

Liebe Leserinnen, liebe Leser

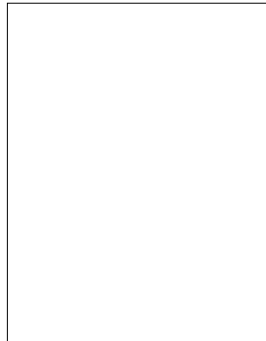
Manchmal ist es tatsächlich so, dass die schlimmsten Befürchtungen noch übertroffen werden. Beim Thema Mahnverfahren zur "Beitreibung der Praxisgebühr" - welche eine Wortschöpfung! - scheint sich dies wieder einmal zu bestätigen. In insgesamt rund 6.400 Fällen wurde von Patienten im ersten Quartal 2004 die irreführend so genannte Praxisgebühr von 10 Euro nicht fristgemäß gezahlt. Angesichts von 3,9 Millionen Behandlungsscheinen erscheint dies als fast zu vernachlässigende Größe.

Aber nur fast. Denn der jetzt zwangsläufig einsetzende Verwaltungsaufwand hätte wohl selbst bei den vielgerühmten Schildbürgern Lachsalven ausgelöst. Indes, bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der KV kommt alles andere als Freude auf. Denn was sich eigentlich als einfach anhört - die Patienten, die nicht gezahlt haben, werden gemahnt - entpuppt sich in der Realität als nur bedingt und dann sehr schwer durchführbar.

Ungeachtet dessen sind in den zurückliegenden Tagen rund 3.300 Mahnungen durch die KV versandt worden. Daraufhin haben ca. 600 "Säumige" gezahlt. Die Crux dabei, von den 3.300 gemahnten Patienten hatten in der Zwischenzeit schon etwa 500 die 10 Euro beim behandelnden Arzt beglichen. Der jedoch hatte dies der KV nicht mitgeteilt. Wie die nun durch die KV versandte Mahnung in diesen Fällen von den Patienten kommentiert wurde, soll an dieser Stelle nicht weiter ausgeführt werden. Nur so viel, freundlich war es nicht.

Damit allerdings noch lange nicht genug. In 1.350 Fällen ist die Angabe über die Patienten so unvollständig, dass jene gar nicht angeschrieben, respektive gemahnt werden können; kein Wohnort, fehlende Postleitzahlen, fehlendes Datum der Behandlung. Das heißt: Ran ans Telefon und Arzt und Patienten hinterher telefoniert. Im Glücksfall ein Mal, sehr oft auch mehrmals und längst nicht überall mit Erfolg. Damit genug des Zahlensalates.

Noch spannender gestalten sich jene Recherchen, bei denen dann die Patienten feststellen: Ich habe bezahlt, aber keine Quittung bekommen; es hat eine Überweisung vorgelegen; ich hatte von der Kasse eine Befreiung; die Rettungsstelle hat



von mir kein Bargeld genommen; der Arzt hat mich doch gar nicht untersucht ... Sherlock Holmes hätte mit Sicherheit seine Freude an derartigen Ermittlungen. Doch das ist nur ein schwacher Trost.

Dass bei solch bürokratischen Kapriolen auch manch Kuriosität an den Tag kommt, bleibt nicht aus. So gab eine Praxis an, dass sie die Patientin von der Praxisgebühr befreie, da diese immer den Hund vom Doktor ausführe. Oder: Einige Notfallambulanzen erstellen die Mahnschreiben nur für die KV, sandten jedoch keine an die Patienten. Andere mahnten die Patienten erst nach unseren Anfragen, teilten uns dies aber nicht mit, so dass nun die Patienten innerhalb von zwei, drei Tagen zwei Mahnungen erhielten und sich stocksauer bei der KV beschwerten ...

Und was bleibt als Fazit dieser freudlosen Tätigkeit? Frust; bei den konsultierten Ärzten, den gemahnten Patienten und den sich mühenden, teilweise übel beschimpften KV-Mitarbeitern. Kleine Ursache, große Wirkung. All dies sehen natürlich die verantwortlichen Politiker ganz anders. Für sie hat sich die Einführung der sogenannten Praxisgebühr bestens bewährt. Die frühzeitigen Hinweise und Warnungen der Ärzteschaft, diese Verfahren sind so nicht praktikabel, wurden schlichtweg ignoriert.

Das Groteske an dieser Situation ist jedoch, dass hier die Ärzteschaft und die von ihnen finanzierte Verwaltung diese Suppe auslöffelt. Wir treiben die Gelder für die Krankenkassen ein. Und das, wie geschildert, im wahrsten Sinne des Wortes. Als gäbe es nicht schon genug bürokratischen Unsinn. Solange dieser Unsinn aber Gesetzeslage ist, müssen wir zumindest versuchen, daraus das Beste zu machen. Dies kann nur darin bestehen, sich zumindest auszutauschen. Wenden Sie sich also bitte an die Abrechner, informieren Sie rechtzeitig und mit vollständigen Angaben. Das zugegebenermaßen unleidige, lästige Problem aussitzen zu wollen, verschärft die ohnehin schon schlimme Misere nur noch weiter.

Das sollte uns andererseits aber nicht davon abhalten, andere, sinnvollere Lösungen zu verlangen. In der Hoffnung, dass dies (noch) möglich ist, all jenen, die ihren Urlaub noch vor sich haben, einen wunderschönen solchen! Mit Sonne, vielen interessanten Eindrücken und genügend Kraft zum Auftanken.

Ralf Herre,
Pressesprecher

"Der neue EBM - eine Herausforderung, der wir uns stellen!"

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

Ab dem 1. Januar kommenden Jahres gilt ein neuer EBM. So zumindest ist es beschlossen. Gehen Sie auch davon aus?

Ja, so, wie ich es bereits Anfang des Jahres - als noch ganz andere Termine offiziell gehandelt wurden - prognostizierte, wird dies nun definitiv auch so sein.

Was macht Sie dabei so sicher? Schließlich gab es schon mehrere Einführungsstermine ...

Die jetzige Beschlussqualität ist eine ganz andere als sie vorher gegeben war. Es gibt einfach kein zurück mehr.

Inwiefern neue Beschlussqualität?

Die Kassen sind mit im Boot, sie stehen hinter den Beschlüssen, tragen sie mit. Das war vorher nicht der Fall. Sie haben offensichtlich eingesehen, dass mit dem alten, dem jetzt noch gültigen EBM die Zukunft nicht mehr gestaltbar ist. Auch das Bundesgesundheitsministerium hatte gefordert, den EBM den neuen Gegebenheiten anzupassen. Alle Verantwortlichen hatten zudem die Fristvorgabe des BSG zu beachten, dass

die "Webfehler" des '96er EBM zu beseitigen seien. Diese Frist ist längst abgelaufen!

Bevor wir zu inhaltlichen Dingen kommen - Sie haben ja die letzten einhalb Jahre sehr intensiv und unmittelbar am neuen EBM mitgearbeitet. Erfolgreich?

Mit Abstrichen schon. Zunächst im Projektausschuss Gebührenordnung auf Bundesebene. Dort wurden in aller erster Linie die Grundprämissen diskutiert und definiert, auf denen dann die Regelungsnormen gewissermaßen aufsetzen. Später dann im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses, das heißt mit den Vertretern der Spitzenverbände der Krankenkassen. In diesem Gremium wurden letztlich die Beschlüsse gefasst.

Nun wissen wir ja hier auf Landesebene um die Probleme und Schwierigkeiten, die oftmals gerade in der Zusammenarbeit mit den Kassen bestehen. Wie war das auf Bundesebene?

Die erste Phase war gekennzeichnet

durch viel Elan. Wir haben uns regelrecht reingekniet in betriebswirtschaftliche Kalkulationen, in neue Systematik ...

Da schwingt ein Aber mit ...

Richtig. Denn zunehmend trat eine gewisse Ernüchterung ein. Vieles von dem war einfach nicht durchsetzbar, gerade auf dem Feld der betriebswirtschaftlichen Kalkulation der einzelnen Leistungen.

Woran lag es?

Zum einen, beharrten die Kassen unverrückbar auf ihrem Standpunkt, dass der neue EBM nicht mehr kosten dürfe. Es sollte praktisch ein kostenneutraler neuer EBM entstehen. Ein Standpunkt, der mit realistischer Kalkulation der betriebswirtschaftlichen Ausgaben nur schwer, sehr schwer in Einklang zu bringen war.

Und zum anderen?

In der ganzen Zeit der Diskussion haben uns natürlich auch hausgemachte Probleme beschäftigt, leider. Nehmen wir nur einmal gewisse Hegemoniebestrebungen der Hausarzt-Funktionäre. Diese Ablehnung ist ja heute kaum geringer geworden, wenn ich beispielsweise an die Äußerungen des Kollegen Hoppenthaller in Bayern denke, der nach wie vor vehement gegen diesen EBM wettet. Zu erinnern sei auch an die strukturellen Auswirkungen derartiger berufspolitisch intendierter Einflussnahmen: die Pädiater sind im neuen EBM gar nicht mehr vorgekommen, weil sie völlig in der Gruppe der Hausärzte absorbiert wurden!

Viele Vertragsärzte fragen sich, brauchen wir denn wirklich einen neuen

EBM? Was sagen Sie denen? Wäre nicht die Übernahme der GOÄ, beispielsweise mit dem Einzelsatz, die beste Lösung gewesen?

Ich weiß, dass viele Kolleginnen und Kollegen dies denken. Aber es würde nicht funktionieren. Auch die GOÄ ist überholt und muss zwingend überarbeitet werden.

Zum Beispiel?

Viele medizinische Leistungen sind dort gar nicht enthalten und müssen über Analognummern abgerechnet werden. Auch der Einzelsatz wird den tatsächlichen Aufwendungen nicht gerecht - er ist ausschließlich als Ausnahmeregelung in der Kalkulationssystematik vorgesehen; nicht als Regelsatz!. Es musste also zwangsläufig eine neue Leistungsbeschreibung her, die auch dem GKV-Leistungskatalog entspricht. Und es musste eine eigene Bewertung auf betriebswirtschaftlicher Grundlage erfolgen.

Herr Dr. Helming, was ist die Philosophie des neuen EBM?

Im Kern immer noch eine betriebswirtschaftliche Bewertung ärztlicher Leistungen auf Basis von STABS (standardisiertes Bewertungssystem). Trotz aller Abstriche, die wir machen mussten - das ist weitestgehend gegeben. Allerdings, und dies muss man ebenfalls ungeschminkt sagen, modifiziert durch allein politisch motivierte Vorgaben.

Sie spielen auf die Beitragssatzstabilität an?

Auch, aber nicht nur. Wir mussten ebenso auf gesetzgeberische, berufspolitische und kassenpolitische Forderungen

Rücksicht nehmen, sie zumindest beachten.

Welche?

Zunächst steht im Gesetz, dass die Leistungsbeschreibung und -bewertung in der GKV weiter zu komplexieren und zu pauschalieren ist. Darüber hinaus bestand die Forderung der Kassen nach Punktzahlnneutralität. Sie hatten sehr früh Simulationsrechnungen verlangt, aus denen ersichtlich wurde, dass einige Fachgruppen einen teilweise erheblichen Punktzahlnzuwachs für sich rekrutieren würden. Daraufhin bestanden natürlich die Kassen auf Absenkung der Punktzahlen. Da diese Punktzahlen aber Ergebnis betriebswirtschaftlicher Kalkulation waren, ist die logische Konsequenz: Abwertung der Leistung!

Was hat das aber noch mit realistischer Betrachtung zu tun?

Natürlich sind solche Forderungen willkürlich. Andererseits wissen wir alle, dass die Ressourcen nicht unbegrenzt sind. Es stimmt schon, vieles ist ein schmerzhafter Spagat.

Sie erwähnten auch berufspolitische Forderungen.

Nun, es gab insbesondere aus dem Lager der Hausarztvertreter immer wieder Forderungen nach stärkerer Komplexierung und Pauschalierung der Vergütung als es der Gesetzgeber selbst gefordert hatte. Das geht nur bis zu einem gewissen Punkt. Dann bleibt nämlich die Transparenz auf der Strecke. Und ab diesem Punkt haben auch die Kassen nicht mehr mitgespielt. Obwohl sie vorher gar nicht so abgeneigt waren. Schließlich lassen sich

pauschale Vergütungen besser in ihrer Bepunktung "abwerten" als eine einzelne Leistung.

Noch einmal zusammengefasst, bitte: Bei all den Vorgaben und Forderungen, ist denn nun die Leistungsbeurteilung noch realistisch?

Mit Abstrichen - ja! Denn wir haben trotz der insbesondere massiven Finanzprobleme versucht, die Bewertung der einzelnen Leistungen so realistisch wie möglich zu gestalten.

Das bedeutet, dass es letztlich zu Lasten der Anzahl der ärztlichen Leistungen geht.

Richtig. Aufgrund der ganzen Vorgaben muss es eine konkrete Mengengrenzung geben. Das war das zwingende Junktim: EBM und Mengengrenzung. Anders war es nicht zu lösen. Aber dieses Junktim kennen wir in Brandenburg durch unseren HVM 2002 ja schon sehr gut!

Ich möchte später noch einmal auf die Mengengrenzung zurückkommen. Erst jedoch eine andere Frage: Wie muss sich der Arzt in der Praxis die Einführung des neuen EBM vorstellen, was kommt auf ihn zu, wann erhält er konkrete Informationen?

Eines möchte ich noch vorweg sagen: Ab dem 1. Januar 2005 hat jede Fachgruppe "ihren" EBM. Das ist neu und, davon gehe ich aus, erleichtert auch die Handhabung. Ungeachtet dessen bekommen jeder Kollege und jede Kollegin ein dickes Exemplar der sogenannten Dienstaufgabe von der KBV. Praktisch eine Gesamtausgabe des neuen EBM.

Und den speziellen Fachgruppen-Teil?

Den erhält er über die Fachschaften oder kann ihn sich im Internet downloaden (www.kbv.de).

Ab wann ist dies möglich?

Da bin ich im Moment überfragt, das müsste noch geklärt werden.

Aber der Vorstand der KVBB hat eine Konzeption zur Information des neuen EBM bestätigt ...

Ja, wir haben sehr konkrete Vorstellungen, wie wir vorgehen wollen. Angebote werden als erstes zentrale Veranstaltungen zum EBM, und zwar eine Einführungsveranstaltung in Potsdam am 27. August und dann vier weitere in Cottbus, Potsdam, Frankfurt und Neuruppin (A.d.R.: *Termine und Zeiten entnehmen Sie bitte den Informationen auf Seite 7*). Darüber hinaus werden die Informationen zum EBM sowohl in "KV-intern" als auch im Internet und Intranet unserer KV breiten Raum einnehmen.

Ist auch an eine Dialogform gedacht?

Insofern ja, als wir in jeder kommenden "KV-intern" eine ständige Rubrik "Fragen - Antworten zum EBM" aufnehmen. Gleiches erfolgt im Internet. Darüber hinaus wird auch eine EBM-Hotline geschaltet und es wird eine spezielle EBM-mail-Adresse geben.

Das bedeutet erneut viel zusätzliche Arbeit ...

Wir haben aber keine Alternative. Es gilt, die Kolleginnen und Kollegen sehr schnell so fit wie möglich zu machen. Ich appelliere an alle, dass sie von den Informationsangeboten regen Gebrauch

machen, sich dabei aber bitte auf das Notwendige beschränken. Denn jeder Anruf auf der Hotline, jede mail soll beantwortet werden. Da ist es wichtig, dass sich der Fragende kurz fasst und konkret ausdrückt.

Zur Zeit gibt es angesichts des Neuen viele Ängste und Befürchtungen, inwieweit das alles zu Honorarverschiebungen führt. Können sie diese Ängste verstehen?

Ich kann sie sehr wohl verstehen. Sie sind auch nicht ganz unbegründet. Schließlich ist es ja so, dass Verschiebungen gewollt sind, weil eben der gegenwärtig geltende EBM nicht mehr der Honorar-Realität entspricht. Wenn z.B. in einzelnen Fachgruppen in der Vergangenheit durch unstrukturierte und politisch motivierte Abwertungen Unterbewertungen der Leistungen resultierten, diese nunmehr aber betriebswirtschaftlich kalkuliert bewertet werden, dann ist klar, dass es hier deutliche Honorarzuwächse geben muss - bei einer weiterhin budgetierten Gesamtvergütung also zu Lasten der Anderen! Zudem bedeutet die neue Berechnungsalgorithmik andere RLV als unsere heutigen PZGV. Auch hier wird es nicht ohne Honorarauswirkungen abgehen.

Was wird die KV tun, um diese Verschiebungen abzufedern?

Die vier Quartale 2005 sind ja bundesweit als Konvergenzphase vorgesehen. Das heißt, es wird in den einzelnen KVn sehr genau beobachtet und analysiert, wo es zu Verschiebungen kommt und in welchem Ausmaß.

Weiter auf Seite 8

EBM2000plus - breite Informationsoffensive der KV Brandenburg

Wir werden Sie mit "KV-intern" sowie im Intranet der KVBB regelmäßig unter der Rubrik "EBM2000plus" über den neu-strukturierten EBM informieren.

Themenschwerpunkte sind:

- Berufspolitische Hintergründe,
- Grundstruktur
- Berichtspflicht
- Ambulantes Operieren
- Genehmigungspflichtige Leistungen
- Regelleistungsvolumen (RLV)

Es werden regionale Veranstaltungen zur Struktur und Anwendung des EBM2000plus durchgeführt.

Themen dieser Veranstaltung (ca. 2,5 bis 3 Stunden) werden Berufspolitik, Grundstruktur des EBM2000plus und die Regelleistungsvolumina sein.

Termine:

- | | |
|-------------------|---------------------------------------|
| 27.08.2004 | Potsdam
14.00 Uhr
Hotel Mercure |
| 08.09.2004 | Cottbus
18.00 Uhr
Holiday Inn |
| 10.09.2004 | Potsdam
14.00 Uhr
Hotel Mercure |

- | | |
|-------------------|--|
| 22.09.2004 | Neuruppin
18.00 Uhr
Kulturhaus Stadtgarten |
| 08.10.2004 | Frankfurt/O.
14.00 Uhr
Ramada-Treff Hotel |

Umfassend räumen wir Ihnen die Möglichkeit ein, Fragen zu stellen, die dann auf direktem Wege und für allgemeines Interesse auch im Intranet und "KV-Intern" zur Veröffentlichung vorgesehen werden.

Richten Sie Ihre Fragen/Meinungen bitte unter folgender e-mail- Adresse:

ebmhotline@kvbb.de oder per Fax **0331/28 68-197** an die KVBB.

Ab dem 1. September 2004 wird eine spezielle **Telefon-Hotline** geschaltet sein. Unter der Nr **01803/23 09 99** erhalten Sie Auskünfte zu folgenden Zeiten:

Montag bis Freitag
von 9.00 - 12.00 und 15.00 - 17.00 Uhr
Dienstag
von 9.00 - 12.00 und 15.00 - 20.00 Uhr

Bitte nutzen Sie unsere Informationsangebote!

Wie soll das geschehen?

Zwingende Voraussetzung ist die Bildung von Fachgruppentöpfen. Das sehen die ab Januar 2005 geltenden Regelleistungsvolumen auf Bundesebene auch so vor. Würden keine Fachgruppentöpfe gebildet, wäre eine Regulierung nicht möglich.

Nun haben wir in Brandenburg mit Einführung unseres HVM vor drei Jahren Fachgruppentöpfe aufgelöst, Arztgruppen gebildet, in denen Punktzahlgrenzvolumen gelten, haben individuelle Korrekturfaktoren eingeführt ...

Aus meiner Sicht ist das kein Problem. Im Gegenteil. Wir haben durch unser System der Mengenbegrenzung im HVM viele Erfahrungen sammeln können, die uns jetzt sehr zugute kommen - die im Übrigen auch ganz wesentlich die Bundessystematik geprägt haben. Denn die Systematik in der vereinbarten Mengensteuerung entspricht jener in unserem HVM. Was wir verändern müssen, ist die Einführung von Fachgruppen- / Arztgruppentöpfen. Diese Töpfe werden nun aber auf einem neuen Aufsatzjahr, nämlich 2003 gebildet. Damit sind die Verwerfungen, welche damals zur Auflösung der Töpfe zwangen, beseitigt!

Das klingt gewaltig nach zusätzlicher Arbeit.

Das ist leider nicht zu vermeiden. Deshalb haben wir ja in unserer jüngsten Vertreterversammlung Modifikationen (Fachgruppentöpfe und Punktwertkorridor) unseres HVM für die kommenden zwei Quartale - also III und IV/2004 - beschlossen. Wir wollen Verwerfungen, Umschichtungen, die aufgrund des

GMG entstehen, Stichwort Fallzahlrückgang in einigen Fachgruppen, schon jetzt entgegenwirken.

Entgegenwirken heißt in diesem Fall "gleitende Bauplanung".

Richtig. Wir müssen beobachten, regulierend eingreifen, Modellrechnungen fahren, Geldmengen behutsam bei Notwendigkeit zwischen den Töpfen umverteilen ... und das alles im laufenden Prozess!

Gegen diesen jüngsten VV-Beschluss zur Modifizierung des HVM für die Quartale drei und vier dieses Jahres haben die Kassen Einspruch beim Landesschiedsamt eingelegt. Sie sind damit nicht einverstanden, weil sie meinen, dass es per Gesetz notwendig ist, ab dem 1.7.2004 den HVM vertraglich zu vereinbaren.

Richtig ist, dass formal ab dem 01.07. der HVM vertraglich mit den Kassen vereinbart werden soll. Deswegen haben wir ja auch seit Jahresbeginn den Krankenkassen mehrere Verhandlungen angeboten und Vertragsvorschläge unterbreitet. Zwischenzeitlich sind aber die gesetzgeberischen Fristen (01.07.04) durch die Beschlüsse auf Bundesebene ausgehebelt worden und das BMGS hat nicht beanstandet, so dass damit aus unserer Rechtssicht der bisher gültige Modus der Benehmensherstellung bis zum 31.12.2004 weitergilt. Gleichwohl haben wir zugleich mit den Beschlüssen zur Modifizierung unseres HVM in der VV beschlossen, das Schiedsamt anzurufen und unsere Beschlüsse bestätigen zu lassen.

Und nun?

Wir haben unseren HVM inklusive die-

ser Änderungen dem Landesschiedsamt vorgelegt mit der Bitte festzustellen, ob es die Rechtsauffassung der KV teilt.

Wenn nicht?

Dann muss das Landesschiedsamt einen neuen HVM festsetzen. Ich bin jedoch felsenfest davon überzeugt, dass es unsere Rechtsauffassung bestätigt. Aber es gibt ja noch einen anderen interessanten Aspekt. Als wir unseren derzeitigen HVM einführten, waren die Kassen bekanntermaßen strikt dagegen, sie intervenierten sogar bei der Aufsichtsbehörde und dem Bun-

desgesundheitsministerium (!), um ihn zu kippen. Als wir jetzt zu Jahresbeginn auf die Kassen zugegangen sind und mit ihnen die Modifizierungen besprechen wollten, waren sie nicht einmal dazu bereit, auch nur ein Komma zu ändern! Nein, der HVM sollte so und nicht anders bis Ende 2004 gelten. Das halte ich für eine durchweg bemerkenswerte Entwicklung.

Das lässt hoffen. Vielen Dank, Herr Dr. Helming, für dieses sehr ausführliche Gespräch.

Gefragt und notiert von Ralf Herre

"Diesem Bürokratie-Wahnsinn muss ein Ende gemacht werden!"

Anmerkungen zur Vertreterversammlung am 23. Juni in Potsdam

Engagiert sprach sich der Vorsitzende der KV Brandenburg den Frust von der Seele: Insbesondere mit Blick auf das Hickhack der sich immer wieder ändernden Abrechnungs- und Kennzeichnungsvarianten im Zusammenhang mit der Einziehung der sogenannten Praxisgebühr - aber nicht nur darauf beschränkt - sprach er vom "puren Bürokratie-Wahnsinn, dem es schnellstens gelte, ein Ende zu machen". Was hier gegenwärtig in der Arztpraxis "abgehe", sei nicht mehr länger hinnehmbar.

"Fast jeden Tag ändern sich irgendwelche Symbolnummern, Kennzeichnungsvorschriften, werden neue Formulare

angekündigt, stehen dann aber nicht bereit, weil die Druckereien gar nicht nachkommen, die immer wieder neuen Modifikationen zu drucken." Immer mehr Kolleginnen und Kollegen seien verunsichert, wüssten nicht, wann was wie zu kennzeichnen oder abzurechnen sei, eine Übergangsfrist jage die andere und der Frust an der Basis werde immer größer. Berechtigterweise.

Damit nicht genug. Die Krankenkassen, insbesondere die AOK, "bombardieren uns mit Anfragen und Beschwerden", kritisierte Dr. Helming in seinem Bericht zur Lage. Ein Gesprächs- und Verhandlungstermin jage den anderen und die

KV stoße auch verwaltungsseitig personell an ihre Grenzen bzw. habe diese bereits erreicht. Trotzdem, so der Vorsitzende, könnten sich die Ergebnisse durchaus sehen lassen.

So sei es schon ein "positives Novum", dass bereits zur Jahresmitte eine Vergütungsvereinbarung mit den Ersatzkassen abgeschlossen worden sei, wenn gleich hier, wie leider in vielen anderen Verhandlungen auch, das Landesschiedsamt die Details festgelegt habe.

"Wir wollten zwar bessere Abschlüsse, aber mit den jetzt vorliegenden können wir auch leben", stellte Helming fest. In dem Zusammenhang verwies er darauf, dass auch die Kassen durchaus ein Interesse daran hätten, Entscheidungen über das Landesschiedsamt treffen zu lassen. Oft würden die Kassenvertreter auf Landesebene den berechtigten Forderungen der Ärzte zustimmen, bekämen dafür jedoch von der Bundesebene kein "grünes Licht". "So können sie letztlich immer auf das Schiedsamt verweisen."

Weiter führte Dr. Helming zu den Verhandlungsständen mit den einzelnen Kassen aus: Die AOK habe den Schiedsspruch für die Gesamtvergütung 2003 beklagt, befinde sich jedoch trotzdem mit der KV in Verhandlungen für 2004. Was die BKK-Verhandlungen betreffe, so gebe es für 2003 vereinbarte Eckpunkte, aber keine unterschriebenen Verträge. "Bei der IKK ist ab 2002 alles offen. Hier stehen wir auf einem Vergütungsniveau von 2001!", konstatierte der KV-Vorsitzende. Dies habe sowohl etwas zu tun mit der Blockadehaltung der IKK-Vertreter als auch mit den schlecht gemachten Gesetzen.

Scharf kritisierte Helming die Unprofessionalität der Kassen im Umgang mit den neuen gesetzlichen Regelungen. "Sie wollen immer der Player sein, doch wenn sie gefordert sind, erweisen sie sich zunehmend als unfähig dafür" stellte er fest. Als Beispiele nannte er die Arbeitsfähigkeit der gemeinsamen Geschäftsstelle Prüfung/Beschwerde.

"Die Kassen bestanden darauf, den Leiter dieser Geschäftsstelle zu stellen. Seit Jahresbeginn haben wir immer wieder gedrängt, diese personelle Entscheidung zu treffen, aber bis heute hat der im Mai avisierte neue Leiter seine Arbeit noch nicht angetreten." Nun müsste die KV jene Arbeiten erledigen, die eigentlich längst von der Geschäftsstelle erfüllt werden sollten. (A.d.R.: Zum Monatsbeginn Juli begann der neue Leiter der Geschäftsstelle seine Tätigkeit).

Angesichts dieser Situation bat der Vorsitzende die Vertreter, dass Thema Anträge, Antragstellungen, Widersprüche usw. an den Stammtischen zur Sprache zu bringen. "Nur sachlich begründete Anträge" sollten bitte an die KV gestellt werden. Immer wieder aus rein formalen Gründen vorsorglich alles und jedes mit Widerspruch zu belegen - und dies wie in einigen Fällen über Jahre hinweg Quartal für Quartal neu - sei eine ungeheure Belastung für die Verwaltung. Zudem eine unsinnige, Ressourcen verschleudernde.

Zu allem Übel kämen aber auch hausgemachte Probleme hinzu. Die unselbige Polarisierung durch Verbandsfunktionäre zwischen Haus- und Gebietsärzten beginne auch schon, ausgehend von der Bundesebene, auf die Landesebene durchzuschlagen. Er, Helming, könne

nur appellieren, diesen Bestrebungen entgegenzutreten.

Die Vertragsärzteschaft habe insbesondere vor dem Hintergrund der jetzigen politischen Bestrebungen nur dann eine Chance, wenn sie sich nicht auseinander dividieren lasse. Und wenn sie sich einbringe in die gegenwärtigen Struktur- und Qualitätsdiskussionen. Abwarten, zögern, Eigeninteressen pflegen, seien Schritte in die völlig falsche Richtung!

Breiten Raum nahmen, wie konnte es anders sein, die Diskussionen um einen modifizierten HVM, aber auch um den neuen EBM (siehe Interview mit Dr. Helming auf den Seiten 3 bis 9) ein. Zu letzterem wird Ende August eine breite Informationsoffensive gestartet; mit zentralen Info-Veranstaltungen, in "KV-intern", im Internet und Intranet. Auch eine Info-Hotline wird geschaltet.

"Wir wollen und werden die Berufsver-

Unbegreifliche Entscheidung zum Notfalldienst!

Einmütig verabschiedete die Vertreterversammlung der KV Brandenburg auf ihrer Sitzung am 23. Juni 2004 folgende Resolution:

"Mit Unverständnis nehmen wir die Entscheidung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverbände der Krankenkassen vom 22. Juni 2004 zur Kenntnis, dass ab dem 1. Juli 2004 die Patienten bei Inanspruchnahme des kassenärztlichen Notfalldienstes die sogenannte Praxisgebühr nur beim Erstkontakt im jeweiligen Quartal zu zahlen haben.

Diese Entscheidung ist nicht akzeptabel. Eines der wenigen Steuerungselemente des neuen GKV-Modernisierungsgesetzes, das aus ärztlicher Sicht durchaus Sinn macht, sind wir damit beraubt. Gerade in den neuen Bundesländern, explizit in Brandenburg mit seiner bundesweit geringsten Arztdichte, wird diese Regelung zur Folge haben, dass die Zahl der Einsätze im Notfalldienst/ärztlicher Bereitschaftsdienst wieder ansteigt.

Die ersten beiden Quartale diesen Jahres haben aber bewiesen, dass die Zahl der missbräuchlichen Inanspruchnahme im Notfalldienst relevant reduziert wurde, ohne dass es dadurch zu einer schlechteren medizinischen Versorgung der Bevölkerung gekommen ist.

Angesichts hoher Patientenzahlen je Arzt sowie der Tatsache, dass große Gebiete im Notfalldienst von den diensttuenden Kolleginnen und Kollegen abzusichern sind, ist jedoch eine Zunahme der Einsätze im ärztlichen Bereitschaftsdienst unverantwortlich. Die Belastungen in den Arztpraxen sind ohnehin kaum noch erträglich. Ganz abgesehen davon, dass insbesondere mit Blick auf die zu stärkende Eigenverantwortung der Patienten genau diese verwässert wird. Diese Regelung fordert die Patienten geradezu auf, den Arzt im Notfalldienst stärker zu beanspruchen.

Wir fordern die KBV auf, diese Regelung nicht umzusetzen, sondern die Sachlage neu zu überdenken."

bände eng mit einbeziehen", sagte Dr. Helming. Darüber hinaus erfordere eine gute Information aber ebenso das Engagement der gewählten Vertreter. Nicht jeder Stammtisch sei mit KV-Mitarbeitern zu "bedienen". Dies gehe aus personellen Gründen nicht. "Hier sind die Ehrenamtler gefordert."

Der stellvertretende KV-Vorsitzende, Dr. Noack, widmete sich in einem speziellen Tagesordnungspunkt dem HVM. Bezug nehmend auf Anträge von Vertretern (Frau Polzin, Herr Dr. Hausen) lehnte er im Namen des Vorstandes grundsätzliche Änderungen ab. "Insbesondere mit Blick auf die Tatsache, dass es sich lediglich um zwei Quartale handelt, das dritte und vierte in diesem Jahr, sind generelle Änderungen nicht notwendig." Wohl aber Modifizierungen, damit es möglichst zu keinen gravierenden Verwerfungen komme, sagte Noack.

Es sei daher unverzichtbar, beispielsweise Arztgruppentöpfe zu bilden. Außerdem mache es auch Sinn, einen Punktwertkorridor, aufgesattelt auf allen Arztgruppen-Töpfen, anstelle des bisherigen festen Punktwertes zu beschließen. Hintergrund: Dort, wo vorhandene Gelder einen höheren Punktwert als 4,1 Cent möglich machen, beispielsweise bei den Ersatzkassen, sollte dies auch so geschehen.

Auch Dr. Noack kritisierte die passive Haltung der Kassen. Bereits kurz nach Jahresbeginn sei die KV auf die Kassen zugegangen und hätten Gespräch zu Modifizierungen des HVM angeregt.

"Aber entweder die Gespräche wurden auf einer Ebene durchgeführt, auf der die Kassen keine Entscheidungen treffen konnten, oder sie sagten die Termine ab."

Mit großer Mehrheit beschlossen die Vertreter die HVM-Modifizierungen. Zugleich beschlossen sie, diesen nun modifizierten HVM dem Landesschiedsamt zuzuleiten mit der Bitte, ihn als vereinbart festzusetzen. Die KV ist sich ihrer Sichtweise sicher. Im Gegensatz zu den Kassen, die dies anders sehen. Hatten sie noch bei Einführung des brandenburgischen HVM diesen scharf kritisiert und über die Aufsicht versucht, dessen Einführung zu verhindern, so waren sie jetzt nicht bereit, auch nur ein Detail zu ändern.

Die KV Brandenburg, dies machte ihr Justitiar deutlich, sieht die Basis für eine vertragliche Vereinbarung des ab 1. Juli 2004 geltenden HVM nicht gegeben. Der Grund: Die Kriterien zur Verteilung der Gesamtvergütung durch den Bewertungsausschuss auf Bundesebene liegen nicht vor. Deshalb gelte der bisherige fort und könne so auch entsprechend der Erfordernisse, die die VV-Mitglieder sahen, angepasst werden. Und dies eben nicht vertraglich, sondern im Zuge der Benehmensherstellung.

Ein offensichtlich weiterer "Zankapfel" mit den Kassen. Allerdings einer, der aus KV-Sicht überflüssig ist wie ein Kropf.

R.H.

Beschlüsse des Vorstandes der KV Brandenburg

Modifizierte Abschlagszahlungen

Der Vorstand der KV Brandenburg hat in seiner Sitzung am 23.6.2004 unter Berücksichtigung der letzten Umfrage zur Praxisgebühr und der abgeschlossenen Abschlagszahlungsvereinbarung mit den Krankenkassen die Höhe der Abschlagszahlungen für die Monate Juni, Juli, August und September 2004 für die nachstehend aufgeführten Fachgruppen wie folgt erhöht:

Allgemeinmedizin	19,0 %
Innere Medizin	20,0 %
Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGBV	21,5 %
Gynäkologie	20,5 %
Dermatologie	21,5 %

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

Rückzahlung der Sonderumlage

In seiner Sitzung am 2. Juli 2004 fasste der Vorstand der KV Brandenburg folgenden Beschluss:

"Der Vorstand beschließt, der Vertreterversammlung am 15.09.2004 zu empfehlen, aus dem Rechnungsergebnis des Wirtschaftsjahres 2003 Mittel in Höhe von 600.000,00 Euro für die Rückzahlung der Sonderumlage bereitzustellen und die Auszahlung

- an anspruchsberechtigte Ärzte, die bis zum 31.12.2006 das 60. Lebensjahr (Frauen) bzw. das 65. Lebensjahr (Männer) erreicht haben.
- für aus dem KV-Bereich ausscheidende Ärzte und für Hinterbliebene verstorbener Ärzte.

in der 38. Kalenderwoche vorzunehmen."

Detaillierte Informationen erhalten Sie in der August-Ausgabe von "KV-intern"

Fortbildungskalender

Bitte beachten Sie den dieser Ausgabe von "KV-intern" beiliegenden Fortbildungskalender für das 2. Halbjahr 2004.

Die Mär von der Kostenexplosion

All jenen, die immer (vor)schnell von der Kostenexplosion im Gesundheitswesen reden, schreibt - wieder einmal - die Statistik ins Stammbuch: Dem ist nicht so. Jüngster Beweis, die erstmalige bundesweite Erhebung sogenannter Krankheitskosten in Deutschland, vorgenommen für das Jahr 2002.

Zweifelsfrei wird dort belegt, dass der Anteil der Gesundheitskosten am Inlandsprodukt in den letzten zehn Jahren fast gleich geblieben ist. Er stieg lediglich von 10,1 Prozent 1992 auf 11,1 Prozent im Jahr 2002. Ein Prozent Steigerung in 10 Jahren - wo findet man dies heute noch? Wir kämen uns alle wie im Siebenten Himmel vor, wenn dies beispielsweise bei den Benzinkosten in etwa ebenso sein würde ...

Insgesamt entstanden dem deutschen Gesundheitswesen 2002 Kosten in einer Höhe von 224 Milliarden Euro. Dies bedeutet Ausgaben pro Kopf der Bevölkerung von 2.710 Euro. Da es zum einen mehr Frauen in Deutschland gibt als Männer, diese zudem auch eine höhere Lebenserwartung haben, beziefern sich die Ausgaben je Frau auf 3.160 Euro, die je Mann auf 2.240 Euro.

Die mit Abstand größten Ausgaben fallen auf die Behandlung von Herz-Kreis-

lauf-Erkrankungen. Jeder sechste Euro wurde dafür ausgegeben. Im Ranking danach: Krankheiten des Verdauungssystems, des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes sowie für psychische- und Verhaltensstörungen. Dies wiederum ist ein eindeutiger Fingerzeig darauf, dass dem Gedanken der Prävention und dem damit verbundenen Engagement des einzelnen weitaus mehr Beachtung geschenkt werden muss!

Eine andere Erkenntnis wurde ebenfalls durch die neueste Statistik bestätigt: Die Kosten steigen mit zunehmendem Alter stark an. Bereits heute entfallen auf die über 65-jährigen 34 Prozent aller Kosten. Und dies, obwohl diese Altersgruppe einen Anteil von (noch) lediglich 17 Prozent hat.

Gerade diese Zahlen verdeutlichen das große Problem der medizinischen Versorgung, das sich im Osten darstellt; haben wir doch einen erheblich höheren Anteil an über 65-jährigen in der GKV als im Bundesdurchschnitt. Dafür aber stehen uns nach wie vor rund 20 Prozent weniger Finanzmittel zur Verfügung.

-re

EBM-Einführung

Bitte beachten Sie die Veranstaltungen zum neuen EBM auf Seite 7 dieser Ausgabe!

Die Hauptprobleme: Ärztemangel und Honorierung ärztlicher Leistungen

Informationen über den 2. Norddeutschen Fachärztetag in Schwerin

Mitte Juni fand in Schwerin der 2. Norddeutsche Fachärztetag statt. Gekommen waren etwa 200 Fachärzte aus Mecklenburg-Vorpommern, dazu die Vorsitzenden der Gemeinschaft der Fachärztlichen Berufsverbände aus Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Bayern und Rheinland-Pfalz.

Mit den sozialpolitischen Vertretern der Bundestagsparteien CDU, SPD und FDP wurden Probleme der ärztlichen und insbesondere fachärztlichen Versorgung diskutiert. Eines der Hauptprobleme: der Ärztemangel. Wie in Brandenburg, so werden auch in Mecklenburg-Vorpommern in den nächsten Jahren 20 Prozent der niedergelassenen Haus- und Fachärzte ihre Praxen aufgeben, ohne dass entsprechender Nachwuchs in Sicht ist.

Das Land Mecklenburg-Vorpommern setzt in seiner wirtschaftlichen Entwicklung vorwiegend auf den Tourismus und auf die Profilierung als Gesundheitsland. Dies setzt aber eine flächendeckende ausreichende fachärztliche Versorgung voraus. Deshalb wurde die Politik, vertreten durch die Gesundheits- und Wirtschaftsministerin, aufgefordert, für entsprechende Rahmenbedingungen zu sorgen.

In den Praxen der niedergelassenen Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern werden zur Zeit 8000 Mitarbeiter beschäftigt. Unter entsprechender Förderung ließen sich weitere 5000 Mitarbeiter einstellen. Dies wäre ein bedeutender Zuwachs für das Land und ein Schritt in Richtung des Abbaus der Arbeitslosigkeit. Während es der Vertreter der SPD

ANZEIGE

Anzeige
Praxisauflösungen

bei unverbindlichen Willensbekundungen bewenden ließ, zeigten die Regierungsvertreter des Landes ein echtes Bemühen, in der Sache helfen zu wollen.

Die Landesregierung Mecklenburg-Vorpommern sprach sich eindeutig für den weiteren Erhalt einer qualifizierten hausärztlichen und fachärztlichen ambu-

lanten Versorgungsebene aus und verlangte im Konsens mit den anwesenden Ärzten von der Bundesregierung die entsprechenden notwendigen Rahmenbedingungen.

Dr. med. B. Hausen
Vorsitzender der GFB Brandenburg

Frechheit siegt, sagt der Volksmund. Nicht immer. Und das ist gut so. Die Frechheit der BKK Verkehrsbau Union (VBU), einfach mit Jahresbeginn die Abschlagszahlungen um 1 Prozent zu kürzen, ist nicht aufgegangen.

Die Klage der KV Brandenburg gegen diesen "Handstreich" der BKK VBU wider jeglicher gesetzlicher Grundlagen war erfolgreich. Das Sozialgericht Potsdam hatte am 21. Juni beschlossen, dass die Betriebskrankenkasse die willkürlichen Kürzungen der Abschlagszahlungen innerhalb einer Woche nach zu zahlen hat. In Summe: 70.740,49 Euro. Am 25. Juni ging die Summe auf dem Konto der KV Brandenburg ein.

Dies ist ein erfreuliches Indiz darauf, dass nicht immer der, der am längeren (Geld)Hebel sitzt, letztlich auch das

Sagen hat. Zumindest in diesem Beispiel eine schallende Ohrfeige für derartig dreistes Vorgehen.

"Begründet" hatte die BKK VBU ihre Kürzung übrigens mit dem Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung in Berlin. Und Berlin habe eine räumliche Nähe zu Brandenburg, so dass eben auch bei der KV Brandenburg ein Prozent für diese integrierte Versorgung einbehalten werden müsse. Schließlich würden auch Brandenburger die Leistungen von Berliner Ärzten wahrnehmen.

Dieser Unverfrorenheit konnte erfolgreich begegnet werden, meint Ihr ...

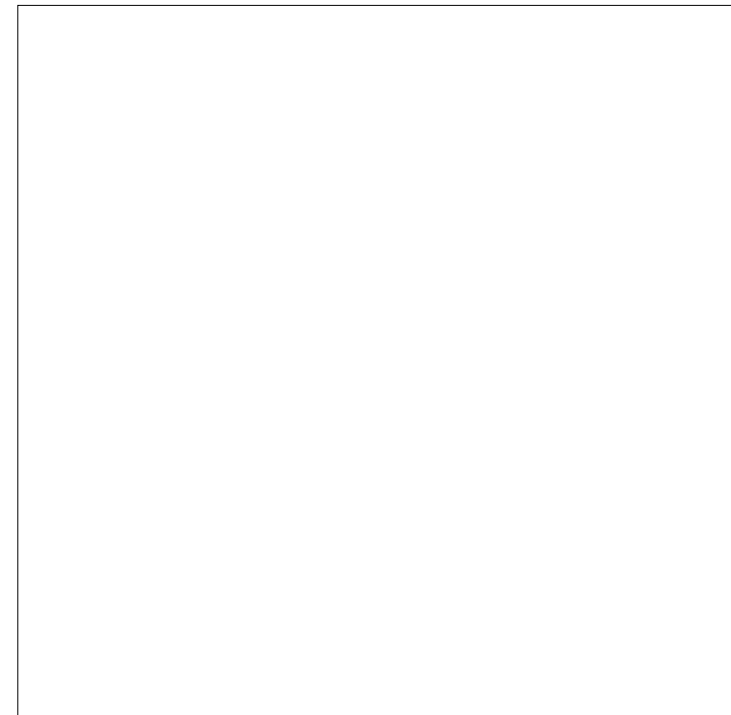
... specht



Referentenentwurf des Bundesjustizministeriums zum "Großen Lauschangriff"

Der jüngste Länderausschusses der KBV verabschiedete zum Referentenentwurf des Bundesjustizministeriums eine Resolution mit folgenden zentralen Forderungen:

1. Der vom Bundesjustizministerium vorgelegte Referentenentwurf zum "Großen Lauschangriff" stellt eine für die Vertragsärzteschaft nicht hinnehmbare Verschärfung dar. Demnach sollen künftig auch Ärzte und Psychotherapeuten abgehört werden können, wenn dies - so der Entwurf - "unabweisbare Bedürfnisse einer wirksamen Strafverfolgung" erfordern.
2. Das Arzt-Patientenverhältnis ist unabdingbar und absolut im Interesse der Patienten zu schützen. Nur so kann das für die Behandlung der Patienten notwendige und unverzichtbare Vertrauensverhältnis bewahrt werden. Das Ansinnen der Regierung zerstört dieses Vertrauensverhältnis und belastet den Patienten, der seinen Arzt aufsucht.
3. Der Referentenentwurf führt damit das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum "großen Lauschangriff" vom März 2004 ad absurdum. Der Länderausschuss fordert das Bundesjustizministerium auf, den Referentenentwurf zurückzunehmen und nach einer Komplettüberarbeitung neu vorzulegen.



"Der neue "Kollege" aus dem Justizministerium ..."

Zeichnung: **A. Purwin**



Diabetes Strukturverträge und Vereinbarungen zum Gestationsdiabetes-Screening gekündigt

Wie Sie sicherlich bereits aus der Presse erfahren haben, hat die AOK am 29.06.2004, einen Tag vor dem für dieses Jahr letztmöglichen Kündigungstermin, den Strukturvertrag Diabetes zum 31.12.2004 gekündigt. Gleiches trifft auf die entsprechenden Verträge mit der IKK Brandenburg und Berlin und der Bundesknappschaft zu, welche von diesen Krankenkassen noch einen Tag später erfolgte.

Ebenso gekündigt wurde dabei durch die AOK und die IKK die Vereinbarung zur frühzeitigen Diagnostik des Gestationsdiabetes; durch die Anwendung der AOK-Vereinbarung für Versicherte der Bundesknappschaft wirkt die Kündigung der AOK für die Bundesknappschaft gleichermaßen.

Die KVBB bedauert diesen Schritt der Krankenkassen außerordentlich, hätte doch die Notwendigkeit einer Anpassung auf das angestrebte DMP Diabetes Typ 1 ebenso wenig eine Kündigung vorausgesetzt wie die Anpassung auf den neuen EBM - beide Aspekte waren von den Krankenkassen unisono als Begründung angeführt worden.

Für solche Fälle allerdings enthalten die Verträge - um eben nicht bei jeder Änderung der Rahmenbedingungen kündigen zu müssen - bereits eine Anpassungsklausel, weil beide Fakten bereits bei Inkrafttreten der Strukturverträge bekannt waren.

Noch unverständlicher ist die Kündigung der Vereinbarungen zum Gestationsdiabetes, welche zwar zeitgleich mit den Strukturverträgen abgeschlossen worden waren, aber entgegen der übereinstimmenden Begründung der Krankenkassen, sie stünden "in engem Zusammenhang mit dem Strukturvertrag", hinsichtlich ihrer medizinischen Inhalte völlig eigenständig sind.

Die von der AOK in der Presse neben "geänderten Rahmenbedingungen" angeführte Begründung, es handle sich lediglich um "technische Gründe" spricht in diesem Zusammenhang für sich. Es sei den Betroffenen, den Patienten und den Vertragsärzten, überlassen, die Kündigungen und die Umstände, unter denen diese erfolgten, einer Wertung zu unterziehen.

Gestatten Sie an dieser Stelle den Verweis auf die Situation bei den anderen Krankenkassen: Der Strukturvertrag mit dem BKK-Landesverband Ost gilt über den 31.12.2004 hinaus weiter, enthält jedoch eine Klausel, wonach ab dem 01.01.2005 Leistungen nach diesem Vertrag nur noch für BKK-Versicherte mit Diabetes Typ 2 abgerechnet werden können, sofern diese am DMP Diabetes teilnehmen. Ebenso nicht gekündigt wurde durch die BKKn die Vereinbarung Gestationsdiabetes.

Für die Ersatzkassen und die LKK bestehen zum gegenwärtigen Zeitpunkt

noch keine Strukturverträge bzw. Vereinbarungen zum Gestationsdiabetes. Insbesondere die Verhandlungen mit den Ersatzkassen befinden sich derzeit im Endstadium, so dass zu hoffen ist, dass bereits bei Erscheinen dieser Aus-

gabe von KV-intern eine Unterzeichnung erfolgt ist.

Auch für die LKK sind die Verhandlungen bereits weit voran geschritten.

Ansprechpartner: Fachbereich Verträge, Fachbereich Qualitätssicherung
Hotline Abrechnungsberatung 01803/230900

Vergütungsvereinbarung für 2002 mit der AOK Brandenburg unterzeichnet

In einem Beileger zu KV-intern 12/02 haben wir umfangreich über die Entscheidungen des Landesschiedsamtes Brandenburg zur Gesamtvergütung für das Jahr 2002 mit der AOK informiert.

Zwischenzeitlich wurde von der KVBB und der AOK für das Land Brandenburg die nach Maßgabe der Beschlüsse des Landesschiedsamtes ausgefertigte Ver-

gütungsvereinbarung unterzeichnet und von der Aufsichtsbehörde genehmigt.

Der Vertrag ist somit rechtsgültig. Die Veröffentlichung des Vertragstextes erfolgt mit der nächsten Ergänzungslieferung zum Vertragsordner der KVBB.

Ansprechpartner:
Fachbereich Verträge

Nachträge zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 mit der AOK, IKK und Bundesknappschaft

Wie bereits in "KV-intern" 06/2004 angekündigt, wurden nunmehr auch mit der AOK, der IKK und der Bundesknappschaft Nachträge zu den DMP-Verträgen vereinbart, welche im Wesentlichen durch die zwischenzeitlichen Änderungen der RSAV notwendig wurden.

Somit sind die durch die 9. RSAV-Änderungsverordnung eingeführten, in "KV-intern2" 06/2004 ausführlich erläuterten Änderungen neben dem BKK-LV auch für die AOK, die IKK und die Bundesknappschaft vertraglich vereinbart.

Eine Veröffentlichung im Vertragsordner der KVBB für die AOK erfolgt, sobald die Bestätigung durch die AOK vorliegt, dass der Nachtrag voll wirksam ist bzw. für die IKK und die Bundesknappschaft nach der Akkreditierung des DMP-Vertrages durch das BVA.

Ansprechpartner:

Fachbereich Verträge
 Fachbereich Qualitätssicherung
 Abrechnungsberatung: 01803/230900

Achtung: Neu!

KV Brandenburg und AG der Verbände der Krankenkassen

Einigung zum DMP Koronare Herzkrankheit

Am 14.07.2004 konnte nach kurzer Verhandlungszeit eine Einigung mit der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen zum DMP KHK erzielt werden, so dass in Kürze mit der Unterzeichnung des Vertrages zu rechnen ist. Vertragsbeginn wird voraussichtlich der 01.09.2004 sein.

Ebenso wie beim DMP Brustkrebs ist hier ein kassenartenübergreifender Vertrag vorgesehen, welcher im Wesentlichen die gleiche Behandlungsstruktur (Betreuung durch koordinierende Vertragsärzte und fachärztlichen Sektor) wie die DMP-Diabetes-Verträge beschreibt.

Folgende Vergütungssätze wurden konsentiert:

Für die Einschreibung und die Erstellung der Erstdokumentation bei Patienten, die nur am DMP KHK teilnehmen: **25,00** □

Für die Erstellung der Folgedokumentation bei Patienten, die nur am DMP KHK teilnehmen: **15,00** □

Für die Einschreibung und Erstellung der Erstdokumentation bei Patienten, die bereits an einem anderen DMP teilnehmen: **20,00** □

Für die Erstellung der Folgedokumentation bei Patienten, die bereits an einem anderen DMP teilnehmen: **10,00** □

Pauschale für den koordinierenden Vertragsarzt für die Betreuung und Information des Patienten in dokumentationsfreien Quartalen **10,00** □

Zuschlag zu GNR 604 **10,00** □

Pauschale für Kardiologen **20,00** □ **pro Jahr**

Zudem ist für DMP-bedingte Mehrleistungen eine nachträgliche Vergütung durch die Kassen vorgesehen.

Ansprechpartner: Fachbereich Verträge

Home-Care-Vereinbarung der IKK für Rheinhessen anerkannt

Durch den Abschluss einer Anerkennungsvereinbarung im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs zwischen der KVBB und der KV Rheinhessen besteht nunmehr die Möglichkeit, die Leistung der Home-Care-Vereinbarung (SNR 9055) für Versicherte der IKK Brandenburg und Berlin mit Wohnsitz im Bereich der KV Rheinhessen zu erbringen, sofern Sie über eine Genehmigung zur Abrechnung dieser Pauschale verfügen.

Diese Leistung ist für Versicherte der IKK Brandenburg und Berlin mit Wohn-

sitz im Bereich der KV Brandenburg oder auch mit Wohnsitz in den KV-Bereichen Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Koblenz, Saarland, Sachsen und Thüringen abrechnungsfähig. Daneben kann die Leistung für Versicherte von WOP-IKKn mit Wohnsitz in den KV-Bereichen Brandenburg oder Berlin erbracht werden.

Ansprechpartner:

Fachbereich Verträge
 Fachbereich Abrechnungsmanagement
 Abrechnungsberatung: 01803/230900

EBM-Einführung

Bitte beachten Sie die Veranstaltungen zum neuen EBM auf Seite 7 dieser Ausgabe!

KV-Wahlen in Brandenburg - Termine

Von wegen mangelndes Interesse! Die Vertragsärzte scheinen sich sehr bewusst zu sein über die Bedeutung der in diesem Jahr stattfindenden Wahlen zu den neuen Vertreterversammlungen und Vorständen für die kommenden sechs Jahre.

Das zumindest belegen die ersten abgeschlossenen Wahlen, unter anderem in Sachsen-Anhalt. Dort lag die Wahlbeteiligung bei knapp über 80 Prozent. Und auch das Ergebnis kann sich sehen lassen, denn in der neuen VV sind 16 Haus-, 11 Fachärzte, zwei ermächtigte Krankenhausärzte sowie ein Psychotherapeut vertreten. Auch in Mecklenburg-Vorpommern haben die Wahlen stattgefunden. Das Ergebnis: Knapp 80 Prozent Wahlbeteiligung. Die VV setzt sich zusammen aus 14 Allgemeinmedizinern, 10 Fachärzten und einer Psychotherapeutin.

Hier noch einmal die wichtigsten Daten für die Wahlen zur V. Vertreterversammlung der KV Brandenburg:

09.08. bis 20.08. 2004	Einreichung der Wahlvorschläge
25.08.2004	Sitzung der Wahlausschüsse
03.09.2004	Bekanntmachung der gültigen Wahlvorschläge durch Aushang in den Servicestellen
06.09. bis 17.9.2004	Versand der Wahlunterlagen
20.09. bis 28.9.2004	Wahlzeitraum
28.09.2004	Ablauf der Wahlfrist um 15.00 Uhr
29.09.2004	Auszählung der Stimmen, Feststellung des Wahlergebnisses
04.10. bis 15.10.2004	Bekanntmachung des Ergebnisses / Benachrichtigung der Gewählten
29.09. bis 29.10.2004	Einspruchsmöglichkeit
05.11.2004	Konstituierende Sitzung der neugewählten Vertreterversammlung

Sonderheft - Kandidaten stellen sich vor

Mit einer Sonderausgabe von "KV-intern" bieten wir allen interessierten Kolleginnen und Kollegen, die zur Wahl der V. Vertreterversammlung der KV Brandenburg auf einer der Listen kandidieren, die Möglichkeit, sich in kurzer Form zu präsentieren.

Auskunft sollte darüber gegeben werden, wofür die Kandidaten einer Liste insgesamt stehen, welche Ziele sie vertreten, wo sie die inhaltlichen Akzente setzen und auch, welche Positionen sie ablehnen. Damit sich auch jeder ein Bild im wahrsten Sinne des Wortes machen kann, sollten die entsprechenden Passbilder bitte mitgeliefert werden.

Da der Umfang des Heftes begrenzt ist, bitten wir, dass die eingehenden Manuskripte nicht länger als **maximal eine DIN A 4-Seite** umfassen (11 Punkt Arial). Bitte senden Sie die Beiträge am besten per Fax (0331/28 68-197) oder per mail (rherre@kvbb.de). Die Fotos entweder als jpg-Datei oder im Original an:

Pressestelle der KV Brandenburg,
Gregor-Mendel-Straße 10,
14469 Potsdam.

Einsendeschluss ist der 15. August 2004. Später eingehende Manuskripte können leider nicht mehr berücksichtigt werden.

Achtung - diese Info unbedingt an Ihre Arzthelferin!

Ungültige Kassenummern: 39410 und 99554

Achtung! Die BKK Nummer **39410** und **99554** sind ab sofort ungültig! Bitte weisen Sie Ihre Arzthelferin unbedingt darauf hin.

Zum Hintergrund: Am 01.01.2004 hat die BKK Aktiv mit der BKK Opel zur BKK Aktiv fusioniert. Obwohl die Versicherten der BKK Opel mit neuen Versichertenkarten ausgestattet wurden, nutzen viele Patienten noch ihre alten Karten.

Diese Karten werden von der Praxissoftware allerdings noch akzeptiert. Da die alten Kassenummern 39410 und 99554

nicht mehr existent sind, kann es jedoch zu Schwierigkeiten bei der Abrechnung kommen.

Daher der Hinweis: Nutzen Sie bitte ausschließlich die neuen Kassenummern:

48414 (West) mit dem **IKZ 6224387** und **99596** (Ost) mit dem **IKZ 6229451**.

Ansprechpartner:
Abrechnungsberatung
Tel.: 0180/3230900

Informationen zu Befreiungsbescheinigungen

Nach § 18 Abs. 1 BMV-Ä bzw. § 21 Abs. 1 A-EKV entfällt die Zuzahlung, wenn vor der Inanspruchnahme eine Befreiungsbescheinigung vorgelegt wird. Ein Nachreichen des Befreiungsausweises begründet daher keinen Anspruch auf Rückzahlung der Praxisgebühr, ggf. muss sich der Versicherte an seine Krankenkasse wenden.

Eine Grundlage für die Befreiungen von Zuzahlungen für den Rest des Kalenderjahres ist das Erreichen der jährlichen **Belastungsgrenze** gem. § 62 Abs. 1.

Des Weiteren können die Krankenkassen Zuzahlungsbefreiungen auch teilweise nach § 65 a SGB V erteilen, die so genannte **Bonusregelung**, wenn sich der Versicherte an einem kasenspezifischen Programm beteiligt, beispielsweise DMP Diabetes. Die "Laufzeiten" sind in diesen Fällen nicht an das Kalenderjahr gebunden.

Bedauerlicherweise werden die "Ausweise" zur Befreiung von Zuzahlungen von den Krankenkassen nicht einheitlich gestaltet.

Sofern sich eine Befreiung auf § 61 SGB V stützt, gilt die Befreiung für alle möglichen Zuzahlungen.

Nach unserer Auffassung kann somit

folgendes Verfahren Anwendung finden:

- Befreiungsausweis ohne Einschränkungen: der Versicherte ist von allen Zuzahlungen befreit **Kennzeichnung** in der Quartalsabrechnung **SNR 8032**.

- Bescheinigung mit Teilbefreiungen von der Zuzahlung, z.B. Praxisgebühr und dem Einschränkungsvermerk "gilt nicht für psychotherapeutische Behandlung": der Versicherte ist nur von den dort benannten Zuzahlungen befreit. **Kennzeichnung** in der Quartalsabrechnung **SNR 8040**.

- Nur Versicherte der AOK, die am DMP Diabetes teilnehmen, sind ohne besonderen Befreiungsausweis von der Zahlung der Praxisgebühr beim koordinierenden Vertragsarzt, und nur bei ihm, befreit (Vereinbarung zwischen KVBB und AOK). **Kennzeichnung** in der Quartalsabrechnung **SNR 8040D**.

- Befreiungen, die vor dem 01.01.2004 ausgestellt wurden, haben **keine** Gültigkeit für das Jahr 2004.

- Bescheinigungen ohne Ausstellungsdatum oder Gültigkeitszeitraum sind **nicht anzuerkennen**.

Ansprechpartner:

Abrechnungsberatung:

Tel.: 0180/32 30 900

Anzeige
Allianz/Vereinte KV

Neu: EU-KVK ab 1. Juli 2004

Zum 1. Juli 2004 wurde in den meisten Ländern der EU die Europäische Krankenversichertenkarte eingeführt. Wie damit zu verfahren ist, entnehmen Sie bitte den umfangreichen Veröffentlichungen im Deutschen Ärzteblatt, **Heft 27, 2. Juli 2004, ab Seite A 2000**.

Aktuelle Abrechnungshinweise

Regelungen zur Abrechnung von Leistungen im ärztlichen Bereitschaftsdienst

Aufgrund vieler Anfragen möchten wir folgende Verfahrensweisen im Rahmen des Bereitschaftsdienstes (ärztlichen Notfalldienstes) darstellen:

Die Behandlung im Rahmen des Notfalldienstes/kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes ist darauf gerichtet, den Patienten bis zur nächstmöglichen regulären ambulanten oder stationären Behandlung ärztlich zweckmäßig und ausreichend zu versorgen. Daraus ist zu schlussfolgern, dass es sich um eine unaufschiebbare Behandlung durch einen "Bereitschaftsarzt" handeln muss.

Die Regelungen dazu finden Sie in der gemeinsamen Notfalldienstordnung der Landesärztekammer und der KVBB, den dazu gehörenden Durchführungsbestimmungen und im Sicherstellungsstatut der KVBB.

Alle im Rahmen des Bereitschaftsdienstes erbrachten Leistungen sind grundsätzlich auf **Muster 19** zu dokumentieren.

Die Anzahl der auf der "Erklärung über die Teilnahme am ärztlichen Notfalldienst" angegebenen Patienten muss mit der Anzahl der Notdienstfälle in der Quartalsabrechnung übereinstimmen. Insbesondere ist dies im fachgebietsbezogenen Bereitschaftsdienst von Bedeutung, da hier eine "Fallpauschale" vergütet wird.

Im organisierten Bereitschaftsdienst bestellte Patienten (eigene) sind nicht als Notfall zu verstehen und sind auf dem Vordruckmuster 5 abzurechnen.

Der "planbare Notfall" entfällt ab 01.07.2004

Im Unterschriftenverfahren befinden sich derzeit (30.06.2004) Änderungen zu den Bundesmantelverträgen, die zum 01.07.2004 Wirkung erlangen. In den §§ 24 BMV-Ä und 27 EKV wird jeweils der Absatz 12 ersatzlos gestrichen. Somit entfällt ab dem 01.07.2004 die Grundlage für die Regelung im "planbaren" Notfall. Eine Überweisung für nicht verschiebbare ärztliche Untersuchungen und Behandlungen (z. B. Verbandswechsel) außerhalb der Sprechstundenzeiten kann demzufolge nicht mehr ausgestellt werden und befreit somit nicht mehr von der Erhebung der Praxisgebühr im Notfalldienst.

Praxisgebühr im Bereitschaftsdienst ist neu geregelt

Ab dem **01.07.2004** ist die Praxisgebühr im Bereitschaftsdienst insgesamt nur einmal im Quartal durch den Versicherten zu entrichten. Dazu erhält der Versicherte bei der Inanspruchnahme im Bereitschaftsdienst eine Quittung mit dem von Ihnen zugefügten Vermerk **"Notdienst-Einsatz"**.

Diese befreit den Versicherten wie bisher von der Entrichtung der Praxisgebühr bei Weiterbehandlung durch den ersten nachbehandelnden Arzt. **Die SNR 8033 ist auf dem Abrechnungsschein anzugeben.**

Die Entwertung der Quittung erfolgt in diesem Zusammenhang weiterhin durch abstempeln.

Des Weiteren entfällt die Entrichtung der Praxisgebühr bei Vorlage dieser mit

"Notdienst-Einsatz" versehenen Quittung für jeden weiteren Notdienstkontakt im Quartal. Auch in diesem Fall ist die **SNR 8033** anzugeben.

Ein entsprechendes andersfarbiges Formular ist von der KBV zum 01.01.2005 avisiert.

Ansprechpartner:
Abrechnungsberatung
Tel.: 0180/32 30 900

Klarstellung zu "Abrechnung von Überweisungen"

In "KV-intern" 5/2004, Seite 26, fanden Sie einen Artikel "Abrechnung von Überweisungsscheinen". Aufgrund dessen erreichten uns viele Anfragen, die doch noch eine Klarstellung des Sachverhaltes erfordern.

Vom überweisenden Vertragsarzt sind gemäß den Erläuterungen der Vordruckvereinbarung alle erforderlichen Daten auf dem Überweisungsschein einzutragen.

Unter "Auftrag/Diagnose/Verdacht" sind entsprechende Angaben zu vermerken, um dem Arzt, der auf Überweisung tätig wird, Hinweise für dessen Handeln zu geben und unnötige Kosten durch Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden. Bei der Angabe von Verdachtsdiagnosen ist

die Verschlüsselung mittels ICD-10 nicht vorgeschrieben.

Der Vertragsarzt, der auf Überweisung tätig wird, gibt die Diagnosen, ggf. auch andere Begründungen so präzise an, dass sich daraus die Plausibilität der abgerechneten Leistungen erkennen lässt. Nur für diese Diagnosen besteht die Verpflichtung, sie mittels ICD-10 verschlüsselt anzugeben.

Die offensichtliche Missverständlichkeit des oben genannten Artikels haben wir hoffentlich somit ausgeräumt.

Ansprechpartner:
Abrechnungsberatung,
Tel.: 0180/32 30 900

Heilmittel-Richtlinien: Druckfehlerteufel

In der Broschüre "Heilmittel-Richtlinien" hat sich leider ein Druckfehler eingeschlichen. Bei der Diagnosegruppe WS2 (Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane) ist bei den Verordnungsmengen je Diagnose (rechte Spalte auf S. 27 der Broschüre) zwei Mal die **Erst-VO** angegeben. Die zweite Erst-VO ist falsch, denn es handelt sich hier um die **Folge-VO**. Die angegebenen Verordnungsmengen (bis zu 6x/VO) stimmen.

Wir bitten um Entschuldigung und Beachtung!

Die AOK für das Land Brandenburg informiert

Verzicht auf das Genehmigungsverfahren bei Heilmittelverordnungen außerhalb des Regelfalles

Am 01.07.2004 traten die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossenen neuen Heilmittel-Richtlinien in Kraft. Neben den Änderungen bezüglich der Diagnosegruppen, des Indikationsschlüssels, der Anzahl der Therapieeinheiten, der behandlungsfreien Zeit bis zum Einsetzen eines neuen Regelfalles gibt es auch eine **Neuregelung bezüglich des Genehmigungsverfahrens**.

Begründungspflichtige Verordnungen außerhalb des Regelfalles sind der zuständigen Krankenkasse **vor Fortsetzung** der Therapie zur Genehmigung vorzulegen. Diese übernimmt die Kosten des Heilmittels bis zur Entscheidung über den Antrag auch bei Ablehnung der Genehmigung.

Die AOK für das Land Brandenburg informierte die Kassenärztliche Vereinigung über ihren **Verzicht auf das Genehmigungsverfahren** für Verordnungen von Maßnahmen der Physikalischen Therapie außerhalb des Regelfalles bei den folgenden Diagnosen:

- EX4 Miss- und Fehlbildungen, Strukturschäden der Stütz- und Bewegungsorgane im Säuglings-, Kleinkind- und Kindesalter

- ZN1 ZNS-Erkrankungen einschließlich des Rückenmarks längstens bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres

- AT3 Störungen der Atmung bei Mukoviszidose

- LY3 Chronische Lymphabflussstörungen bei bösartigen Erkrankungen.

Bei Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und bei ergotherapeutischen Leistungen führt die AOK für das Land Brandenburg das Genehmigungsverfahren bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles durch.

Ansprechpartner:
AOK für das Land Brandenburg

Kommentar der Redaktion:

Der Länderausschuss der KBV befasste sich am 9. Juli 2004 aufgrund eines Antrages von Dr. Hoppenthaler von der KV Bayern mit diesen Entscheidungen der Kassen.

Der erzwungene Genehmigungsvorbehalt (wegen der vermeintlichen unwirtschaftlichen und zu freizügigen Verordnungsweise der Ärzte) wird nun wieder aufgegeben. Warum? Weil die Kassen überhaupt keine Kompetenz und keine Kapazitäten vorhalten können!

Zitat aus der Diskussion:

“Wieder mal den Mund zu voll genommen ...”

Neuaufnahme der EBM-GNR 4828

Zum 01. April 2004 wurde die EBM-GNR 4828 (Genotypische HIV-Resistenztestung bei HIV-Infizierten gemäß Anlage A der BUB-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses) als neue Leistungsposition in den EBM aufgenommen.

Diese Leistung unterliegt der Genehmi-

gungspflicht und ist bei der Geschäftsstelle Qualitätssicherung zu beantragen.

Bitte beachten Sie hierzu auch die Veröffentlichung in KV-intern, Heft 05/2004.

Ansprechpartner:
Geschäftsstelle Qualitätssicherung,
Frau Boss, Tel. 0331/2309 316

Altes Muster 4 gilt noch bis 31. Juli 2004!

Der KVBB stand der neue Verordnungsvordruck Muster 4 für Krankenförderung bis zum 01.07.2004 noch nicht zur Verfügung, so dass die bis dato erfolgten Anforderungen von Verordnungsvordrucken nicht realisiert werden konnten.

Um einen reibungslosen Übergang zu gewährleisten, akzeptieren die Krankenkassen noch bis zum 31.07.2004 (Ausstellungsdatum der Verordnung) das alte Muster 4 nebst Zusatzblatt oder formlosem Beiblatt.

Aktuelle Informationen zum Thema sowie ein verbindliches Muster stehen Ihnen auf der Homepage der KBV (www.kbv.de) unter Fachbesucher zur Verfügung.

Zwischenzeitlich sind die Formulare in den Servicestellen abrufbar.

Bei Rückfragen stehen Ihnen gern die bekannten Ansprechpartner der Krankenkassen zu Verfügung.

ANZEIGE

Arztpraxis zu vermieten

120 m² eingerichtete Arztpraxis, in Brandenburg Stadt, direkt vom Eigentümer zu vermieten.

Bei Bedarf Wohnung im Haus.
Preis nach Vereinbarung

Tel.: 03381/521649

Koordinierung der Arzneimittel-Verordnungen zwischen Haus- und Facharzt

Das Thema "Arzneimittel-Verordnungen durch Haus- und Facharzt" sorgte in der Vergangenheit für eine Reihe von Nachfragen aus der Ärzteschaft und für eine wachsende Anzahl von Patientenbeschwerden. Betroffene Versicherte beklagen insbesondere die Situation, dass die Arzneimittelversorgung unterbrochen wird, da der Hausarzt in puncto Verordnung auf den Facharzt bzw. der Facharzt auf den Hausarzt verweist.

Hier sind die Festlegungen des Bundesmantelvertrages-Ärzte in § 13 Abs. 8 zu beachten: "... Hat der Vertragsarzt die Behandlung übernommen, ist er auch verpflichtet, die in diesem Rahmen notwendigen Verordnungen zu treffen, soweit die zu verordnenden Leistungen in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen." Die gleiche Formulierung findet sich in § 13 Abs. 2 des Bundesmantelvertrages Ärzte/ Ersatzkassen.

Übernimmt ein Facharzt die Behandlung eines Patienten, dann verpflichtet er

sich, auch die Verordnungen für ein Quartal auszustellen. Ist im Folgequartal der Facharztbesuch nicht mehr notwendig, kann der Hausarzt die Versorgung übernehmen. Letztlich ist eine patientengerechte Versorgung mit Arzneimitteln nur in fortlaufender kollegialer Abstimmung möglich.

Soweit hierdurch Budget- und Richtgrößenprobleme erwachsen, weil Verlagerungseffekte entstehen, die bei der Budget- bzw. Richtgrößenfestlegung verständlicherweise noch nicht berücksichtigt werden konnten, wird empfohlen, verwertbare Beispieldokumentationen an den Vorstand der KV Brandenburg zu geben. Nur so kann in den Verhandlungen mit den Kassen konkret auf diese Problematik nachhaltig aufmerksam gemacht werden.

Fallzahlinduzierte Auswirkungen sind bereits aufgrund der Intervention des Vorsitzenden der KVBB in den Schiedsamtverhandlungen für das Jahr 2003 berücksichtigt worden.

Farbe bekennen: Magenta!

Haben auch Sie schon ein Plakat der bundesweiten **Image-Kampagne** der KVen in Ihrer Praxis? Wenden Sie sich bitte an Ihre Servicestelle!



Blitzumfrage zur Praxisgebühr für das II. Quartal 2004

Die Blitzumfrage zur Praxisgebühr war wiederum von einer regen Beteiligung gekennzeichnet, für die wir uns bei Ihnen an dieser Stelle bedanken möchten. Mit 1.067 Rückmeldungen zur Umfrage im Mai beteiligte sich rund ein Drittel der Ärzteschaft aus Praxen und Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V.

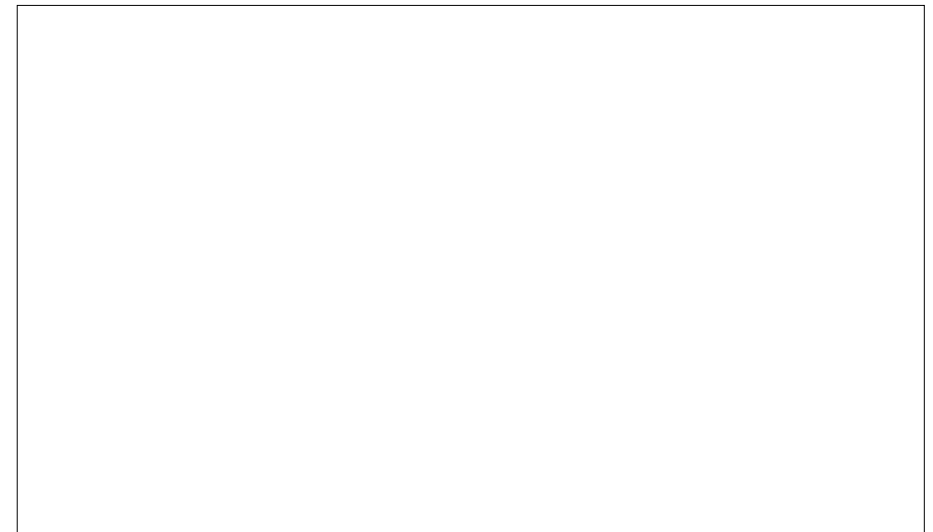
Anhand der eingegangenen Daten lässt sich für das II. Quartal 2004 ein Fallzahlrückgang von 7% prognostizieren. Dieser fällt somit gegenüber dem I. Quartal (9%) leicht geringer aus.

Zurückzuführen ist dies im Wesentlichen auf den hausärztlichen Versorgungsbereich, der nur noch 3% weniger Fälle zum Vorjahreszeitraum aufwies (I/04: 9%). Im fachärztlichen Versorgungsbe-

reich sind weiterhin rund 9% weniger Fälle zu verzeichnen.

Es kann also davon ausgegangen werden, dass es sich beim Rückgang der Fallzahlen nicht um einen "Einmaleffekt" im I. Quartal gehandelt hat. Besonders stark betroffen sind mit ca. 15% nach wie vor die Fachgruppen Dermatologie, Gynäkologie und Chirurgie.

Erstmals analysiert wurde die Zahl der Fälle, in denen die Patienten explizit durch eine Bescheinigung ihrer Krankenkasse von der Zahlung der Praxisgebühr befreit waren. Dieser Anteil variierte allerdings nur geringfügig und lag im Schnitt bei 4% in den hausärztlichen bzw. bei 2% in den fachärztlichen Fachgruppen.



Das Formularwesen entwickelt sich, Genossen ... Diese kleine literarische Anlehnung sei gestattet, obwohl die formulare Realität alles andere, nur nicht zum Vergnügen anregt. Im Gegenteil. Es ist der pure Wahnsinn!

Oder wissen Sie vielleicht auf Anhieb, was sich hinter der Formularnummer PT 3 KZTa/b/c EK verbirgt? Na dann sollten Sie aber schleunigst mit dem Lernen anfangen.

Denn wenn Sie dies nicht umgehend tun, könnte es passieren, dass Sie schlichtweg den Anschluss verlieren. Neue Formulare werfen nämlich ihre Schatten bereits voraus.

Doch nicht allein Sie als hausärztlicher Einzelkämpfer in Brandenburgs Weiten, oder Sie als angestellter Dreieffler müssen sich damit herum schlagen. Nein, auch die verwaltungstechnisch damit befassten KV-Mitarbeiter trifft es hart. Zum einen von wegen des Überblicks. Zum anderen ob der gewichtigen Bestellungen.

Und genau da liegt mein Freund, der Hase, im Pfeffer. Die Bestellungen flatern nämlich meist in der Abrechnungswoche ins KV-Haus. Was dies wiederum bei dreieinhalbtausend Vertragsärzten bedeutet, kann sich vielleicht der eine oder andere denken: Suchen, sortieren, zählen, bündeln, einpacken, verpacken, beschriften, frankieren ... Normalerweise sind da pro Tag 50 Pakete zu schaffen.

In dieser letzten Annahmewoche jedoch erreichten die schockierten KV-Heinzelmänner 350 bis 400 pro Tag. Und damit noch nicht genug, denn nicht wenige

bestellende Ärzte meinten, sie müssten gleich zwei oder drei Mal die Formularladungen ordern. Doch es kam noch knüppeldicker. Dank der Formularegäbärfreudigkeit auf Bundesebene kamen die Druckereien gar nicht mehr hinterher. Mit dem Ergebnis, dass einige Formulare zum Zeitpunkt ihrer Einführung noch gar nicht vorlagen.

Dies wiederum bedeutete für die geplagten KV-Formularverantwortlichen - Bestellungen splitten, neu sortieren, abhaken, wer bereits was wann und in welcher Anzahl bekommen bzw. eben noch nicht bekommen hat.

Und dann gibt es ja noch die ganz heimlichen Besteller von Formularen. Jene, die sie der Abrechnung mit untermischen. Nur, die Abrechnungsunterlagen gehen nicht zu den Formularspezialisten, sondern zu den Abrechnungsexperten, was wiederum dazu führt, dass die Formularbestellungen erst einmal einige Tage im KV-Haus unterwegs sind. Dies wiederum verärgert - nicht ganz zu Unrecht - die Besteller und -richtig! - veranlasst sie zur erneuten Bestellung.

So viel dazu, falls Sie sich mal wundern, dass Sie auch zwei Pakete mit, logisch, doppelt so vielen wie bestellten Formularen erhalten. Doch wo bekommt man schon das Doppelte von dem, was man haben wollte.

So, warum verklickere ich Ihnen das eigentlich alles? Weil, wie Sie verstehen, dies so nicht weitergehen kann. Und deshalb starten wir jetzt unsere Agenda Juli 2004. Sie hat gegenüber

Formularwahnsinn!

der Agenda 2010 einen riesigen Vorteil. Sie ist erfolgreich! Und sie wird von allen Beteiligten nicht nur verstanden, sondern akzeptiert.

Und sie sieht so aus: In den Monaten der Abgabe der Quartalsabrechnung, also im April, Juli, Oktober und Januar (dann schon 2005) wird in der entsprechenden Ausgabe von "KV-intern" ein Formular-Bestellungs-Formular beiliegen. Wie es aussieht, können Sie sich jetzt ansehen.

Es liegt dieser Ausgabe bereits bei. Füllen Sie es bitte aus und senden Sie es ganz unbeschwert an die bekannte Formular-Ausgabe-Adresse. Nur wenige

Tage später gehen die gewünschten Bestellungen dann bei Ihnen ein.

Wer es denn mehr mit der elektronischen Variante hält, kann natürlich auch zukünftig weiter das Internet, Fax und Telefon für diese Aufgabe nutzen. Nur dafür eine Bitte: Nicht gerade in der Quartalsabgabewoche.

Es dankt für Ihr Verständnis Ihr ...

... specht



Kein Sommertheater, dieses

KrankenkassenVerwaltungskostenRekordhoch!

Nein, es geht nicht wieder um einen Jahrhundertssommer im meteorologischen Sinne. Ein Rekordhoch erreichten die gesetzlichen Krankenversicherer AOK, BARMER und Co bei den eigenen Verwaltungskosten.

Während auf der einen Seite - bei Ärzten - ein knallharter Sparkurs gefahren und ungeachtet Versorgungsrealität immer wieder lautstark eingefordert wird, nehmen es die Kassen bei den eigenen Ausgaben damit nicht so ernst.

8,2 Milliarden Euro kostet mittlerweile den 280 Krankenkassen die eigene Verwaltung. Hier hat sich in den letzten Jah-

ren ein regelrechter Moloch entwickelt, gefräßig, unersättlich und wohl prosperierend.

Zugegeben, der Gesetzgeber hat mit seiner Regelungswut einen nicht geringen Anteil an dieser Tatsache. Das ist mit Sicherheit einer der Gründe, weshalb man sich im Gesundheitsministerium mehr als bedeckt mit öffentlicher Schelte hält.

Doch der Löwenanteil der Ausgaben entfällt auf Personal, Werbung und Marketing. Verstärkt wurden Ärzte und Apotheker, IT-Spezialisten und Ökonomen bei den Kassen eingestellt, um insbe-

sondere das Prüfgeschehen zu perfektionieren. Hinzu kommen dreistellige Millionen-Summen, die in den einzelnen Kassen für sogenannte externe Experten-Gutachten ausgegeben wurden; Verwaltungsabläufe sollen damit verändert werden.

Diese Art Umgang mit Versichertengeldern (rund 200 Euro gibt jeder Versicherte im Jahr für die Kassenverwaltung aus) ist mehr als fragwürdig. Der Präsident der Bundesärztekammer bezeich-

nete es als gesetzeswidrig und einen Fall für die Aufsichtsbehörden. Zumal ja der Gesetzgeber sehr deutlich formuliert hat, dass die Ausgaben der Kassen für die eigene Verwaltung nicht mehr steigen dürfen. Also eingefroren werden müssen.

Man darf jetzt, nach Vorliegen der aktuellen Zahlen gespannt sein, ob auch dies wieder nur reine Makulatur ist oder ob - endlich! - einmal Konsequenzen drohen. **-re**

Empfehlen Sie Ihren Patienten gezielte sportliche Aktivitäten?

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

schon im Oktober 2002 hat die KV Brandenburg durch die Unterzeichnung einer Kooperationsvereinbarung mit dem Landessportbund ihren Willen bekundet, die Gesundheitsprävention über Sport- und Bewegungsangebote zu unterstützen.

Jetzt haben wir auch uns mehr "Bewegung" verordnet! Wir wollen interessierte Kollegen auffordern, sich mit uns zu bewegen und aktiv am Programm **"Nicht nur sitzen, auch mal schwitzen"** teilzunehmen. Was heißt das?

Um aus der Idee ein funktionierendes Programm zu machen, müssen Informationen für alle "Mitspieler" zur Verfügung stehen. Wir wollen eine Ärzte-Liste zusammenstellen, in der sich alle Kollegen wiederfinden, die ihren Patienten präventiv, aber auch therapieunterstützend qualifizierte sportliche Angebote vermitteln wollen, vielleicht sogar eigene

Programme entwickelt haben. Das gleiche gilt natürlich auch für die Übungsleiter bzw. die Kursangebote der Sportvereine. Beide Listen werden für die Ärzte, Sportvereine, Gesundheitsämter (Krankenkassen?) im Internet veröffentlicht.

Es würde uns freuen, wenn Sie uns auch davon berichten, ob Sie eigeninitiativ Ihren Patienten Möglichkeiten anbieten, ihre Gesundheit durch Bewegung und Sport zu fördern, beispielsweise durch die Organisation von Lauffreizevents, Radwanderungen oder Ähnlichem. Es passiert viel im Lande Brandenburg - das sollten doch auch andere wissen und sie zum Nachahmen anregen!

Apropos Wissen, vielleicht sind Ihnen die Inhalte des Programms gar nicht bekannt?



Mit der Vereinbarung wollen der Landessportbund Brandenburg e.V. und die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg einen wirksamen Beitrag zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden Lebensweise leisten.

Gesundheitsbezogene Information und Beratung durch niedergelassene Ärzte und Sportvereine sowie ein unter qualifizierter Anleitung und ärztlicher Begleitung angebotenes Bewegungs- und Verhaltenstraining im Sportverein sollen dazu führen, dass die Teilnehmer lernen, mit ihrer Gesundheit selbstverantwortlich und kompetent umzugehen.

Alle Aktivitäten sind darauf ausgerichtet, eine gesunde Lebensführung zu fördern. In den letzten Monaten sind regional Übungsleiter fortgebildet worden und haben durch den Erhalt der Breitensportlizenz und der Präventionslizenz die Qualifikation erhalten, entsprechende Angebote bereitzustellen.

Unter dem Leitmotiv "Nicht nur sitzen, auch mal schwitzen" sollen auch Modellprogramme, die in Zusammenarbeit mit

der Universität Potsdam, dem Landessportbund und dem Schwimmsportbund entwickelt wurden, zu gesundheitlichem Wohlbefinden, Fitness und zu einem aktiven gesundheitsbewussten Leben der Teilnehmerinnen und Teilnehmer beitragen. Folgende Bewegungsprogramme können bereits vorgehalten werden:

- Herz/Kreislauf
- Übergewicht und Stoffwechselstörungen
- Haltungsschulung
- Allgemeine Fitness

Das alles ist natürlich erst ein Anfang, aber um weiter an dem Projekt bauen zu können, muss das Fundament stehen.

Wenn wir Sie in die Liste aufnehmen dürfen, schicken Sie bitte die **beigelegte Antwort per Fax ausgefüllt bis zum 31. August 2004** an uns zurück. Wir hoffen auf eine breite Resonanz.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. Edeltraud Milz
Mitglied des Vorstandes

Verordnung von suprapubischen Ballonkathetern

Durch die Fortschreibung der Produktgruppe 15 "Inkontinenzhilfen" des Hilfsmittelverzeichnis durch die Spitzenverbände der Krankenkassen sind suprapubische Blasenkathe- ter nicht mehr im Hilfsmittelkatalog enthalten.

Die Begründung, dass diese Produkte keine Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V sind, wird darin gesehen, dass die Erstanlage und der Wechsel immer durch den Arzt durchgeführt werden. Die Streichung der suprapubischen Blasenkathe-

ter aus dem Hilfsmittelkatalog hat zur Folge, dass eine patientenbezogene Verordnung nicht mehr möglich ist.

Die AOK für das Land Brandenburg hat dem Vorschlag der KVBB zugestimmt, die Verordnung über den Sprechstundenbedarf zu ermöglichen. Die BARMER hat ebenfalls ihr Einverständnis gegeben, sodass zukünftig der Bezug über SSB-Rezepte realisiert werden kann.

Beratende Apotheker
Tel.: 0331/23 09-210; -200

Für alle Ärztinnen und Ärzte in Potsdam

Wieder in Brandenburg - das "KV-mobil"

Informationsbus der KBV beendet seine "Deutschland-Tour" in Potsdam

So wie im vergangenen Jahr beendet das "KV-mobil", eine Informationsbus der KBV, seine Fahrt durch fast alle Bundesländer am **13. August in Potsdam**.

Das "KV-mobil" ist ein wesentlicher Teil der mehrjährigen Image-Kampagne der KBV und der einzelnen KVen. Ziel ist es, die Menschen über Präventionsmaßnahmen bei Herz-Kreislaufkrankungen, über Krebsvorsorge, Krebsfrüherkennungsmaßnahmen und Impfen aufzuklären, Blutzucker- und Blutfettwerte zu ermitteln sowie auf aktuelle Probleme in der ambulanten medizinischen Versorgung hinzuweisen.

Sehr gut, dass sich auch in diesem Jahr die LAGO (Landesarbeitsgemeinschaft Onkologie) wieder mit engagiert. Sie stellt ihr Projekt "VENUS - Vereint gegen Brustkrebs in Brandenburg" vor, möchte insbesondere Frauen ansprechen, Ängste nehmen und aufklären.

Der Informationsbus, übrigens nicht zu übersehen, da er mit weithin leuchtenden magentafarbenen Aufklebern verziert ist, steht von **10 bis 18 Uhr im Zentrum Potsdams auf dem Bassinplatz**. Wir möchten Sie vorab schon einmal sehr herzlich bitten, in Ihren Praxen durch Handzettel, die Ihnen über die Servicestelle zugehen, auf dieses Ereignis hinzuweisen. Nutzen auch Sie bitte diesen Anlass, um den Patienten die Situation der Vertragsärzteschaft in Brandenburg zu verdeutlichen und auf die Probleme aufmerksam zu machen. Und: Schauen Sie auf alle Fälle selbst einmal vorbei.

Darüber hinaus werden wir die regionalen Medien informieren, damit so viele Menschen wie möglich von diesen präventiv-informativen Angeboten Gebrauch machen.

Wer weitere Informationen wünscht, kann und sollte sich diese bitte im Internet unter www.damit-ihnen-nichts-fehlt.de besorgen.

Farbe bekennen: Magenta!

Haben auch Sie schon ein Plakat der bundesweiten **Image-Kampagne** der KVen in Ihrer Praxis?

Wenden Sie sich bitte an Ihre Servicestelle!



Wie Vertreter der Kassennärzte sind dafür, dass Sie auch in Zukunft den Arzt wählen können, den Sie wollen möchten. (30. Januar 2004)

Die Vertretung der Kassennärzte (Ihre Dienststelle) ist unsere Servicestelle KV

Qualitätssicherung
in der kurativen Mammographie

Zum 01. März 2004 traten die Änderungen der Anlage IV der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V, die am 12. März 2004 (Heft Nr. 11) im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht wurden, in Kraft.

Diese Änderungen betreffen das Verfahren zur Fortbildung durch kontrollierte Selbstüberprüfung gemäß § 5 Abschnitt 2 der o.g. Anlage, wonach die Ärzte, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung mammographischer Leistungen verfügen, verpflichtet sind, sich weiterhin an einem Verfahren zur Selbstüberprüfung zu beteiligen.

Diese Qualitätssicherungsmaßnahme dient der Aufrechterhaltung der fachlichen Qualifikation mammographierender Ärzte durch die regelmäßige Selbstkontrolle der Befundungskompetenz anhand von Mammographie-Fallsammlungen. Hierbei wird der Grad der Übereinstimmung zwischen der Beurteilung der Mammographieaufnahmen durch Sachverständige und der Beurteilung durch die teilnehmenden Ärzte überprüft.

Die in jährlichen Abständen durchzuführende Selbstüberprüfung erfolgt bei der Kassennärztlichen Vereinigung anhand ausgewählter Mammographie-

Fallsammlungen, die jeweils aus 200 Mammographieaufnahmen von 50 Patientinnen bestehen, welche von der Kooperationsgemeinschaft Mammographie mit Sitz in Köln den KV'en zur Verfügung gestellt werden.

Für die Ermittlung des Prüfungsergebnisses durch die Kooperationsgemeinschaft Mammographie wird die individuelle Leistung mit der Leistung einer Gruppe von mindestens 200 Ärzten verglichen, welche die gleichen Fälle im Rahmen der Selbstüberprüfung zeitnah beurteilt haben.

Im Bereich der KV Brandenburg haben sich bereits 15 % der Ärzte, die von dieser Neuregelung betroffen sind, der Selbstüberprüfung gestellt. Für die Monate September bis November liegen uns von 75 % der zur Selbstüberprüfung verpflichteten Ärzte Anmeldungen zu dieser Qualitätssicherungsmaßnahme vor. Da die Auswertung der Prüfung erfolgt, kann zum jetzigen Zeitpunkt noch keine Aussage über die Ergebnisse gemacht werden.

Ansprechpartner:

Geschäftsstelle Qualitätssicherung, Frau Schulze, Tel.: 0331/2309-317

EBM-Einführung

Bitte beachten Sie die Veranstaltungen zum neuen EBM auf Seite 7 dieser Ausgabe!

Wie alles begann - oder der erste Versuch

Gedanken, Erfahrungen, Anmerkungen einer (Kinderarzt)Praxis zum Thema Qualitätsmanagement

Eigentlich bin ich mehr zufällig zum Praxis-Qualitätsmanagement-System (QMS) gekommen. Auslöser war im Jahr 2000 der Besuch in einer nach QMS Gesichtspunkten geführten Reha-Klinik. Der leitende Chefarzt berichtete mir voller Überzeugung von den positiven Veränderungen in seiner Klinik seit Einführung des QMS.

Ich bin seit 1991 niedergelassene Kinderärztin und habe eine ursprünglich kleine Praxis am südlichen Stadtrand von Berlin. Inzwischen habe ich 4 Angestellte, eine Auszubildende und eine Jobsharingpartnerin in meiner Praxis beschäftigt. Ich betreue 1300-1500 Patienten im Quartal mit einem wachsenden Anteil von Privatpatienten. Wie das geht?

Also nach dem "Anstoß" in der Reha-Klinik 2000 begann ich einen Fahrplan für die Einführung eines "QMS" in meiner Praxis zu erarbeiten. Ich musste erst einmal alle Prozesse erkennen, definieren und Verantwortungen festlegen.

Es war sehr viel eigene Arbeit und so nach ca. 4 Wochen Alleingang stellte ich das "Werk" meinem Praxisteam vor. Vieles wurde skeptisch nachgefragt, einige Punkte spontan für gut befunden, aber alles in allem hielt sich die Begeisterung in Grenzen. Die geplante Umsetzung meines Konzeptes jedoch entwickelte sich fast zu einer persönlichen Katastrophe.

Erstens identifizierte sich niemand mit meinem Werk und zweitens war es mir allein und gegen den Willen meiner Mit-

arbeiterinnen fast nicht möglich, die erforderlichen Maßnahmen zu realisieren. Mein "Werk" schief zwangsläufig ein und alles ging nach alten Maßstäben weiter. Es war einfach der falsche Ansatz, denn:

Qualitätsmanagement in der Praxis heißt nicht, dem Personal und allen in der Praxis beschäftigten ein System aufzudrücken, mit dem sich keiner identifiziert, was mit Opposition dem Praxisinhaber gegenüber beantwortet und weitestgehend boykottiert wird. Nein! QM muss wachsen, - gewollt wachsen! Also, gab es einen zweiten Versuch!

Der zweite Versuch - das erste QMS

2001 im Sommer wollte ich einen weiteren Versuch starten, um unser QMS ins Leben zu rufen. Ich hatte im Vorfeld Kontakt zu einer Auditorin aufgenommen und diese bot mir erst einmal ganz unverbindlich ihre Hilfe an. Schon nach kurzer Zeit stellte ich sie fest als Qualitätsbeauftragte in meiner Praxis ein, denn ich merkte, zusammen könnten wir es schaffen und ich wusste, ich will dieses QMS.

Was ich nicht ahnte war, dass vor dem eigentlichen Beginn der praxisrelevanten Arbeit eine Unmenge an theoretischer Vorarbeit zu leisten war.

Zuerst kam der wohl für mich schwierigste Teil, eine Hausaufgabe, die ich allein zu erledigen hatte. Ich sollte die wichtig-

sten Ziele für meine Praxis, für meine Arbeit und für mich formulieren. Das war in dieser Form erst einmal ungewohnt, denn bisher waren es sehr viele Ziele und Aufgaben. Allgemein gesehen hatte ich schon Ziele, ich wollte qualitativ auf hohem Niveau arbeiten, zufriedene Patienten haben und wirtschaftlich agieren. All das war in meinem Kopf und vieles erschien mir selbstverständlich. Nie musste ich es verbalisieren oder gar in ein vorgegebenes System einfügen, zu Papier bringen und anderen vorlegen.

Was wollte ich eigentlich? Eine gute, bestens funktionierende Praxis, kompetentes, freundliches Personal, eine medizinische Versorgung auf hohem aktuellem Niveau, ein funktionierendes Bestellsystem, einen einheitlichen, auch nach außen sichtbaren Auftritt und und und ...

Hört sich alles gigantisch hoch gegriffen an und schien mir am Anfang auch so. Aber ich wollte vor dieser neuen Herausforderung nicht mehr zurücktreten und begann.

Der schwere Anfang - und alle sollten mit ins Boot

Nachdem ich die ganz grobe Orientierung gab, was so die ersten Aufgaben sein sollten, begann meine QM-Beauftragte erst einmal durch vorsichtiges Herangehen mein Personal mit "ins Boot" zu ziehen. Schwierig, denn es galt, bisher nicht benötigte Freiräume für QM-Sitzungen in der Arbeitszeit zu schaffen und Motivationsanreize für Mehrarbeit zu geben. Hilfreich dazu war eine gemeinsam besuchte Fortbildungsveranstaltung zum QMS, in der der Chefarzt der Reha-Klinik voller Enthusi-

asmus von seinen Ergebnissen und dem motivierten Verhalten seines Personals berichtete. Diese Veranstaltung war der Durchbruch im Denken meiner Mitarbeiterinnen, die von nun an verstanden hatten, dass es sich nicht um eine Pseudoidee von mir handelte, sondern QMS in der Arztpraxis zwangsläufig ein wichtiger Bestandteil zukünftiger Bemühungen sein wird.

Erstes Thema: "Sauberkeit und Reinigung in der Praxis"

Es gab Ablehnung, Opposition, Zweifel und Ignoranz und es war sicher eins der schwierigsten Themen für meine QM-Beauftragte. Die ersten Zusammenkünfte fanden ohne mich statt und hatten das Ziel, lediglich erst einmal die Mitarbeiterinnen zu sensibilisieren. Alle sollten mal richtig "meckern und Dampf ablassen" können, sollten lernen, über ein vorgegebenes Thema zu reden, es zu erarbeiten.

Ich weiß nicht mehr, wie viele Reinigungspläne aufgestellt, ausprobiert und wieder verworfen wurden. Ich denke, es dauerte 3-6 Monate, bis der scheinbar "perfekte Plan" geboren wurde. Na ja, und schließlich resultierte aus unseren ersten Bemühungen eine der großen Errungenschaften des QMS für meine Praxis, die Einführung einer täglichen, gewollten Frühbesprechung mit allen anwesenden Praxismitarbeiterinnen - jeden Morgen 30 Minuten vor Sprechstundenbeginn!

Schluss mit small-talk, Schluss mit Klebezetteln! Wir sitzen zusammen und besprechen den bevorstehenden Sprechstundentag, anliegende Aufgaben oder manchmal auch einfach nur

das Fernsehprogramm des letzten Abends, schließlich sind wir ja alles Frauen!

Es ist zu einer täglichen Selbstverständlichkeit geworden, genauso, wie unsere 14-tägigen einstündigen QM-Sitzungen.

Wir redeten und planteten und fingen ganz klein an

Da waren wir nun also schon mitten drin! Ich war ganz erstaunt, wie ich völlig neue Züge an meinen Mitarbeiterinnen erkannte. Wir redeten, kritisierten und lobten, führten Protokolle und werteten aus. Zugegeben, viel Schreibarbeit!

Wir begannen in mühevoller Kleinarbeit Prozesse auseinander zu pflücken, um sie dann sortiert wieder zusammen zu setzen. Wir schritten unsere Wege in der Praxis ab und besprachen und analysierten jedes Handling. Wir bemerkten eine Unmenge an sinnlosen Dingen, die zur Routine geworden waren.

Wir übten neue Abläufe, definierten Zeiten und das alles bei den erst einmal wichtigsten Vorgängen in unserer Praxis. Und siehe da, ich hatte das Gefühl, dass es irgendwie begann, Spaß zu machen. Meine Mitarbeiterinnen erschienen mir hochmotiviert.

Rückschläge! Aber aufgeben? Nein!

Eine Patientenbefragung ergab, dass die Patienten mit vielen Aspekten unserer Arbeit sehr zufrieden waren. Aber die Wartezeiten und das Verhalten der Arzthelferinnen an der Anmeldung wurden bemängelt. Das traf und verwunderte die Mitarbeiterinnen. Es galt nun zunehmend mehr, mit den Arzthelferinnen

über das richtige patientenfreundliche Gespräch zu reden, eine Art Krisenmanagement für Grenzsituationen zu besprechen und sie zu motivieren, nicht nur an den sie umgebenden Prozessen, sondern auch an sich selbst zu arbeiten. Noch dazu wurden wir mit jedem Tag mehr zu den Opfern unseres neuen Systems, denn durch Festlegungen, Dokumentationen und Auswertungen entdeckten wir immer neue Fehler und Ungenauigkeiten, die sich einfach bei uns eingeschlichen hatten und über viele Jahre unentdeckt geblieben waren. Oft war es besonders für mich sehr schwer, damit klar zu kommen und nicht den Mut und die Kraft zu verlieren. Dank der konsequenten und motivierenden Art meiner QM-Beauftragten, die mir immer wieder auf die Füße half und die Wichtigkeit dieser "Ausnahmesituationen" bestätigte, fand ich die Kraft, an diesen vorbei zu finden.

Was hat uns das QMS gebracht? Viel!

Wir nehmen an einem bundesweiten Pilotprojekt der KBV zur Entwicklung eines QMS teil.

Wir sind nur noch 5 Leute, im Moment, aber ich kann sagen, dass diese 5 Personen hoch motiviert arbeiten und ihren festen Platz in dem neuen System gefunden haben. Wir sind jetzt genau in der Konstellation, in der wir auch neue Ziele ansteuern können.

Wir haben unsere regelmäßigen Besprechungen, haben ein System der Informationsweitergabe für alle nicht Anwesenden erarbeitet. Wir arbeiten mit Zielvereinbarungen und Personalbewertungen. Wir haben keine Angst mehr,

Probleme anzusprechen und auszuwerten und wir reden sehr viel! Wir haben ein wesentlich strukturierteres Arbeiten. Jeder kennt seinen Platz. Wir haben ein gutes Bestellsystem für alle in der Praxis erforderlichen Materialien erarbeitet, was mir einen guten Überblick über den Verbrauch gibt. Zunehmend mehr bestimmen unsere selbst erarbeiteten Anweisungen unsere Tätigkeit.

Wir haben viel Freiraum für gute Prävention geschaffen, unsere Sprechzeiten patientenfreundlicher gestaltet, und so den Praxisumsatz verbessert! Dies gilt nicht nur für den "Kassen"-Umsatz, sondern auch die Privatpatienten und IGeL..

Wo bleiben da Wünsche und Pläne? Ich wollte immer aus angemieteten Praxisräumen in eigene Räume wechseln. Im Februar dieses Jahres ist es passiert - wieder ein Grund neu zu strukturieren und Verbesserungen zu suchen.

Haben Sie Mut - wir haben unseren nicht bereut!

Wir wollen Ihnen Mut machen für einen Anfang, der sicher nicht einfach sein wird. Wir wollen Ihnen zeigen, dass es auch in einer Praxis möglich ist, QMS zu etablieren, dass es Sinn macht und viele Vorteile bringen kann.

Was uns nach wie vor fehlt, ist der Austausch mit anderen Arztpraxen. Wir würden uns freuen, wenn Sie mit uns in Kontakt treten würden.

Sie können sich auch zu unserem Workshop: "Einführung in QMS in der Arztpraxis - aus der Praxis für die Praxis" anmelden. Wir senden Ihnen gern unser Informationsmaterial zu.

Birgit Augustin und Uta Kölling
Kinder- und Jugendarztpraxis
Bahnhofstr. 4, 15831 Mahlow
birgit_augustin@gmx.de

Das Referat Ausbildung Arzthelferinnen der LÄK informiert

Block-Beschulung findet für auszubildende Arzthelferinnen am OSZ "Johanna Just" nicht statt

Die Zeit der Verunsicherung der auszubildenden Ärzte in den Regionen Potsdam, Oberhavel, Havelland und Potsdam-Mittelmark in Bezug auf die Beschulungsart des 1. bis 3. Ausbildungsjahres der Arzthelferinnen-Klassen am "OSZ Johanna Just" ist vorbei.

Am 24. Mai fand auf Veranlassung des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport am Oberstufenzentrum "Johanna

Just" eine Beratung mit Vertretern der Landesärztekammer und Zahnärztekammer statt.

Nach weiteren mehrmaligen Interventionen der Kammern hat nun das MBSp am 09. Juni entschieden, dass es eine Änderung der Beschulung im kommenden Ausbildungsjahr nicht geben wird.

Demnach werden alle auszubildenden Arzthelfer/innen am OSZ "Johanna Just" wie bisher in Teilzeit an 2 Tagen in der Woche beschult.

Wir sind erleichtert, dass dieser Interessenkonflikt nach monatelanger Verunsicherung

cherung im Interesse der Mehrheit der Ausbilder/innen und angesichts des hohen Ausbildungsbedarfs gelöst werden konnte.

Das neue Schuljahr beginnt in diesem Jahr am **09. August**. Nun hoffen wir auf Ihre unerschütterliche Ausbildungsbeurteilung und freuen uns über jeden

gewonnenen neuen Ausbildungsplatz für Schulabgänger!

Dipl.-Med.-Päd. Gisela Ugé
Referatsleiterin Ausbildung Arzthelfer/innen

Befunddokumentation - im Interesse des Arztes und der Patienten!

Die Pflicht zur Dokumentation ist in verschiedenen Bestimmungen normiert. So ist der Arzt nach § 10 der Berufsordnung der LÄK Brandenburg verpflichtet, über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese Aufzeichnungen dienen nicht nur dem Arzt als Gedächtnisstütze, sondern auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

Nach § 57 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 13 Abs. 7 Satz 1 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (EKV) hat der Vertragsarzt die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Weise zu dokumentieren.

Welche Aufzeichnungen erforderlich sind oder wie der Arzt in geeigneter Weise dokumentiert, ist nicht näher definiert.

Narr (in "Ärztliches Berufsrecht", Rn: B 182, 1997) führt dazu aus, "Dokumentationspflichtig sind ... alle wesentlichen Teilschritte der Diagnostik, der Therapie und der medikamentösen Behandlung.

Die Aufzeichnungen müssen erkennen lassen, warum und mit welchem Ergebnis und aus welchen ärztlichen Notwendigkeiten eine diagnostische Maßnahme, so wie sie durchgeführt wurde, erforderlich war. Er muss aufgrund seiner Aufzeichnungen auch in der Lage sein, eine später notwendige Behandlung fortzuführen oder aufgrund veränderter Gegebenheiten neu Maßnahmen in die Wege zu leiten."

Ausführlich setzt sich Schmid (in NJW 1987, 681 f.) mit dem notwendigen Inhalt der ärztlichen Dokumentation auseinander. Er führt zum Inhalt der ärztlichen Dokumentation aus, dass diese nicht nur der Information des Aufzeichnenden oder mit der Nachbehandlung befassten Arztes diene, sondern darü-

ber hinaus auch dem Bedürfnis des Patienten nach Rechenschaftslegung genügen müsse, also eine Überprüfung ermöglichen solle, ob der Aufzeichnende lege artis therapiert hat.

"Wesentlich und deshalb aufzuzeichnen ist damit nicht nur das, was zu Behandlungszwecken an Informationen benötigt wird. Die Aufzeichnungen müssen vielmehr ebenso alle jene Fakten enthalten, die zur späteren Beurteilung erforderlich sind, ob möglicherweise ein Behandlungsfehler vorgefallen ist.

Da der betroffene Arzt natürlich nicht wissen kann, auf welche Umstände es später juristisch bei der Abklärung eines Vorganges ankommen mag, kann von ihm nur gefordert werden, das aufzunehmen, was ein Kollege benötigt, um eine Behandlung als angezeigt oder nicht vertretbar einschätzen zu können."

Ansprechpartner:
Geschäftsbereich Recht
Tel.: 0331/2309-202

Korrektur zum Beitrag "Bewertungskriterien ärztlicher Fortbildung und das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)"

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

leider hat sich in meinem Beitrag im Heft 5/04 ab Seite 43 unter der Überschrift "Bewertungskriterien ärztlicher Fortbildung und das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)" ein grober Fehler eingeschlichen. Diesen möchte ich korrigieren.

Bei dem Beispiel Dr. Mustermann 2004 bis 2009 hat der Fehlerteufel zugeschlagen. Die addierten Punkte (501) reichen für zehn Jahre! Die Regel 50 Fortbildungspunkte pro Jahr (250 Punkte in fünf Jahren) ist gültig.

Die Tabelle wird daher noch einmal in korrigierter Fassung dargestellt:

Beispiel:

Dr. Mustermann, 2004 bis 2009	
	Punkte
Selbststudium	50
2 Kongressbesuche je drei Tage	36
1 Kongressbesuch 2 ½ Tage	15
Fortbildung Zeitschrift/DMW-CME mit Evaluation	50
10 Vorträge je ½ Tag	40
3 Hospitationen je 2 ½ Tage	60
Dr. Manfred Kalz	

Geteilter Schmerz ist halber Schmerz - 12. Brandenburger Selbsthilfetag in Lehnitz

Am 25.09.2004 findet in Lehnitz bei Oranienburg zum 12. Mal der Brandenburger Selbsthilfetag unter Beteiligung von Patienten, Krankenkassen, Ärzten und Politik statt. Das Motto: **Geteilter Schmerz ist halber Schmerz**

Was ist Schmerz? Wie entsteht Schmerz? Welche Arten von Schmerz und welche Möglichkeiten der Schmerztherapie gibt es? Diese und weitere Fragen werden am Vormittag von einem Potsdamer Schmerztherapeuten beantwortet.

Darüber hinaus hören Sie durch Erfahrungsberichte von Betroffenen, wie Schmerzbewältigung im täglichen Leben funktioniert und welche Rolle dabei die Unterstützung der Selbsthilfegruppen spielt.

Im Vorfeld des Selbsthilfetages wird durch den Oranienburger Generalanzeiger ein Telefonforum rund um das Thema Schmerz organisiert.

Am Nachmittag des 25. September wird

es in einem Diskussionsforum über den "Schmerz mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG)" gehen. Mit Vertretern der Patienten, der Politik, der Krankenkassen, der Ärzteschaft, der Apotheker und natürlich der Selbsthilfe werden die Auswirkungen des GMG unter die Lupe genommen und mit allen Teilnehmern des Selbsthilfetages diskutiert.

Für diese landesweite Veranstaltung mit ca. 300 geplanten Teilnehmern hat der Gesundheits- und Sozialminister Brandenburgs, Herr Günter Baaske, die Schirmherrschaft übernommen.

Nähere Informationen erhalten Sie über das beiliegende Programm incl. Anmeldeformular sowie über Janet Fischer, KOSA der KVBB, 0331-2309-220 oder kosa@kvbb.de.

Die Landesärztekammer hat die Vormittagsveranstaltung mit **zwei Fortbildungspunkten** bewertet.

J. Fischer, KOSA

"SehnSucht" - Eine Ausstellung in Potsdam

"SehnSucht" ist eine rund 400 m² große Wanderausstellung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zur Suchtprävention.

Die Ausstellung will dazu beitragen, dass süchtiges Verhalten gar nicht erst entstehen kann, sondern bereits im Vorfeld Möglichkeiten genutzt werden, nicht

in Abhängigkeit zu geraten. Hinter jeder Sucht steckt eine "SehnSucht", so lautet eine griffige Formel der Suchtprävention, auf die sich auch der Titel der Ausstellung bezieht.

Sie will dementsprechend nicht nur vor dem Gebrauch illegaler Drogen warnen, sondern auch zum Ausdruck bringen,

Fortbildungskalender

Bitte beachten Sie den dieser Ausgabe von "KV-intern" beiliegenden Fortbildungskalender für das 2. Halbjahr 2004.

dass es nicht einfach die Sucht und die (eine) Ursache gibt, sondern dass es gilt, Zusammenhänge aufzuspüren, die für süchtiges Verhalten verantwortlich sein können.

Die Ausstellung richtet sich gleichermaßen an Jugendliche und Erwachsene und zeigt in einer "Suchtlandschaft", dass Suchtverhalten mit seinen vielfältigen Facetten und verschiedenen Abhängigkeitsstrukturen ein individuell und gesellschaftlich zunehmendes Pro-

blem darstellt. "SehnSucht" will zur Selbstreflexion anregen

Vom 14. bis zum 23. August 2004 ist "SehnSucht" täglich von 09:00 bis 18:30 Uhr auf dem Bassinplatz in Potsdam geöffnet.

Weitere Informationen können Sie im Internet unter www.bzga.de unter dem Link "Ausstellung" abrufen.

Janet Fischer, KOSA

Unser Buch-Tipp

Kooperationshandbuch - Ein Leitfaden für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfe

Für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten eröffnen sich durch die Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen spezielle Möglichkeiten, ihre Patienten besonders bei psychosozialen Problemen zu unterstützen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen Brandenburg, Hessen, Nordrhein, Westfalen-Lippe und die Kassenärztliche Bundesvereinigung fördern diese Form der Zusammenarbeit bereits seit vielen Jahren gezielt über ihre Kooperationsberatungsstellen für Selbsthilfe und Ärzte/Psychotherapeuten (KOSA).

Im Rahmen eines Arbeitskreises unter Leitung des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung in Köln entstand jetzt ein Kooperationshandbuch. Die Kooperationsberaterinnen haben darin ihre langjährigen Erfahrungen in der Förderung der Zusammenarbeit von

Ärzten, Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen sowie anderen Beteiligten im Gesundheitswesen zusammengetragen und bestätigen, dass die Kooperation von Ärzten und Psychotherapeuten mit der Selbsthilfe für alle Beteiligten Vorteile bringt.

Das Zentralinstitut macht dies mit dem Band 58 seiner Wissenschaftlichen Reihe der Öffentlichkeit zugänglich.

Das Spektrum erfolgreich erprobter Kooperationsformen wird anschaulich dargestellt: Von einem Gespräch einer Selbsthilfegruppe mit den Ärzten vor Ort über Beispiele zur Öffentlichkeitsarbeit bis hin zu gemeinsamen Fortbildungen von Selbsthilfe und Ärzten. Das Handbuch bietet "aus der Praxis für die Praxis" zahlreiche Anregungen und Arbeitshilfen zur Kooperationsunterstützung.

Das Buch ist zum Preis von **29,95** € über den Buchhandel erhältlich:

"Kooperationshandbuch - Ein Leitfaden für Ärzte, Psychotherapeuten und Selbsthilfe", Deutscher Ärzteverlag 2004, ISBN: 3-7691-8058-5

Janet Fischer, KOSA

Praxisbörse

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

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

Biete

hausärztlich-internistische Praxis in Kleinstadt 15 km südlich von Berlin, Ärztehaus mit Apotheke und Physiotherapie aus Altersgründen zu günstigen Konditionen bis Ende 2004 abzugeben.

Chiffre: 04/07/01

Biete

Mittelgroße allgemeinmedizinische Praxis nordöstlich von Berlin (80 km) in landschaftlich schöner Umgebung (wald- und wasserreich) im Zentrum einer Kleinstadt nach 38-jähriger Tätigkeit aus Altersgründen abzugeben. Praxis ist ca. 60m² groß und hat stabile Fallzahlen.

Weiterbildungsstelle ab Ende 2004 mit späterer Praxisübernahme möglich. Abzugeben zum Ende 2005

Chiffre: 04/07/02

Biete

Hausärztliche Praxis in Brandenburg/Havel 2004 aus Altersgründen abzugeben.

Praxis in rekonstruierten, modernisierten Räumen eines Pflegeheimes, im Neubaugebiet, ebenerdig, rollstuhlgerecht mit 2 Toiletten, 7 Räumen mit insgesamt 134 qm, separatem Eingang, hervorragende Parkmöglichkeiten

Praxis ist sehr gut für 2 Ärzte geeignet

Chiffre: 04/07/03

Suche

Facharzt für Innere Medizin (SP Kardiologie), suche im Land Brandenburg (Nähe Berlin bevorzugt) Praxis mit der Ausrichtung - Invasive Kardiologie - zur Übernahme.

Chiffre: 04/07/04

Suche

Facharzt Frauenheilkunde und Geburtshilfe in einer Praxis 30 km nördlich von Berlin sucht Job-Sharing Partner/Partnerin in Anstellung/Gemeinschaftspraxis.

Chiffre: 04/07/05

Suche

Psychologische Psychotherapeutin /VT sucht Kassensitz oder Möglichkeit der Mitarbeit in einer bestehenden Praxis als Job-Sharing Partnerin in Oberhavel, Barnim oder Havelland.

Chiffre: 04/07/06

Suche

Angehender Facharzt für Allgemeinmedizin - Facharztprüfung 3. Quartal 2005 - sucht Praxis (idealerweise in MVZ oder Poliklinik) in Berlinnähe.

(Planungsbereiche LOS, MOL, Havel-land und Potsdam/Stadt bevorzugt)

Chiffre: 04/07/07

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

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

Suche

Kinderärztin sucht im unmittelbaren Umfeld von Berlin Niederlassungsmöglichkeit in Einzelpraxis oder Praxisgemeinschaft, gern auch mit fachübergreifender Kooperation ab II. Halbjahr 2005

Chiffre: 04/07/08

Suche

Erfahrene Psychologische Psychotherapeutin (TP, Erw.) sucht KV-Sitz in Potsdam oder Potsdam-Mittelmark zur Nachbesetzung oder Job-Sharing.

Interessenten melden sich bitte unter:

0163/3124959

Suche

Möchte in Potsdam Praxis eines Psychologischen Psychotherapeuten baldmöglichst im Nachbesetzungsverfahren übernehmen.

Meine Richtlinienverfahren : PA und TP

Interessenten melden sich bitte unter:

0175/2458316 oder 030/83221108

Suche

Radiologische Gemeinschaftspraxis südlich von Berlin sucht Fachkollegen, der im Job-Sharing die bestehende Kooperation erweitern möchte und die Voraussetzungen zur Erbringung und Durchführung von MRT-Leistungen hat.

Chiffre: 04/07/10

Suche

Praktische Ärztin sucht nach längerer nichtklinischer Tätigkeit zwecks Wiedereinstieg Mitarbeit in allgemeinmedizinischer/internistischer Praxis. Einarbeitung erforderlich. Arbeitsamt übernimmt vermutlich 50 % der Gehaltskosten.

Kontakt bitte über m-koch1000@web.de, oder 030/32608155

Suche

Weiterbildungsstelle Allgemeinmedizin (in allgemeinmedizinischer Praxis) ab 01.03.2005 für 6 Monate in und um Birkenwerder. Voraussichtlicher Facharztabschluss: September 2005

idealer wäre spätere Praxisübernahme oder Praxisgemeinschaft

Chiffre: 04/07/09

Biete - Suche

Sehr günstig abzugeben:

- Ergometer-Messplatz (Ergometer, Monitor, EKG-Gerät, Defibrillator-Gerät)
- Sauerstoffgerät
- 24-Stunden-EKG-Aufzeichnungsgerät (Holter)
- Spirographie-Gerät
- Reanimationskoffer (Dräger)
- kleines Ultraschall-Doppler-Sonographie-Gerät
- diverse Zubehörteile

Interessenten melden sich bitte unter:

Tel.: 0172/5683178

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

In kleineren Fächern gibt es zu wenig lokale Fortbildungsangebote

Bezugnehmend auf den Artikel von Herrn Kalz in der "KV-intern" Nr. 5 über die ärztliche Fortbildungspflicht möchte ich Sie bitten klarzustellen, dass die Ärzte in 5 Jahren 250 Fortbildungspunkte nachweisen müssen. Nach der Lektüre des Artikels entsteht nämlich der Eindruck, es seien 500. Aber auch diese 250 Punkte abzuleisten, fällt Ärzten in Brandenburg außerordentlich schwer.

Bekanntlich besteht in Brandenburg eine deutlich niedrigere Arztdichte als dies bundesweit der Fall ist.

Brandenburger Ärzte behandeln 20 bis 30 % mehr Patienten als bundesweit üblich und sind dadurch zeitlich viel stärker beansprucht. Dazu kommt, dass es keine flächendeckenden lokalen Fortbildungsangebote gibt. Insbesondere in den kleineren Fächern, wie in meinem Fach Augenheilkunde, muss man teilweise hunderte Kilometer zur Fortbildung fahren.

Meine letzte Fortbildung besuchte ich in Hamburg, die nächste wird in Nürnberg sein. Und das bei so hohen Patientenzahlen und einem so geringen Zeitfond, abgesehen von der finanziellen Belastung durch die permanente Reisetätigkeit. Wahrscheinlich muss ich dann im letzten Jahr des Fünfjahreszeitraumes irgendwelche beliebigen lokalen Fortbildungen anderer Fachgebiete besuchen, angefangen von Fußpilz über vorzeitige Ejaculation bis Impfbasiskurs, nur um

meine 250 Punkte zusammenzurammen. Diese Zwangsfortbildung ist ein unsinniges Zeit und Geld fressendes Bürokratiemonster. Ein weiteres Zeichen einer verfehlten Gesundheitspolitik.

Die politisch und berufspolitisch Verantwortlichen dieses an zunehmendem Ärztemangel leidenden Landes Brandenburg wären gut beraten, die Rahmenbedingungen der Fortbildungspflicht so moderat wie irgend möglich zu gestalten. Anderenfalls droht diesem Land ein beispielloser medizinischer Versorgungszusammenbruch, wenn Sie in 5 bis 7 Jahren vielleicht 50 % der wenigen verbliebenden Ärzte die Zulassung entziehen wegen Unmöglichkeit des Erreichens der erforderlichen Fortbildungspunktzahl.

Aber womöglich hat es diese Republik ja gar nicht anders verdient. Das Beispiel der verblichenen DDR zeigt doch, dass es sich böse rächt, wenn man zu hartnäckig die Realität ignoriert.

Dipl.-Med. Thomas Eichler
Augenarzt, Finsterwalde

Wo er recht hat, hat er Recht!

Dank für Hilfe - Hausarztstelle in Gröden jetzt besetzt!

Am 1. Juli 2004 konnte die Hausarztpraxis von Herrn Dr. Hetzer in Gröden durch einen würdigen Nachfolger besetzt werden.

Hiermit möchte ich mich stellvertretend für alle, die um die Wiederbesetzung bangten, ganz herzlich für die konstruktive

ve Zusammenarbeit bedanken. Vielleicht ist es uns dabei auch gelungen, die Politik für die Problematik zumindest ein klein wenig zu sensibilisieren.

Besonders wichtig erscheint, dass in den Gesprächsrunden mit Frau Staatssekretärin Schlüter zum Thema "Ärztemangel" so deutlich, wie erlebt, die Probleme beim Namen genannt werden.

Der KV alles Gute bei der Lösung der anstehenden Aufgaben, insbesondere bei der Durchsetzung der Anhebung der Honorierung der Ärzte in Brandenburg.

**Amt Schradenland
Ordnungsamt**

Niederlassungen im Juni 2004

Planungsbereich Brandenburg Stadt/Potsdam- Mittelmark

Jörg-Peter Pinnow
FA für Innere Medizin/HA
Förster-Funke-Allee 104
14532 Kleinmachnow

Dipl.-Soz.-Päd. Anke Kowalkowski
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut/Verhaltenstherapie
Am Plötzhorn 37,
14542 Werder (Havel)

Planungsbereich Oberhavel

Dr. med. Henning Dehn
FA für Allgemeinmedizin
Dorfstr. 28 b
16727 Oberkrämer OT Schwante

Planungsbereich Cottbus

Dr. phil. Peter Klepzig
Psychologischer Psychotherapeut/Verhaltenstherapie
Schweriner Str. 1b,
03046 Cottbus

ANZEIGE

Nervenarztpraxis abzugeben

Berliner Nervenarztpraxis in großem Ärztehaus unmittelbar im Wohn- und Wissenschaftsstandort Berlin-Adlershof altersbedingt abzugeben. Besonderheit: gegenwärtig Neubau des alteingeführten Ärztehauses am gleichen Standort. Fertigstellung I/2005. Übernehmer plant mit.
Tel.: 030/53695037

Nachzubesetzende Vertragsarztsitze

Nach Anordnung von Zulassungssperren durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist die KV Brandenburg gem. § 103 Abs. 4 SGB V gesetzlich verpflichtet, auf Antrag Vertragsarztsitze zur Nachbesetzung auszuschreiben. Eine Garantie für eine wirtschaftliche Praxisführung nach Übernahme ist mit der Ausschreibung nicht verbunden.

**Facharzt/Fachärztin für
HNO-Heilkunde
Planungsbereich:
Frankfurt-Stadt/Oder-Spree
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 46/2004**

**Facharzt/Fachärztin für
Frauenheilkunde
Planungsbereich:
Brandenburg/ Potsdam-Mittelmark
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 47/2004**

**Facharzt/Fachärztin für
Innere Medizin (fachärztlich)
Planungsbereich: Cottbus/Stadt
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 48/2004**

**Facharzt/Fachärztin für Chirurgie
Planungsbereich: Cottbus/Stadt
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 49/2004**

**Facharzt/Fachärztin für
Allgemeinmedizin
Planungsbereich: Frankfurt/St.
Oder-Spree
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 50/2004**

**Facharzt/Fachärztin für
Augenheilkunde
Planungsbereich: Elbe-Elster
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 51/2004**

**Facharzt/Fachärztin für
Frauenheilkunde
Planungsbereich: Frankfurt/St.
Oder-Spree
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 52/2004**

**Facharzt/Fachärztin für
Frauenheilkunde
Planungsbereich: Uckermark
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 53/2004**

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 **08. September 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 06. Juli 2004

Kreuzchenliste wie in 6/04

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:

19. Juli 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

Herzliche Glückwünsche!



zum 50.

Dipl.-Med. Marion Grenzius
Königs Wusterhausen

Ulrike von Grünhagen, Cottbus

Dr. med. Monika Hampel, Schwedt

Dr. med. Gabriele Heinemann,
Falkenberg

Dr. med. Dorothea Heuer, Brandenburg

Dipl.-Med. Angela Höhne, Potsdam

Dr. med. Matthias Kaiser, Potsdam

Dipl.-Med. Petra Krüger, Oranienburg

Dr. med. Brigitte Meißner, Schwedt

Dr. med. Carola Mook, Templin

Dr. med. Ulrike Müller-Hauschild,
Werder

Dipl.-Med. Gudrun Neumann, Liepe

Priv.-Doz. Dr. med. Harald Pannwitz,
Oranienburg

Dr. med. Lutz Rudolph, Falkensee

Dipl.-Med. Gisela Schirrmeister,
Potsdam

Dr. med. Cornelia Schulz, Strausberg

Dr. med. Monika Schulz, Finsterwalde

Dr. med. Volkmar Skerra, Potsdam

Dipl.-Med. Christian Teuscher,
Lübbenau

Dipl.-Med. Burkhard Timm-Labsch,
Bernau

Dipl.-Med. Sabine Weber, Neuruppin

Dr. med. Heidemarie Wilke, Potsdam

zum 60.

Dipl.-Med. Bernd Deidesheimer,
Zehdenick

Dipl.-Med. Doris Deidesheimer,
Zehdenick

OMR Dr. sc. med. Wilfried Dschietzig,
Cottbus

Dr. med. Ute Gebauer, Luckau

Dipl.-Med. Ingeborg Handschack,
Oranienburg

Dr. med. Hubert Karnahl,
Eisenhüttenstadt

Dr. med. Hans-Joachim Lorentz,
Birkenwerder

Dr. med. Harm Ohlmeier, Potsdam

Ingetraud Schneider, Spremberg

Dipl.-Psych. PD

Dr. phil. habil. Wolfram Zimmermann,
Bernau



zum 65.

Irene Gerner, Schwarzheide

Dr. med. Bernhard Stähr, Falkensee

Kristin Vetter, Potsdam

zum 66.

Dieter Mittag, Hohenleipisch

zum 67.

Dr. med. Hartwig Bach,
Neuzelle OT Möbiskrüge

Dr. med. Dieter Janke, Wittenberge

Dr. med. Sieghard Scholz, Brandenburg

zum 68.

Dr. med. Günter Niedergesäß, Potsdam

Dr. med. Konrad Prumbs, Angermünde

Dr. med. Manfred Thiel,
Werder OT Glindow

zum 69.

Dr. med. Klaus Kretzschmar,
Senftenberg

zum 70.

SR Dr. med. Wolfgang Domscheit,
Müncheberg

Dr. med. Dipl.-Jur. Günter Ebenroth,
Herzberg

zum 73.

Dr. med. Dietrich Bismark, Welzow

zum 75.

MR Dr. med. Christa Meier,
Hohen Neuendorf

Service nummern der KV Brandenburg

Zentrale: Tel.: 0331/23 09-400
Pressestelle: Tel.: 0331/28 68-196
 Fax: 0331/28 68-197
 E-Mail: info@kvbb.de

Formularbestellung: Tel.: 0331/23 09-401
 Fax: -384

An- und Abmeldung zum Notdienst:
 Tel.: 01805/00 74 24
 Fax: 0331/23 09-599
 E-Mail: NFD@kvbb.de
 Internet: www.kvbb.de

Mitarbeiter Berufspolitik:
 Potsdam: Tel.: 0331/23 09-250
 Cottbus: Tel.: 0355/496-101
 Frankfurt/O: Tel.: 0335/68 475-21

Beratende Apotheker:
 Tel.: 0331/23 09-200 und -210

Abrechnungsberater:
 Tel.: 0180/32 30 900
 (9 Cent/min, Netz Telecom)

Infodienst: Tel.: 0331/23 09-230

KOSA: Tel.: 0331/23 09-227

Farbe bekennen: Magenta!



DAMIT IHNEN NICHTS FEHLT, WENN IHNEN ETWAS FEHLT.

Die Vereinigung der Kassenärzte sorgt dafür, dass Sie auch in Zukunft den Arzt wählen können, den Sie wählen möchten. Ob Hausarzt oder Spezialist.

Die Vereinigung der Kassenärzte
Ihre Gesundheit ist unsere Verantwortung

KV

WWW.DAMIT-IHNEN-NICHTS-FEHLT.DE

Haben auch Sie schon ein Plakat der bundesweiten **Image-Kampagne** der KVen in Ihrem Wartezimmer? Wenden Sie sich bitte an Ihre Servicestelle der KV Brandenburg