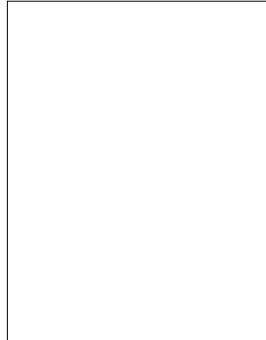


Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen !

Von meinem wunderschönen Urlaub an der Ostsee zurück, holt mich der Alltag rasch wieder ein. Und dies nicht nur in der Praxis. Auch gesundheitspolitisch vergeht ja kein Tag, an dem nicht aus irgend einer Ecke irgend eine Meinung, ein Vorschlag oder Kritik an bestehenden sowie zukünftigen Strukturen im Gesundheitsbereich lautstark geäußert wird. Ob Kopfpauschale oder Gesundheitsprämie, Praxisgebühr - im ambulanten ärztlichen Bereitschaftsdienst, im Notfalldienst immer oder nur ein Mal - nichts wird ausgelassen.



Und wir, die niedergelassenen Ärzte? Was haben wir zu all dem beizutragen? Viel, sehr viel sogar. Denn es geht um unsere Existenz, um unser Selbstverständnis ärztlicher Tätigkeit, um unsere Rolle bei der medizinischen Versorgung der Patienten. Dafür sind die im Herbst stattfindenden Wahlen zu unserer neuen Vertreterversammlung ein enorm wichtiger Meilenstein. Ich habe jedoch den Eindruck, dass dies einige Kolleginnen und Kollegen noch nicht so richtig begriffen haben. Leider. Resignation, Gleichgültigkeit sind heute unangebrachter denn je.

Wir benötigen die Auseinandersetzung, den Streit um die besten Argumente, die effektivsten Strukturen und vor allem den kollegialen Meinungs austausch. So verstehe ich jedenfalls die Auseinandersetzung in Wahlzeiten. Doch dies sollten wir unter uns tun und uns nicht fremd bestimmen lassen. Sie stutzen? Nun, es gibt zumindest einige sehr deutliche Versuche von "außerhalb", in unserem Wahlgeschehen Fäden knüpfen zu wollen, die sich sehr schnell als Fallstricke entpuppen könnten.

Insofern ist es alles andere als das sogenannte Sommertheater, wenn der Chef der AOK Brandenburg und der Vorsitzende des Landesschiedsamtes, die Herren Niebuhr und Prof. Azzola, ihrerseits Versuche starten, von außen etwas "Stimmung in die Bude" der bislang sehr sachlichen innerärztlichen Brandenburger Wahlaus einandersetzung zu bringen. So nach dem Motto: Wenn die Ärzte schon keinen WahlKAMPF durchführen, sondern in der Sache und in aller Ruhe bewerten, wer denn am ehesten in der Lage zu sein scheint, die überaus schwierigen Probleme in den nächsten sechs Jahren stellvertretend für alle 3.500 ambulant tätigen Ärzte in Brandenburg zu meistern, dann muss doch von außen etwas initiiert werden.

Was wäre ein Wahlkampf ohne Hausarzt-Gebietsarzt-Polarisierung? Langweilig!

Und deswegen wird mal schnell den Hausärzten mitgeteilt, dass der facharztlastige Vorstand, allen voran der Vorsitzende Facharzt, den Hausärzten 30 Mio. □

aus DMP-Vergütungen vorenthält. Der Grund: Er bremst die DMP-Umsetzung aus. Man stelle sich vor, da steht doch tatsächlich dieser facharztlastige Vorstand vor den Hausarztpraxen und behindert die Einschreibung der Diabetiker durch die Hausärzte.

Wer das nicht glaubt, der bekommt noch einen anderen Grund, warum sein Vertrauen in die gruppenneutrale Interessenvertretung durch diesen Vorstand erschüttert werden muss. Hat doch dieser facharztlastige Vorstand tatsächlich die Vertreterversammlung der KVBB (einschließlich uns, der dort mitentscheidenden Hausärzten) dahingehend manipuliert, einen HVM zu beschließen, der verhindert, dass uns, den Hausärzten zustehende Gelder auch zu uns gelangen. Was der AOK-Vorsitzende mit diesen Bemerkungen, öffentlich vorgetragen in der MAZ, meint, bleibt wohl sein süßes Geheimnis. Offensichtlich hat es sich noch nicht bis Teltow herumgesprochen, dass die Trennung der Gesamtvergütung in haus- und fachärztlichen Anteil ohne Transfermöglichkeit gesetzlich vorgeschrieben ist, dass in der VV der KVBB eine demokratische Meinungsbildung und Entscheidung stattgefunden hat. Und an ihm ist wohl auch vorbeigeschlittert, dass die Krankenkassen mit ihrer Blockadepolitik eine Übereinkunft zum HVM, sowie damit verbundene notwendige Modifizierungen im Vorfeld der Beschlussfassung in der VV der KVBB, verhindert haben!

Propos HVM-Modifizierung. Wie ich aus gut unterrichteten Kreisen erfahren habe, hat der Herr Prof. Azzola die KV Brandenburg ermuntert, diese aus sachlicher Sicht notwendigen Modifizierungen vorzunehmen - gleich, ob die Kassen zustimmen. Schließlich, so die professorale Sicht, des von mir sonst so hochgeschätzten Herrn Prof. Azzola, vor dem Sommer, genüge dafür die Benehmensherstellung. Also genau so, wie es in all den Jahren bislang stattgefunden habe. Mit dem Sommer aber kam offenbar der Sinneswandel. Denn nun präsentierte der Landesschiedsamtvorsitzende eine andere Rechtssicht.

Aiso, liebe Kolleginnen und Kollegen, ich weiß, dass es schwer ist, auf eine der vorgehaltenen Schippen zu springen. Aber Sie müssen ja auf keine springen. Sie können, nein, Sie sollten bitte Ihren gesunden Menschenverstand walten lassen. Dieses Getöse als das bewerten, was es auch in den vergangenen heißen berufspolitischen Zeiten war: Es als einen gezielten Versuch der Einflussnahme der AOK in die interne Meinungsbildung der Ärzteschaft zu werten. Nicht zum ersten Male soll so versucht werden, das Image der agierenden Ärztevertreter zu beschädigen. Da sind falsche oder nur teilweise richtige Aussagen leider auch nichts Neues.

Und, liebe Kolleginnen und Kollegen, das beruhigt sich auch wieder! Deswegen: Prüfen Sie den Gaul, mit dem Sie zum Ausritt satteln wollen. Mitunter ist es besser, "auf dem Boden zu bleiben". Oder satteln Sie ihn selbst. Nutzen Sie die Wahl zu Ihrer Entscheidung. Resignation ist das falsche Signal!

Mit kollegialen und auch (Wahl)Grüßen

*Ihr Landarzt
Wolf-Rüdiger Boettcher*

Zwei Quartale unter neuen GMG-Bedingungen - eine erste Bewertung: Wir müssen handeln!

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

Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, welches seit dem 01. Januar diesen Jahres ganz maßgeblich fast alle Bereiche des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik - teilweise grundlegend - beeinflusst, hat zu vielerlei (auch vorschnellen) Bewertungen in der zurückliegenden Zeit geführt. Vornehmlich politisch intendierte Schnellbewertungen waren hier zu registrieren.

Das BMGS sonnte sich in Erfolgsdarstellungen, weil z.B. die Ausgaben für Arzneimittel im ersten Quartal drastisch gesenkt wurden - von Vorzieheffekten natürlich keine Rede. Wozu auch - die Mehrausgaben im vierten Quartal 2003 durch "Bevorzugung" der Versicherten war ja bereits mit dem üblichen Argument kommentiert worden, dass die Ärzte wieder einmal ohne Sinn und Verstand verordnet hätten.

Gleichlautend wurde die verminderte Inanspruchnahme des ambulanten Versorgungsbereichs als Ergebnis der Steuerungswirkung der 10,- □-Zuzahlung positiv und negativ zugleich bewertet.

Während die einen behaupteten, die 10,- □ führten zu einer nicht gewollten Nichtinanspruchnahme wirklich hilfsbedürftiger Patienten, die sozial Schwächsten würden die "Eintrittsgebühr" in das System der ambulanten Versorgung nicht bezahlen können und somit ohne die erforderliche Hilfe bleiben, interpretierten Andere, wer regelmäßig Medikamente benötige, nicht aber jedes Quartal zum Arzt müsse, der hätte sich im vierten Quartal 2003 mit Arzneimitteln eingedeckt und würde erst im zweiten Quartal 2004 wieder in der Praxis auftauchen. Welche Argumente nun wirklich die Tragenden sind, sollte nicht vorschnell entschieden werden. So tiefgreifende Veränderungen brauchen etwas mehr "Bewertungssubstanz".

Ganz anders sieht das der AOK-Chef in Brandenburg. Er meint, die Verminderung der Fallzahlen in den gebietsärztlichen Fachgruppen würden Honorarmittel freigeben, welche den Hausärzten zuwachsen müssten. Über sinkende Fallzahlen im

Tiefgreifende Veränderungen bedürfen einer größeren Bewertungssubstanz!

Hausarzt-Bereich - dazu hat er sich nicht geäußert. Möglich scheint aber auch die Überlegung, welche bereits aus anderem Kassen-Munde zu hören war: Diese dahinterstehenden Finanzmittel müssten zur Beitragssenkung der Krankenkassen bei jenen verbleiben.

Auch an dieser Stelle hätte etwas mehr Abwarten und Bemühen im Sinne von Kenntniserwerb dazu geführt, irrige Annahmen nicht zur Grundlage von öffentlichen Äußerungen zu machen!

Fallzahländerungen sind nicht identisch mit Honorarveränderungen!

Denn weder im Gebietsarzt- noch im Hausarztbereich sind bislang durch Fallzahlschwankungen Honorarmittel ernsthaft "bewegt" worden - kann auch gar nicht, weil durch verminderte Fallzahlen in der

Praxis bislang nur die Menge der bis zu 40 % "nichtvergüteten" Leistungen minimiert werden.

Doch einige Auswertungsergebnisse des ersten Quartals 2004 zur Erklärung (übrigens: die Hochrechnungsergebnisse des zweiten Quartals stützen die nachfolgenden Bewertungen). Vorab: Es werden die ersten Quartale der Jahre 2003 und 2004 miteinander verglichen. Das Kürzel FÄ steht für Gebietsmediziner als "terminus technicus", denn Hausärzte sind auch Fachärzte!

Die Zahl der Ärzte nahm im Hausarztbereich um 1,5 % ab und stieg bei den Gebietsärzten um 0,7 % (Gesamt: -0,6 %). Das Gesamt-Honorar wuchs im gleichen Zeitraum um 3,3 % (HÄ: + 4,3 % / FÄ: +2,2 %). Die Fallzahlen nahmen insgesamt um 9,1 % ab (HÄ: - 9,1 % / FÄ: - 9,0%). Die Verteilung unter den Fachgruppen ist hier bekanntermaßen recht different und korreliert mit den nachfolgenden Honorarverteilungen. Bei den Augenärzten betrug die Fallzahlminderung 10,4 %, den Chirurgen 12,6 %, den Gynäkologen 11,6 %, Dermatologen 16,9 % und den HNO-Ärzten 13,3 %.

Hingegen waren die Honorarentwicklungen pro Arzt in den Fachgruppen davon abweichend ebenfalls sehr different: Augenärzte erzielten ein durchschnittliches Honorarplus von 6,1 %, die Chirurgen von 0,4 %, und nur die Gynäkologen hatten ein durchschnittliches Honorardefizit von 0,4 %, die HNO-Ärzte ein solches von 2,1 % und die Dermatologen verloren durchschnittlich 4,4 %. Insgesamt bewirkte die 3,3 %ige Gesamtvergütungssteigerung im Hausarzttopf eine durchschnittliche Honorarzunahme des Hausarztes um 4,9 % und des Gebietsarztes um 1,5 %.

Wie passt das zusammen? Die Systematik unseres HVM führt vordergründig dazu, dass Leistungen, welche das PZGV überschreiten, nicht vergütet werden - real jedoch zu einer Minderung des durchschnittlichen, praxisindividuellen Punktwertes. Sinkt die Fallzahl, werden weniger Leistungen im Rest-PZGV anfallen, welche somit den individuellen Gesamt-Punktwert über alle abgerechneten Leistungen "verdünnen". Somit bleibt die Menge des insgesamt erzielten Honorars relativ gleich (quasi, ein "dynamisches Individualbudget"). Diese Systematik ist auch den Krankenkassenvertretern bis zum heutigen Tag offenbar nicht hinreichend bewusst geworden.

Die logische Konsequenz dieses Wechselspiels ist die Entwicklung der Fallwerte:

Insgesamt erhöhten sich die Fallwerte um 13,7 % (HÄ: +14,7 % / FÄ: +12,3 %).

Diese Zahlen genügen, um die Unsinnigkeit irgendwelcher Ambitionen darzustellen, die bisherigen Verteilungsmechanismen wegen der GMG-bedingten Fallzahländerungen im ersten (und zweiten) Quartal 2004 in Frage zu stellen, wie es der AOK-Chef öffentlich tut. Und der einer Gruppe, die ohnehin bei sinkenden Arztlizenzen, doppelt so hohen Honorarzuwachsrate als bei anderen Gruppen und somit stärkerer Fallwertsteigerung aufweist, noch mehr Honorar zuordnen will.

Mechanismen der Honorarverteilung müssen nicht in Frage gestellt werden!

Das hätte in der Tat nichts mehr mit Verteilungsgerechtigkeit zu tun. Das wäre pure Willkür!

Allerdings hat die Vertreterversammlung der KVBB sehr wohl erkannt, dass sich Entwicklungen abzeichnen, welche bereits im Vorfeld präventive Maßnahmen sinnvoll erscheinen lassen. Sollten diese Inanspruchnahmeverschiebungen anhalten, wird es auch zu ungerechtfertigten Honorarverschiebungen in 2004 kommen, weil hier noch der 96er EBM wirkt. Dieser hat bekanntlich eine Bewertungssystematik, welche einen "Sollumsatz" der Arztpraxis zugrunde legt und darauf aufbauend, die damaligen Inanspruchnahmeverteilungen, die sich ohne GMG auch nicht wesentlich verändert hatten, zum Maßstab der Bewertungssystematik und somit der Honorarverteilung macht. Das darf man heute nicht vergessen, wenn man in dieses System eingreift. Das BSG hat an dieser Stelle den allzu eifrigen "Manipulateuren" in diesem Gefüge mehrfach auf die Finger geklopft!

Mit Blick darauf, dass das "weitgehend stabile, geschlossene System" von EBM 96 und HVM 2000 der KVBB für das Jahr 2004 erhalten bleiben muss, wenn man keine ungerechtfertigten Umschichtungen riskieren und damit das Prinzip der Verteilungsgerechtigkeit in Frage stellen will, und mit Blick auch auf die auf Bundesebene zwischen KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen (auf ausdrücklichen Wunsch Letzter übrigens!) vereinbarten Konvergenzphase nach Einführung des EBM 2000Plus, musste die VV zum 1. Juli 2004 Fachgruppentöpfe beschließen. Das hat was mit Sicherstellung und nicht, wie der Vorsitzende des Landesschiedsamtes, Herr Professor Azzola glaubt, mit deren Gefährdung zu tun!

Fachgruppentöpfe müssen gebildet werden, um Verwerfungen zu verhindern!

Das hat auch was mit Besitzstandswahrung der Honoraranteile im Hausarzt-Fond zu tun, weil die Finanzüberschüsse innerhalb dieses geschlossenen Gesamtvergütungskompartiments wesentlich höhere Punktwerte zulässt und eine Vergütung mit fixierten 4,1 Cent zu einer unangemessen hohen Summe nichtverteilbarer Honorare führen würde. Die Ersatzkassen hatten mit der Forderung nach einem Sicherstellungsfond sogar einen Modus in den HVM implementiert, welcher (wenn auch nur in bescheidenem Maße) Honorarüberschüsse im Hausarztbereich in den Sicherstel-

lungsfond ableitet. Mit dem Ziel der Sicherung des Hausarztanteils wurde ein Punktwertkorridor im HVM geschaffen, welcher den Begehrlichkeiten der Kassen, zu hohe Punktwerte "abschöpfen" zu wollen, entgegensteht.

Diese wenigen Erkenntnisse aus der Honoraranalyse des Quartals I/2004 in Verbindung mit den geltenden, real wirkenden Rahmenbedingungen und gesetzlichen Bestimmungen zeigen, wie wenig Kompetenz auf Kassenseite vorhanden ist, das sensible und die Sicherstellung ganz maßgeblich sichernde oder destabilisierende Verteilungsgefüge des (noch immer!) mit befreiender Wirkung von den Kassen gezahlten Finanzvolumens richtig und sachgerecht zu bewerten, notwendige und erforderliche Konsequenzen zu ziehen.

Wir Ärzte täten gut daran, nicht auf die neuen Einflüsterer zu hören, die auch an anderen Stellen, wo sie "vom Payer zum Player" werden wollten, bisher versagt haben!

Grandios! Darauf, liebe laut und leise Zwitscherer, muss man erst mal kommen. Was bundesweit in allen anderen Berufen undenkbar scheint, ist in der ärztlichen Versorgung der Knaller: Die Alten sollen es richten!

Endlich finden die über 65- oder über 70jährigen die ihnen gebührende Aufmerksamkeit.

Rot-Grün sei **Nehm`se**
Dank! Ärzte im **nen Alten ...**
Ruhestand, so die geniale Idee, sollen als

teilzeitbeschäftigte Angestellte in Praxen in unterversorgten Gebieten die Lücken schließen.

Die Begeisterung bei den so plötzlich ins Rampenlicht Gerückten wird keine Grenzen kennen. Zu Hauf, so prognostiziere ich, werden sie angerannt, na gut, angeschritten kommen, um ihre Alterszeit-Arbeitsverträge zu unterschreiben.

Am besten direkt per Einzelvertrag mit

der Krankenkasse, zu welchen Konditionen die zukünftigen Patienten behandelt und versorgt werden sollen. Denn genau das will der Gesetzgeber ermöglichen. Angestellt und Einzelverträge mit den Kassen - ein Schelm, dem Arges dabei schwant ...

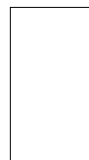
Andererseits sollte man mit den Sommerloch-Ideen der Regierung auch nicht gar zu hart ins Gericht gehen.

Denn immerhin, es scheint so etwas wie ein Erkenntnisprozess der Realität in Gang gekommen zu sein.

Nur, wie damit umzugehen ist, da hapert es noch gewaltig.

Aber Rom wurde ja auch nicht an einem Tag erbaut. Vielleicht gebärt Rot-Grün noch ein zweite Idee. Schließlich hat der Sommer ja gerade einmal so richtig begonnen, meint Ihr ...

... specht



Mit Ersatzkassen unterzeichnet: DMP Diabetes Typ 2, Strukturvertrag Diabetes und Vereinbarung zum Gestationsdiabetes-Screening

Gerade noch rechtzeitig zum Erscheinen dieser Ausgabe von KV-intern wurden nunmehr der DMP-Vertrag Diabetes Typ 2, der Strukturvertrag Diabetes und die Vereinbarung zum Screening auf Gestationsdiabetes mit den Ersatzkassen unterzeichnet.

Alle drei Vereinbarungen gelten rückwirkend zum 01.07.2004 und werden von den Ersatzkassen wohnsitzunabhängig für alle ihre Versicherten anerkannt.

Die Verträge entsprechen weitgehend den mit der AOK, der Bundesknappschaft, der IKK und dem BKK-Landesverband abgeschlossenen, sodass an dieser Stelle auf die ausführlichen Informationen in den Ausgaben 07/2003, 09/2003, 03/2004 und 04/2004 sowie die diesbezüglichen Merkblätter verwiesen werden kann.

Die Vergütung für die Einschreibung und Erstdokumentation von EK-Versicherten in dieses DMP beträgt 20 € (SNR 9610), für die Folgedokumentation 15 € (SNR 9611). Auch für Ersatzkassenpatienten erhält der koordinierende Vertragsarzt für den zusätzlichen Beratungsaufwand für eingeschriebene Versicherte eine Pauschale von 15 € je Behandlungsfall (SNR 9612).

Dabei stellen die Ersatzkassen (im Gegensatz zu den BKKn - siehe "KV-intern" 04/2004) wie auch die AOK, die

Bundesknappschaft und die IKK für die Versendung der Dokumentationsbögen Freiumschläge zur Verfügung.

Für die Diabetes- bzw. Hypertonieschulungen sowie die Kostenerstattung für das Schulungsmaterial gelten die gleichen SNRn und Vergütungssätze wie für die anderen Krankenkassen (vgl. Symbolnummernverzeichnis der KVBB, Vertragsordner Bd. I Satzung/Ordnungen/HVM (rosa) Nr. 7.3, S. 56).

Wie auch die anderen Krankenkassen stellen die Ersatzkassen in Abhängigkeit von der Anzahl der eingeschriebenen Diabetiker zusätzliche Gelder zur Verfügung. Daraus werden u.a. die fachärztlichen Mehrleistungen der Augenärzte mit einem Betrag von 6 € (SNR 9613) und der Nephrologen mit einem Betrag von 4 € (SNR 9314) jeweils je Behandlungsfall vergütet.

Die Inhalte und Vergütungspauschalen des Strukturvertrages sowie der Vereinbarung zum Gestationsdiabetes entsprechen denen mit den anderen Krankenkassen vereinbarten. Jedoch sind die Leistungen des Strukturvertrages ab dem 01.10.2005 nur noch für EK-DMP-Patienten abrechnungsfähig.

Sollte jedoch bis zu diesem Zeitpunkt noch kein DMP Diabetes Typ 1 abgeschlossen sein, gilt dies bis zum Inkrafttreten eines DMP Diabetes Typ 1 nur für

Typ 2-Diabetiker. (Dies entspricht im Grundsatz der Regelung für BKK-Versicherte, welche allerdings nur auf Typ 2-Versicherte abstellt. Zudem gilt die Regelung für die BKKn bereits ab dem 01.01.2005.)

Die bisher noch anzuwendende Altvereinbarung Diabetes wird durch den abgeschlossenen Strukturvertrag abgelöst. Wir bitten Sie daher, für Ihre Abrechnung ab dem III. Quartal ausschließlich die im Strukturvertrag vereinbarten SNRn zugrunde zu legen (siehe Symbolnummernverzeichnis auf den Seiten 57 bis 59). Für die Vereinbarung zum

Gestationsdiabetes-Screening gelten die SNRn gemäß Symbolnummernverzeichnis, Seite 60.

Die Veröffentlichung der Vertragstexte erfolgt mit der nächstmöglichen Ergänzungslieferung zum Vertragsordner, wobei dies für den DMP-Vertrag erst nach Akkreditierung durch das BVA erfolgen kann.

Ansprechpartner:

Fachbereich Verträge

Fachbereich Qualitätssicherung

Hotline

Abrechnungsberatung: **01803/230900**

Neue Prüfvereinbarung ab Januar 2004

Die Auswirkungen des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfungen machten umfangreiche Änderungen der entsprechenden Verträge auf Landesebene erforderlich.

Im Juli 2004 wurde für Brandenburg die neue Prüfvereinbarung unterschrieben, welche Sie mit der beiliegenden Lieferung zum Vertragsordner der KV Brandenburg erhalten werden. Diese umfasst nunmehr auch alle Regelungen für die Richtgrößenprüfung und ersetzt somit die bis Ende 2003 gültige Prüf- und Richtgrößenvereinbarung.

Neben den im §106 SGB V vorgesehenen Prüfungen (Stichproben- und Richtgrößenprüfung) wurden auf Landesebene die Einzelfallprüfung, die Prüfung in besonderen Fällen, die Feststellung eines sonstigen Schadens und die

Durchschnittsprüfung der Behandlungs- und Ordnungsweise vereinbart.

Wiederum konnten für die Richtgrößenprüfverfahren (§§ 12 bis 16) Praxisbesonderheiten (Symbolnummern der Anlage 2) vereinbart werden.

Bitte beachten Sie inhaltliche Änderungen im Vergleich zu der "Altregelung", **insbesondere:**

entfallen

- **die SNR 9302** (Immunsuppressive Behandlung bei Kollagenosen...)

diese Indikation wurde unter der SNR 9301 (Immunsuppressiva) subsumiert

- **die SNR 9311** (Hormonelle Behandlung und in-vitro-Fertilisation bei Sterilität)

- **die SNR 9324** (Behandlung der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika)

- **die SNR 9327** (Einsatz wehenhemmender Mittel...)

wurden Änderungen vorgenommen:

- **die SNR 9318** erhält eine neue Indikation. alt: parenterale Chemotherapie neu: sonstige Interferone

- **das bei der SNR 9325** (TNF a) vorher erforderliche Zweitmeinungsverfahren entfällt

wurden neu vereinbart:

- **SNR 9330** Antiparkinsonmittel bei Verordnung durch Nichtneurologen

- **SNR 9332** Therapie des M. Fabry

- **SNR 9333** Verteporphin für die Photodynamische Therapie im Rahmen der zugelassenen Indikation

- **SNR 9334** Palivizumab zur Prävention von RSV- Erkrankungen im Rahmen der zugelassenen Indikation

Die Höhe der vom Landesschiedsamt festgesetzten Richtgrößen für 2004 für Arznei- und Verbandmittel 2004 entnehmen Sie bitte der Ausgabe März 2004

von "KV-intern" (Inhalt der Anlage 1 Prüfvereinbarung). Richtgrößen für Heilmittel 2004 wurden weder vereinbart noch vom Landesschiedsamt festgelegt.

Bei der Berechnung der Richtgrößen blieben die nicht rezeptpflichtigen Arzneimittel wegen Wegfall der Verordnungsfähigkeit unberücksichtigt (außer bei Kinderärzten). Wir bitten zu beachten, dass die Richtgrößen 2004 derzeit noch unter Vorbehalt stehen, da die KV Brandenburg gegen die Festsetzung der Richtgrößen Klage erhoben hat (Protokollnotiz zur Vereinbarung).

Praxisbesonderheiten (für alle Prüfarten) können nur in Höhe der Mehrkosten gegenüber dem Durchschnitt der Fachgruppe anerkannt werden ("Sockelbildung").

Beispiel:

Dr. XY verordnet für 1000 Fälle insgesamt 100.000 □, hiervon entfallen durchschnittlich pro Patient 13 □ auf Insuline und Blutzuckerteststreifen.

ANZEIGE

Anzeige

Seine Fachgruppe verbraucht durchschnittlich pro Patient 8 □ für Insuline und Blutzuckerteststreifen. Dr. XY hat somit wirtschaftliche Mehrkosten in Höhe von 5 □ pro Patient. Es wären 5.000 □ als Praxisbesonderheit anzuerkennen, nur 95.000 □ wären prüfrelevantes Verordnungsvolumen.

Sofern keine Richtgrößenprüfung arztbezogen durchgeführt wird, erfolgt die Prüfung der Verordnungsweise nach Durchschnittswerten (§ 18), insbesondere dann, wenn keine Richtgrößen vereinbart wurden (z.B. Heilmittel 2004). Die **Durchschnittsprüfung** der Verordnungsweise wird ab 50 % Überschreitung des Durchschnitts der Fachgruppe von Amts wegen eingeleitet. Hiervon abweichend können Anträge jedoch auch schon ab einer 30 %igen Überschreitung gestellt werden.

Die bisher selten angewandte **Einzelfallprüfung** (§ 20) wird ab 2004 voraussichtlich vermehrt stattfinden. Insbesondere betrifft dies eine kleine Anzahl von Praxen, die aufgrund von bereits bekannten Praxisbesonderheiten nicht im Richtgrößen- oder Durchschnittsprüfverfahren bewertet werden können oder Praxen sehr kleiner Fachgruppen (Lungenärzte und Psychiater). Eine Stichprobe von 5% der Fälle (mindestens 50) wird hier im Detail geprüft.

Eine gute Dokumentation Ihrer wirtschaftlich getätigten Verordnungen in der Patientenakte ist immer, in der Einzelfallprüfung jedoch besonders wichtig!

Für die **Prüfung in besonderen Fällen und Feststellung eines sonstigen Schadens** (§ 21) konnte vereinbart wer-

den, dass bei erstmaligem Verstoß eine Beratung stattfindet. Ebenso wurde ein Mindestwert in Höhe von 25,60 □ des vermuteten Schadens für den Antrag festgelegt. Diese Grenze gilt jedoch nicht bei absoluten Verordnungsausschlüssen von Arzneimitteln aufgrund gesetzlicher Regelungen (z.B. Negativliste oder Lifestyle-Präparate).

Bei der **Durchschnittsprüfung der Behandlungsweise** (§ 19) sind folgende Kriterien für die Einbeziehung in ein Auswahlverfahren vereinbart worden:

- Überschreitung des Gesamtfallwertes um mehr als 30%
- Überschreitung einer Leistungssparte um mehr als 60%
- Überschreitung der Häufigkeit einzelner Leistungen gem. EBM um mehr als 100%.

Leistungen und Behandlungsfälle aus dem ärztlichen Notfalldienst (ZOND) bleiben dabei unberücksichtigt (ab I/2004 angepasste Prüfunterlagen: Gesamtzusammenstellung, Häufigkeitsstatistik).

Welche Prüfverfahren im Verordnungsbereich sind zu erwarten?

Für die "Altverfahren" 2001 und 2002 konnte noch keine Einigung mit den Krankenkassen erzielt werden. Da für 2003 keine Richtgrößen existent sind, wird hier die Durchschnittsprüfung sowohl der verordneten Heilmittel als auch der Arznei- Verbandmittel und des Sprechstundenbedarfs erfolgen.

Ansprechpartner:

Fachbereich Prüfung

Frau Krause, Tel.: 0331/23 09-435

Frau Meinecke, Tel.: 0331/23 09-437

Honorarverteilung im I. Quartal 2004

Im Vergleich zum Quartal IV/2003 gab es im I. Quartal 2004 trotz eines durchschnittlichen Fallzahlrückganges von 9% keine wesentlichen Veränderungen in der Honorarverteilung. Auch in diesem Quartal war eine zusätzliche Quotierung der praxisindividuell zu vergütenden Fallzahlen gem. § 10 Abs. 1 HVM nicht erforderlich. Nachstehende Grafiken verdeutlichen die Basis der Honorarverteilung im Quartal I/04. Im Vergleich mit den Daten der zurückliegenden Quartale sei jedoch auf einige Aspekte hingewiesen:

- Die Zahl der Mitglieder der GKV hat sich auf den ersten Blick gegenüber dem Quartal IV/03 erhöht (PK: +0,3%, EK -0,1%). Die Krankenbehandlung von Sozialhilfeempfängern und Asylbewerbern, welche die Bedingungen gem. § 264 SGB V erfüllen, wird seit dem 01.01.2004 von Primär- bzw. Ersatzkassen übernommen, so dass diese Personkreise als Mitglieder der Kassen gezählt werden. Sofern diese Personengruppen in den Vergleich der Mitglieder nicht einbezogen werden, ergeben sich Mitgliederverluste bei den PK und EK in Höhe von 0,4%, die ausschließlich die AOK und den VdAK betreffen.

- Die verteilbare budgetierte Gesamtvergütung verringerte sich gegenüber dem Quartal IV/03 um 0,8%. Dieser Verlust ist insbesondere auf den Mitgliederrückgang im EK-Bereich zurückzuführen.

- Im Primärkassenbereich stabilisiert sich der Anteil an der budgetierten Gesamtvergütung von den Krankenkassen, die dem WOP-Prinzip unterliegen.

- Der Anteil der Vergütung für bereichs-

fremde Ärzte ist im Vergleich zu den Vorquartalen nahezu konstant.

- In diesem Quartal kann lediglich im Primärkassenbereich sowohl für Hausärzte ((2,6 Ct.) als auch für Fachärzte (0,3 Ct.) ein Punktwert für Leistungen im Restpunktzahlvolumen (RPZV) vergütet werden. Im Ersatzkassenbereich werden die entsprechenden Leistungen mit einem Punktwert von 4,1 Ct. vergütet.

- Auf der Basis der Schiedsamtentscheidung vom 24.05.2004 kommen für brandenburgische Ersatzkassen für einzelne Leistungsgruppen höhere Punktwerte zur Auszahlung:

- für Großgeräteleistungen 2,8 Ct. (bisher 2,5 Ct.),

- für antrags- und genehmigungspflichtige GIV-Leistungen von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten 3,75 Ct. (bisher 3,6 Ct.),

- Präventionen und neue Leistungen 4,125 Ct. (bisher 4,0 Ct außer GNR 151 mit 4,1 Ct.)

- Das Restpunktzahlvolumen kurativer Koloskopieleistungen wird mit einem Zusatzpunktwert von 1,1 Ct. (PK) bzw. 1,8 Ct. (EK) vergütet.

- Für die AOK für das Land Brandenburg werden wie in den Vorquartalen die förderungswürdigen Leistungen der Fachärzte mit Zusatzpunktwerten vergütet.

- Die präventiven Koloskopieleistungen und Mamma-MRT-Leistungen können für die AOK für das Land Brandenburg mit 4,13 Ct. statt 4,0 Ct. vergütet werden.

Punktwerte - Tabelle

Verteilbare budgetierte Gesamtvergütung - Graphik

Mitgliederentwicklung - Graphik

Gesamtvergütung - Primärkassen - Graphik

Gesamtvergütung - Ersatzkassen - Graphik

Weiterer Rückzahlungsschritt der Sonderumlage nach positiver Jahresbilanz des Wirtschaftsjahres 2003

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

Wenn am 15. September die Vertreterversammlung dem Vorschlag des Vorstandes folgt, dann wird ein weiterer Teil der Anfang der 90er Jahre erhobenen einprozentigen Sonderumlage zurückgezahlt.

Ich gehe davon aus, dass die Mitglieder der Vertreterversammlung diesem Vorschlag des Vorstandes folgen. Vielleicht noch einmal zur Rückerinnerung: Die Vertreterversammlung hat 1996 den Rückzahlungsanspruch der im Zeitraum IV. Quartal 1991 bis zum I. Quartal 1993 erhobenen Sonderumlage beschlossen. Voraussetzung ist allerdings dabei, dass aus Haushaltsüberschüssen die entsprechenden Finanzvolumina zur Verfügung stehen.

Das heißt ...

... die Rückzahlung kann nur aus Mitteln erfolgen, die nach dem geprüften Jahresabschluss und nach Abzug aller Verpflichtungen der KV Brandenburg noch zur Verfügung stehen.

Nach einigen Jahren, wo dies haushalterisch nicht möglich war, gab es 2003 einen solchen positiven Abschluss.

Das ist richtig. Wir konnten im Wirtschaftsjahr 2003 einen Ertragsüberschuss in Höhe von 1,4 Millionen Euro erzielen. Insofern sind damit die Voraussetzungen erfüllt.

Ist dies ein Ergebnis der Erhöhung der Verwaltungskostenumlage?

Nein, das ist natürlich nicht der Fall. Dieser Überschuss resultiert aus der konsequenten Einhaltung des Haushaltplanes sowie der Erschließung von Finanzreserven durch die Auflösung von zwei sogenannten SWAP-Geschäften mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank. Dies im Übrigen zu einem Zeitpunkt, zu dem die KVBB ertragsseitig wiederum einen "guten Schnitt" gemacht hat.

Diese geplante Rückzahlung ist ja nicht die erste.

Nein, wir haben bisher bereits drei Raten aus den Gewinnen der Wirtschaftsjahre 1995 bis 1997 in einer Gesamthöhe von rund 2,5 Millionen Euro an die betreffenden Ärzte ausgezahlt. Das entspricht einer Rückzahlungsquote von etwa 40 Prozent der zum damaligen Zeitpunkt entstandenen

Gesamtsumme der erhobenen Sonderumlage.

Sie sagten rückgezahlt an die entsprechenden, also anspruchsberechtigten Ärzte. Welcher Ärztekreis ist damit gemeint?

Entsprechend des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 13. Dezember 1996 besteht unter Beachtung der Kriterien, dass das 60. Lebensjahr bei Frauen bzw. das 65. Lebensjahr bei Männern bis zu einem bestimmten Stichtag erreicht wird sowie für aus dem KV-Bereich ausscheidende Ärzte und Hinterbliebene verstorbener Ärzte ein solcher grundsätzlicher Rückzahlungsanspruch.

Stichtag für die jetzt beabsichtigte Rückzahlung ist welches Datum?

Es sind jene Ärzte, die das 60. Lebensjahr bis zum 31.12.2006 bzw. das 65. Lebensjahr erreicht haben.

Wann beginnt die Rückzahlung?

Vorbehaltlich der Zustimmung der VV werden diese Gelder ab der 38. Kalen-

derwoche den anspruchsberechtigten Ärzten zur Verfügung gestellt.

Damit sind aber noch nicht alle Ärztinnen und Ärzte erfasst. Wie geht es weiter?

Werden die uns jetzt zur Verfügung stehenden Finanzmittel ausgezahlt, dann erreichen wir eine Quote von rund 54 Prozent. Wann wir alle noch ausstehenden Rückzahlungen vornehmen können, hängt von den Betriebsergebnissen der kommenden Jahre ab. Dafür bitte ich auch um Verständnis bei all jenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten, die bei der jetzigen Rückzahlung noch unberücksichtigt bleiben. Unser Ziel jedoch ist, dass durch die weitere Haushaltsstabilisierung die Voraussetzungen für einen nächsten Rückzahlungsschritt baldmöglichst geschaffen werden.

Herr Dr. Wilsky, vielen Dank für das Gespräch.

Gefragt und notiert von Ralf Herre

Anerkennung der Home-Care-Vereinbarung

Nachdem bereits mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin, Bremen, Hamburg, Hessen, Koblenz, Rheinhessen, Saarland, Sachsen und Thüringen Vereinbarungen zur Anerkennung der zwischen der KVBB und der IKK Brandenburg und Berlin abgeschlossenen Home-Care-Vereinbarung im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs getroffen werden konnten, ist dies nun auch für den KV-Bereich Pfalz erfolgt.

Die Abrechnung der SNR 9055 ist damit bei Vorliegen einer Genehmigung zur Erbringung dieser Leistung auch für Versicherte der IKK Brandenburg und Berlin mit Wohnsitz im Bereich der KV Pfalz möglich.

Ansprechpartner: Fachbereich Verträge
 Fachbereich Abrechnungsmanagement
 Hotline Abrechnungsberatung 01803/230900

Ersatzkassen halten an Fortsetzung des Genehmigungsverzichtes fest

Mit Schreiben vom 16. Juli 2004 teilen die Ersatzkassen Brandenburgs folgendes mit:

"Auch nach In-Kraft-Treten der neuen Heilmittel-Richtlinien zum 01.07.2004 halten die Ersatzkassen an dem Verzicht auf die Vorlage begründungspflichtiger Heilmittelverordnungen fest.

Wir werden auch weiterhin das Verordnungsgeschehen beobachten, um ggf. zu einem späteren Zeitpunkt den Genehmigungsverzicht noch einmal auf den Prüfstand zu stellen."

Auch die BKK Gildemeister teilt der KV Brandenburg mit, dass ab dem 01.07.2004 auf die Vorlagepflicht bei

Genehmigungen außerhalb des Regelfalles verzichtet wird.

Wir bitten um Beachtung und verweisen auf die Information in "KV-intern" 7/04, Seite 28.

Anmerkung:

"Backen aufgeblasen und nur heiße Luft!" Den Genehmigungsverbehalt haben die Kassen vom Gesetzgeber ins GMG schreiben lassen, damit sie die auch so unwirtschaftlich verordnenden Ärzte im Vorfeld der Leistungsausführung kontrollieren und maßregeln können. Und nun? Rückzieher, wie (fast) immer, wenn Kompetenz gefragt ist.

Im Ausland ist er ein geschätzter Politiker-Kollege, unser Außenminister. Allein, auch er sollte seine Grenzen kennen und doch besser nach der alten Volksweisheit "Schuster bleib bei deinen Leisten" verfahren.

Peinlich!

Warum? Nun, das was Herr Josef "Joschka" Fischer in einem "Berlin direkt"-Beitrag der ARD jüngst äußerte, war schlichtweg Unfug. Gefragt nach seiner Position zum Thema Entwicklung des Gesundheitsbereiches in Deutschland, fiel ihm nichts anderes ein, als einem unbeschränkten Wettbewerb den Segen zu erteilen und als Kernforderung jene nach Abschaffung der Kassenärztlichen Vereinigungen zu postulieren.

Mit ihrer Abschaffung würde nicht nur ein unseliges Monopol liquidiert, nein, es würde "auch sehr viel Geld gespart". Wo und bei wem eigentlich, Herr Außenminister? Gibt es noch andere Konstruktionen in irgendeinem Bereich dieses Gemeinwesens Deutschland, in dem die eigenen Mitglieder alles, auch noch ihre Prüfungen selbst bezahlen?

Nehmen wir Herrn Fischer doch beim Wort. Soll es der Staat machen, oder externe Unternehmen, vielleicht auch die Kassen, die ja schon bei ihrer ureigenen Tätigkeit einen Verwaltungskostensatz jenseits der 5 Prozent benötigen. Dass dies letztlich kostengünstiger wird, daran glaubt wohl noch nicht einmal seine Großmutter.

Einfach nur peinlich, "Joschka!" -re

Ergänzungen der Psychotherapie-Richtlinien traten am 16. Juli 2004 in Kraft

In einem Rundschreiben vom 14. Juli 2004 informiert die KBV über das Inkrafttreten der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses in der Zusammensetzung für Psychotherapie zur Ergänzung der Richtlinien über die Durchführung von Psychotherapie und Bewertung psychotherapeutischer Verfahren zum 16. Juli 2004.

Bei den Ergänzungen der Psychotherapie-Richtlinien handelt es sich um Modifizierungen der in Abschnitt F III. 2. der Psychotherapie-Richtlinien festgelegten Sachverhalte für die Möglichkeit einer Befreiung für die Gutachterpflicht bei Kurzzeittherapie.

Dies betrifft zum einen die Möglichkeit der Anrechnung von 15 Therapiegenehmigungen für analytische Langzeittherapien auf die 35 vorzulegenden Therapiegenehmigungen im Gutachterverfahren für die Befreiung von der Gutachterpflicht bei tiefenpsychologisch fundierten

Kurzzeittherapie und zum anderen die Möglichkeit, im Bereich der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie 35 Therapiegenehmigungen für die Befreiung bei tiefenpsychologisch fundierten Kurzzeittherapie bei Kindern und Jugendlichen sowohl für analytische als auch für tiefenpsychologisch fundierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie vorlegen zu können.

Weiterhin wurde aufgrund der Modifizierung der ärztlichen Weiterbildungsordnung bei den Anforderungen für eine Gutachterqualifikation, wie sie im Abs. F III. 3. der Richtlinien festgestellt, in Nummer 1 die Gebietsbezeichnung Arzt für psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie ergänzend aufgenommen.

Ansprechpartner:

Geschäftsstelle Qualitätssicherung
Frau Schmidt, Tel.: 0331/23 09-318

Zu: Wartezeiten für präventive Koloskopie

Seit Einführung der präventiven Koloskopie zum IV. Quartal 2002 haben 87 Ärzte die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg erhalten. 79 Ärzte erbringen die präventive Koloskopie in ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit.

Das von der KVBB als Serviceleistung angebotene "Monitoring der Wartezeiten auf die Früherkennungskoloskopie" ermöglicht Ärzten, ggf. Patienten, welche wegen längerer Wartezeiten diese Untersuchung nicht in deren Praxis wahrnehmen wollen, an andere in Praxisnähe tätige Kollegen mit kürzeren Wartezeiten zu verweisen.

Ärzte oder deren Patienten können die dazu notwendigen Informationen über den Info-dienst der KVBB abrufen. **Bitte beachten Sie auch den Beileger dieser Ausgabe!**

Telefonnummer für **Ärzte:** 0331/2309230; für **Patienten:** 0331/2309255

"Vorsicht bei Einzelverträgen"

Aus: ÄrzteZeitung vom 28. Juli 2004

In der Ärzte Zeitung vom 28.07.2004 mahnt Dr. Burkhard Bratzke, Hautarzt im Vorstand der KV Berlin zur Vorsicht beim Abschluss von Einzelverträgen mit Krankenkassen. "Die Kassen sind säumige Zahler", sagte Bratzke. "Diese mangelnde Zahlungsmoral sollte jeden einzelnen Arzt sehr vorsichtig bei Einzelverträgen mit den Kassen machen".

Nach Bratzkes Angaben blieben gesetzliche Krankenversicherungen in ganz Deutschland vertraglich vereinbarte Zahlungen an die KVen schuldig. "Vorgeschobene Gründe waren Ausgaben für Integrierte Versorgung, Praxisgebühr, geringere Leistungsanforderung als andere Kassen oder schlichtweg: wir

sind klamm bei Kasse", so Bratzke. Die Betriebskrankenkasse (BKK) Gesundheit stehe mit 3,1 Millionen Euro und die BKK VBU mit 580.000 Euro allein bei der KV Berlin in der Kreide.

Im Vergleich zu den KVen können einzelne Ärzte ihre Ansprüche vor Gericht weniger leicht durchsetzen, glaubt Bratzke. "Einzelkämpfer werden in Rechtsstreitigkeiten als wirtschaftlich eindeutig Schwächere häufig unterliegen", sagte das KV-Vorstandsmitglied.

Anmerkung der Redaktion:

Auch in Brandenburg ist die Zahlungsmoral einiger Krankenkassen nicht gerade vertrauenserweckend. Wir berichteten.

Anzeige

Fragen zur Wahl - Antworten zur Wahl

Was hat sich für die Zusammensetzung der Vertreterversammlung auf Grund der neuen SGB V- Regelungen geändert?

Die Vertreterversammlung hat nur noch 30 Mitglieder;
die zugelassenen Vertragsärzte und die ermächtigten Krankenhausärzte bilden erstmalig eine gemeinsame Gruppe, da es keine Gruppe der außerordentlichen Mitglieder mehr gibt;
die zugelassenen Psychotherapeuten und die ermächtigten Krankenhauspsychotherapeuten bilden auch eine gemeinsame Gruppe.

Sind auch Vertreter der "311er" wieder in der Vertreterversammlung?

Ja, dies wurde durch eine Bestimmung der Wahlordnung garantiert.

Ist es richtig, dass die Regionalmandate in diesem Jahr wegfallen? Und wenn ja, warum ist dies so?

Ja, die Wahlordnung hatte die gesetzlich geänderten Vorgaben zu berücksichtigen, nach der alle Mitglieder der Vertreterversammlung von allen Mitgliedern der KV nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gewählt werden müssen.

Wie viele Kandidaten muss ein Wahlvorschlag mindestens ausweisen, und wie viele dürfen es maximal sein?

Mindestens einen Kandidaten und maximal das Dreifache der Zahl der zu wählenden Vertreter in der jeweiligen Gruppe.

Ein Wahlvorschlag muss mehrere Unterschriften von Wahlberechtigten

tragen. Wie viele müssen das sein?

Für die Wahlen der Vertreter in die Vertreterversammlung ist die Unterschrift von mindestens 20 wahlberechtigten Mitgliedern der jeweiligen Gruppe und für die Wahlen der Mitglieder Servicestellenbeiräte die Unterschrift von mindestens 5 wahlberechtigten aus dem jeweiligen Wahlkreis notwendig.

Ich habe der Wahlbekanntmachung entnommen, dass es gewissermaßen drei Grundgruppierungen gibt: zugelassene und ermächtigte Kollegen, angestellt tätige Kollegen und zugelassene/ermächtigte (Krankenhaus-) Psychotherapeuten. Wählen auch nur die Mitglieder dieser Gruppen ihre Vertreter oder wählen alle brandenburgischen Ärzte alle Kandidaten?

Für die Wahlen der Mitglieder der Vertreterversammlung ist die Gruppenzugehörigkeit Wahlvoraussetzung.

Kann ich sowohl für die Vertreterversammlung als auch für den Servicestellenbeirat kandidieren?

Ja, dies ist die einzige zulässige Doppelnennung in Wahlvorschlägen.

Werden die Wahlunterlagen unterschiedlich farbig gestaltet?

Ja, einerseits für die Wahlen der Vertreter in die Vertreterversammlung und andererseits für die Wahlen der Mitglieder der Servicestellenbeiräte.

Kann ich meine Wahlunterlagen früher bekommen, da ich den ganzen September in Urlaub bin? Und wenn ja, an wen muss ich mich wenden?

Nein, dies ist aus Gründen des zeitlichen Wahlablaufes nicht möglich; die Wahlvorschläge können ja bis zum 20.8. eingereicht werden, müssen anschließend geprüft und bekannt gemacht werden. Anschließend ist erst die Erstellung der Wahlunterlagen möglich, so dass mit dem Verschicken erst danach begonnen werden kann, damit ab dem 20.09. bis zum 28.09. spätestens 15:00 Uhr alle Mitglieder ihre Stimmen abgeben können.

Wie viele Stimme kann ich insgesamt für die Wahl zur Vertreterversammlung vergeben und ist es möglich auf einen Kandidaten mehrere Stimmen zu vereinen?

Das ist nicht mit einem Satz gesagt, auf

Seite 9 der Wahlbekanntmachung aber ausführlich beschrieben.

Demnach hat jeder Wähler in der Gruppe der Psychotherapeuten 1 Stimme;

der Gruppe der angestellten Ärzte in 311er Einrichtungen 1 Stimme und auch bei der Wahl der Mitglieder der Servicestellenbeiräte 1 Stimme.

In der Gruppe der zugelassenen Vertragsärzte/ermächtigten Krankenhausärzte hat jeder Wähler bis zu 10 Stimmen, die er innerhalb des Wahlvorschlages auf mehrere Bewerber einer Liste oder eines Einzelwahlvorschlages (der auch als Liste zählt) oder auch auf mehrere Bewerber verschiedener Listen verteilen. Er darf aber nicht mehr als

KV-Wahlen in Brandenburg - Termine

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 17.09.2004	Versand der Wahlunterlagen
20.09. bis 28.09.2004	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

3 Stimmen einem Kandidaten geben.

Muss ich alle Stimmen vergeben oder ist dann der Stimmzettel ungültig?

Nein, weniger Stimmen abzugeben als maximal möglich wäre, ist zulässig.

Was ist, wenn auf dem Stimmzettel ein oder zwei Stimmen zu viel sind?

Dann ist der gesamte Stimmzettel ungültig und alle abgegebenen Stimmen verfallen.

Wie kann ich auf dem Stimmzettel ein unabsichtlich falsch gesetztes Kreuz korrigieren?

Durch deutliches unkenntlich machen des Kreuzes, so dass der Wählerwille eindeutig ist.

Ich habe gelesen, dass die Stimmentauszählung am 29. September ist. Ist dies öffentlich und wo findet sie statt?

Diese Stimmentauszählung ist öffentlich und findet in Potsdam in der Gregor-Mendel-Str. 10/11 in der Landesgeschäftsstelle der KV Brandenburg statt.

Gibt es einen Mindestprozentsatz bei der Wahlbeteiligung oder wäre beispielsweise selbst bei nur 20 Prozent eine Wahl gültig?

Eine Mindestwahlbeteiligung ist für die ordnungsgemäße Wahl nicht Voraussetzung.

Ein Kollege hat mich gebeten, für seine Kandidatur meine Unterschrift zu leisten. Ich habe aber bereits auf einer anderen Liste unterschrieben. Kann ich das dann trotzdem noch?

Nein, dies wäre unzulässig und als Mangel bei der Einreichung der Wahlvorschläge zu beheben.

Anzeige

Papierflut einstellen - Mitteilung an Geschäftsstelle überflüssig!

Die Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses bittet darum, ab sofort von der routinemäßigen vorsorglichen Mitteilung

- der Praxisbesonderheiten und
- den kostenintensiven Behandlungsfällen abzusehen, um Verwaltungsaufwand bei Ihnen und der Geschäftsstelle zu vermeiden.

Ihre vorsorgliche Mitteilung, die Sie an die Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses schicken, löst einen enormen Verwaltungsaufwand aus, ohne dass es überhaupt zu einem Sie betreffenden Prüfverfahren kommen

muss. Ihre Mitteilung befreit die Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses auch nicht, Sie bei einem Sie betreffenden Prüfverfahren zu informieren und zur Stellungnahme aufzufordern.

Sie können sich und der Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses Verwaltungsaufwand ersparen, indem Sie uns erst dann die Unterlagen einreichen, wenn die Geschäftsstelle Sie darum bittet.

Jörg Brust

Leiter der Geschäftsstelle

"Es gilt, die Öffentlichkeit für Probleme kranker Kinder aufmerksam zu machen"

Im Gespräch mit
Dr. med. Harald Geyer
zu den Zielen der Arbeitsgemeinschaft
Pädiatrische Versorgung
beim MASGF im Land Brandenburg



Welche Aufgaben hat diese Arbeitsgemeinschaft?

Dieser AG gehören neben Vertretern des MASGF Chefärzte Brandenburger Kinderkliniken, ambulant tätige Kinderärzte sowie Vertreter der Krankenkassen an. Das Anliegen besteht darin, die gesundheitliche Versorgung der Kinder und Jugendlichen im Land Brandenburg zu verbessern bzw. zu optimieren gemäß der Vorgabe "Gesund aufwachsen in Brandenburg".

Gibt es da Anlass zur Sorge?

Erstaunlicherweise ja, und besonders alarmierend ist, dass die Qualität der pädiatrischen Versorgung zunehmend Schaden leidet.

Inwiefern?

Ich will hier nur ein ernstes Problem herausgreifen:

In den neuen Bundesländern, also auch in Brandenburg, werden seit der Wende wieder etwa 40% aller stationär Behandlungspflichtigen Kinder nicht in Kinderkliniken oder -abteilungen, sondern in Erwachsenenkliniken versorgt, also liegt

z. B. das schieloperierte Kind neben der Oma mit der Retinaablation und der kleine Junge liegt nach der Herniotomie neben dem Opa mit dem Prostatakarzinom. Das sind erschreckende, unhaltbare Zustände.

Wo liegen die Ursachen?

Man darf dreimal raten, und man liegt dreimal richtig: Geld spielt auch hier die ausschlaggebende Rolle.

Was streben Sie an?

Es gilt, über die Öffentlichkeit das Recht kranker Kinder auf kindgerechte medizinische Versorgung durchzusetzen. Kinder- und Jugendmediziner dürfen nicht nachlassen, immer wieder hervorzuheben, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind.

Im Übrigen sagt die UN-Kinderrechtskonvention, dass alle Kinder das Recht auf kindgerechte Versorgung haben, also nicht auf Erwachsenenstationen behandelt werden sollten.

Das wäre dann wohl eine echte Verbesserung der Behandlungsqualität.

Richtig. Während versucht wird, Qua-

litätssicherung und -kontrolle auf Feldern zu implementieren, wo der Sinn zumindest hinterfragt werden kann, bestehen an anderer Stelle noch elementare Defizite.

Was ist als erstes zu tun?

Wir müssen alle die Ärzte für dieses Problem sensibilisieren, welche Kinder zur stationären Behandlung einweisen. Auf dem Ordnungsformular von Krankenhausbehandlung sind eben als

"geeignete Krankenhäuser" nur solche zu bezeichnen, die eine kindgerechte Behandlung gewährleisten.

Hier haben wir alle eine sehr hohe Verantwortung, und ich möchte noch einmal darum bitten, dass wir sie im Interesse unserer Kinder wahrnehmen.

**Im Gespräch mit
Dr. Geyer war Ralf Herre**

ANZEIGE

Anzeige

Leistungsumfang der Krankenversicherung nach dem Über- oder Zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrecht

Im Ausland versicherte Personen haben nach Maßgabe der folgenden Vorschriften bei Aufenthalt (entweder Wohnort, zur Behandlung nach Deutschland eingereist oder vorübergehender Aufenthalt in Deutschland) Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung.

EG- Recht

Mitgliedsstaaten nach EG-Recht sind: Belgien, Dänemark, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Island, Italien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern (nur griechischer Teil).

Voraussetzung für die Leistungsanspruchnahme ist, dass die zu behandelnde Person im Besitz eines vom ausländischen Versicherungsträger ausgestellten Anspruchsnachweises ist.

Anspruch besteht auf alle Sachleistungen, die sich während des Aufenthalts im Gebiet eines anderen Mitgliedsstaats unter Berücksichtigung der Art der Leistung und der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer als medizinisch notwendig erweisen.

Hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen (z. B. Praxisgebühr) werden diese Personen den Versicherten der deutschen Krankenkassen gleichgestellt.

Vorlage von Anspruchsnachweisen mit Aufdruck:

"E 111 B"

Nur Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung. Eine vertragsärztliche Behandlung zu Lasten einer deutschen aushelfenden Krankenkasse kann nicht erbracht werden. In diesem Fall kann der Arzt eine Vergütung nach GOÄ fordern.

"E 112"

Es liegt für die betreffende Person durch den zuständigen Träger eine Genehmigung zur Behandlung in Deutschland vor. Dieser Nachweis ist vor Behandlungsbeginn bei der vom Patienten gewählten aushelfenden Krankenkasse gegen einen Abrechnungsschein einzutauschen. Sofern der zuständige Träger Einschränkungen hinsichtlich des Leistungsumfangs vorgenommen hat, kann dem Abrechnungsschein entnommen werden, auf welche Leistungen sich die Genehmigung bezieht.

Wenn sich der Patient direkt mit dem Vordruck E 112 an den Vertragsarzt wendet,

ist er - soweit es der Gesundheitszustand zulässt - auf die Einhaltung des beschriebenen Verfahrens hinzuweisen.

"E106, E109, E120, E121"

Personen, die ihren Wohnort in Deutschland haben, benötigen - abhängig vom Versichertenstatus - einen der o. g. Anspruchsnachweise. Sie erhalten dann von der auszuhelfenden Krankenkasse einen Abrechnungsschein oder eine Krankenversicherungskarte. Der Kassenname ist um den Zusatz ".../SVA" ergänzt.

Leistungsumfang bei Wohnort in Deutschland

Anspruch auf **alle** medizinisch notwendigen vertragsärztlichen Sachleistungen.

Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Arzneimittel können verordnet werden, wenn sie während des Aufenthalts in Deutschland unter Berücksichtigung der voraussichtlichen Aufenthaltsdauer medizinisch notwendig sind. Die Bestimmungen über die wirtschaftliche Verordnungsweise sind zu beachten.

Auf dem Arzneiverordnungsblatt sind anzugeben:

Name, Vorname, Geburtsdatum des im Ausland Versicherten

Name und Institutskennzeichen der aushelfenden deutschen Krankenkasse

Zusätzliche Angabe des Versichertenstatus 10007, da es sich um einen EWR/CH-Fall handelt

Dies gilt auch für die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln.

Überweisung

Bei notwendiger Behandlung erstellt der erstbehandelnde Arzt dem im Ausland Versicherten eine entsprechende Überweisung (Muster 6) aus. Im Überweisungsschein sind Name und Institutskennzeichen der aushelfenden deutschen Krankenkasse und im Statusfeld zusätzlich die Ziffern 10007 anzugeben.

Für Personen, die mit dem Vordruck E 112 zur Behandlung nach Deutschland eingereist sind, wird der erstbehandelnde Arzt gebeten, dem Anspruchsberechtigten die Notwendigkeit weiterer ärztlicher Behandlungen auf einem Rezept (Muster 16) zu bescheinigen. Nach Genehmigung des zuständigen Trägers erstellt die aushelfende deutsche Krankenkasse bei Vorlage einen weiteren Abrechnungsschein.

Die beim erstbehandelnden Arzt gewählte aushelfende deutsche Krankenkasse bleibt für die gesamte Behandlung zuständig. Wurde die Praxisgebühr für das laufende Quartal schon entrichtet und mit einer entsprechenden Quittung belegt, wird diese bei Weiterbehandlung durch den Facharzt nicht erneut fällig, unabhängig, welcher Vordruck (Muster 6 oder 16) verwendet wird.

Verordnung von Krankenhausbehandlung

Bei einer notwendigen Krankenhausbehandlung ist von dem behandelnden Vertragsarzt auf dem Einweisungsschein (Muster 2) der Name und das Institutskennzeichen der aushelfenden deutschen Krankenkasse anzugeben. Zusätzlich ist durch das Auftragen des Versichertenstatus 10007 zu kennzeichnen, dass es sich um einen EWR/CH- Fall handelt.

Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit

Für die Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (Muster 1) sind die für Versicherte der deutschen Krankenkassen entsprechenden Richtlinien zu beachten. Das Original ist dem Versicherten auszuhändigen und die Durchschrift muss der aushelfenden deutschen Krankenkasse zugeleitet werden.

Abkommensrecht

Abkommen bestehen mit folgenden Staaten: Bosnien- Herzegowina, Israel (Abkommen sieht nur Leistungen bei Mutterschaft vor), Kroatien, Mazedonien, Serbien und Montenegro, Türkei, Tunesien.

Anspruchsnachweis

Personen aus Abkommensstaaten machen ihre Anspruchsberechtigung durch einen von der gewählten Krankenkasse speziell gekennzeichneten Abrechnungsschein (braun bzw. lilafarbener von links unten nach rechts oben verlaufenden Diagonalstreifen) deutlich. Der Name und die Statusnummer (10007) ist in die Praxis-EDV zu übernehmen, jedoch nicht zwingend das Institutskennzeichen, dies kann aus der Kostenträgerstammdatei übernommen werden. Personen, die in einem Auslandsabkommen versichert sind und in Deutschland wohnen, erhalten von der von ihnen gewählten Krankenkasse eine Krankenversichertenkarte mit dem Zusatz ".../SVA".

Leistungsumfang

Der Umfang des Sachleistungsanspruchs ist davon abhängig, ob sich die betreffende Person vorübergehend oder gewöhnlich in Deutschland aufhält. Bei einem vorübergehenden Aufenthalt wird danach unterschieden, ob die Person akut erkrankt ist oder die Erkrankung schon vor Einreise bestanden hat (Genehmigung des ausländischen Trägers zur Behandlung notwendig).

Leistungen, die bis zur Rückkehr in den anderen Staat zurückgestellt werden können, dürfen nach Abkommensrecht nicht erbracht werden. Leistungen sind nur zu erbringen, wenn der Zustand der betreffenden Person ärztliche Betreuung sofort erforderlich macht. Der Abrechnungsschein ist wie folgt zu kennzeichnen: "**Für sofort notwendige Leistungen**" bzw. "**Nicht gültig für schon im anderen Staat begonnene Erkrankung**". Hinsichtlich der gesetzlichen Zuzahlungen (z. B. Praxis-

gebühr) werden diese Personen den Versicherten der deutschen Krankenkassen gleichgestellt.

Überweisungen

Unmittelbare Überweisungen (Muster 6) für berechtigte Personen sind nur dann möglich, wenn diese eine Krankenversichertenkarte einer deutschen aushelfenden Krankenkasse erhalten haben. Hierbei kann es sich nur um Personen handeln, die in Deutschland wohnen. Bei Personen, die einen Abrechnungsschein haben, muss der behandelnde Arzt die Notwendigkeit weiterer Behandlungen auf einem Rezept (Muster 16) bescheinigen. Nach dessen Vorlage bei der aushelfenden Krankenkasse wird diese einen weiteren Abrechnungsschein ausstellen. Eine Praxisgebühr wird nach Vorlage der Quittung in diesem Fall nicht noch einmal fällig.

Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln dürfen vorgenommen werden, sofern auch ärztliche Leistungen über eine auszuhelfende Krankenkasse erbracht werden. Auf dem Rezept sind der Name der aushelfenden deutschen Krankenkasse und der Status 7 aufzutragen. Zusätzlich ist das Feld BVG/SVA- Feld zu kennzeichnen.

Verordnung von Krankenhausbehandlung/Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung

Bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung und der Ausstellung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung sind die geltenden Bestimmungen der deutschen Krankenkassen zu beachten.

Ansprechpartner: Abrechnungsberatung, Tel.: 01803/230900

ANZEIGE

Praxisräume im Ärztehaus

Im "Ärztehaus" Treuenbrietzen sind ab 1. Oktober 2004 neu renovierte Praxisräume zu vermieten:

Erdgeschoss, 4 Räume, Größe: ca. 58 m² sep. WC, Kellerraum, PKW-Stellplatz, KM 400,00 Euro zzgl. Nebenkosten, 2 MM Kautions.

Zentrale Lage, Wünsche bei Renovierung und Gestaltung der Praxisräume können noch berücksichtigt werden. Zahnarztpraxis; Facharzt für allg. Medizin und Praxis für Nervenheilkunde im Haus.

Bitte vereinbaren Sie einen Besichtigungs-/ Gesprächstermin unter:

Tel.: 030/70 30 19 94 oder: 0172/63 01 108

Die Praxisgebühr und das Finanzamt

Der sich nach § 28 SGB V ergebende, einmal im Kalendervierteljahr zu leistende Betrag für ärztliche, zahnärztliche oder psychotherapeutische Versorgung (sog. Praxisgebühr) wird vom Versicherten als Zuzahlung zu den ärztlichen Behandlungen an den Arzt oder Psychotherapeuten gezahlt. Diese haben die Zuzahlungen einzubehalten.

Der Vergütungsanspruch des Arztes gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich in Höhe der einbehaltenen Zuzahlungen bei Abrechnung seiner Leistungen.

Das Bundesfinanzministerium hat die steuerliche Behandlung der Praxisgebühr bei der Gewinnermittlung wie folgt festgelegt:

Die vom Versicherten zu zahlende Praxisgebühr stellt beim Arzt, Zahnarzt oder Psychotherapeuten eine Betriebseinnahme und keinen durchlaufenden Posten dar. Die zeitliche Erfassung dieser Betriebseinnahme richtet sich nach den allgemeinen Gewinnermittlungsgrundsätzen, das heißt - im Normalfall für die Überschussrechnung gem. § 4 Abs. 3 EStG -, dass die Betriebseinnahme im Zeitpunkt der Vereinnahmung (Zahlung des Patienten) erfasst wird.

Die sich aus den Regelungen des Sozialgesetzbuches (§§ 294, 295 Abs. 1 SGB V i.V.m. dem Bundesmantelvertrag-Ärzte) für alle Kassenärzte ergebenden besonderen Aufzeichnungspflichten über die in jedem Behandlungsfall vereinnahmte Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr), sind

gemäß § 140 AO auch für steuerliche Zwecke zu beachten. Die vereinnahmten Praxisgebühren sind dabei vollständig, richtig, geordnet und zeitnah (regelmäßig täglich) aufzuzeichnen (§ 146 Abs. 1 AO).

Die Dokumentation kann z.B. entweder mittels einem für diese Zwecke extra zu führenden Buch oder Verzeichnis erfolgen, oder mit Hilfe der Praxissoftware, die die Daten ohnehin verarbeitet. Letztlich ist die vollständige Aufbewahrung der Doppel, für den Fall, dass jeweils Quittungen an die Patienten herausgegeben werden, ebenfalls denkbar.

Die Aufbewahrungsfristen für die vorgenannten Dokumentationsunterlagen betragen, wie z.B. auch für die Gewinnermittlungen, gem. § 147 Abs. 3 AO zehn Jahre.

Der Vergütungsanspruch des Arztes gegenüber der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung vermindert sich in Höhe der bereits vereinnahmten Praxisgebühren. Die quartalsweisen Restzahlungen werden daher entsprechend geringer ausfallen oder in Einzelfällen ganz ausbleiben. Diese Liquiditätsverschiebung sollten Sie für Ihre eigenen finanziellen Dispositionen bedenken.

Dipl.-Oec. Frank Pfeilsticker
Steuerberater
Konzept Steuerberatungsgesellschaft
mbH, Potsdam

Vergütungen neu geregelt

Das Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) trat am 1. Juli 2004 in Kraft

Die Auswirkungen des JVEG sind vielschichtig und betreffen auch die ärztliche Tätigkeit. So wurde u.a. das Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen (ZuSEG), welches häufig die Grundlage für die Vergütung ärztlicher Befundberichte z.B. für Versorgungsämter war, überarbeitet und regelt nunmehr die Vergütung ärztlicher Leistungen neu.

Die rechtliche Grundlage für die Vergütung derartiger Leistungen ist § 10 JVEG. Hervorzuheben ist § 10 Abs. 3 JVEG, der festlegt, dass der Sachverständige bzw. sachverständige Zeuge ein Honorar nach der Honorargruppe 1 (50 € je h) erhält, soweit für die in der Anlage zu § 10 Abs. 1 oder Abs. 2 JVEG zu erbringenden Leistungen zusätzliche Zeit erforderlich ist.

Die Gegenüberstellung der neuen und alten Regelungen am Beispiel der Vergütung für die Ausstellung eines Befundscheins zeigt eine Verbesserung der Vergütungssituation.

Die bis zum 30. Juni 2004 geltenden Regelungen des ZuSEG sahen in der Anlage zu § 5 vor, dass der Arzt für die Ausstellung eines Befundscheins oder die Erteilung einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachtliche Äußerung 10 bis 20 € erhielt.

Dieser Gebührenrahmen wurde nach dem Einigungsvertrag für den Bereich der neuen Bundesländer um 10 vom Hundert reduziert. Nach der Anlage zu § 10 JVEG wird die Ausstellung eines Befundscheins oder die Erteilung einer schriftlichen Auskunft ohne nähere gutachtliche Äußerungen nunmehr mit einem festen Honorar von 21 € vergütet.

Neben dem Wegfall des Ostabschlages ist auch der Gebührenrahmen nicht mehr vorgesehen, der in der Vergangenheit häufig zu Streitigkeiten geführt hat. Auch die weiteren Gebührenpositionen, die nunmehr im Abschnitt 2 der Anlage zu § 10 JVEG zusammengefasst sind, beinhalten Honorarwerte, die die ZuSEG-Werte um zirka 25 % übersteigen.

Nach § 25 Satz 1 JVEG bestimmt sich, in welchen Fällen neues Recht und in welchen Fällen altes Recht zur Anwendung kommt. Danach ist entscheidend, für die Anwendung alten Rechts, dass der Auftrag vor dem 1. Juli 2004 an den Sachverständigen gegeben sein muss.

Für Aufträge ab dem 1. Juli 2004 gelten die erhöhten Sätze.

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

Infliximab bei rheumatoider Arthritis

Infliximab (Remicade) ist ab sofort zur First-line-Therapie der frühen rheumatoiden Arthritis (RA) zugelassen. Ausschlaggebend war die ASPIRE-Studie, eine randomisierte, doppelblinde Phase-III-Studie mit 1049 Patienten. Nach 54 Wochen war die Kombination Infliximab plus Methotrexat in den drei Endpunkten Verbesserung der klinischen Symptome, Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit und Verhinderung der fortschreitenden Gelenkerkrankung der allgemeinen Methotrexat-Therapie signifikant überlegen. Der monoklonale Antikörper Infliximab bindet spezifisch und irreversibel an den Tumornekrosefaktor- α , der bei der RA eine zentrale Rolle spielt.

Preisvergleich der Jahreskosten (□) der auf dem Markt befindlichen TNF- α -Blocker (Anwendung und Dosierung entsprechend der Fachinformation)

Infliximab (Remicade)		Etanercept (Enbrel)	Adalimumab (Humira)	
bis 67kg, 2 Flaschen	bis 100kg 3 Flaschen		2 Spritzen	4 Spritzen
3 mg/kg KG	3 mg/kg KG	25 mg	40 mg alle 2 Wochen	40 mg
10.200 □	14.934 □	23.411 □	24.321 □	23.411 □

Preise Deutsche Lauer, 01.07.2004

Beratende Apothekerinnen:

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

Erinnerung - Erinnerung - Erinnerung

Die alten Verordnungsvordrucke für Heilmittel (Muster 13,14 und 18) dürfen nur noch bis 31.08.2004 verwendet werden. Danach sind ausschließlich die neuen, ab 01.07.2004 verbindlichen Vordrucke einzusetzen.

Die neuen Vordrucke sind über die allgemeine Verwaltung der KV Brandenburg (Tel. 0331-2309401) zu beziehen.

Neue Empfehlungen der STIKO 2004

Ab 01.07.2004 gilt eine neue Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO). Diese ist über Internet www.rki.de abrufbereit.

Folgende Neuerungen sind enthalten:

Varizellen:

Die Varizellenimpfung wurde als **Standardimpfung** in den Impfkalender für Säuglinge, Kinder, Jugendliche und Erwachsene aufgenommen.

Sie wird in der Regel im Alter von 11 bis 14 Monaten durchgeführt, entweder simultan mit der 1. MMR-Impfung oder frühestens 4 Wochen nach dieser.

Außerdem wurde der Altersbereich der **Varizellen-Indikationsimpfung** von für 12- bis 15-Jährige auf für **9- bis 17-Jährige** erweitert.

Unabhängig von den im Impfkalender genannten Terminen sollten, wann immer eine Arztkonsultation erfolgt, die Impfdokumentation überprüft und fehlende Impfungen nachgeholt werden.

Pertussis

Zusätzlich zur bisher schon bestehenden Impfempfehlung bei beruflichem Risiko und der postexpositionellen Pro-

phylaxe ist jetzt auch folgende allgemeine Indikation relevant:

Sofern **kein adäquater Immunschutz** vorliegt, sollen **Frauen mit Kinderwunsch** präkonzeptionell; enge Haushaltskontaktpersonen (Eltern, Geschwister) und Betreuer (z.B. Tagesmütter, Babysitter, ggf. Großeltern) spätestens **vier Wochen vor Geburt des Kindes** eine Dosis Pertussis-Impfstoff erhalten.

Erfolgte die Impfung nicht vor der Konzeption, sollte die Mutter bevorzugt in den ersten Tagen nach der Geburt des Kindes geimpft werden.

Für die **Varizellenimpfung** steht ab dem 1. August ein in Deutschland neu eingeführter Impfstoff Varivax zur Verfügung.

Die **Pertussis-Booster-Impfung** kann abhängig vom insgesamt vorliegenden Immunisierungsstatus mit dem Kombinationsimpfstoffen Repevax (Tetanus, Diphtherie, Polio und Pertussis) oder Covaxis (Tetanus, Diphtherie und Pertussis) oder dem Einfachimpfstoff Pac Mérieux (nur Pertussis) durchgeführt werden.

Beratende Ärzte / Beratende Apotheker

Nächste Vertreterversammlung

Die nächste Vertreterversammlung der KV Brandenburg findet am **15. September 2004** in der Landesgeschäftsstelle der KV Brandenburg in Potsdam, Gregor-Mendel-Straße 10 statt. Beginn ist **16.00 Uhr**.

Die Veranstaltung ist für Mitglieder der KV Brandenburg öffentlich.

Fortbildung Ärzte

Fortbildung Arzthelferinnen

“Die neuen Strukturen im Bereitschaftsdienst sind gut angenommen worden”

Aktuell im Gespräch mit
Jan Herbst,
Sachgebietsleiter Bereitschaftsdienst
der KV Brandenburg



Seit einem reichlichen halben Jahr haben wir landesweit die neuen Notfalldienststrukturen. Wie ist die Resonanz aus der Ärzteschaft?

Die ist recht positiv. Die neuen Bereiche sind angenommen, werden akzeptiert.

Das war nicht überall und von Anfang an so.

Ja, wir hatten in den ersten beiden Monaten doch gewisse Anlaufschwierigkeiten. Alte Strukturen wurden verändert, hinzu kam ein neues An- und Abmeldesystem. Da mussten sich schon viele Ärztinnen und Ärzte umgewöhnen.

An- und Abmeldesystem ist ein gutes Stichwort. Haben sich die Gemüter beruhigt?

Es wird nach anfänglichen teils heftigen Protesten mittlerweile von fast allen akzeptiert. Es hat sich ja auch herausgestellt, dass es gar nicht so bürokratisch ist, wie es einigen auf den ersten Blick schien. Das klappt recht gut.

Geben Sie doch bitte einmal einen Überblick über die Anmeldezahlen der zurückliegenden Monate.

In den ersten 6 Monaten dieses Jahres wurden durch die Mitarbeiter des Sachgebietes Bereitschaftsdienst 12.963 Anrufe, 5.550 Faxe und 682 E-Mail bearbeitet.

Hat sich irgend etwas in den zurückliegenden Monaten als Fehlerquelle entpuppt?

Ganz ohne Anlaufschwierigkeiten ging es natürlich auch bei uns nicht ab. So musste für das System der Erfassung und Vergütung der Dienste eine komplett neue Software entwickelt werden, was ja immer seine Tücken hat.

Deshalb muss man sich unbedingt bei den Kolleginnen und Kollegen aus dem Fachbereich EDV für ihren "Kraftakt" bedanken.

Zur pauschalen Vergütung des Notfall- oder wie es jetzt heißt, Bereit-

chaftsdienstes, habe ich bisher kaum Negatives gehört. Wie ist dies aus Ihrer Sicht?

Dies kann ich nur bestätigen. Immer mehr Vertragsärzte machen auch Gebrauch von der Möglichkeit, sich monatlich die Pauschalen vergüten zu lassen.

Das heißt?

Sie rechnen den Bereitschaftsdienst pro Monat ab, am besten direkt über die Servicestelle in Cottbus. Das geht am schnellsten. Ganz wichtig ist, dass immer die Teilnahmeerklärungen für den ärztlichen Bereitschaftsdienst (NFD) im Original abzugeben sind. Also bitte nicht aufs Fax legen und losschicken.

So einige Probleme gibt es wohl bei den Teilnahmeerklärungen?

Hier möchte ich noch einmal darauf hinweisen, dass bitte Stempel und Unterschrift des Arztes nicht vergessen werden, dass der Notfalldienstbezirk eingetragen wird und dass jeder Dienst bitte einzeln aufzuführen ist.

Wie ist das zu verstehen?

Ein Beispiel: Ein Arzt hat eine Woche lang Bereitschaftsdienst. In solch einem Fall sollte er bitte nicht schreiben, von

Montag 19 Uhr bis Montag 07 Uhr, sondern jeden Dienst in dieser Woche einzeln ausweisen.

Warum ist das notwendig?

Die Pauschale bezieht sich ja immer auf eine bestimmte Bereitschaftszeit, also 6 Stunden oder 12 Stunden. Wenn ein Bereitschaftsdienst über eine Woche oder mehrere Tage geht, kommt es immer wieder vor, dass ein anderer Arzt zwischendurch - aus welchen Gründen auch immer - übernimmt. Bei der Abrechnung kommt es nun zu Überschreitungen der Dienste und es muss nachgefragt, telefoniert werden, wie es sich im Detail verhält.

Neulich hatte ich ein längeres Gespräch mit einem Arzt, der mich unter anderem fragte, warum er auf seinen Notfallschein Muster 19 auch noch die ärztlichen Leistungen vermerken soll.

Das ist insofern wichtig, da wir als KV nicht nur schlechthin eine Pauschale bezahlen können. Die Krankenkassen wollen wissen, wofür diese Gelder gezahlt werden.

Herr Herbst, vielen Dank. Gefragt und notiert von Ralf Herre

ANZEIGE

Gewerberäume im Land Brandenburg

Praxisräume für Hausarztpraxis in der 1. Etage über einer Ladengeschäftszeile zu vermieten. Nebenräume mit 104 m² (Mietkosten: ca. 8,- €/m² - inmitten eines großen Wohngebietes. Gelegen am Stadtrand von Berlin-Spandau, Einzugsbereich für bis zu 30.000 Patienten, Krankenhausentfernung nur 5 Minuten per PKW. Großzügiger Schnitt der Räumlichkeiten, viele Parkmöglichkeiten.

Tel.: 03322/209912

Niederlassungen im Juli 2004

Planungsbereich Cottbus

Dr. med. Uwe Krupke
FA für Orthopädie
Schwanstr. 8, 03046 Cottbus
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Dietmar Schneider)

Bernadette Räderl
FÄ für Allgemeinmedizin
Hopfengarten 33, 03044 Cottbus
(Übernahme der Praxis
von Frau Gisela Rojek)

Dipl.-Psych. Andreas Walther
Psychologischer Psychotherapeut/Verhaltenstherapie
Puschkinpromenade 16, 03044 Cottbus

Planungsbereich Frankfurt Stadt/Oder-Spree

Dr. med. Dirk Henck
FA für Innere Medizin/HA
Neuzeller Landweg 1,
15890 Eisenhüttenstadt
(Übernahme der Praxis
von SR Dr. med. Marie-Luise Grund)

Dr. med. Sylke Karras
FÄ für Allgemeinmedizin
Am Bauernmarkt 5,
15890 Eisenhüttenstadt

Wojciech Weryszko
FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Am Kleistpark 1, 15230 Frankfurt
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Hans Bettac)

Planungsbereich Potsdam

Kang-Hyeb Lee
FA für Allgemeinmedizin
Kaiser-Friedrich-Str. 114,
14469 Potsdam
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Jörg Franze)

Barbara Neuhaus
FÄ für Allgemeinmedizin
Binsenhof 17-19, 14478 Potsdam
(Übernahme der Praxis
von Frau Helga Eichler)

Anke Langbehn
FÄ für Allgemeinmedizin
Alt Nowawes 105, 14482 Potsdam

Planungsbereich Barnim

Norbert Helbig, Arzt
Fontanestr. 1,
16352 Wandlitz OT Basdorf
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Margrit Franz)

Planungsbereich Brandenburg Stadt/Potsdam- Mittelmark

Dr. med. Gisela Fanselow-Hinrichs
FÄ für Augenheilkunde,
Potsdamer Str. 7/9, 14513 Teltow

Dr. med. Ruth Albrecht
FÄ für Innere Medizin/HA
Bäckerstr. 29, 14929 Treuenbrietzen
(Übernahme der Praxis
von Frau Bärbel Eidt)

Dipl.-Med. Carola Kettner
FÄ für Innere Medizin/HA
Kanalstr. 8/9, 14776 Brandenburg
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Helmut Nicolai)

Planungsbereich Dahme-Spreewald

Dr. med. Kathleen Kaske-Bretag
FÄ für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe
Schlossplatz 8,
15711 Königs Wusterhausen
(Übernahme der Praxis
von Herrn Dieter Schuppe)

Dr. med. Matthias Raphael
FA für Innere Medizin/HA
Bahnhofstr. 4, 15732 Eichwalde
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Egbert Arnold)

Dr. med. Oliver Häußner
FA für Nervenheilkunde/FA für
Neurologie
Kreuzgarten 1, 15755 Teupitz
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Dieter Häußner)

Planungsbereich Elbe-Elster

Ahmad Hassan
FA für Innere Medizin/HA
Merzdorfer Str. 12, 04932 Gröden
(Übernahme der Praxis
von SR Dr. med. Dietrich Hetzer)

Kathrin Gleinig
FÄ für Innere Medizin
Sonderbedarfzulassung Dialyse
Frankfurter Str. 16b, 04916 Herzberg

Planungsbereich Havelland

Lars Herbst
FA für Kinder- und Jugendmedizin
Poststr. 48-50, 14612 Falkensee
(Übernahme der Praxis
von Dipl.-Med. Sigrid Starke)

Pawel Placzek-Kawan
FA für Psychiatrie
Poststr. 27, 14612 Falkensee

Planungsbereich Märkisch-Oderland

Stephan Kilias
FA für Augenheilkunde
Lindenstr. 4, 15366 Neuenhagen b. Bln.

Planungsbereich Oberhavel

Dr. med. Andreas Linke
FA für Allgemeinmedizin
Mittelstr. 18, 16515 Oranienburg

Dr. med. Botho Schneider
FA für Innere Medizin/HA
Dorfstr. 35,
16766 Kremmen OT Sommerfeld
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Kornel Poklitar)

Dr. med. Michael Häberer
FA für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Sachsenhausener Str. 32,
16515 Oranienburg
(Übernahme der Praxis
von Frau Johanna Kirbach)

Planungsbereich Ostprignitz-Ruppin

Kristin Mentzel
FÄ für Allgemeinmedizin
Kettenstr. 48, 16909 Wittstock

Dipl.-Med. Mario Kolb
FA für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Fehrbelliner Str. 38 Haus R
16816 Neuruppin
(Übernahme der Praxis
von Frau Ursula Mieschel)

Dr. med. Yvonne Dullin
FÄ für Haut- und
Geschlechtskrankheiten

Heinrich-Rau-Str. 14a,
16816 Neuruppin
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Hermann Köstler)

**Planungsbereich
Teltow-Fläming**

Dr. med. Matthias Lachmann
FA für Innere Medizin
Berliner Str. 32, 14979 Großbeeren

"Ärzte helfen Ärzten" - Aufruf der Hartmannbund-Stiftung (Auszug)

Die Hartmannbund-Stiftung existiert seit fast 50 Jahren. Sie unterstützt Kinder von Ärzten, Tier- und Zahnärzten, wenn sich die Eltern in einer finanziell schwierigen Situation befinden. Außerdem leistet sie Hilfestellung bei der Berufseingliederung von Ärzten, Tier- und Zahnärzten oder unterstützt diese oder deren nächste Angehörige, wenn aus politischen oder anderen Gründen der Unterhalt dieses Personenkreises nicht gewährleistet ist.

Die Stiftung ist an die Abgabenordnung gebunden und prüft vor diesem Hintergrund gewissenhaft jeden bei der Stiftung eingehenden Antrag.

Bisher konnte die Hartmannbund-Stiftung den sich in Not befindenden Ärztinnen, Ärzten und ihren Angehörigen durch ihre Unterstützung zeigen, dass ein ganzer Berufsstand solidarisch hinter ihnen steht. Helfen Sie uns bitte durch Ihre Spende, dass uns dies auch in Zukunft möglich ist.

Die KV Brandenburg hat die Einnahme aus der Anzeige des BDA auf Seite 21 in Höhe von 395 Euro auf das Spendenkonto der Stiftung "Ärzte helfen Ärzten" überwiesen.

Jeder noch so kleine Betrag hilft uns weiter. Sollten Sie sich für eine regelmäßige Unterstützung entscheiden, wären wir Ihnen besonders dankbar, da wir auf diese Weise für unser Programm eine solide finanzielle Basis hätten. Es ist nämlich ein großes Problem der Stiftung, dass die Zahl der Dauerspender drastisch zurückgegangen ist. Lag diese Zahl noch vor 20 Jahren bei ca. 2.300 Ärztinnen und Ärzten, hat sie heute nur noch knapp 400 Dauerspender.

Wenn jede Ärztin und jeder Arzt regelmäßig beispielsweise nur 5 € überweisen würde, könnte das umfangreiche Unterstützungsprogramm dauerhaft angeboten werden. Die Spenden sind im Übrigen steuerlich absetzbar.

Weitere Informationen unter:
www.aerzte-helfen-aerzten.de.

Dr. Hans-Jürgen Thomas
- Vorsitzender -

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

Hausärztliche Praxis nahe Berlin, mittelgroß, ausbaufähig, Schwerpunkt behinderten- und Seniorenbetreuung in einer diakonischen Einrichtung aus Altersgründen im November 2004 abzugeben.

Chiffre: 04/08/01

Biete

Hausärztliche allgemeinmedizinische Praxis (In PG mit hausärztlichen Internisten) in Kreisstadt im nordwestlichen Brandenburg aus Altersgründen Mitte 2005 abzugeben.

Günstige Konditionen: Stabile Umsätze, zentrale Lage, moderne rollstuhlgerechte Praxisräume, Aufzug, benachbarte Apotheke

Chiffre: 04/08/02

Suche

Kinderärztin sucht Vertretung für Praxis in Königswusterhausen ab Oktober 2004 (4 Monate). Übergang in Job-Sharing, Partnerschaft erwünscht

Interessenten melden sich bitte unter:
kinderarzt@aerzte-kw.de

Biete

Praxisnachfolger für gutgehende allgemeinmedizinische Praxis aus Altersgründen gesucht. Der Patientenstamm ist stabil und groß, die Kostenstruktur ist ausgezeichnet. Die Konditionen für die Mieträume sind günstig. Lage im südlichen Speckgürtel von Berlin, in unmittelbarer Nähe zu Potsdam.

Übergabe noch 2004 bis 2005.

Interessenten melden sich bitte unter:
0331/621768.

Biete

Allgemeinmedizinische Praxis im Stadtzentrum Schwedts, Flachbau, Baujahr 1965, Renovierung 1991-1992, Eigentum, 155 m², über 1000 Scheine im Quartal zum 01.01.2006 abzugeben.

Besonderheit: Betreuung eines Wohnheims für Behinderte; Inventar wird bei nahtloser Übernahme kostenlos überlassen

Chiffre: 04/08/03

Suche

infolge Praxisaufgabe eine neue Arbeitsstelle für meine Sprechstundenhilfe ab 15.10.2004, möglichst im Kreis Oberhavel; wöchentliche Arbeitszeit zwischen 20 und 25 Arbeitsstunden erwünscht.

Sollte Interesse bestehen, bitte ich um einen Anruf unter: **0172/5683178**

Zulassungen und Ermächtigungen

Neuzulassungen

Dipl.-Med. Thomas Badow,
Facharzt für Nervenheilkunde in Bernau b.
Bln.
ab 03.01.2005

Kathrin Gleinig,
Fachärztin für Innere Medizin in Herzberg
ab 01.07.2004

Dr. med. Sabine Guder,
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in
Schwedt/O.
ab 01.10.2004

Norbert Helbig,
Arzt in Wandlitz/OT Basdorf
ab 01.07.2004

Lars Herbst
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in
Falkensee
ab 01.07.2004

Dr. med. Mario Hubatsch,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshil-
fe in Potsdam
ab 23.06.2004

Dr. med. Cornelia Jonuleit,
Fachärztin für Innere Medizin/Hausarzt in
Löwenberger Land/OT Nassenheide
ab 01.08.2004

Dipl.-Psych. Renate Kaiser-Swoboda,
Psychologische Psychotherapeutin in OT
Geltow/Schwielowsee
ab 01.11.2004

Dr. med. Sylke Karras,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Eisenhüt-
tenstadt
ab 01.07.2004

Dr. med. Kathleen Kaske-Bretag,
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburts-
hilfe in Königs Wusterhausen
ab 01.07.2004

Dr. phil. Ulrich Kießling,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut in
Potsdam
ab 01.08.2004

Stephan Kilius,
Facharzt für Augenheilkunde in Neuenhagen
b. Bln.
ab 23.06.2004

Dr. med. Matthias Lachmann,
Facharzt für Innere Medizin/Hausarzt in
Großbeeren
ab 01.07.2004

Anke Langbehn,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Potsdam
ab 01.07.2004

Kang-Hyeb Lee,
Facharzt für Allgemeinmedizin in
Potsdam/OT Eiche
ab 01.07.2004

Thomas Leucht,
Facharzt für Chirurgie in Zossen
ab 01.10.2004

Dipl.-Psych. Renate Müller,
Psychologische Psychotherapeutin in Belzig
ab 16.06.2004

Barbara Neuhaus,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Potsdam
ab 01.07.2004

Dipl.-Psych. Lothar Pauly,
Psychologische Psychotherapeutin in Lübbe-
nau
ab 16.06.2004

Dr. med. Rolf-Bernd Radke,
Facharzt für Innere Medizin/Hausarzt in Cott-
bus
ab 23.06.2004

Bernadette Räder,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Cottbus
ab 23.06.2004

Dr. med. Antje Schade,
Fachärztin für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe in Zehdenick
ab 01.11.2004

Dipl.-Psych. Cordula Schellenberg,
Psychologische Psychotherapeutin in Zehde-
nick
ab 01.11.2004

Dr. med. Michael Schierack,
Facharzt für Orthopädie in Cottbus
ab 09.06.2004

Dipl.-Päd. Anne Schmitter-Boeckelmann,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
in Ludwigsfelde
ab 16.06.2004

Dr. med. Marcus Schneider,
Facharzt für Augenheilkunde in Potsdam
ab 01.07.2004

Gustav Spaeth,
Praktischer Arzt in Potsdam
ab 09.06.2004

Dipl.-Psych. Hans-Joachim Stöckel,

ANZEIGE

Anzeige

Psychologischer Psychotherapeut in Herzberg
ab 16.06.2004

Dipl.-Med. Liane Voß,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Neuruppin
ab 30.06.2004

Detlef Wirth,
Facharzt für Orthopädie in Potsdam
ab 01.07.2004

Anstellung in Einrichtung gem. § 311 Abs. 2 SGB V

Dr. med. Hartmut Huget,
Facharzt für Innere Medizin im
Amb. Gesundheitszentrum Schwedt
ab 01.07.2004

Dipl.-Med. Gerd Kaminsky,
Facharzt für Allgemeinmedizin
im Med. Zentrum Lübbenau
ab 01.07.2004

Ermächtigungen

Dr. med. Peter Bartel,
Facharzt für Urologie am Humaine Klinikum
Bad Saarow,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Urologen bzw. Urologen in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Urodynamik für die Zeit
vom 23.06.2004 bis 31.12.2004.

MR Dr. med. Eberhard Brödner,
Facharzt für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Elsterwerda,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Rheumatologie für die Zeit
vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

Dr. med. Ullrich Fleck,
Facharzt für Chirurgie am DRK-Krankenhaus in Luckenwalde,

ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für eine Spezialsprechstunde für Problemfälle mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und Tumoren im gastrointestinalen Bereich; zur ambulanten Chemotherapie gastrointestinaler Tumore sowie zur Durchführung der präventiven Koloskopie für die Zeit
vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

Dr. med. Thomas Funk,
Facharzt für Neurochirurgie am Klinikum Frankfurt (Oder),
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Chirurgie, Orthopädie, Neurologie und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Chirotherapie bzw. Fachärzten für Chirurgie, Orthopädie, Neurologie und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Chirotherapie in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen und differentialdiagnostischen Abklärung auf dem Gebiet der Neurochirurgie für die Zeit
vom 01.07.2004 bis zum 30.06.2006.

Dr. rer. nat. Christian Haase,
Psychologischer Psychotherapeut an der Landesklinik Lübben mit Sprechstunde im Kinder- und Jugendzentrum in Unterspreewald/OT Neuendorf am See,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie für Kinder und Jugendliche, begrenzt auf die Kinder des Kinder- und Jugendzentrums für die Zeit
vom 16.06.2004 bis zum 30.06.2006.

Steffen Hecht,
Facharzt für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Elsterwerda,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen gastroenterologisch/endoskopisch tätigen Fachärzten für Chirurgie und Innere Medizin und entsprechenden Fachärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung der diagnostischen/kurativen

gastroenterologischen Endoskopie für die Zeit vom 01.07.2004 bis zum 30.06.2006; ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur präventiven Koloskopie für die Zeit
vom 01.07.2004 bis 30.06.2005.

Prof. Dr. med. Rüdiger Heicappell,
Facharzt für Urologie am Klinikum Uckermark in Schwedt,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Urologen und Urologen in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für spezielle urologische Fragestellungen zur OP-Indikation bzw. Therapiemöglichkeiten spezieller urologischer Krankheitsbilder und für das Einlegen, den Wechsel, die Entfernung einer Ureterverweilschiene sowie den Wechsel oder das Entfernen eines Harnblasenfistel- oder Nierenfistelkatheters sowie ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Gynäkologen und Urologen bzw. entsprechenden Fachärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Urodynamik für die Zeit
vom 09.06.2004 bis 30.06.2006.

Dr. med. Liane Klinke,
Fachärztin für Transfusionsmedizin am Humaine Klinikum Bad Saarow,
ermächtigt auf Überweisung von am Klinikum Bad Saarow ermächtigten Ärzten für Laborleistungen im Zusammenhang mit Bluttransfusionen für die Zeit
vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

Dr. med. Thomas Kolombe,
Facharzt für Chirurgie am DRK-Krankenhaus in Luckenwalde,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Chirurgen und Orthopäden sowie Chirurgen und Orthopäden in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für eine konsiliarische Beratung für die Zeit
vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

Dr. med. Rainer Kube,
Facharzt für Chirurgie am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Chirurgen und Chirurgen in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Beratung und Nachsorge von Tumorpatienten im Rahmen des OSP Cottbus, zur Beratung und Nachsorge von Patienten mit visceralchirurgisch zu behandelnden abdominellen und retroperitonealen Erkrankungen sowie zur Indikationsstellung, Beratung und Nachbetreuung von Patienten mit morbidem Adipositas hinsichtlich bariatrisch-chirurgischer Eingriffe für die Zeit
vom 09.06.2004 bis zum 30.06.2005.

Dr. med. Wolfgang Meier,
Facharzt für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Elsterwerda,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur präventiven Koloskopie für die Zeit
vom 23.06.2004 bis 30.06.2005.

Prof. Dr. med. Michael Matthias,
Facharzt für Innere Medizin an der Rehabilitationsklinik Märkische Schweiz in Buckow,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der onkologischen Hämatologie, zur Durchführung ambulanter Chemotherapien und auf dem Gebiet der Schmerztherapie für die Zeit
vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

MR Dr. sc. med. Klaus Müller,
Facharzt für Orthopädie am Oberlinhaus in Potsdam,
für konsiliarische Untersuchung und die Mitbehandlung von entwicklungsverzögerten Kindern und Jugendlichen bis zum Höchstalter von 23 Jahren
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V, soweit die

Kinder und Jugendlichen im Oberlinhaus Potsdam betreut werden und auf Überweisung von zugelassenen Orthopäden, Kinderärzten und als Praktische Ärzte niedergelassenen Kinderärzten bzw. entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V, soweit die Kinder und Jugendlichen nicht im Oberlinhaus Potsdam wohnhaft sind für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.09.2004.

Dr. med. Rüdiger Müller,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Achenbach-Krankenhaus in Königs Wusterhausen,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung ambulanter Chemotherapien und für die Planung der Geburtsleitung gem. § 5 Abs. 2 BMV-Ä und § 9 Abs. 2 BMV-Ä/EK in Verbindung mit den Mutterschafts-Richtlinien Teil B Nr. 6 für die Zeit vom 01.10.2004 bis 30.09.2006.

Dr. med. Harm Ohlmeier,
Facharzt für Innere Medizin am Klinikum "Ernst v. Bergmann" in Potsdam,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Durchführung von transösophagealen dopplerechokardiographischen Untersuchungen und für Einschwemm-katheter-Untersuchungen für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

Dr. med. Norma Peter,
Fachärztin für Innere Medizin am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Innere Medizin/SP Hämatologie und internistische Onkologie und entsprechenden Fachärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Hämatologie und Onkologie zur Behandlung von Problemfällen zur Nachsorge nach Hochdosis-Chemotherapie einschließlich

Stammzellentransplantation, bei akuten Leukämien und hoch malignen Lymphomen für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

Dr. med. Frank Petri,
Facharzt für Innere Medizin am Krankenhaus Märkisch-Oderland/BT Strausberg ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen pneumologisch tätigen Internisten/Lungenärzten bzw. entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Bronchoskopie sowie auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung zytostatischer Chemotherapien für Patienten mit einem Bronchialkarzinom für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

Dr. med. Irene Ruschke,
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin am Kreiskrankenhaus Prignitz in Perleberg ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin sowie Praktischen Ärzten, die die Facharztanerkennung Kinder- und Jugendmedizin erworben haben bzw. entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie in Ausnahmefällen aus ländlichen Regionen, in denen in zumutbarer Entfernung kein Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in eigener Niederlassung tätig ist, auch auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Allgemeinmedizin und Praktischen Ärzten auf dem Gebiet der Kinderkardiologie für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

Dr. med. Sigrid Scharein,
Fachärztin für Neurologie am Kreiskrankenhaus Prignitz in Perleberg ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Neurologen, Psychiatern und Orthopäden sowie entsprechenden Fachärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Diagnostik von muskulären Erkrankungen und für die Behandlung mit Botulinum-Toxin

A und B für die Zeit vom 09.06.2004 bis 30.06.2006.

Dipl.-Psych. Brigit Schmitt,
Psychologische Psychotherapeutin beim Caritasverband für Brandenburg e.V. in Frankfurt (Oder)
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der analytischen Psychotherapie für die Zeit vom 16.06.2004 bis 30.06.2006.

Dr. med. Uwe Schröder,
Facharzt für Neurochirurgie am Klinikum Frankfurt (Oder)
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Chirurgie, Orthopädie, Neurologie und Ärzten mit der Zusatzbezeichnung Chirotherapie bzw. entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen und differentialdiagnostischen Abklärung auf dem Gebiet der Neurochirurgie für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

Matthias Schubert,
Facharzt für Anästhesiologie am Klinikum Niederlausitz in Senftenberg mit Sprechstunde in Elsterwerda
ermächtigt auf Überweisung der in Elsterwerda niedergelassenen Chirurgin Frau Dr. Albrecht zur Durchführung von ambulanten Anästhesien für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

Dr. med. Werner Schütze,
Facharzt für Psychiatrie/Kinder- und Jugendpsychiatrie (ausschließl. psychotherapeutisch tätig) an der Havellandklinik Nauen
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sowie für übende Verfahren für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

Dr. med. Manfred Seipt,
Facharzt für Radiologie am Kreiskrankenhaus Belzig
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von am Kreiskrankenhaus Belzig ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der Radiologie; auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw.

Biete - Suche

Sehr günstig abzugeben:

Wegen Auflösung einer hausärztlich-internistischen Praxis:

- 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**

Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Computertomographie bei Versicherten, die bereits wegen eines Tumorleidens stationär behandelt worden sind; auf Überweisung von zugelassenen HNO-Ärzten bzw. HNO-Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für Speiseröhrenkontrastuntersuchungen; auf Überweisung von Chirurgen bzw. Chirurgen in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für Dickdarmuntersuchungen im Doppelkontrast und Röntgenuntersuchungen natürlicher oder krankhaft entstandener Gangsysteme, Höhlen oder Fisteln sowie auf Überweisung von zugelassenen Urologen bzw. Urologen in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für Harntrakt-Kontrastuntersuchungen für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

Dr. med. Manfred Volkmann,
Facharzt für Diagnostische Radiologie am Kreiskrankenhaus Belzig
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von am Kreiskrankenhaus Belzig ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der Sonographie, auf dem Gebiet der Radiologie sowie für Punktionen unter sonographischer Kontrolle für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

Priv.-Doz. Dr. med. Roland Wagner,
Facharzt für Chirurgie am Klinikum "Ernst v. Bergmann" in Potsdam
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Thoraxchirurgie für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

Prof. Dr. med. habil. Volker Wahn,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Uckermark in Schwedt
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Kinderärzten und Hausärzten bzw. Kinderärzten und Hausärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Diagnostik und Therapie auf dem Gebiet der Allergolo-

gie, Immunologie und Pneumologie sowie auf dem Gebiet der pädiatrischen Rheumatologie und Hämatologie für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

Verlegung des Praxissitzes

Dr. med. Gabriele Brunneemann,
Fachärztin für Innere Medizin (ausschließl. psychotherapeutisch tätig) in Hohen Neuen-dorf,
neue Adresse zum 01.10.2004: Hauptstr. 36 in Oranienburg;

Dr. med. Bernd Domann,
Facharzt für Anästhesiologie in Hosena,
neue Adresse: Schipkauer Str. 10, Schwarzheide;

Dipl.-Psych. Karin Dusdal,
Psychologische Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Bernau,
neue Adresse zum 01.08.2004: Altstadt 19, Werneuchen;

Dr. med. Frank Freitag,
Fachärztin für Neurologie in Potsdam,
neue Adresse zum 01.10.2004: Berliner Str. 127;

Dr. med. Michael Gerdemann,
Facharzt für Augenheilkunde in Kleinmachnow,
neue Adresse: Förster-Funke-Allee 104;

Dipl.-Med. Frank Heinrich,
Facharzt für Innere Medizin in Groß Gaglow,
neue Adresse: Thiemstr. 124 in Cottbus;

Dr. med. Frank Käßner,
Facharzt für Innere Medizin in Groß Gaglow,
neue Adresse: Thiemstr. 124 in Cottbus;

Dipl.-Psych. Ursula Kny,
Psychologische Psychotherapeutin in Königs Wusterhausen,
neue Adresse: Berliner Str. 19a;

Dr. med. Angelika Köhler,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Teltow,
neue Adresse: Rheinstr. 10c;

Dipl.-Med. Mario Kolb,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Wuthenow,
neue Adresse: Fehrbelliner Str. 38, Haus R in Neuruppin

Dr. med. Peggy Opitz-Mros,
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Spremberg,
neue Adresse: Fröbelstr. 1;

Dipl.-Med. Frank Rudolph,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Neuruppin,
neue Adresse: Wichmannstr. 18;

Dipl.-Med. Frank Schielicke,
Facharzt für Innere Medizin/Hausarzt in Beelitz,
neue Adresse: Berliner Str. 153;

Dr. med. Norbert Schulz,
Facharzt für Innere Medizin in Bergholz-Rehbrücke,
neue Adresse: Zum Springbruch 1a in Nuthetal/OT Bergholz-Rehbrücke;

Christiane Wernicke,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Perleberg,
neue Adresse: Wittenberger Str. 34;

Dipl.-Psych. Werner Wolf,
Psychologischer Psychotherapeut in Neuruppin,
neue Adresse: Luise-Hensel-Str. 14;

Dr. med. Klaus Zimmermann,
Facharzt für Innere Medizin in Templin,
neue Adresse: Karl-Marx-Str. 2a in Prenzlau

Unser Info-Tipp

NAV- Informationsbroschüre "Honorarkürzung und Regress"

Der NAV-Virchow-Bund informiert über Honorarkürzung und Regress in der vertragsärztlichen Tätigkeit. Das zwölf Seiten starke Merkblatt "Honorarkürzung und Regress" enthält die rechtlichen Grundlagen und deren Erläuterungen sowie alle Neuerungen, die durch das GKV-Modernisierungsgesetz in diesem Jahr in Kraft getreten sind. Es ist übersichtlich aufgebaut, verständlich formuliert und durch Argumentationshilfen für verbreitet auftretende Fälle ergänzt.

Da sich in diesem Jahr die Wirtschaftlichkeitsprüfungen weiter verschärfen haben, wird Vertragsärzten empfohlen, sich rechtzeitig über die aktuellen Änderungen zu informieren. Die Rechtsberatung des NAV-Virchow-Bundes für Mitglieder bietet neben dem Merkblatt eine sinnvolle Ergänzung dazu.

Das Merkblatt ist für Mitglieder kostenlos erhältlich. Für Nichtmitglieder kostet es 2 Euro. Das Merkblatt "Honorarkürzung und Regress" ist erhältlich bei:

NAV-Virchow-Bund
Belfortstr. 9
50668 Köln
Tel.: 0221/9730030
Telefax: 0221/7391239

Allen Unkenrufen zum Trotz, wir Deutschen sind auf dem besten Wege zur Sportsnation! Die Hälfte - ja, Sie haben richtig gelesen - die Hälfte aller Deutschen wollen regelmäßig Sport treiben. Vor- ausgesetzt, die Krankenkasse belohnt das mit einem Beitrags-Bonus!

Wahrer Sportsgeist!

Das nenne ich wahren Sportsgeist! Ich sehe sie schon vor mir, die rennenden, walkenden, schwimmenden, Rad fahrenden, in Fitness-Studios an den Geräten schwitzenden Bonus-Wütigen im schwarz-rot-goldenen Dress. Was aber ist mit den Bierkästen schleppenden 30jährigen? Und jenen, die beim Herrenabend ihre Lungenflügel kräftigen und mit Inbrunst an der Zigarre ziehen?

Also ich bin da schon für Gleichberechtigung. Und insofern sollte auch die sich mit Wassereimer und Schrubber abmühende Hausfrau und beispielsweise Erna, das Bügelwunder von nebenan, mit ein paar Bonuspunkten belohnt werden

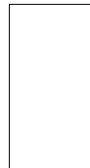
Unstrittig ist jedoch, dass die derzeit angebotenen Boni-Varianten reine Marketinginstrumente sind, wie es jüngst der Vize der IKK, Gernot Kiefer, fest-

stellte. Und alles andere als preiswerte. Im Gegenteil. Die Jagd - und dies ist ja auch eine sportliche Betätigung - auf den Versicherten hat eine neue Dimension erreicht. Da entblödet sich auch (fast) keine Kasse, bei so und so vielen Punkten eine Fettwaage, ein Paar Turnschuhe, eine Hantel oder ein Fitnessgetränk auszuloben.

Na ja, sportlicher Ehrgeiz wird eben vielfältig geweckt. Wenn andererseits jedoch kein Geld mehr zur Verfügung steht für eine notwendige Arzneimitteltherapie, oder die Oma jetzt einen nicht unerheblichen Teil ihrer Medikamente selbst bezahlen muss, der Enkel aber die Sportschuhe gratis von seiner Krankenkasse bekommt, dann wird zumindest für mich als bunten Vogel das System pervertiert.

Doch nun tschüs, ich will mich heute für ein Bonusprogramm meiner Kasse einschreiben, schließlich gibt's ein Säckchen voller Borkenkäferlarven kostenlos, wenn ich keinen Tag im Jahr aus meiner Baumhöhle falle! Guten Fall, äh, Flug wünscht Ihr ...

... specht



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

Mahnverfahren Praxisgebühr durch die KVBB

Es ist für mich unverständlich, wie die KVBB durch Brandenburger Kollegen mit 6.400 Mahnungsfällen belastet werden kann. Ich habe durch unsere Gemeinschaftspraxis bisher kein einziges Mahnverfahren, da wir das Übel konsequent an der Wurzel bekämpfen! Dass wir nun für unsere verantwortungsbewusste Haltung gegenüber den Ressourcen der KVBB möglicherweise auch noch durch eine erhöhte Verwaltungspauschale bestraft werden, ist für mich die eigentliche Tragödie.

Gerechter wäre es, von jenen Kollegen eine Verwaltungsgebühr abzukassieren, die es wagen, ein Mahnverfahren an die KVBB weiterzureichen. Denn das sichere Eintreiben der Praxisgebühr ist zu 100% möglich, wenn nur am Empfangstresen die Spielregeln klar sind:

- Kommt ein Patient in die Praxis und kann die 10 € Praxisgebühr nicht bezahlen, dann wird die Behandlung abgelehnt! Das hat erzieherische Wirkung! Im Notfall würden wir auch ein für den Patienten wichtiges bzw. wertvolles Pfand akzeptieren wie Ausweis, Chipkarte, Ehering etc.

- Oft kommen auch Patienten, die vorgeben, die Überweisung, Quittung oder den Befreiungsausweis vergessen zu haben. Auch kein Problem: Entweder zahlt der Patient 10 € Pfand, oder er kann gehen. Wenn er das Pfand hinterlegt hat und die befreienden Voraussetzungen nachreicht, erhält er das Geld

zurück, ansonsten wird der Fall eben zu Quartalsende als praxisgebührenpflichtig verbucht.

- Wenn man aus Dankbarkeit einen Patienten von der Praxisgebühr befreit, da er z. B. den Arzthund regelmäßig ausführt, dann muss der Kollege eben auf 10 € in seinem Portemonnaie verzichten. Dass aber dieser Fall schließlich bei der KVBB Mahnungsstelle landet und Verwaltungsaufwand auslöst ist für mich absolut unverständlich.

Und sollte einmal, wie der Zufall es so will, eine Praxisgebühr nicht eingetrieben werden können, wäre es da nicht sehr viel kollegialer, diesen Fall unkompliziert zu lösen und einmal im Quartal auf die 10 € zu verzichten? Die KVBB und alle Kollegen in Brandenburg wären dankbar, wenn damit das Thema vom Tisch ist!

Dr. med. Andreas Kind
FA für Augenheilkunde
Falkensee

Aufruf zum "Frühjahrsputz"!

Mögen Sie es Feigheit nennen, weil Sie diese Zeilen anonym erreichen. Aus Erfahrung jedoch wird man klug. Mir geht es um das Thema Qualitätsmanagement in der Arztpraxis.

Die KV Brandenburg hat so gar schon einen ganzen Fachbereich für Qualitätssicherung mit einer hervorragenden Medizintheoretikerin an der Spitze. Es ist doch richtig erfrischend, uns von der

"Fachbereichsleiterin Qualitätssicherung" zum "Frühjahrsputz" aufrufen zu lassen, damit wir uns "danach alle irgendwie glücklich, zufriedener und wohler fühlen". (Vgl. "KV-intern" 3/2004 S. 21-23) Natürlich alles mit Honoraren der niedergelassenen Kollegen finanziert. Wird hier der Bock zum Gärtner gemacht?

Ich persönlich bin nach wie vor von der Notwendigkeit unserer KV überzeugt, habe bis ca. vor einem Jahr auch voll hinter unserer KV gestanden. Nach wie vor schätze ich ihr persönliches Engagement, Herr Dr. Helming, ehrlichen Herzens sehr! Aber wieso treibt unsere KVBB zunehmend "eigenartige Blüten"? Das macht mich sehr besorgt.

Mit kollegialen Grüßen ...

Zum "Grünen Rezept"

Bisher verhalten wir uns alle als "Handlanger" der Kassen, setzen uns mit vielen Diskussionen zu dieser Maßnahme mit dem Patienten auseinander, kaufen grüne Rezepte und füllen diese brav aus, damit die Kassen sparen können. Das kostet unsere Kräfte und täglich viel Zeit.

Bisher wurde nicht darüber gesprochen, dass es sich um das Ausstellen eines Privatrezeptes handelt - von grüner Farbe, so die GOÄ in Anwendung käme und wir vielleicht die Unkosten hereinholen könnten, die wir seit 1.1.04 verloren haben.

Bitte nehmen Sie dazu Stellung. Vielen Dank.

Dipl.-Med. Gisela Giermann
Allgemeinmedizinerin, Hennigsdorf

Impressum

KV-intern
Monatsschrift der Kassenärztlichen
Vereinigung Brandenburg

Herausgeber:

Landesgeschäftsstelle der
Kassenärztlichen Vereinigung
Brandenburg
Gregor-Mendel-Str. 10 - 11
14469 Potsdam
Telefon: 0331/28 68 100
Telefax: 0331/28 68 191
Internet: <http://www.kvbb.de>
Email: info@kvbb.de

Redaktion:

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

Redaktionsschluss:

17. August 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

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 Kinderheilkunde

Planungsbereich:
Frankfurt (Oder)/St. / Oder-Spree
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 54/2004

Facharzt/Fachärztin für Nervenheilkunde

Planungsbereich: Märkisch-Oderland
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 55/2004

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde

Planungsbereich: Elbe-Elster
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 56/2004

Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

Planungsbereich: Havelland
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 57/2004

Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde

Planungsbereich: Dahme-Spreewald
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 58/2004

Facharzt/Fachärztin für HNO-Heilkunde

Planungsbereich: Spree-Neiße
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 59/2004

**Facharzt/Fachärztin für
Augenheilkunde**
Planungsbereich:
Frankfurt (Oder)/St. / Oder-Spree
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 60/2004

**Facharzt/Fachärztin für
Nervenheilkunde**
Planungsbereich:
Frankfurt (Oder)/St. / Oder-Spree
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 61/2004

Facharzt/Fachärztin für Urologie
Planungsbereich: Potsdam/Stadt
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 62/2004

**Facharzt/Fachärztin für
Nervenheilkunde**
Planungsbereich: Märkisch-Oderland
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 63/2004

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 **06. Oktober 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.

Herzliche Glückwünsche!!



zum 50.

Dipl.-Med. Silvia Baumgart, Biesenthal

Dr. med. Ullrich Fleck, Luckenwalde

Dr. med. Jutta Franz-Reichel, Zehdenick

Dr. med. Ulrich von Grünhagen, Cottbus

Dipl.-Med. Ravindra Gujjula, Altlandsberg

Dr. med. Michael Häberer, Oranienburg

Dr. med. Marita Kalinowski, Oranienburg

Dipl.-Med. Cornelia Lehmann, Cottbus

*Dipl.-Psych. Sigrid Neuendorf,
Birkenwerder*

Dipl.-Med. Regina Ott, Eisenhüttenstadt

*Dr. med. Hans-Joachim Riechardt,
Brandenburg*

Dr. medic(RO) Eva-Maria Schenke, Belgig

Dr. med. Eleonore Schönrock, Potsdam

*Dr. med. Barbara Tschampel,
Schönewalde*

*Dr. med. Axel Voigt,
Hohen Neuendorf/OT Borgsdorf*

Dr. med. Detlef Vorpahl, Brandenburg

Dr. med. Christiane Weber, Oranienburg

zum 60.

Dr. med. Wolfgang Engmann, Templin

*Dipl.-Med. Bernd Hammermüller,
Bad Liebenwerda*

Dr. med. Helge Janßen, Potsdam

Dr. med. Albrecht Kriebel, Beeskow

Dr. med. Wolf-Dieter Pusinelli, Cottbus

Dipl.-Med. Barbara Schick, Potsdam

Dr. med. Erhard Wicht, Brandenburg

Margret de Witt M. A., Potsdam

zum 65.

Dr. med. Margitta Fichler, Bernau

Dr. med. Dietrich Goltzsche, Neuzelle

Dr. med. Ludwig Loos, Eisenhüttenstadt

Dr. med. Lothar Schmeißer, Senftenberg

Dr. med. Christa Winkler, Falkensee

zum 66.

Dr. med. Elke Asadullah, Potsdam

*MR Dr. med. Friedhelm Drope,
Petershagen/Eggersdorf*

*Dr. med. Manfred Finsterbusch,
Boitzenburg*

Dr. med. Waltraud Gründel, Potsdam

Dr. med. Ullrich Miller, Potsdam

Dr. med. Peter Wehrhahn, Frankfurt

zum 67.

Dr. med. Hans-Peter Bestmann, Templin

*Dr. sc. med. Wilfried Eichhorn,
Bad Saarow*

Ingrid Gesper, Dahme/Mark

*MR Dr. med. Karl-Heinz Schröder,
Bad Saarow*

zum 68.

*Dr. med. Lutz Schneider,
Sieversdorf-Hohenofen*

zum 69.

Frieder Pickert, Frankfurt

zum 71.

*SR Benno Kapahnke,
Petershagen/Eggersdorf*

Karikatur

“Das ist das Formular XYZ1, Buchstabe A, und die entsprechenden Ergänzungen, Änderungen, Modifizierungen, Ausführungsbestimmungen und Umsetzungs-Richtlinien dazu habe ich auch gleich mit gebracht!”

Zeichnung: **A. Purwin**