb von 10 Tagen an den Arzt zu entrichten.

Ansprechpartner:

Hotline Abrechnungsberatung:
01803/230 900

Rheumatologische Sprechstunden für AOK-Versicherte

Die zwischen der KVBB und der AOK für das Land Brandenburg abgeschlossene Rahmenvereinbarung über die Durchführung rheumatologischer Sprechstunden in Konsultationsstützpunkten wurde ergänzt durch eine Vereinbarung mit dem Kreiskrankenhaus Herzberg.

Eine konsiliarische Vorstellung Ihrer Patienten bei einem Spezialisten des Johanniter-Krankenhauses im Fläming, Rheumazentrum des Landes Brandenburg, ist nun auch an diesem Standort möglich. Nachfolgend sind nochmals alle rheumatologischen Konsultationsstützpunkte nach dieser Vereinbarung aufgeführt:

- Medizinische Einrichtungsgesellschaft mbH Wildau,

- Dr. med. Uta Merkel, Königs Wusterhausen,
- Dr. med. Evelyn Geschke, Erkner,
- Dr. med. Cornelia Schulz, Strausberg und das
- Kreiskrankenhaus Herzberg.

Nähere Informationen und Hinweise zum Verfahren der Inanspruchnahme entnehmen Sie bitte der Ausgabe "KV-intern" 11/2003.

Ansprechpartner:

Fachbereich Verträge
Hotline Abrechnungsberatung:
01803/230 900

Konstituierung der neuen VV

Die konstituierende Sitzung der V. Vertreterversammlung der KV Brandenburg findet am **5. November 2004** in der Landesgeschäftsstelle der KV Brandenburg, Gregor-Mendel-Straße 10 in Potsdam statt. Beginn ist um **15.00 Uhr**.

Die Sitzung ist für Mitglieder der KVBB öffentlich.

Honorierung der Befundberichte bitte genau kontrollieren!

Die KV Brandenburg erreichte eine ganze Reihe von Anfragen zu der Veröffentlichung in "KV-intern" 8/2004, Seite 33, unter der Überschrift "Vergütungen neu geregelt". Wir hatten dort informiert, dass am 1. Juli diesen Jahres das Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) in Kraft getreten war.

Alle Fragen bezogen sich auf die Vergütungssätze. Die betroffenen Ärzte hatten moniert, dass sie für die Erstellung von Befundberichten nach dem 1.7.2004 nicht, wie im JVEG vorgesehen, 21 Euro, sondern lediglich 5 Euro vom Landesamt für Soziales und Versorgung erhalten hätten.

Eine Rücksprache unsererseits mit der Behörde ergab folgenden Sachverhalt:

Aufgrund der neuen Vergütungsvorgaben durch das JVEG rechnet das Landesamt mit einer jährlichen Mehrvergütung von über einer Million Euro. Angesichts der angespannten Haushaltslage sei das Landesamt gezwungen, auch

die Leistungen der Ärzte - beispielsweise Befundberichte - einer schärferen Kontrolle zu unterziehen.

Weisen nun Befundberichte inhaltliche Fehler auf, die ihre Gebrauchstauglichkeit einschränken, werden sie nur noch mit 5 Euro vergütet. Dieser Betrag entspreche der Vergütung einer Negativauskunft, so das Landesamt. Zugleich räumte es ein, dass der Umgang der ehemaligen Versorgungsämter mit den neuen Regelungen des JVEG noch Fehler behaftet sei.

Vor diesem Hintergrund fordern wir alle Kolleginnen und Kollegen auf, nicht vollständig vergütete Kostenrechnungen nach dem JVEG einer genauen Prüfung zu unterziehen und gegebenenfalls in Widerspruch gegen die Kürzung zu gehen.

Ansprechpartner:

Geschäftsbereich Recht
Tel.: 0331/23 09-202

Kostenübernahme der FSME-Impfung für Versicherte der sancura BKK

Nunmehr wurde auch mit der sancura BKK rückwirkend zum 01. April diesen Jahres vertraglich die Übernahme der Kosten für Schutzimpfungen gegen FSME vereinbart.

Sie erfolgt nach Maßgabe der Empfehlungen der STIKO, unabhängig von

einem ständigen oder vorübergehenden Aufenthalt in einem Risikogebiet. Wie in "KV-intern" 09/2004, Seite 19 und 20 berichtet, wurde eine entsprechende Regelung bisher mit der Deutschen BKK und der TAUNUS BKK getroffen.

Auch für die Versicherten der sancura

BKK ist der Impfstoff für diese FSME-Impfungen auf den Namen des Patienten auf einem separaten Arzneiverordnungsblatt zu verordnen.

Die Vereinbarung wird Ihnen mit der nächstfolgenden Ergänzungslieferung zum Vertragsordner zur Verfügung gestellt.

Vom BKK-Landesverband Ost liegt derzeit noch keine Rückinformation be-

züglich der von der KVBB geforderten einheitlichen Regelung der FSME-Impfungen mit Gültigkeit für alle Betriebskrankenkassen vor.

Ansprechpartner:
 Fachbereich Verträge
 Fachbereich Prüfung
 Hotline Abrechnungsberatung:
 01803/230 900

Bedarfsplanungs-Richtlinien geändert

Neue Maßstäbe zur Feststellung von Über- und Unterversorgung

Mit Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt in der Septemberausgabe (Heft 38 vom 17. September 2004) wurde der

Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Änderung der Bedarfsplanungs-Richtlinien vom 15. Juni 2004 rechtswirksam.

Darin wird nunmehr klargestellt, dass eine Nachbesetzung einer Vertragsarztpraxis, die über eine Sonderbedarfszulassung errichtet wurde und für die die mit der Zulassung festgesetzten maßgeblichen Fristen noch gelten, nur dann erfolgen kann, wenn weiterhin Sonderbedarf festgestellt wird.

Des Weiteren wurden ergänzende Regelungen aufgenommen, die infolge der Zulassung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) notwendig wurden.

So sind die für die Ermittlung des ärztlichen Versorgungsgrades erforderlichen

Anrechnungsfaktoren der in dem MVZ teilzeitbeschäftigten Ärzte wie folgt festgelegt:

vertraglich vereinbarte Arbeitszeit	Anrechnungsfaktor
bis 10 Stunden pro Woche	0,25
10 bis 20 Stunden pro Woche	0,50
20 bis 30 Stunden pro Woche	0,75
über 30 Stunden pro Woche	1,00

Kommt es infolge der Änderung der Arbeitszeit zu einer Erhöhung des Anrechnungsfaktors so ist eine Genehmigung des Zulassungsausschusses erforderlich.

Verringerungen der Arbeitszeit sind beim Zulassungsausschuss anzeigepflichtig.

Die Regelungen der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum Job-Sharing-Verfahren gelten für die MVZ entsprechend.

Eine Übertragung der Tätigkeit eines infolge Sonderbedarfsfeststellung zugelassenen oder angestellten Arztes in einem MVZ auf einen anderen Arzt im MVZ ist unzulässig.

Alle Regelungen für das MVZ gelten für Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V entsprechend.

Den genauen Wortlaut können Sie der o.g. Ausgabe des Deutschen Ärzteblattes entnehmen.

Ansprechpartner:
 Geschäftsbereich Qualitätssicherung
 Petra Bangemann

Internes Qualitätsmanagement QEP "Qualität und Entwicklung in Praxen": Wie ist der Stand?

In gemeinsamer Arbeit von KBV und den KVen wurde ein Qualitätsmanagement-System speziell für den niedergelassenen Bereich entwickelt (QEP). Seit April 2004 wird dieses System deutschlandweit in 60 Pilotpraxen getestet.

Bundesweit über 150 Praxen hatten eigeninitiativ ihr Interesse zur Teilnahme an der Pilotphase bekundet. Die Auswahl erfolgte dann auf der Basis einer Stratifizierung nach bestimmten Merkmalen, wie Praxisgröße, Fachrichtung und QM-Vorerfahrung. Um so erfreulicher ist es, dass auch in Brandenburg eine Praxis das QEP-System auf Herz und Nieren prüft.

An dieser Stelle möchten wir uns für das Engagement der Kinder- und Jugendarzt Praxis Augustin in Mahlow bedanken!

Die aktive Testphase ist mittlerweile

abgeschlossen. Auf Grundlage der Auswertung der umfangreichen Befragungen durch das evaluierende Institut IMI, einem gemeinsamen Austausch und der Probevisitation in ausgelosten Praxen, werden der Qualitätszielkatalog, die Umsetzungsvorschläge und Musterdokumente in den nächsten Wochen überarbeitet.

Der Gemeinsame Bundesausschuss, der die formalen Anforderungen an ein praxisinternes Qualitätsmanagement festzulegen hat, wird seine Ergebnisse im IV. Quartal 2004 vorlegen.

Die einzelnen Bausteine von QEP sollen bis Ende des Jahres fertig- und bereitgestellt werden, so dass das System ab 2005 in der Breite eingesetzt werden kann.

Sobald die Anforderungen an ein praxisinternes Qualitätsmanagement vom

Gemeinsamen Bundesausschuss definiert sind und QEP für die Anwendung bereitsteht, wird die KVBB ihren Mitgliedern Unterstützung in Form von Informationsveranstaltungen und Seminaren anbieten.

In diesem Sinne möchten wir Sie noch einmal darauf hinweisen, dass übereiltes Handeln nicht nötig ist. Lassen Sie

sich Zeit für eine System-Entscheidung und für den Einführungsprozess in ihre Praxis.

Ansprechpartner:

Claudia Kintscher
 FB-Leiterin Qualitätsmanagement
 Tel.: 0331/ 23 09-377

DMP-Diabetes mellitus Typ 2 - erste Feedback-Berichte an Ärzte verschickt

Im September konnten die ersten Feedback-Berichte an koordinierende Vertragsärzte DMP-Diabetes mellitus Typ 2 übergeben werden. Diese Berichte sind Bestandteil der qualitätssichernden Maßnahmen, wie sie laut RSAV gefordert werden.

Im ersten Ergebnis konnten 136 dieser indikationsspezifischen Berichte plausibel erstellt werden. Das bedeutet, dass nur ein Teil der koordinierenden Vertragsärzte berücksichtigt werden konnte. Die vergleichsweise geringe Anzahl von Berichten begründet sich durch folgende Kriterien:

- In den Berichten können nur Daten von Patienten erfasst werden, für die schon

mindestens eine Folgedokumentation vorliegt.

- Um eine sinnvolle statistische Auswertung zu ermöglichen wurde die Summe der zu erfassenden Patienten pro Bericht/ Arzt auf mindestens 10 festgelegt.

Für die nächste Bericht-Staffel in einem halben Jahr sind mit Sicherheit umfangreiche Ergebnisse zu erwarten, so dass deutlich mehr teilnehmende Ärzte mit einem strukturierten Feedback rechnen können.

Ansprechpartner:

Claudia Kintscher
 FB-Leiterin Qualitätsmanagement
 Tel.: 0331/23 09-377

ANZEIGE

Praxisräume zur Miete

Biete zur Mietnutzung ab sofort Praxisräume - ca. 70 qm - angrenzend an Frauenarztpraxis in Ärztehaus mit günstiger Innenstadtlage in Potsdam.

Tel.: 0331/29 38 05

Bundesweite Einführung der "Verax-Liste" durch die Techniker Krankenkasse

In einem Schreiben teilt die KBV mit, dass durch missbräuchliche Nutzung der Krankenversichertenkarte dem deutschen Gesundheitswesen ein Schaden in nicht unbeträchtlicher Höhe entsteht.

Das Geld, das auf diese Art und Weise dem System entzogen wird, steht für eine patientengerechte Versorgung nicht mehr zur Verfügung. Daher müssen alle notwendigen Anstrengungen unternommen werden, um diesen Missbrauch zu verhindern.

Eine kurzfristige verfügbare Problemlösung bietet die von der CompuGroup entwickelte "Verax-Liste". Sie enthält

von den teilnehmenden Krankenkassen gemeldete Daten über nicht mehr gültige Krankenversichertenkarten und Befreiungszeiträume der Versicherten. Diese "Verax-Liste" wird mit den regelmäßigen Software-Updates der großen Softwarehäuser in der Arztpraxis eingespielt.

Ein vollautomatischer Ablauf in der Praxis ist gewährleistet. Zusätzlicher Aufwand zum Einlesen der Krankenversichertenkarte ist dabei nicht erforderlich.

Die Techniker Krankenkasse hat diese "Verax-Liste" bundesweit zum 01. Oktober 2004 eingeführt.

Zuzahlung zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln bei einer Schwangerschaft

Bei der Interpretation der Mutterschafts-Richtlinien, Punkt G "Medikamentöse Maßnahmen und Verordnung von Verband- und Heilmitteln" gab es in der Vergangenheit unterschiedliche Aussagen zum Leistungsrecht der GKV. Wir haben daraufhin die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen befragt und erhielten folgende Antwort:

Schwangerschaftsbeschwerden sind Befindlichkeitsstörungen ohne Störung der Gesundheit mit Krankheitswert. Laut Mutterschafts-Richtlinien sind "Medikamentöse Maßnahmen sowie die Verordnung von Verband- und Heilmitteln ... im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge nur

zur Behandlung von Beschwerden, die schwangerschaftsbedingt sind, aber noch keinen Krankheitswert haben ... zulässig." Bei diesen Beschwerden ist für eine eventuelle Verordnung **keine Zuzahlung** von der Schwangeren zu erheben.

Nun gibt es bekanntlich während der Schwangerschaft durchaus Störungen der Gesundheit mit Krankheitswert, die von oben genannten Beschwerden zu unterscheiden sind. Die notwendigen Verordnungen sind dann aber **nicht** von der Zuzahlung **befreit**.

Somit kann die morgendliche Übelkeit

(so diese denn medikamentös behandelt werden muss) unter Beachtung der Arzneimittel-Richtlinien zuzahlungsbefreit kuriert werden, während eine (Prä)Eklampsie, welche für Mutter und Kind lebensgefährlich ist und zwingend medikamentös therapiert werden muss, als kurative Behandlung mit einer Zuzahlung verbunden ist.

Ursache für diese (medizinisch nicht plausible) Regelung ist das Wirrwarr von

RVO, SGB V, BMV-Ä und Mutterschafts-RiLi.

Wir bitten, diese Differenzierung in Zukunft vor der Entscheidung, ob eine Schwangere zuzahlungspflichtig ist oder nicht, zu beachten.

Ansprechpartner:

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

... ist teuer, sagt der Volksmund. Im folgenden konkreten Fall kann er richtig teuer werden, wird er befolgt. Denn er ist **Guter Rat ...** schlichtweg

falsch. Die Rede ist von einem Schreiben vom Deutschen Diabetiker Bund, das uns jetzt zur Kenntnis gelangte.

Darin heißt es: "Wie Ihnen bereits bekannt sein dürfte, wurde die Alpha-Liponsäure nicht in die Ausnahmeliste der erstattungsfähigen nicht-verschreibungspflichtigen Medikamente aufgenommen. Die Folge ist die komplette Kostenübernahme durch den betroffenen Patienten."

So weit erst einmal richtig. Nun allerdings kommt der falsche Rat:

"Für solche Fälle möchten wir Ihnen empfehlen, folgendes ‚Hintertürchen‘ zu verwenden: Der behandelnde Arzt kann

auch weiterhin mit Alpha-Liponsäure behandeln, wenn er diesen Wirkstoff (in Form einer Infusion) als Praxisbedarf besorgt (wird dann von der Kasse ersetzt) und den Patienten dann in der Praxis mit der Infusion behandelt. ... Das Infusionslegen dauert zwar seine Zeit, die Wirkung ist aber besser und hält meist ca. 4 Wochen an."

Diese Form der "Umgehung" von Gesetzen ist nicht statthaft! Alpha-Liponsäure ist nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig - auch nicht als Infusion! Die Ärzte sollten auf keinen Fall in diese Hintertür-Fälle tapsen. Regresse sind vorprogrammiert! **-re**

PS:

Wenn Sie dazu Fragen haben, wenden Sie sich bitte an die Beratenden Apotheker der KV Brandenburg.

Rezeptfreie Antihistaminika - Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie

In Ihrer Darstellung im Juni-Heft 2004 von "KV intern" verwies die AOK für das Land Brandenburg zu recht darauf, dass die Verordnung rezeptfreier Antihistaminika nunmehr durch die Arzneimittelrichtlinien geregelt und daher nur noch in Ausnahmefällen zulässig ist (nur in Notfallsets zur Behandlung bei Bienen-, Wespen-, Hornissengift-Allergien, zur Behandlung schwerer, rezidivierender Urticarien, bei schwerwiegendem, anhaltendem Pruritus).

Im Gegensatz zu der oben erwähnten Darstellung gibt es aber durchaus Unterschiede zwischen den verschreibungsfreien und den verschreibungspflichtigen Antihistaminika.

Die Deutsche Gesellschaft für Allergologie und Klinische Immunologie (DGAI) vertritt folgende Meinung:

Die verschreibungspflichtigen Antihista-

minika sind - bei Vorliegen der medizinischen Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit nach §12 SGB V - unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes in den zugelassenen Indikationen erstattungsfähig.

In ihrem Schreiben vom 09. Juni 2004 führt die DGAI aus, dass folgende Gründe die Rezeptur verschreibungspflichtiger Antihistaminika rechtfertigen können:

- der Patient ist auf ein verschreibungspflichtiges Antihistaminikum eingestellt und damit gut therapiert

- die mit der Einnahme einiger rezeptfreier Antihistaminika verbundenen Risiken, wie kardiotoxische Nebenwirkungen, Sedierung und psychomotorische Störungen sowie Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln sollen vermieden werden

ANZEIGE

Praxisräume zu vermieten

485 qm Praxisräume (teilbar) in Eisenhüttenstadt ab sofort oder später zu vermieten.

1. Etage, Fahrstuhl vorhanden, im Haus AOK-Niederlassung.

Information: Montag bis Freitag unter:
05139/893040 oder 0173/9839601

- der Patient benötigt ein stärker wirksames Antihistaminikum, das insbesondere das Symptom der nasalen Obstruktion lindert.

In ihren Leitlinien zur allergischen Rhinokonjunktivitis verweist die DGAI darauf, dass eine 3. Generation von Antihistaminika durch folgende Kriterien definiert ist:

- spezifischer, potenter H1-Rezeptorantagonismus,
- Wirksamkeit über 24 Stunden, einmalige tägliche Gabe, schneller Wirkungseintritt,
- keine Interferenz mit Nahrungsaufnahme/anderen Arzneistoffen/intestinalen Transportproteinen,

- additive antiallergische Effekte (nachgewiesen am Patienten),

- Wirkung auf alle Symptome der AR, einschließlich der nasalen Obstruktion,
- keine Sedierung oder Beeinträchtigung der psychomotorischen Leistungen,
- keine kardiotoxischen Effekte,
- keine anderen Nebenwirkungen wie anticholinerge Effekte, Gewichtszunahme, Leber- oder Nierentoxizität.

Diese Kriterien werden durch Desloratadin und überwiegend z. B. durch Levocetirizin und Fexofenadin erfüllt. Levocetirizin weist eine höhere Sedierungsrate, Fexofenadin eine Interferenz mit Transportproteinen bzw. eine verminderte Resorption auf.

Vorsicht bei www.pharmaboerse.de!

Auf der Internetplattform www.pharmaboerse.com werden ab August verschreibungspflichtige und apothekenpflichtige Arzneimittel "von Privat an Privat" angeboten. Geworben wird unter anderem damit, dass dies bis zu 75 Prozent der Kosten sparen würde.

Wir empfehlen, mit solchen Angeboten sehr zurückhaltend und sehr kritisch umzugehen und gegebenenfalls die Patienten darüber zu informieren.

Der KV Brandenburg liegt eine Mitteilung des Apothekerverbandes Branden-

burg vor, nach der die Bayerische Landesapothekerkammer diese Internet-Offerte bei der zuständigen Staatsanwaltschaft und der zuständigen Überwachungsbehörde angezeigt habe. Nach deren Auffassung verstößt die Internetplattform gegen zahlreiche Vorschriften des Arzneimittelgesetzes.

Die rechtliche Prüfung ist zur Zeit noch nicht abgeschlossen. Wir werden Sie jedoch umgehend informieren, sobald uns neue Sachstände vorliegen.

Empfehlungen der STIKO 2004

Im Heft 8/2004 von "KV-intern" berichten wir über die Neuerungen in den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut.

Die aufgenommenen Veränderungen bzw. Indikationserweiterungen können für beide Kassenarten ab 01.07.2004 umgesetzt werden, da beide Impfvereinbarungen im Land Brandenburg die jeweils gültige Fassung der STIKO-Empfehlungen als Grundlage der Durchführung von Schutzimpfungen benennen. Eine Abweichung hiervon ist nur nach einer entsprechend zu treffenden Regelung zwischen den Vertragspartnern möglich.

Die AOK für das Land Brandenburg hat

sich positioniert, die Neuerungen mitzutragen. Durch den VdAK wurde signalisiert, dass noch Abstimmungsbedarf besteht.

Sollte sich hieraus eine Einschränkung der Umsetzbarkeit der STIKO-Empfehlungen ergeben, werden wir darüber informieren. Bis dahin kann - wie auch für den Primärkassenbereich - in Übereinstimmung mit den Empfehlungen geimpft werden.

Ansprechpartner:

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

Heilmittel-Richtlinien: Fragen und Antworten

Immer wieder erreichen uns Anfragen zu den Heilmittel-Richtlinien. Mit vielen dieser Fragen haben sich die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung beschäftigt. Im Folgenden die konsentierten Antworten.

Wie ist hinsichtlich der Klassifizierung der Verordnungen ab dem 1. Juli 2004 bei bestehenden Heilmittelversorgungen zu verfahren?

Bestehende Heilmittelversorgungen werden fortgeführt, sofern die kontinuierliche Fortsetzung der Behandlung erforderlich ist. Ist die jetzt gültige Gesamt-

verordnungsmenge noch nicht erreicht, wird eine Folgeverordnung im Regelfall ausgestellt. Ist die Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls bereits erreicht, erfolgt eine Verordnung außerhalb des Regelfalls. Ein neuer Regelfall ist gegeben, wenn bei bestehenden Erkrankungen nach einer Heilmittelanwendung ein behandlungsfreies Intervall von zwölf Wochen abgelaufen ist.

Ist die Frequenz (Anzahl je Woche) stets anzugeben?

Ja. Insbesondere bei Verordnungen außerhalb des Regelfalls ist die Angabe entscheidend für die maximale Verord-

nungsmenge. Die Verordnungsmenge ist abhängig von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen, dass mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von zwölf Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.

Muss vor einer Verordnung außerhalb des Regelfalls stets das Verfahren über Erst- und Folgeverordnung(en) durchlaufen werden?

Ja. Eine Verordnung außerhalb des Regelfalls kann erst ausgestellt werden, wenn die Verordnungen im Regelfall bis zur Gesamtverordnungsmenge durchlaufen wurden. Allerdings ist es möglich, eine Verordnung außerhalb des Regelfalls schon dann auszustellen, wenn aus der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls weniger als drei Einheiten verfügbar sind und die verordnete Menge die verfügbaren Behandlungseinheiten aus der Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls überschreitet.

Beispiel: Verordnungsmenge des Regelfalls 24, davon sind 22 Einheiten verbraucht. Es werden mehr als die im Regelfall noch verfügbaren zwei Einheiten benötigt. In diesen Fällen kann eine Verordnung außerhalb des Regelfalls mit beispielsweise sechs Einheiten ausgestellt werden.

Ist eine Begrenzung der Verordnung außerhalb des Regelfalls hinsichtlich der Anzahl der Behandlungseinheiten je Verordnung erforderlich?

Ja. Eine Begrenzung der Anzahl ist erforderlich. Eine ausschließlich zeitliche Befristung (z.B. drei Monate oder bis 31. Oktober 2004) ist nicht möglich. Die Anzahl ist maximal so zu bemessen, dass abhängig von der Behandlungsfre-

quenz spätestens nach zwölf Wochen die Behandlung endet und eine ärztliche Kontrolle erfolgt.

Der Katalog sieht Verordnungen außerhalb des Regelfalls vor. Wie häufig sind solche Verordnungen möglich?

Die Anzahl der möglichen Wiederholungsverordnungen außerhalb des Regelfalls ist nicht festgelegt. Sie richtet sich zwingend nach der medizinischen Notwendigkeit. Jede dieser Verordnungen muss begründet und der Krankenkasse zur Genehmigung vorgelegt werden, sofern die Krankenkasse nicht darauf verzichtet.

Können Doppel-Behandlungseinheiten verordnet werden (z.B. sechs verordnete Einheiten werden als drei Doppelseinheiten angegeben)?

Grundsätzlich sollen Heilmittel je Behandlungstag maximal nur einmal verordnet werden bzw. abgegeben werden; in seltenen medizinischen Fällen kann der Arzt auch eine Doppelbehandlung verordnen. Dies muss im Rezept angegeben werden: Sieht die Verordnung zum Beispiel 6 x KG vor, so lautet das Rezept 3 x KG als Doppelbehandlung. Es ist nicht möglich, 6 x krankengymnastische Doppelbehandlung zu verordnen.

Können ergänzende Heilmittel alleine ohne ein vorrangiges oder optionales Heilmittel verordnet werden?

Ja. Allerdings nur Maßnahmen der Elektrotherapie/-stimulation sowie Ultraschall-Wärmetherapie, sofern der Heilmittelkatalog diese Maßnahmen indikationsbezogen als ergänzende Heilmittel vorsieht.

Ist bezüglich des Hausbesuchs bei jeder Verordnung zwischen Ja und Nein mit einem Kreuz in den dafür vorgesehenen Kästchen zu entscheiden?

Ja.

Ist bezüglich des Therapieberichts bei jeder Verordnung zwischen Ja und Nein mit einem Kreuz in den dafür vorgesehenen Kästchen zu entscheiden?

Ja.

Ist neben dem Indikationsschlüssel stets die Diagnose, die Leitsymptomatik und das Therapieziel anzugeben?

Neben dem Indikationsschlüssel ist die Diagnose und die Leitsymptomatik immer anzugeben: "Z.n. Bandscheiben-OP" allein reicht für eine Verordnung nicht aus. Wenn die Diagnose die Leitsymptomatik bereits enthält, muss sie nicht noch einmal wiederholt werden.

Das Therapieziel muss nur dann angegeben werden, wenn es nicht aus der Diagnose bzw. Leitsymptomatik/Funktionsstörung hervorgeht. Hier kann beispielsweise die Spezifizierung erfolgen: "Verbesserung der Wirbelsäulen-/Gelenkstabilität". Eine solche Therapiezieldefinition sieht der Katalog nur indirekt vor, wenn beispielsweise die Leitsymptomatik "Muskeldysbalance-, -insuffizienz und -verkürzung" angegeben wird.

Unter welchen Bedingungen sind Heilmittel in Altenheimen (Hausbesuch) zu verordnen?

Hausbesuche sind in den jeweiligen Einrichtungen nur dann möglich, wenn medizinische Gründe für eine Verordnung eines Hausbesuches vorliegen (siehe 16.2 der Heilmittel-Richtlinien).

Generell ist darauf zu achten, dass eine Verordnung auf der Basis der Heilmittel-Richtlinien durch den Arzt - insbesondere in Altenheimen - nicht als Ersatz für die aktivierende Pflege zur allgemeinen Mobilisation erfolgen darf. Diesbezüglich sind die Richtlinien der Häuslichen Krankenpflege anzuwenden. Dieser Bereich fällt in den Aufgabenbereich des Pflegepersonals.

Bei Altenpflegeheimbewohnern ist die aktivierende Pflege zur Mobilisation Aufgabe des Pflegepersonals und zählt zum Leistungsspektrum des Pflegeheimes; die Vergütung erfolgt über den Pflegesatz.

Ist die Kompressionsbandagierung nach MLD zusätzlich zu verordnen?

Ja. Die Kompressionsbandagierung ist im individuellen Einzelfall - sofern erforderlich - auf Muster 13 zusätzlich zur Manuellen Lymphdrainage in der gleichen Zeile zu verordnen. Sie stellt kein eigenes Heilmittel dar. Beispiel: 6 x MLD-45 plus Kompressionsbandagierung.

Öffentliche Fördermittel als Investitionshilfe Was bietet das Land Brandenburg?

Entgegen der häufig anzutreffenden Auffassung, dass nur Existenzgründer von öffentlichen Fördergeldern profitieren können, sei an dieser Stelle auf ein regionales Förderprogramm hingewiesen, welches u.U. auch für bereits niedergelassenen Ärzte von Interesse sein kann.

Im Rahmen einer Gemeinschaftsaktion von Bund, Land Brandenburg und Deutscher Ausgleichsbank (DtA) ist ein Programm mit dem Namen "Gründungs- und Wachstumsfinanzierung" existent.

Mit zinsgünstigen Darlehen können nicht nur Gründungs- sondern auch Folgeinvestitionen zur Festigung eines Unternehmens und der Betriebsmittelbedarf innerhalb von 8 Jahren nach Praxiseröffnung finanziert werden. Besondere Beachtung erfährt dabei die Sicherung und Schaffung von Arbeitsplätzen sowie die Anpassung an Strukturveränderungen. Förderfähige Vorhaben sind hier nach u.a.

- Festigungsinvestitionen
- Sprunginvestitionen, d.h. Investitionen, die für das Unternehmen eine finanzielle Herausforderung darstellen (für Unternehmen, die älter als acht Jahre sind)
- Errichtung von Filialen
- Erweiterung oder Umstellung des Produkt- oder Dienstleistungsangebots
- Standortsicherung (z.B. durch Erwerb bisher gemieteter Betriebsräume)
- Verlagerung des Betriebsstandortes

- Investitionen, die zur Errichtung und Schaffung zusätzlicher sozialversicherungspflichtiger Dauerarbeitsplätze führen

- Kosten für Qualifizierung und Weiterbildung
- Aufwendungen zur Markterschließung
- Betriebsmittel (z.B. bei Liquiditätsengpässen)

Nicht förderungsfähig sind Sanierungsfälle, Umschuldungen/Nachfinanzierungen, Finanzierungskosten, bzw. vor Antragstellung begonnene Vorhaben oder geschlossene Verträge.

Das Darlehen muss grundsätzlich bei den örtlichen Kreditinstituten - sprich bei der Hausbank beantragt werden.

Ein diesbezügliches Gespräch mit der Hausbank sollte gut vorbereitet sein. Fundierte Informationen und unabhängige kostenfreie Beratung zur Förderungsfähigkeit der geplanten Investition, dem Umfang der Förderung bzw. den Darlehenskonditionen erhält man u.a. in den Servicecentern der InvestitionsBank des Landes Brandenburg (im Internet abrufbar unter www.ilb.de) bzw. im Beratungszentrum der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) Berlin (www.kfw.de).

Ansprechpartner:

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

Rahmenvereinbarung mit der Autohaus Babelsberg GmbH abgeschlossen

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg hat mit Wirkung vom 16.09.2004 mit der Autohaus Babelsberg GmbH eine Rahmenvereinbarung für die Mitglieder der KVBB und deren Angestellte (Arzthelferinnen) sowie für die Angestellten der KVBB abgeschlossen.

Danach werden dem genannten Personenkreis Nachlässe beim Erwerb von VW- und Audi-Neuwagen auf den bei Vertragsabschluss gültigen Listenpreis gewährt, die bei allen VW- und Audi-

Modellen zwischen 9 und 12 Prozent liegen. Bei Kleintransportern betragen diese Nachlässe sogar bis zu 22 Prozent.

Mit der Geschäftsleitung des Autohauses Babelsberg ist abgestimmt, dass es ausreichend ist, wenn sich potentielle Kunden in den Verkaufsgesprächen auf diese Rahmenvereinbarung beziehen.

Die Erreichbarkeit des Autohauses können Sie der in dieser Ausgabe enthaltene Anzeige entnehmen.

KOSA, hätten Sie's gewusst?

Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen im Bundesgebiet gibt es 5 Kooperations- und Beratungsstellen für Selbsthilfegruppen und Ärzte (KOSA). Eine davon, die KOSA Ihrer KV Brandenburg, hat ihren Sitz in der Landesgeschäftsstelle in Potsdam und besteht in diesem Monat genau **10 Jahre**.

In Deutschland gibt es ca. 70.000 bis 100.000 Selbsthilfegruppen. Im Land Brandenburg engagieren sich mehr als 50.000 Frauen und Männer in ca. 250 Selbsthilfegruppen, die meist auf eigene Initiative und zu allen erdenklichen Themen und Problemen entstanden sind. Von **A wie Adoptivaltern**, Aids, Aller-

gie, Amputationen oder Anonyme Alkoholiker bis **Z wie Zwangsstörungen**, Zöliakie und Zytomegalie-Infektion bei Frühgeborenen. Und dies sowohl zu gesundheitlichen als auch sozialen Problemstellungen.

Das Geheimnis des Erfolges der Selbsthilfegruppen liegt in drei wesentlichen Punkten:

Lernen: In Selbsthilfegruppen lernen die Betroffenen von Menschen, die sich in ähnlichen Situationen befinden, indem sie hilfreiche Strategien zur Krankheitsbewältigung kennen lernen und übernehmen. Sie lernen das Annehmen Ihrer Betroffenheit sowie den täglichen

Umgang damit aus "erster Hand".

Soziale Unterstützung: In Selbsthilfegruppen erfahren die Betroffenen Zuneigung, Vertrauen, Verständnis, Interesse und Zuwendung.

Zugehörigkeit: Der Betroffene fühlt sich in der Selbsthilfegruppen angenommen, ist nicht isoliert oder einsam. Er ist einer von vielen!

Selbsthilfegruppen sind kein Ersatz für eine medizinische oder psychotherapeutische Maßnahme, vielmehr sind sie eine sinnvolle Ergänzung.

Was die praktischen Dinge im Zusammenhang mit einer chronischen Krankheit oder einer außergewöhnlichen Lebenssituation anbelangt, sind Betroffene mit Sicherheit die Experten in eigener Sache. "Geschult" werden diese Patienten im täglichen Leben, aber auch im Gespräch mit Gleichbetroffenen.

Wer kennt schon die große Palette an Hilfsmitteln, die Behinderungen erleichtern können? Wer weiß schon, welche Verwaltungsgänge im Einzelfall erforderlich sind? Wer weiß schon, wo man Unterstützung erhält im Fall der finanziellen Not oder wie man trotz Mamma-Amputation Frau bleiben kann?

In Selbsthilfegruppen werden Informationen ausgetauscht, wird die Eigeninitiative der Betroffenen gestärkt. So können sie bei chronischen Krankheiten die Therapie maßgeblich unterstützen.

Selbsthilfegruppen sind im übertragenen Sinn lange bestehende Qualitätszirkel auf Seiten der Patienten, deren

Erfahrungen Sie sich für Ihre tägliche Arbeit zunutze machen können.

Wie geschieht dies?

- Informieren Sie Ihre Patienten über die Existenz von Selbsthilfegruppen
 - Schauen Sie sich eine Selbsthilfegruppe als Gast von "innen" an, um die Arbeitsweisen kennen zu lernen
 - Nehmen Sie am jährlich stattfindenden Selbsthilfetag teil, um die Arbeit und die Vielfalt der Selbsthilfe im Land Brandenburg kennen zu lernen
 - Motivieren Sie Ihre Patienten zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen und entlasten sich dadurch in der psychosozialen Versorgung des Patienten
 - Laden Sie Vertreter einer Selbsthilfegruppe als "Experten in eigener Sache" in Ihren Qualitätszirkel/Stammtisch ein
 - Stehen Sie Selbsthilfegruppen für medizinische/therapeutische Fachfragen zur Verfügung und nutzen den persönlichen Erfahrungsaustausch
 - Legen Sie für Ihre Patienten Informationsmaterial und Veranstaltungshinweise der Selbsthilfegruppen in Ihrer Praxis aus
- Nutzen Sie, auf Grund der gemeinsamen Ziele, die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit den Selbsthilfegruppen und die diesbezügliche Unterstützung der KOSA Ihrer KV Brandenburg.

Das beiliegende Wartezimmerplakat ist als Erstinformation für Ihre Patienten gedacht.

KOSA der KV Brandenburg

Frau Fischer,
0331/23 09-220 od.

kosa@kvbb.de

Aktuelle Literatur:

"Kooperationshandbuch - ein Leitfaden für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfe"

Erschienen in der Wissenschaftliche Reihe - Band 58 - des ZI für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Ärzteverlag, ISBN 3-7691-8058-5, Preis:29,95 □

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

Hausärztliche allgemeinmedizinische
Praxis im Ärztehaus in einer Kreisstadt
nördlich von Berlin sucht zum
01.01.2005 Nachfolger.

Günstige Konditionen, stabile Fallzah-
len, moderne, rollstuhlgerechte Praxis-
räume, Aufzug, Apotheke, Radiologie,
weitere Praxen verschiedener Fachrich-
tungen

Chiffre: 04/10/01

Biete

Einstieg in etablierte hausärztliche
Gemeinschaftspraxis (Diabetesschwer-
punkt) in mittelgroßer Brandenburger
Stadt, Nähe Potsdam und Berlin, gute
Bahn- und Autobahnanbindung, land-
schaftlich reizvolle Umgebung, alle
Schulen einschl. Musikschule und Fach-
hochschule am Ort.

Nachfolger/in für ausscheidende Senior-
partnerin baldmöglichst gesucht.

Chiffre: 04/10/03

Suche

Examinierte Krankenschwester und Arzt-
helferin mit Abschluss sucht im Raum
Rathenow, Premnitz, Brandenburg
(Stadt) und Nauen ab 01. März 2005
neue Anstellung.

Habe 12-jährige Berufserfahrung in einer
Arztpraxis und verfüge über fundierte
Computerkenntnisse. Anstellung in Voll-
zeit oder Teilzeit möglich. Interessenten
melden sich bitte unter: 033876/40926 ab
19.00 Uhr

Biete

Hausärztliche allgemeinmedizinische
Praxis nördlich von Berlin (S-Bahnan-
bindung) aus Altersgründen zum I. oder
II. Quartal 2005 abzugeben.

Chiffre: 04/10/02

Biete

Moderne, geräumige, umsatzstarke all-
gemeinmedizinische Praxis in Straus-
berg in Top-Lage und mit nettem Team
sofort oder später zu veräußern. (160 m²
für 470 □ Monatsmiete)

Chiffre: 04/10/04

Suche

Modern ausgestattete orthopädische
Praxis in Müllrose (LOS) mit hoher
Scheinzahl im Quartal und Weiterbil-
dungsermächtigung sucht baldmöglichst
FÄ bzw. FA für Orthopädie oder Weiter-
bildungsassistenten im Fachgebiet
Orthopädie zur Mitarbeit in der Praxis.

Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstun-
den und Honorar nach Vereinbarung.

Chiffre: 04/10/05

Niederlassungen im September 2004

Planungsbereich Havelland

Dr. med. Gregor Fahron
FA für Innere Medizin/HA
Potsdamer Str. 8, 14669 Ketzin
(Übernahme der Praxis von
Dr. med. Gisela Graul)

Dr. med. Uta Siegel
FÄ für Nervenheilkunde
Dallgower Str. 10, 14612 Falkensee

Planungsbereich Oberhavel

Dr. med. Inka Behrendt
FÄ für Allgemeinmedizin
Katharinenstr. 6
16552 Mühlenbecker Land /
OT Schildow

Planungsbereich Potsdam

Dr. sc. med. Jörg Krenzien
FA für Chirurgie
(Sonderbedarfszulassung
Gefäßchirurgie)
Platz der Einheit 14, 14467 Potsdam

Planungsbereich Teltow-Fläming

Dipl.-Päd. Anne Schmitter-Boeckelmann
Kinder-u. Jugendlichen-Psychothera-
peutin/Tiefenpsychologisch
fundierte Psychotherapie
Str. der Jugend 41,
14974 Ludwigsfelde

Planungsbereich Oberspreewald-Lausitz

Dr. med. Michaela Smago-Klose
FÄ für Allgemeinmedizin
Otto-Grotewohl-Str. 4 a-e,
03222 Lübbenau

Zulassungen und Ermächtigungen

Neuzulassungen

Susanne Birkholz,
Fachärztin für Innere Medizin in Cottbus
ab 02.01.2005

Dipl.-Psych. Claudia Damm-Floarei,
Psychologische Psychotherapeutin in
Beeskow
ab 01.10.2004

Dipl.-Psych. Wolfgang Fischer,
Psychologischer Psychotherapeut in Cottbus
ab 15.09.2004

Dr. med. Matthias Fritsch,
Facharzt für Augenheilkunde in Groß Pankow
ab 01.10.2004

Dr. med. Joachim Fuchs,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Görzke
ab 01.10.2004

Dr. med. Liv Fünfgeld,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Cottbus
ab 01.10.2004

Dr. med. Kerstin Hackethal,
Fachärztin für Innere Medizin in Potsdam
ab 01.01.2005

Gitta Härte!,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in
Milmersdorf
ab 08.09.2004

Dipl.-Med. Thomas Hildebrandt,
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in
Birkenwerder
ab 22.09.2004

Sharareh Kord,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Nauen,
ab 01.01.2005

Dipl.-Med. Ulrike Kusnick,
Fachärztin für Psychiatrie (ausschließl. psy-
chotherapeutisch tätig) in Potsdam
ab 15.09.2004

Sandra Rose,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Neuruppin
ab 22.09.2004

Dr. med. Martin Schreier,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Bernau b.
Berlin
ab 08.09.2004

Dr. med. Antje Schultz,
Fachärztin für Augenheilkunde in
Bad Liebenwerda
ab 22.09.2004

Dr. med. Steffen Schwanitz,
Facharzt für Chirurgie in Cottbus,
ab 01.10.2004

Dipl.-Psych. Roland Stein,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in
Brandenburg
ab 15.09.2004

Dipl.-Med. Evelyn Storch,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Potsdam
ab 02.01.2005

Matthias Temmler,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Lenzen
ab 22.09.2004

Dipl.-Psych. Frank Wieser,
Psychologischer Psychotherapeut in
Birkenwerder
ab 15.09.2004

Anne Witt,
Fachärztin für Innere Medizin/HÄ in Cottbus
ab 08.09.2004

Einstellungen in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V

Dipl.-Med. Marion Kingl,
Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrank-
heiten in der Amb. med. Einrichtungen Fin-
sterwalde GmbH
ab 01.10.2004

Dr. med. Simone Rypl,
Fachärztin für Urologie am Gesundheitszen-
trum Potsdam GmbH
ab 22.09.2004

Susanne Scheiner,
Fachärztin für Orthopädie an der Med.
Einrichtungsgesellschaft Wildau mbH
ab 01.10.2004

Ermächtigungen

Prof. Dr. sc. med. Gernot Badtke,
Facharzt für Sportmedizin an der Universität
Potsdam,
ermächtigt auf Überweisung von zugelas-
senen Vertragsärzten, die über eine Chirothera-
pie-Genehmigung verfügen und Ärzten in
Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V, die
über eine Chirotherapie-Genehmigung verfü-
gen auf dem Gebiet der Chirotherapie für die
Zeit
vom 01.10.2004 bis 31.12.2005.

Dr. med. Harry Brunzlow,
Facharzt für Diagnostische Radiologie am
Humaine Klinikum Bad Saarow,
ermächtigt auf Überweisung von zugelas-
senen Fachärzten für Chirurgie, Gynäkologie,
Radiologie, Strahlentherapie und Nuklearme-

dizin bzw. entsprechenden Ärzten in Einrich-
tungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von
am Humaine Klinikum Bad Saarow ermäch-
tigten Ärzten einschließlich der Institutser-
mächtigung für Strahlentherapie auf dem
Gebiet der Mammographie für die Zeit
vom 01.10.2004 bis 30.09.2006.

Dr. med. Karl-Matthias Deppermann,
Facharzt für Innere Medizin an den Ruppiner
Kliniken in Neuruppin,
ermächtigt auf Überweisung von zugelas-
senen Fachärzten für Innere Medizin/Pneumo-
logie und Fachärzten für Lungen- und Bron-
chialheilkunde sowie entsprechenden
Fachärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs.
2 SGB V für die weiterführende Diagnostik
und Mitbehandlung von pneumologischen
Problemfällen für die Zeit
vom 08.09.2004 bis 30.09.2006.

Christian Dettenborn,
Facharzt für Diagnostische Radiologie am
Städt. Klinikum Brandenburg,
ermächtigt auf Überweisung von zugelas-
senen Fachärzten für Chirurgie, Neurochirurgie,
Nervenheilkunde, Orthopädie und entspre-
chenden Fachärzten in Einrichtungen gem. §
311 Abs. 2 SGB V sowie dem ermächtigten
Facharzt für Neurochirurgie, Herrn Dr.
Rudolph, zur CT-gestützten schmerzthera-
peutischen Behandlung für die Zeit
vom 01.10.2004 bis 30.09.2006.

Dr. med. Martin von Ekesparre,
Facharzt für Neurologie an der Oberhavel Kli-
niken GmbH/Klinik Hennigsdorf,
ermächtigt auf Überweisung von zugelas-
senen Fachärzten für Neurologie, Fachärzten
für Psychiatrie und Fachärzten für Orthopädie
sowie entsprechenden Ärzten in Einrichtun-
gen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Thera-
pie von Bewegungsstörungen und speziellen
Formen der Spastik mit Botulinum-Toxin A
und B für die Zeit
vom 22.09.2004 bis zum 30.09.2006.

Dr. med. Ralf Giese,
Facharzt für Innere Medizin am Kreiskran-
kenhaus Belzig,
ermächtigt auf Überweisung von zugelas-
senen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtun-
gen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Durch-
führung der präventiven Koloskopie, für die
Durchführung von Gastroskopien sowie für
die Durchführung der Rekto- und/oder Sig-
moidoskopie für die Zeit
vom 01.10.2004 bis zum 30.09.2006.

Dr. med. Ralf Haitsch,
Facharzt für Innere Medizin am Johanniter-
Krankenhaus in Treuenbrietzen,
ermächtigt auf Überweisung von zugelas-
senen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtun-
gen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Durch-
führung der präventiven Koloskopie und für
die Durchführung der Rekto- und/oder Sig-
moidoskopie für die Zeit
vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

Dipl.-Psych. Elke Hartmann,
Psychologische Psychotherapeutin in eigener
Niederlassung in Niederfinow,
ermächtigt auf Überweisung von zugelas-
senen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtun-
gen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem
Gebiet der Verhaltenstherapie für Kinder und
Jugendliche für die Zeit
vom 15.09.2004 bis 30.09.2006.

Priv.-Doz. Dr. med. Johannes Hierholzer,
Facharzt für Diagnostische Radiologie am
Klinikum "E. v. Bergmann" in Potsdam,
ermächtigt auf Überweisung von zugelas-
senen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtun-
gen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für ambulante
Gefäßuntersuchungen der Bauch-, Becken-
und Beinarterien mittels Subtraktionsangio-
graphie und Interventionen sowie für die dia-
gnostische Abklärung von Dialyse-Shants
und ggf. notwendiger Intervention und auf
Überweisung von zugelassenen Fachärzten
für Orthopädie und zugelassenen schmerz-
therapeutisch tätigen Ärzten sowie entspre-
chenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311

Abs. 2 SGB V für die Therapie bei WS-Schmerzsyndrom als minimal-invasiven CT-gestützten Eingriff für die Zeit vom 01.10.2004 bis 30.09.2006.

Dr. med. Olaf Hinze,
Facharzt für Chirurgie am Klinikum Uckermark in Schwedt, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie für die Zeit vom 01.10.2004 bis 30.09.2006.

Dipl.-Med.-Päd. Erika Hübner,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin beim Verein "Hilfen für suizidgefährdete Kinder u. Jugendliche e.V." mit einer Sprechstunde in Panketal, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie für Kinder und Jugendliche für die Zeit vom 01.10.2004 bis 30.09.2006.

Dr. med. Christian Jenssen,
Facharzt für Innere Medizin an der Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH, am Krankenhaus Wriezen und am Krankenhaus Strausberg ermächtigt auf Überweisung von endoskopisch tätigen Vertragsärzten bzw. endoskopisch tätigen Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für Endoskopie und für Endosonographie des oberen und unteren Verdauungstraktes für die Zeit vom 01.10.2004 bis 30.09.2004.

Dr. med. Olaf Kaufmann,
Facharzt für Pathologie am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von ermächtigten Krankenhausärzten am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, am Kreiskranken-

haus Elsterwerda, am Ev. Krankenhaus Luckau, am Krankenhaus Spremberg und am Krankenhaus Forst auf dem Gebiet der Laboratoriumsdiagnostik (FACS-Analytik) und für Leistungen auf dem Gebiet der Histologie und Immunhistologie; auf Überweisung von Herrn Dr. von Grünhagen als Begleituntersuchung sowie auf Überweisung von ermächtigten Ärzten am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, am Kreiskrankenhaus Elsterwerda, am Ev. Krankenhaus Luckau, am Krankenhaus Spremberg sowie am Krankenhaus Forst für Leistungen auf dem Gebiet der Zytologie für die Zeit vom 01.10.2004 bis 30.09.2006.

Dr. med. Christoph Klumpp,
Facharzt für Innere Medizin an der Spreewaldklinik Lübben, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Versorgung der Knie- und Hüftgelenksendoprothesen für die Zeit vom 01.10.2004 bis zum 30.09.2006.

Dr. med. Robert Krause,
Facharzt für Orthopädie am Oberlinhaus in Potsdam, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Orthopäden und Pädiatern sowie entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V und von Praktischen Ärzten, die über die Facharztanerkennung als Kinderarzt verfügen, ohne als solche zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen zu sein für die Sonographie der Säuglingshüfte und zur Behandlung kindlicher Klumpfüße; ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Orthopäden bzw. Orthopäden in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für eine Konsultationssprechstunde für orthopädische Problemfälle auf den Gebieten der Endoprothetik und Extremitätenorthopädie sowie für konsiliarische Untersuchungen und für die Mitbehandlung von entwicklungsverzögerten Kindern und Jugendlichen bis zum Höchstalter von 23 Jahren auf Überweisung von zuge-

lassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V, soweit die Kinder und Jugendlichen im Oberlinhaus in Potsdam betreut werden und auf Überweisung von Orthopäden, Kinderärzten und als Praktische Ärzte niedergelassene Kinderärzte sowie 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 01.01.2005 bis 31.12.2006.

Prof. Dr. sc. med. Günter Linß,
Facharzt für Innere Medizin an der Oberhavel Kliniken GmbH/Klinik Hennigsdorf, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung der transösophagealen Echokardiographie für die Zeit vom 01.10.2004 bis 30.09.2006.

Dr. med. Klaus Nogai,
Facharzt für Innere Medizin an der Havelandklinik in Nauen, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung der präventiven Koloskopie und für Leistungen der gastroenterologischen Endoskopie für die Zeit vom 01.10.2004 bis 30.09.2006.

Dr. med. Rita Pasold,
Fachärztin für Innere Medizin am Klinikum "E. v. Bergmann" in Potsdam, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Hämatologie und Onkologie zur Behandlung von Problemfällen für die Zeit vom 01.10.2004 bis 31.10.2004.

Dr. med. Axel Reinhardt,
Facharzt für Orthopädie am Oberlinhaus in Potsdam, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Orthopädie und Fachärz-

ten für Innere Medizin/Rheumatologie bzw. entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für eine Konsultationssprechstunde für orthopädische Problemfälle auf dem Gebiet der Wirbelsäulenchirurgie bzw. -orthopädie für die Zeit vom 01.10.2004 bis 31.12.2006.

Dipl.-Psych. Wolfgang Ritz,
Psychologischer Psychotherapeut an den Hellmuth-Ulrici-Kliniken in Sommerfeld, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie - eingeschränkt auf Schmerzpatienten für die Zeit vom 01.10.2004 bis 30.09.2006.

Dr. med. Andreas Rupprecht,
Facharzt für Innere Medizin am St. Josefs Krankenhaus in Potsdam, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Hämatologie und Onkologie zur Behandlung von Problemfällen für die Zeit vom 01.10.2004 bis 31.12.2004.

Dr. med. Jürgen Ruttloff,
Facharzt für Urologie am Humaine Klinikum Bad Saarow, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Urologie sowie Fachärzten für Urologie in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V im Rahmen der Urologie für ambulante ESWL-Behandlung und zur Betreuung von urologischen Problemfällen für die Zeit vom 01.10.2004 bis 30.09.2006.

Dr. med. Michael Sachse,
Facharzt für Innere Medizin am Ev. Diakonissenhaus Berlin Teltow Lehnin in Kloster Lehnin, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die trans-

kutane Messung des Sauerstoffpartialdrucks und für Doppler-sonographische und Duplex-sonographische Diagnostik für die Zeit vom 01.10.2004 bis 30.09.2006.

Dr. med. Carsten Schoof,
Facharzt für Neurochirurgie am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Chirurgie, Orthopädie, Neurologie und Nervenärzten bzw. entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Neurochirurgie für die Zeit vom 01.10.2004 bis 30.09.2006.

Dipl.-Med. Wolfgang Stein,
Facharzt für Innere Medizin am Klinikum Frankfurt (Oder),
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der hämatologischen und onkologischen Diagnostik und Therapie sowie Chemotherapie (außer gynäkologischer und urologischer Onkologie) und auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Urologie und Fachärzten für Urologie in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der urologisch-onkologischen Diagnostik und Therapie sowie Chemotherapie für die Zeit vom 01.09.2004 bis 30.09.2006.

Dr. med. Axel Stephan,
Facharzt für Chirurgie am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Chirurgie und Fachärzten für Chirurgie in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Durchführung einer speziellen traumatologischen Sprechstunde für die Zeit vom 08.09.2004 bis 30.09.2006.

Dr. med. Klaus-Dieter Stettinich,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an der Havellandklinik in Nauen,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen

Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Betreuung von Kindern mit Mukoviszidose - cystische Fibrose für die Zeit vom 01.10.2004 bis 30.09.2006.

Dr. medic./Rum. Stefan Szepesi,
Facharzt für Strahlentherapie am Klinikum Frankfurt (Oder),
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von am Klinikum Frankfurt (Oder) ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der Strahlentherapie für die Zeit vom 01.10.2004 bis 30.09.2006.

Dipl.-Med. Frank Thierfelder,
Facharzt für Innere Medizin an der Oberhavel Kliniken GmbH/Klinik Hennigsdorf,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen fachärztlich tätigen und hausärztlich tätigen Internisten sowie entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Nachsorge für die an der Oberhavel Kliniken GmbH implantierten Herzschrittmacher sowie zur Programmierung in speziellen Fällen für die Zeit vom 08.09.2004 bis 30.09.2006.

Dr. med. Ekkehart Weber,
Facharzt für Orthopädie an der Asklepios Klinik Birkenwerder,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Orthopädie und Fachärzten für Innere Medizin/Rheumatologie bzw. entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von ermächtigten Fachärzten für Innere Medizin/Rheumatologie zur konsiliarischen Beratung bei orthopädischen Problemfällen für die Zeit vom 22.09.2004 bis 30.09.2006.

Dr. med. Udo Zick,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Paracelsus-Krankenhaus in Rathenow,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und

Geburtshilfe und Fachärzten für Urologie sowie entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die urogynäkologische Diagnostik für die Zeit vom 22.09.2004 bis 30.09.2006.

Verlegung des Praxissitzes

Dipl.-Med. Carola Becher,
Fachärztin für Innere Medizin/HÄ in Bernau b. Berlin,
neue Adresse zum 20.10.2004:
Ladeburger Str. 21;

Dr. med. Inka Behrendt,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Hennigsdorf,
neue Adresse: Katharinenstr. 6 in Schildow;

Dipl.-Med. Winfried Blödorn,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Schwedt,
neue Adresse: Auguststr. 24a;

Dr. sc. med. Karsten Denner,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Bernau b. Berlin,
neue Adresse: Ladeburger Str. 71;

Dipl.-Psych. Antje Grille,
Psychologische Psychotherapeutin in Spremberg,
neue Adresse: Lange Str. 27;

MR Dr. med. Matthias Hoffmann,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Cottbus,
neue Adresse: Thiemstr. 124;

Dr. sc. med. Gisela Kehrberg,
Fachärztin für Innere Medizin/HÄ in Pfaffendorf,
neue Adresse durch Gebietsreform: Am Kirchsteig 1 in Rietz-Neuendorf/OT Pfaffendorf;

Dipl.-Soz.-Päd. Anke Kowalkowski,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Werder/Havel,
neue Adresse: Am Plötzhorn 37;

Dr. sc. med. Jörg Krenzien,
Facharzt für Chirurgie in Potsdam,
neue Adresse: Platz der Einheit 14;

Dipl.-Med. Horst Liedtke,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Löwenberger Land,
neue Adresse: Eberswalder Str. 16;

Dr. med. Sabine Ranke,
Fachärztin für Nervenheilkunde (ausschließl. psychotherapeutisch tätig) in Potsdam,
neue Adresse: Eisenhartstr. 6;

Dr. med. Katja-Sabine Richels,
Fachärztin für Innere Medizin/HÄ in Bernau b. Berlin,
neue Adresse ab 20.10.2004:
Ladeburger Str. 21;

Dr. med. Antje Schade,
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Zehdenick,
neue Adresse: Herrenstr. 1;

Dipl.-Psych. Ulrike Schmidtke-Schröder,
Psychologische Psychotherapeutin in Hennigsdorf,
neue Adresse ab 12.11.2004: Friedrichsauer Ring 9 in Hohen Neuendorf/OT Bergfelde;

Barbara Schumacher,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Hohen Neuendorf/OT Bergfelde,
neue Adresse: Brückenstr. 2;

Dipl.-Psych. Hans-Joachim Stöckel,
Psychologischer Psychotherapeut in Herzberg/Elster,
neue Adresse: Torgauer Str. 2

Dr. med. Gabriele Brunemann,
ist weiterhin als Fachärztin für Innere Medizin/HÄ in Hohen Neuendorf tätig

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 auszuscheiden.

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

Facharzt/Fachärztin für Orthopädie
Planungsbereich: Spree-Neiße
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 69/2004

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde
Planungsbereich:
Frankfurt (Oder)/St. / Oder-Spree
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 70/2004

Facharzt/Fachärztin für Kinderkunde
Planungsbereich: Cottbus (St.)
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 71/2004

Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin
Planungsbereich:
Frankfurt (Oder)/St. / Oder-Spree
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 72/2004

Facharzt/Fachärztin für Dermatologie
Planungsbereich: Cottbus (St.)
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 73/2004

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 **07. Dezember 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 11. Oktober 2004

Herzliche Glückwünsche!!!



zum 50.

Dr. med. Gert Andersch, Senftenberg

Dr. med. Helga Fuhrmann, Wittstock

Dr. med. Elke Fürstenberg, Rathenow

Dipl.-Med. Luise Krämer, Rathenow

Dipl.-Med. Bernd Malak, Cottbus

Dipl.-Med. Marlis Müller, Nauen

Dr. med. Doris Pfeiffer, Kleinmachnow

Dipl.-Med. Karsten Rahn, Luckau

Dr. med. Andreas Rokosch, Seelow

*Dipl.-Med. Eckhard Rudolph,
Bad Liebenwerda*

*Dipl.-Med. Klaus Schmelzer,
Am Mellensee*

*Dipl.-Med. Carmen Schmidt,
Mühlenbecker Land*

*Dr. med. Jörg Schumann,
Schöneiche bei Bln.*

Dr. med. Michael Sperber, Oranienburg

Dipl.-Med. Astrid Tributh, Potsdam

Dr. med. Ingrid Trümppler, Cottbus

Dipl.-Med. Gabriele Weiss, Schwedt

zum 60.

Sigrid Dietrich, Erkner

Dr. med. Edeltraud Milz, Fürstenwalde

Waltraud Richter, Kloster Lehnin

Dietrich-Röttger, Rathenow

zum 65.

*OMR Dr. med. Rudi Dwaronat,
Bad Freienwalde*

*Doz. Dr. med. habil. Bernhard Hallmann,
Bad Saarow*

MR Ilsa Höbold, Nauen

Dr. med. Gisela Kauter, Potsdam

Katharina Lauré, Cottbus

Dr. med. Rita Pasold, Potsdam

zum 67.

*SR Dr. med. Bruno Dietz,
Blankenfelde-Mahlow*

Lutz Kielgast, Elsterwerda

zum 68.

Dr. med. Jürgen Beyer, Milnersdorf

Dr. med. Siegfried Kirsch, Guben

Dr. med. Wolfgang Wende, Spremberg

zum 70.

MR Dr. med. Günther Tanner, Rhinow

zum 72.

Dr. med. Johannes Markert, Eberswalde

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:

13. Oktober 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

“Wir hätten wohl doch lieber die Segelanweisung mitnehmen sollen!”

Zeichnung: **A. Purwin**