



Liebe Leserinnen, liebe Leser

Eine Frohnatur ist sie, unsere Bundesgesundheitsministerin. Und sie kommt aus einer der Karnevalshochburgen, aus Aachen. Rosenmontag ist also ein Datum, das ihr geradezu auf den Leib geschneidert ist. Insofern wunderte es nicht, dass sie sich just an diesem Tag zu Wort meldete; in der "Berliner Zeitung". Unter der Überschrift "Mediziner müssen mobiler werden!" sinniert Frau Minister über die ambulante Medizin im Allgemeinen und im Besonderen.

Neu sind ihre Überlegungen nicht. Konkrete Vorschläge - Fehlanzeige. Ulla Schmidt appelliert; an die jüngeren Ärzte, doch aufs Land zu gehen. Schließlich hätten sie ihre Ausbildung zum Arzt finanziert bekommen und müssten nun aber auch Verantwortung übernehmen. Verantwortung heißt in dem konkreten Fall bei der Ministerin, sich in Regionen nieder zu lassen, die nicht so attraktiv sind wie Großstädte.

Dass jedoch ist nicht ihr einziger Appell. Aufhören müsste jedenfalls auch, "dass bestimmte, schon Etablierte so tun, als sei es das Schlimmste, was einem in Deutschland passieren kann, Arzt oder Ärztin zu werden". Abgesehen davon, dass dies wohl erheblich übertrieben ist, bleibt schon die Frage, warum alteingesessene Ärzte ihre Kinder nicht unbedingt ermuntern, in die eigenen Fußstapfen zu treten. Vielleicht liegt es an der überbordenden Bürokratie, an der zunehmenden Reglementierung oder den hohen Belastungen bei unzureichender Finanzierung?

Und Frau Minister appelliert an die Kassen, die Beiträge weiter zu senken. "Wir sehen ganz aktuell einen Spielraum von durchschnittlich 0,2 Beitragspunkten", argumentiert sie. Vor einem Jahr hörte sich das noch ganz anders an. Zum Jahresende 2004 sollte der durchschnittliche Beitragssatz 13,6 Prozent betragen, jetzt liegt er bei 14,2 Prozent, in einigen Kassen noch erheblich darüber.

Appelle allein reichen nicht, auch wenn sie sich noch so schön anhören. Es fehlen klare Konzepte und vor allem Visionen. Heute als junger Arzt in den ländlichen Regionen Brandenburgs tätig zu werden, ist eben nicht allein eine Entscheidung aus Verantwortung heraus. Denn schließlich soll ein solcher Schritt nicht ein

vorübergehendes Intermezzo sein. Es ist eine Lebensentscheidung. Sie jedoch setzt auch eine finanzielle Perspektive voraus und bezieht andere Aspekte wie Infrastruktur, kulturelles Angebot und die wirtschaftliche Lage - nicht zuletzt auch mit Blick auf die eigene Familie - insgesamt mit ein.

Nur an die Vernunft zu appellieren ist ebenso wenig hilfreich wie ein Verstecken hinter den Problemen und ein Nur-auf-Probleme-Verweisen. Die KV Brandenburg hat mit ihrem Sicherstellungsstatut und den darin enthaltenen Angeboten bereits im September 2003 ein taugliches Konzept entwickelt, wie einem Teil der Probleme entgegen gewirkt werden kann. Dass es noch nicht so angenommen wird, wie wir dies erhofft haben, liegt daran, dass es allein eben auch nur der berühmte Tropfen auf dem heißen Stein ist.

Allerdings sollten wir die Wirkung auch nicht unterschätzen. Dass heute die Sicht auf die Probleme weit schärfer ist als noch vor fünf Jahren, dass sich immer mehr gerade regional Verantwortung tragende Politiker engagieren, ist nicht zuletzt ein Erfolg der KV Brandenburg auf diesem Gebiet.

Ralf Herre

Pressesprecher

“Strenge Prüfung und gegebenenfalls harte Sanktionen - das ist die KV den ehrlich abrechnenden Kollegen schuldig!”

Aktuell im Gespräch mit
MUDr./CS Peter Noack,
stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes
der KV Brandenburg



Vor wenigen Tagen standen wieder einmal Vertragsärzte im Focus der Medien: Abrechnungsbetrug im Saarland. Tenor, die KVen kontrollieren nur ungenügend und bei Auffälligkeiten decken sie den Mantel des Schweigens darüber. Um es salopp zu formulieren, eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus ...

Im Saarland geht es im Kern darum, dass Patienten gemeinsam mit Ärzten und Apothekern im Bereich der Arzneimittelverordnungen betrügerisch zu Lasten der GKV abgerechnet haben sollen. Rezeptprüfungen kann aber nur die Krankenkasse durchführen, das kann nicht die KV! Ungeachtet dessen, vertrete ich nach wie vor zu dieser Thematik einen klaren Standpunkt: Wer nachweislich betrügt oder zu Lasten seiner Kollegen unwirtschaftlich abrechnet, muss auch die Härte eines Regresses, eines Disziplinarverfahrens oder eines staatsanwaltlichen Ermittlungsverfahrens spüren. Diese Verfahren aktiv umzusetzen, ist sozusagen die "Bringeschuld" der KV gegenüber den ehrlichen Kollegen.

Lassen Sie uns das bitte anhand konkreter Zahlen verdeutlichen.

Lassen Sie es mich bitte am Beispiel der Plausiprüfungen verdeutlichen. Wir haben in den letzten beiden Jahren für 836 Praxen eine Überprüfung eingeleitet.

“Wir” heißt die KV?

Auch die KV, aber ebenso die Kassen und der Prüfungs- bzw. Beschwerdeausschuss. Von den 836 Prüfungen erfolgten dabei 590 auf Antrag der Genannten, nachdem Auffälligkeiten festgestellt wurden. Die übrigen 246 Prüfungen im Ergebnis von sogenannten Stichprobenprüfungen. Natürlich kam es auch in den Vorjahren zu Plausiprüfungen in vergleichbarem Umfang.

Sind diese 836 Prüfverfahren bereits abgeschlossen?

Nein, wir haben in den letzten beiden Jahren erst 383 Verfahren geschafft.

Mit welchem Ergebnis?

Bei der überwiegenden Mehrheit fand eine sachlich-rechnerische Berichtigung und/oder eine gezielte Beratung, unter anderem auch in schriftlicher Form, statt.

Einige Praxen mussten aber auch Honorar zurück zahlen?

Ja, hierbei handelt es sich um knapp 40 Praxen. Dabei geht es um Summen zwischen 500 und 200.000 Euro je Praxis.

Wohin fließen diese Gelder?

Sie fließen zurück in die Gesamtvergütungen, sofern es sich nicht um Rückzahlungen von Finanzanteilen handelt, die außerhalb der Gesamtvergütung gezahlt wurden, beispielsweise Gelder für die Prävention. In diesen Fällen gehen die Rückzahlungen zu den Kassen.

Gab es Disziplinarverfahren?

Auch. Wir haben aufgrund der Ergebnisse der Plausiprüfung 7 Anträge auf Einleitung eines Disziplinarverfahrens gestellt, davon sind bereits 5 Verfahren abgeschlossen. In 7 Fällen haben wir als KV Brandenburg die Staatsanwaltschaft unterrichtet.

Wir sprechen bislang ausschließlich von Prüfung der Behandlungsweise, nicht über eine Kontrolle der Verordnungsweise ...

Richtig. Wobei ich ergänzen möchte, dass natürlich die Abrechnungen aller 3.600 Ärzte jedes Quartal auf ihre sachlich-rechnerische Richtigkeit geprüft werden! Darüber hinaus geht unser KV-spezifisches Beschwerdemanagement konkreten Hinweisen von Patienten, Kassen und Ärzten nach.

Sie deuteten bereits an: Die KV kann Entscheidendes nur im Miteinander mit den Kassen prüfen.

Ja. Aus meiner Sicht sind dies zwei Gebiete:

1. Im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung durch entsprechende gemeinsame Prüfungsvereinbarungen und durch

das Umsetzen von auf Bundesebene beschlossenen Richtlinien zur Arbeit der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse, inklusive der Arbeit der zuständigen Geschäftsstelle;

2. Im Rahmen der Abrechnungsprüfung beispielsweise nach Zeitschienen durch eine gemeinsame Vereinbarung.

In der Januar-Ausgabe von "KV-intern" hatten Sie angekündigt, dass die KV ihre Beratungstätigkeit auch und gerade im Prüfgeschehen, ausbauen wird. Gibt es dazu konkrete Überlegungen?

Zum einen denken wir daran, unsere Mitglieder in den Prüfungsgremien konkret bei der Beurteilung von Prüfanträgen zu unterstützen. Beispielsweise könnte dies eine gemeinsame Erörterung der zu prüfenden Sachverhalte sein, da die KV ja auch Verfahrensbeteiligter ist.

Zum anderen werden wir sowohl ein allgemeines Beratungsangebot gegenüber unseren Mitgliedern entwickeln, als auch unsere Ärzte bei der Erarbeitung von Stellungnahmen im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung unterstützen. Soweit dies natürlich gewollt ist.

Stichwort Zusammenarbeit mit den Kassen. Das Jahr hat gleich turbulent angefangen: Verhandlungen über Richtgrößen, Vergütungen, Nachvergütungen, den nun zu vereinbarenden Honorar-Verteilungs-Vertrag ...

Turbulent verstehe ich mal im Sinne von arbeitsintensiv und da heißt es so schön: "Wir arbeiten Tag und Nacht" ...

Wie stellt sich die Situation im Einzelnen dar?

In Umsetzung der politischen Vorgabe

nach dem GKV-Modernisierungsgesetz ist die Vereinbarung zum Ausgabenvolumen von Arznei- und Heilmitteln, die Zielvereinbarung sowie die Richtgrößenvereinbarung 2005 praktisch unterschriftsreif. Nachvergütungen für die Psychotherapie nach Beschluss des Bewertungsausschusses, in dem die Spitzenverbände der Kassen und die KBV gemeinsam beschließen, wollen die Krankenkassen auf Landesebene allerdings nicht finanzieren.

Das heißt?

Hier wird das Schiedsamt entscheiden müssen!

Wie verhält es sich mit dem Honorar-Verteilungs-Vertrag?

Da müssen sich die brandenburgischen Kassen erst grundsätzlich positionieren. Eine erste Verhandlungsrunde blieb bislang ohne konkrete Ergebnisse. Leider.

Was sind die Knackpunkte?

Grundsätzlich gibt es zwei Wege der Honorarverteilung, die nach Vorgabe des Bewertungsausschusses möglich sind. Entweder "modifizierte Regelleistungsvolumen Brandenburg", welche im Wesentlichen zum einen Versorgungssicherheit für Patienten - also auch für die Versicherten der Kassen - und Planbarkeit der Praxistätigkeit garantieren, oder eine Neuregelung auf Basis eines 80% transcodierten Leistungsbedarfs nach EBM 2000plus. Letzteres führt jedoch nach unseren derzeitigen Analysen zu erheblichen Unsicherheiten und Fehlern, wäre jedoch zwingend umzusetzen, wenn die Kassen zur brandenburgischen Variante ihr Einvernehmen nicht herstellen.

Was wird, wenn wir nicht zu einer

vertraglichen Lösung mit den Kassen kommen?

Dann muss auch hier das Schiedsamt, so steht es im Gesetz, die Honorarverteilung festlegen. Und dies vor dem 1.4.05!

Ist das Schiedsamt eigentlich wieder arbeitsfähig?

Ja, Kassen und wir haben uns auf einen neuen Vorsitzenden geeinigt. Formell muss dieser aber noch berufen werden.

Zu Monatsbeginn hat die KV Berlin öffentlich gemacht, dass aufgrund der gesetzlich festgelegten Nachvergütung psychotherapeutischer Leistungen mit erheblichen Einschnitten in der fachärztlichen Versorgung zu rechnen sei. Es fehlt schlichtweg das Geld. Wie wirken sich die Nachvergütungen in Brandenburg aus?

Für die Nachvergütung werden in Brandenburg ca. 4,1 Mio. benötigt, ohne dass hierbei der neu zu fassende Beschluss des BWA bereits Berücksichtigung gefunden hat. Dieses Geld muss von den Kassen kommen, da es sich letztlich um Leistungen handelt, welche durch das Psychotherapeutengesetz aus dem Jahr 1999 erst zu neuen Leistungen innerhalb der Gesamtvergütung wurden. Das Geld für diese Leistungen waren also bis dahin nicht in der ärztlichen Gesamtvergütung enthalten! Die Kassen haben aber all diese Leistungen genehmigt! Die KV - genauer Ärzte und Psychotherapeuten gemeinsam - werden um dieses Geld kämpfen! Um es unmissverständlich zu sagen: Wer die Musik bestellt, muss sie auch bezahlen!

Dr. Noack, danke für das Gespräch Gefragt und notiert von Ralf Herre

Pressemitteilung der KV Brandenburg

8.540 Brandenburger verweigerten von Januar bis September 2004 Praxisgebühr

KV Brandenburg leitet Mahnverfahren über Amtsgerichte ein

Potsdam, 28. Januar 2005.

Die KV Brandenburg leitet in den kommenden Tagen über die Amtsgerichte Mahnverfahren gegen insgesamt 8.540 Brandenburger Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung ein. Sie waren bislang trotz schriftlicher Zahlungsaufforderung durch die KV Brandenburg nicht bereit, die vom Gesetzgeber eingeführte sogenannte Praxisgebühr von 10 Euro beim Besuch der Arztpraxis bzw. in der Rettungsstelle an den Krankenhäusern zu bezahlen.

Das "gesamte Verfahren im Zusammenhang mit der Praxisgebühr, die eigentlich Kassengebühr heißen müsste, ist von seiner Konstruktion her allerdings unsachgemäß und führt zu einem in keiner Weise vertretbaren bürokratischen Aufwand sowohl bei den einzelnen Ärzten als auch bei der Kassenärztlichen Vereinigung", stellte der Vorsitzende der KV Brandenburg, Dr. Hans-Joachim Helming, fest. Schließlich seien diese 10 Euro Beitragsgelder der Krankenkassen! "Und deshalb müssten die Kassen diese auch selbst eintreiben. Allerdings sei die KV Brandenburg "per Gesetz verpflichtet, dieses Geld stellvertretend für die Krankenkassen einzufordern", so Helming.

Die nun eingeleiteten Mahnverfahren

über die Amtsgerichte haben zur Folge, dass die säumigen Versicherten statt 10 Euro knapp 20 Euro zu bezahlen haben. Kommen sie auch dann ihrer Zahlungspflicht nicht nach, drohen, verbunden mit weiteren Kosten, die Vollstreckung durch den Gerichtsvollzieher und Gerichtskosten bis zu 150 Euro, wenn vor den Sozialgerichten verhandelt werden muss.

Der KV-Vorsitzende forderte die Politik auf, diese unerträgliche Verfahrensweise neu zu regeln und die Forderungseintreibung den Krankenkassen zu übertragen. "Es ist vollkommen unverständlich, dass die Kassen sowohl bei den Zahnärzten als auch bei stationären Behandlungen im Krankenhaus die 10 Euro Praxisgebühr beizubringen haben, im ambulanten Bereich jedoch die Vertragsärzteschaft zu einer unbezahlten Inkassodienstleistung verpflichtet worden ist."

Insgesamt hat die KV Brandenburg bislang in den ersten drei Quartalen des Jahres 2004 12.834 Mahnungen verschickt, von denen 4.303 beglichen wurden. Offen sind hingegen 8.540. Auf die drei Quartale splittet es sich wie folgt auf:

1. Quartal 2004:

2.296 offene Mahnungen

2. Quartal 2004:

2.826 offene Mahnungen

3. Quartal 2004:

3.418 offene Mahnungen

Kritisch bewertete der KV-Vorsitzende auch das Verhalten vieler Rettungsstellen an den Krankenhäusern. Dort wurde teilweise ganz bewusst keine Praxisgebühr kassiert, sondern die Patienten erhielten eine Zahlungsaufforderung, der wiederum viele Patienten nicht nachgekommen sind. Nun müsse sich damit die KV Brandenburg herumschlagen.

"Der Löwenanteil der noch offenen Mahnungen liegt bei den Rettungsstellen der Krankenhäuser. Von den insgesamt 8.540 sind 6.784 aus diesem und nur 1.756 aus dem vertragsärztlichen Bereich."

Die KV Brandenburg ist aufgrund des übermäßigen bürokratischen Aufwandes gezwungen, zusätzliches Personal für diese Mahnverfahren bereitzustellen und zu finanzieren. "Eine solche Verfahrensweise ist einfach nur grotesk", sagte Helming.

(Auf)gelesen

Präventionsgesetz: Rolle der Ärzte stärken!

Der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, NAV-Virchow-Bund, begrüßt das Präventionsgesetz grundsätzlich, sieht aber die Rolle der niedergelassenen Ärzte darin als unterbewertet an.

"Mit dem Präventionsgesetz wurde ein richtiges Signal gesetzt. Die Prävention braucht ein stärkeres Gewicht in der Gesundheitsversorgung. Dabei darf es allerdings nicht alleine beim Schaffen neuer Institutionen bleiben", erklärte der Bundesvorsitzende Dr. Maximilian Zollner.

"Die große Schwachstelle des Gesetzes ist aber, dass die Rolle der niedergelassenen Ärzte zu unterbewertet ist, sie kommen in dem Gesetzentwurf so gut wie nicht vor. Hier ist die Bundesministe-

rin Ulla Schmidt aufgefordert, nachzubessern. Die Ärzteschaft hat die Fach- und Führungskompetenz in der Primär- und Sekundärprävention und muss daher eine maßgebliche Rolle übernehmen." Allerdings, betonte Zollner in Richtung Ärzte, müsse man sich bei diesem Thema auch auf neue Formen der Zusammenarbeit innerhalb der Gesundheitsberufe einlassen.

Bestehende Präventionsprojekte, die teils seit Jahren erfolgreich durchgeführt werden, dürften durch das Gesetzesvorhaben nicht geschwächt werden. Zudem dürfe über die Stiftung Prävention keine weitere unnötige Bürokratie aufgebaut werden.

PM/NAV

Honorarverteilung im III. Quartal 2004

In der Honorarverteilung für das III. Quartal 2004 gab es wesentliche Veränderungen im Vergleich zu den Vorquartalen.

Mit der Neuregelung des HVM zum 01.07.2004 werden die bisher zur Vergütung der Leistungen im Restpunktzahlvolumen zur Verfügung stehenden Mittel gem. § 12 (2) HVM nunmehr für eine Erhöhung des Punktwertes für das Regelleistungsvolumen (RLV - bis zum 30.06.2004 Punktzahlgrenzvolumen) bis maximal 4,8 Ct. verwendet. Die Leistungen im Restpunktzahlvolumen (RPZV) können gem. HVM nur noch dann vergütet werden, wenn über einen Punktwert für das RLV von 4,8 Ct. hinaus noch Mittel im jeweiligen Honorarfonds verfügbar sind.

Die Mittel, die nach der Vergütung des RLV mit 4,1 Ct. noch zur Verfügung stehen, werden zum Ausgleich von Abweichungen der Vergütungsanteile der fachärztlichen Arztgruppen am Honorarfonds "Fachärzte" im Vergleich zum Jahr 2003 eingesetzt.

Im Ergebnis dieser Systematik werden im III. Quartal 2004 im hausärztlichen Versorgungsbereich Leistungen im Regelleistungsvolumen sowohl für Versicherte von Primärkassen (PK) als auch für Ersatzkassen (EK) mit einem Punktwert von 4,7 Ct. vergütet.

Bei den Fachärzten können im EK-Bereich erhöhte Punktwerte für einige Arztgruppen für das RLV ausgezahlt werden. Die unterschiedlichen Punktwerte resultieren aus den o.g. Vergütungsanteilen im Jahr 2003 und korre-

spondieren im Wesentlichen mit den GMG-bedingten Fallzahlentwicklungen. Im PK-Bereich stehen hierfür keine Mittel zur Verfügung, so dass ein Punktwert von 4,1 Ct. zur Auszahlung kommt.

Eine weitere Änderung betrifft die Vergütung antrags- und genehmigungspflichtiger Leistungen des Kapitels G IV EBM von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Hier wird der sich aus der Neufassung des Beschlusses des Bewertungsausschusses (BWA) vom 29.10.04 ergebende Punktwert von 4,45 Ct. zum Ansatz gebracht.

Eine potentielle Neuregelung dieses Beschlusses betrifft nur den Zeitraum bis II/2003 und nicht den für das III. Quartal 2004 festgelegten Punktwert. Die übrigen Leistungen dieser Ärzte und Psychotherapeuten können im PK-Bereich mit einem Punktwert von 2,1 Ct. und im EK-Bereich mit einem Punktwert von 3,3 Ct. vergütet werden. Der Punktwert im PK-Bereich ist gem. § 8 (5) HVM auf eine erhöhte Steigerung des Leistungsbedarfs gegenüber dem allgemeinen Steigerungssatz der Gesamtvergütung seit dem Jahr 2000 zurückzuführen.

Der Punktwert für Leistungen des Teilbereichs Großgeräte/Strahlentherapie wird für das III. Quartal 2004 im PK-Bereich auf 2,3 Ct. und im EK-Bereich auf 3,0 Ct. gestützt. Dies entspricht einem Punktwert-Niveau von 85% des durchschnittlichen Punktwertes im jewei-

ligen kassenartenspezifischen Honorarfonds "Fachärzte" gem. § 4 Abs. 3 HVM.

Die Leistungen für Prävention und die "neuen" Leistungen werden gem. den aktuellen Ständen der Vertragsverhandlungen mit einem Punktwert von 4,25 Ct. für Ersatzkassen und mit einem Punktwert von 4,2 Ct. für die AOK für das Land Brandenburg vergütet. Die Punktwerte für die übrigen Kostenträger sind im Vergleich zum Vorquartal unverändert.

Für nicht im RLV enthaltene "große" ambulante Operationsleistungen bereichseigener Ersatzkassen kann gem. § 2 (4) HVM ein Zusatzpunktwert in Höhe von 1,04 Ct. gezahlt werden.

Aus den gemäß Bundesempfehlung von den Krankenkassen zusätzlich bereitgestellten Mitteln in Höhe von 0,1% der budgetierten Gesamtvergütung ergeben sich Zusatzpunktwerte für die kurative Koloskopie im RPZV der Fachärzte von 1,4 Ct. bei den Primärkassen und 2,7 Ct. bei den Ersatzkassen.

Für die AOK werden wie in den Vorquartalen die förderungswürdigen Leistungen der Fachärzte mit Zusatzpunktwerten vergütet.

Der Vergleich mit den Daten des II. Quartals 2004 ergab folgende Ergebnisse:

- Die Mitgliederentwicklung der GKV ist im Primärkassen-Bereich im Vergleich zum Vorquartal rückläufig (PK: -0,4%), während im Ersatzkassen-Bereich ein Zuwachs an Mitgliedern zu verzeichnen ist (EK +0,6%).

- Die verteilbare budgetierte Gesamtvergütung erhöhte sich gegenüber dem Quartal II/2004 um 0,5%, aufgrund des Ansatzes von Steigerungssätzen gem. den aktuellen Vorgaben.

Der Anteil der Vergütung für bereichsfremde Ärzte ist im Vergleich zu den Vorquartalen nahezu konstant.

Ansprechpartner:

Jürgen Schneider, Tel.: 0331/23 09-495

ANZEIGE

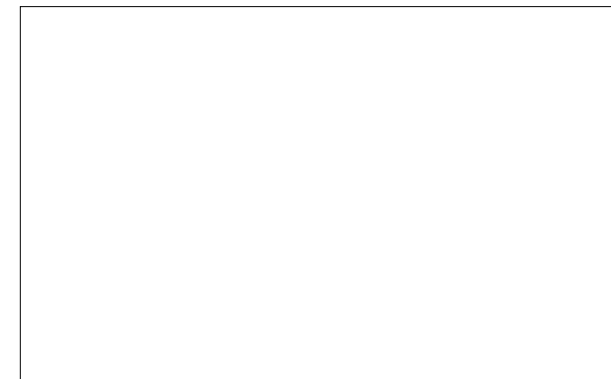


Tabelle Punktwerte

Verteilbare Gesamtvergütung

Mitgliederentwicklung

Gesamtvergütung - Primärkassen

Gesamtvergütung - Ersatzkassen

Wer die Musik bestellt ...

... der muss sie auch bezahlen. So ein altes Sprichwort. Eines, das auch heute nichts an Aktualität eingebüßt hat. Mehr noch, in Zeiten klammer Kassen ist gar nichts anderes möglich. Insofern verwundert es schon, wenn die Krankenkassen - zumindest jene in Berlin - auf dem Standpunkt stehen, für die Finanzierung der Nachvergütungen psychotherapeutischer Leistungen nicht zuständig zu sein.

In den Medien werden Kassenvertreter mit den Worten zitiert, dass "die KV eine ausreichende Vergütung für alle ärztlichen Leistungen inklusive der Psychotherapie erhält" und dass "das Honorar von der KV nur falsch verteilt worden sei". Und um noch eins drauf zu setzen: "Die Fachärzte bekamen schon in der Vergangenheit zu viel überwiesen".

Eine solche Argumentation erinnert an jene Zeiten, in denen anstelle der Realität die Keule regierte. Zu den Fakten: Die Kassen haben in den zurückliegenden Jahren jede psychotherapeutische Leistung genehmigt. Nachdem nun das Bundessozialgericht rückwirkend eine Punktwertenerhöhung für psychotherapeutische Leistungen beschlossen hat, besteht natürlich ein Nachfinanzierungsbedarf, der sich in Berlin für die Quartale 1/2000 bis 2/2004 immerhin auf die astronomische Summe von 66 Millionen Euro beläuft.

Dabei muss man wissen, dass die Berliner Fachärzte im gleichen Zeitraum die psychotherapeutischen Punktwerte bereits mit einer Summe von insgesamt 29

Millionen Euro gestützt haben. Angesichts dieser Summen zu argumentieren, die Nachfinanzierungspflicht habe allein die KV, ist schon

starker Tobak, um nicht zu sagen, eine Unverschämtheit.

Die KV Berlin ruft nun das Landesschiedsamt an. Sie fordert einen hundertprozentigen finanziellen Ausgleich für die Nachvergütungen. Und sie erwartet für die Zukunft eine adäquate Vergütung psychotherapeutischer Leistungen.

Bereits heute ist jeder dritte Facharzt in Berlin ein Psychotherapeut. Damit steht Berlin im Bundesvergleich einsam an der Spitze. Wenn diese per Urteil durch das Bundessozialgericht festgelegte Vergütung psychotherapeutischer Leistungen auch in Zukunft finanziert werden soll, dann müssen die entsprechenden Summen aufgefüllt werden. Und zwar von den Kassen. Denn wer die Musik bestellt, hat sie auch zu bezahlen. Eigentlich eine Binsenweisheit, meint zumindest Ihr ...

... specht

PS:

Auch die KV Brandenburg hat die für die Nachvergütung der Psychotherapeuten notwendigen Finanzmittel bei den brandenburgischen Kassen eingefordert. Sie fordert ebenso eine stabile Finanzierung für die Zukunft. Unmissverständlich und in dieser Frage kompromisslos.

Anhebung der Gesamtvergütung trotz Nullrunde in 2003

Vergütungsvereinbarungen mit den Betriebskrankenkassen
für 2002 und 2003 geschlossen

Im April 2003 fasste das Landesschiedsamt Brandenburg einen Beschluss zu der von den Betriebskrankenkassen für das Jahr 2002 zu zahlenden Gesamtvergütung. Der Abschluss des dazugehörigen Vertrages konnte aufgrund einer zum Beschluss des Landesschiedsamtes ergangenen Beanstandung und der dazu notwendigen Nachverhandlungen sowie weiterer erforderlicher Detailabstimmungen erst nach nunmehr fast zwei Jahren realisiert werden.

Die Vergütungsvereinbarungen regeln aufgrund des Wohnortprinzipgesetzes erstmals die von den BKKn für alle Versicherten mit Wohnort im Bereich der KVBB zu zahlende Vergütung (bei BKK EKO Stahl weiterhin die Vergütung für alle Versicherten).

Für die Festsetzung der Basiswerte zur Ermittlung der Kopfpauschalen war i.d.R. die in Anlage 14 zum BMV-Ä festgelegte Berechnungsvorschrift maßgeblich. Für Betriebskrankenkassen, die ihren Zuständigkeitsbereich auf die neuen Bundesländer erstrecken, basiert die festgesetzte Kopfpauschale gem. Wohnortprinzipgesetz auf der durchschnittlichen Vergütung je GKV-Mitglied in den neuen Bundesländern im Jahr 2001.

Nach langwierigen Verhandlungen war der BKK-Landesverband schließlich bereit, die letztgenannte Regelung glei-

chermaßen für neu gegründeten Betriebskrankenkassen zu übernehmen.

Für das Jahr 2002 hat das Landesschiedsamt neben der Erhöhung der Kopfpauschalen um die maximal ansatzfähigen Grundlohnsummensteigerungsraten eine weitere Anhebung der Gesamtvergütung um 0,5% zur Verbesserung der Vergütung des Bereitschaftsdienstes und zur Sicherstellung besonders bedeutsamer Bereiche der vertragsärztlichen Versorgung zuerkannt.

Damit folgte das Landesschiedsamt dem Antrag der KVBB, die wegen des stetig steigenden Leistungsbedarfs defizitäre Finanzsituation im Bereich der KVBB angemessen zu berücksichtigen.

Für das Jahr 2003 hat der BKK-LV trotz der vom Gesetzgeber vorgeschriebenen "Nullrunde" einer nochmaligen Erhöhung dieser zweckbestimmten Vergütung um wiederum 0,5%-Punkte zugestimmt. Aus diesem Vergütungsanteil wird für die Quartale I/03 bis III/03 ein Zuschlag zu Wegepauschalen für Besuche nach den GNRn 7236 und 7239 EBM, welche im Rahmen des allgemeinen ärztlichen Notfalldienstes erbracht werden, in Höhe von 13,- gezahlt.

Ab dem IV. Quartal 2003 dient dieser zweckgebundene Vergütungsanteil der Finanzierung der Zuschläge zu den Wegepauschalen im Notfalldienst, wie

sie aus dem Sicherstellungsfonds gewährt werden.

Die Punktwerte für extrabudgetär zu vergütende Präventions- und Substitutionsleistungen sowie neu in den GKV-Leistungskatalog aufgenommene Leistungen hat das LSchA zwischen 4,0 ct. und 4,5 ct. festgesetzt.

Für die Jugendgesundheitsuntersuchung (GNR 151 EBM) und die Früherkennungsuntersuchungen bei Erwachsenen nach den GNRn 160 bis 162 EBM war für das Jahr 2003 eine Punktwertsteigerung von 4,0 ct. auf 4,1 ct. verhandlungsfähig; für die Mutterschaftsvorsorge und die Früherkennungsuntersu-

chungen nach den GNRn 100 bis 139, 155 und 157 bis 159 EBM eine Punktwertsteigerung von 4,25 ct. auf 4,35 ct. Die vom Landesschiedsamt für Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (GNRn 140 bis 150 und 152 EBM) festgesetzte Bewertung von 4,5 ct. je Punkt gilt auch im Jahr 2003 unverändert.

Zudem wurde die Anhebung der Gesamtvergütung aufgrund der Höherbewertung der Leistungen der kurativen Koloskopie um die in der diesbezüglichen Bundesempfehlung genannten Steigerungsraten vertraglich fixiert.

Mit den aus diesen Steigerungsraten resultierenden Beträgen wird der aus

ANZEIGE

Anzeige TurboMed

der Höherbewertung resultierende Finanzbedarf jedoch nicht vollständig gedeckt.

Gleichwohl dem BKK-LV diese Tatsache nachgewiesen wurde, waren die Betriebskrankenkassen nicht zu einem extrabudgetären Ausgleich zu bewegen. Beide Vertragspartner versuchen diesbezüglich eine Lösung auf der Bundesebene zu bewirken.

Hinsichtlich der Vergütung für zeitgebundene, antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen nach Maßgabe der dazugehörigen Beschlüsse des Bewertungsausschusses haben sich die Vertragspartner auf separate Nachverhandlungen verständigt.

Derzeit sieht der BKK-Landesverband Ost keine Veranlassung zur Beteiligung an den erforderlichen Stützungsbeträgen.

Die Verträge stehen noch unter dem Vorbehalt der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Die Veröffentlichung der Vertragstexte erfolgt nach Genehmigung der Vergütungsvereinbarungen durch das MASGF mit der dann folgenden Ergänzungslieferung zum Vertragsordner der KVBB.

Ansprechpartner:
Fachbereich Verträge;
Fachbereich Abrechnungsmanagement
Abrechnungs-Hotline 01803/230900

Bundesknappschaft unterzeichnet Vergütungsvereinbarung 2004

Nach langwierigen Verhandlungen ist es gelungen, mit der Bundesknappschaft Vergütungsvereinbarungen für die Jahre 1999 bis 2004 abzuschließen. Die Verträge wurde erstmals unter Federführung der neuen Bundesländer erfolgreich verhandelt.

Für die Anpassung der Gesamtvergütung konnte jeweils die maximal ansatzfähige Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen konsensfähig gestaltet werden; für die erstmalig im Jahr 2004 zu berücksichtigende Steigerungsrate nach § 85 Abs. 3d SGB V (Vergütungsangleichung Ost an West) wurde ein Wert von 1,26 % vereinbart.

Zudem wird die Gesamtvergütung in den Jahren 2002 und 2003 aufgrund der

Höherbewertung der Leistungen der kurativen Koloskopie um die in der diesbezüglichen Bundesempfehlung vorgesehenen Steigerungssätze angehoben.

Von besonderer Bedeutung ist die Vergütung der zeitgebundenen, antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen aus Kapitel G IV EBM; die Bundesknappschaft hat als erste Krankenkasse im Land Brandenburg einer zu ihren Lasten zu zahlenden Vergütung auf Basis der aus dem Beschluss des Bewertungsausschusses resultierenden Punktwerte zugestimmt.

Der Punktwert für die extrabudgetär zu vergütenden Präventionsleistungen, die Leistungen bei der Substitutionsbehand-

lung, Arztanfragen nach den GNRn 72, 73 und 77, seit dem Jahr 2001 neu in den EBM aufgenommenen Leistungen (PDT, MRT der Mamma, Soziotherapie, präventive Koloskopie, Apherese bei rheumatoider Arthritis) wurde für das Jahr 2004 auf 4,4 ct. angehoben, für die Leistungen der künstlichen Befruchtung um weitere 0,1 ct. auf 4,5 ct.

Hinsichtlich der Vergütung der GNR 70 EBM (Verordnung von medizinischer Rehabilitation) haben sich die Vertragspartner auf die Anwendung des Punktwertes, der für die alten Bundesländer vereinbart wird, verständigt. Die Verhandlungen hierzu dauern gegenwärtig noch an.

Für Schutzimpfungen gilt ab dem Jahr 2003 die mit allen Primärkassen im Land Brandenburg geschlossene Impfvereinbarung.

Die Vergütungsvereinbarungen stehen noch unter dem Vorbehalt der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde. Sobald das MASGF seine Zustimmung zu den Verträgen erteilt hat, erfolgt die Veröffentlichung der Vertragstexte mit der dann folgenden Ergänzungslieferung zum Vertragsordner der KVBB.

Ansprechpartner:
Fachbereich Verträge;
Fachbereich Abrechnungsmanagement;
Abrechnungshotline 01803/230900

Die KBV informiert

Änderung der Verträge Bundesgrenzschutz, Postbeamtenkrankenkasse, Bundeswehr und Zivildienst

Mit Einführung des EBM 2000plus werden vertragliche Änderungen nach den oben genannten Verträgen notwendig. Hierbei handelt es sich insbesondere um Anpassungen und Umsetzungen von Regelungen an die Bestimmungen des EBM 2000plus. (Siehe auch "KV-intern" 1/05, Seite 11)

Die Vertragsänderungen treten jeweils zum 01. April 2005 in Kraft.

Bundesgrenzschutz:

§ 6 Absatz 3 wird neu gefasst: "Bei Aufträgen zur Durchführung von nach Art und Umfang konkret definierter Leistun-

gen ist die unkommentierte Mitteilung eines Befundes nicht gesondert berechnungsfähig.

Ist über das Ergebnis einer Patientenuntersuchung ein inhaltlich über die Befundmitteilung hinausgehender ärztlicher Bericht, Brief ärztlichen Inhalts oder ein ausführlicher Arztbrief an den behandelnden Arzt notwendig, kann dieser nur nach Nr. 01600 berechnet werden. Die Mitteilung über das Ergebnis einer Probenuntersuchung ist nicht gesondert berechnungsfähig."

In Absatz 4 wird "Nr. 3" ersetzt durch "Nr. 01430".

In **Absatz 5** werden die "Nrn. 74 und 75" ersetzt durch die "Nrn. 01600 und 01601".

Absatz 7 wird neu gefasst: "Für die Modalitäten der Abrechnung belegärztlicher Leistungen sind die auf Landesebene mit den Ersatzkassen getroffenen Regelungen anzuwenden unter Berücksichtigung der Bestimmungen in der E-GO zur Vergütung belegärztlicher Leistungen."

In **Anlage 4** werden in Nr. 7 die Nrn. "72 bis 77" ersetzt durch die Nrn. "01600, 01601, 01620, 01621 oder 01622".

Postbeamtenkrankenkasse:

Anlage A Absatz 2 wird wie folgt geändert: "Die nach der Ersatzkassen-Gebührenordnung erbrachten ärztlichen Leistungen - ausgenommen die Leistungen des Kapitels 32 - werden als Einzelleistungen vergütet; Leistungen des Kapitels 32 ebenso. Für die Modalitäten der Abrechnung belegärztlicher Leistungen sind die auf Landesebene mit den Ersatzkassen getroffenen Regelungen anzuwenden unter Berücksichtigung der Bestimmungen in der E-GO zur Vergütung belegärztlicher Leistungen. Die Kasenärztlichen Vereinigungen unterrichten die Hauptverwaltung der PBeaKK über die hierzu getroffenen Regelungen."

Absatz 4 erhält folgende Fassung: "Fallzahl- bzw. häufigkeitsabhängige Abstaffelungsregelungen in der E-GO finden keine Anwendung. Die Regelungen zu den Regelleistungsvolumina gem. § 85 Abs. 4 SGB V in Verbindung mit § 85 Abs. 4 a SGB V gelten nicht."

Absatz 5 wird ersatzlos gestrichen.

Der bisherige Absatz 6 wird Absatz 5.

Bundeswehr:

In **§ 6 Absatz 1** wird der **Satz 2** neu gefasst: "Für die Ausstellung der ärztlichen Bescheinigungen über arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach den berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen kann die Gebühr nach Nr. 01601 abgerechnet werden."

In **Absatz 2** wird der letzte Satz wie folgt geändert: "Kosten gemäß Abschnitt I, (Allgemeine Bestimmungen), 7.3 des EBM, die nicht über den Sprechstundenbedarf abgegolten werden, können spezifiziert über den Überweisungsschein (San/BW/0217,0117) abgerechnet werden."

Absatz 3 erhält folgende Fassung: "Bei Überweisungsaufträgen, die auf die Erbringung bestimmter, konkret bezeichneter Leistungen gerichtet sind, ist die Abrechnung des Ordinations-Komplexes nur in Ausnahmefällen zulässig; die Abrechnung des Ordinations-Komplexes ist in diesen Fällen vom Arzt zu begründen. Bei Überweisungen im Rahmen der Untersuchungen nach § 1 Abs. 2 ist bei gezielten Auftragsuntersuchungen ein Ordinations-Komplex grundsätzlich nicht abrechnungsfähig. Fallen bei einer solchen Überweisung abrechnungsfähige Leistungen nicht an, erhält der Arzt eine Entschädigung für die Inanspruchnahme in Höhe des Ordinations-Komplexes."

In **Absatz 4** wird die "Nr. 3" ersetzt durch "Nr. 01430".

Absatz 6 wird neu gefasst: "Für die Modalitäten der Abrechnung belegärztlicher Leistungen sind die auf Landesebene mit den Ersatzkassen getroffenen Regelungen anzuwenden unter Berücksichtigung der Bestimmungen in der E-

GO zur Vergütung belegärztlicher Leistungen."

Absatz 7 wird neu gefasst: "Für die Ausstellung eines Gesundheitszeugnisses im Rahmen des fürsorgeärztlichen Dienstes (§ 1 Abs. 2 Nr. 6) kann für die Erhebung des vollständigen Status die Gebühr nach Nr. 03311 (hausärztlicher Versorgungsbereich) und für die abschließende Beurteilung die Nr. 01622 E-GO abgerechnet werden. Daneben sind die notwendigen Untersuchungen abrechnungsfähig."

Zivildienst:

Im § 6 wird Absatz 3 wie folgt geändert:

"Im Falle einer Untersuchung nach § 1 Abs. 3 Satz 2 ist grundsätzlich ein Ordinationskomplex nicht berechnungsfähig. Fallen bei einer solchen Überweisung abrechnungsfähige Leistungen nicht an, so erhält der Arzt eine Entschädigung für die Inanspruchnahme in Höhe des Ordinationskomplexes. Der Arzt übersendet seinen Befund dem beauftragten Arzt, der die Unterlagen dem Bundesamt vorlegt."

Die Veröffentlichung der Vereinbarungen wird in einem der nächsten Hefte des Deutschen Ärzteblattes erfolgen.

Bitte beachten: Änderung bei KVK für Bundesgrenzschutz

Erstmals wurden zum 1. April 2000 an alle heilfürsorgeberechtigten Polizeivollzugsbeamten/-beamtinnen im BGS Krankenversichertenkarten (KVK) ausgegeben. Diese Chipkarten werden mit Ablauf des 31. März 2005 ungültig.

Dazu teilt die KBV mit:

"Zum 1. Juli 2005 wird der Bundesgrenzschutz in Bundespolizei umbenannt. Daher werden diese Polizeivollzugsbeamtinnen und -beamten zum 1. Juli 2005 mit neuen Krankenversichertenkarten ausgestattet.

Eine Neuausstattung mit Karten zum 1. April 2005 ist noch nicht möglich, dass das für die Umbenennung notwendige

Gesetz bis dahin noch nicht verabschiedet sein wird.

Daher ist eine Übergangsfrist von einem Quartal notwendig, in dem die heilvorsorgeberechtigten Polizeivollzugsbeamtinnen und -beamten über nicht mehr gültige Krankenversichertenkarten verfügen.

Allerdings sind die Vorgaben für das PVS dergestalt, dass die Karte auch im zweiten Quartal 2005 problemlos bei den Ärzten eingelesen werden kann, obwohl die Karte im Quartal zuvor ihre Gültigkeit verloren hat. Es kommt auch zu keinerlei Problemen bei der Abrechnung."

Wir bitten um Beachtung!

Änderungen des EBM2000plus zum 1. April 2005

In der 94. Sitzung des Bewertungsausschusses wurden inhaltliche Änderungen zu Leistungspositionen des EBM 2000plus beschlossen. Die Änderungen betreffen Streichungen von fakultativen Teilleistungen aus dem "Kardiologisch-diagnostischen Komplex" nach der GNR 13550 bzw. aus dem "Allergologisch-diagnostischen Komplex zur Diagnostik und/oder zum Ausschluss einer (Kontakt-)Allergie vom Spättyp (Typ IV)" nach der GNR 30110 und treten zum 01. April 2005 in Kraft.

- Aus der Leistung nach der GNR 13550 wird die fakultative Teilleistung der 'Sonographie der Thoraxorgane (GNR 33040)' gestrichen.

- Aus der Leistung nach GNR 30110 wird die fakultative Teilleistung der 'Bestimmung des Elektrolytgehaltes durch Widerstandsmessung' gestrichen.

Die Veröffentlichung erfolgte im Deutschen Ärzteblatt, Heft 1-2 vom 10. Januar 2005.

Änderung der Richtlinie über künstliche Befruchtung

Der gemeinsame Bundesausschuss hatte in seiner Sitzung am 17.08.2004 eine Änderung der Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung - Abschnitt "Methoden" - beschlossen:

I. Die Nummer 10.1. wird neu gefasst:

"intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination im Spontanzyklus, ggf. nach Auslösung der Ovulation durch HCG-Gabe, ggf. nach Stimulation mit Antiöstrogenen,".

II. Die Nummer 10.2 wird neu gefasst:

"intrazervikale, intrauterine oder intratubare Insemination nach hormoneller Stimulation mit Gonadotropinen,".

Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger am 24. November 2004 ist diese Richtlinienänderung in Kraft getreten. (Deutsches Ärzteblatt, Heft 1-2 vom 10. Januar 2005)

Sehr verehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen!

Zu unserer diesjährigen Landesdelegiertenversammlung/Wahl Legislaturperiode 2005 bis 2009 am

Samstag, den 19. März 2005, um 10.00 Uhr,

in 14913 Kloster Zinna, Am Markt 7,

Restauration & Logierhaus Romantikhôtel "Alte Försterei"

lade ich alle Hartmannbundmitglieder und interessierte Ärztinnen und Ärzte ein.

Mit freundlichen Grüßen

Elke Köhler, Vorsitzende des Landesverbandes Brandenburg

Besondere Voraussetzungen zur Abrechnung von Leistungen mit Inkrafttreten des EBM2000plus

Wie bereits in "KV-intern" 11/2004 informiert, bitten wir nochmals zu beachten, dass zusätzlich zu den bereits bekannten genehmigungspflichtigen bzw. anzeigespflichtigen Leistungen gem. EBM 2000plus weitere Leistungen durch die Kassenärztliche Vereinigung zu genehmigen sind.

Der Verweis darauf, ob es sich um eine genehmigungspflichtige Leistung handelt und welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um diese Leistung abzurechnen, ist den Präambeln oder der jeweiligen Leistungslegende zu entnehmen.

Enthält eine Komplexleistung genehmigungspflichtige Bestandteile, ist für diese Bestandteile eine Genehmigung

durch die KVBB notwendig, um die Komplexleistung abrechnen zu können.

Leistungen, die einer besonderen Genehmigungspflicht unterliegen bzw. anzeigepflichtig sind, sind nur abrechnungsfähig, wenn von der Kassenärztlichen Vereinigung vorher eine entsprechende Genehmigung erteilt bzw. der Anzeigepflicht entsprochen wurde. **Bestehende Genehmigungen behalten ihre Gültigkeit!**

Versäumen Sie es daher nicht, entsprechende Anträge zu stellen.

Anträge und Anfragen bitte an:

Frau Boss, Tel. 0331 / 2309-316
Fachbereich Qualitätssicherung

Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen informiert

Muster 61 - Verordnung medizinischer Reha

In einem Schreiben informiert die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg, dass sie die Aussage von einigen Ärzten, die Krankenkassen würden unterschiedliche Versionen vom Muster 61 in Umlauf geben, nicht bestätigen. In dem Schreiben heißt es:

"Der zum 01.07.2004 eingeführte Vor-

druck, der zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen abgestimmt wurde, wird von den Verbänden der Krankenkassen wie vereinbart vorgehalten und genutzt."

Wenn Sie Hinweise über die Ausgabe von nicht abgestimmten Vordrucken haben, bitten wir Sie, sich an die jeweils zuständige Krankenkasse zu wenden. Diese wird sich bei Benennung des konkreten Falles um das Problem kümmern.

Ausstellung von Überweisungen während vor- oder nachstationärer Behandlungen

Beim Vorliegen einer Verordnung von Krankenhausbehandlung kann nach § 115a SGB V das Krankenhaus Versicherte in medizinisch geeigneten Fällen behandeln, um

- die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder

- im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).

Dabei ist zu beachten, dass die vorstationäre Behandlung auf längstens 3 Behandlungstage innerhalb von 5 Tagen vor Beginn der stationären Behandlung begrenzt ist und die nachstationäre Behandlung längstens 7 Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organtransplantationen 3 Monate nach Beendigung der stationären Behandlung nicht überschreiten darf. Die Fristen der nachstationären Behandlung können in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden.

Die Vergütung für die vor- und nachstationäre Behandlung erfolgt außerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung.

Aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind nach § 3 BMV-Ä und § 2 EKV

- Leistungen für Krankenhäuser, Vorsorgeeinrichtungen oder Rehabilita-

tionseinrichtungen - auch im Rahmen vor- und nachstationärer Behandlung, teilstationärer Behandlung oder ambulanter Operationen, soweit das Krankenhaus oder die Einrichtung diese Leistungen zu erbringen hat -, die auf deren Veranlassung durch Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen in den oben genannten Häusern oder ambulanten Einrichtungen im Rahmen der genannten Behandlung erbracht werden, auch wenn die Behandlung des Versicherten im Krankenhaus oder in den Einrichtungen nur zur Durchführung der veranlassten Leistungen unterbrochen wird,

- Leistungen in einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus,

- ambulant im Krankenhaus durchgeführte Operationen und stationsersetzende Eingriffe,

- Leistungen, die im Krankenhaus teilstationär erbracht werden.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Anforderung von vertragsärztlichen Überweisungen zur Durchführung von Leistungen, die durch das Krankenhaus im Rahmen der vor- oder nachstationären Behandlung zu erbringen sind, nicht den gesetzlichen und vertragsärztlichen Bestimmungen entspricht.

Ansprechpartner:

Dipl.-Med. Detlef Berndt
Beratender Arzt, Tel.: 0331/23 09-425

Schwerpunktbezogene Leistungserbringung für Fachärzte Innere Medizin

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben mit Wirkung zum 01. April 2005 die ergänzende Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) getroffen (Deutsches Ärzteblatt Heft 1-2 vom 10. Januar 2005).

Demnach können fachärztlich tätige Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt auf Antrag durch ihre zuständige Kassenärztliche Vereinigung unter bestimmten Bedingungen unbefristet die Genehmigung zur Berechnung von schwerpunktspezifischen Leistungen erhalten. Für diese Ärzte gelten dann in allen Punkten die Abrechnungsbestimmungen wie für den Schwerpunktinternisten.

Die schwerpunktbezogene Zuordnung wird außerdem bei der Festlegung des Regelleistungsvolumens berücksichtigt.

Bedingungen für die Antragstellung sind:

- Zulassung am 31.03.2005 für das Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt

- Schwerpunktmäßige Erbringung der jeweiligen Leistungsinhalte im Zeitraum vom 01. Januar 2003 bis 30. Juni 2004

- Nachweis der erforderlichen personellen und strukturellen Voraussetzungen zur Erbringung dieser Leistungen des EBM

Der Antrag des Vertragsarztes und die Entscheidung der KVBB sollen bis zum **30.06.2005** erfolgt sein. Die Genehmigung wird unbefristet erteilt.

Anträge und Anfragen bitte an:

Frau Boss, Tel.: 0331/23 09-316
Fachbereich Qualitätssicherung

Heilfürsorge im Zivildienst - Modifizierter Behandlungsausweis

Das Bundesamt für den Zivildienst hat den Behandlungsausweis ("ZD2") für ambulante Behandlung so modifiziert, dass er jetzt beleglesefähig ist.

Bedauerlicherweise ist es dem Bundesamt für den Zivildienst nicht möglich, die Kostenträgernummern (für West: 74890 und Ost: 99890) auf dem neuen Krankenschein einzudrucken.

Bitte nehmen Sie die Eintragung des entsprechenden Kostenträgers vor, um eine richtige Zuordnung zu ermöglichen.

Änderung der Vordruckvereinbarung zum 01.01.2005

Zum 1. Januar ergeben sich zwei Änderungen der Vordruckvereinbarung.

1. Die Änderung des Bundesmantelvertrages (Neuregelung bei der Zuzahlung in Notfällen) macht die Neueinführung eines Musters 99a "Beleg über die Zuzahlung gemäß § 28 Abs. 4 SGB V im Notfall" notwendig.

Wie bereits auf dem Beileger "KV-intern" 12/04 mitgeteilt, kann das Muster 99a über die Formularausgabe der KVBB angefordert werden.

2. Da es in der Vergangenheit zu Pro-

blemen beim Ausfüllen des Musters 38 (Berichtsvordruck Früherkennungskoloskopie) kam, wurden die dazugehörigen Vordruckerläuterungen entsprechend überarbeitet.

Auf Anforderung (Telefon: 01803 2309 00) kann Ihnen die geänderte Vordruckerläuterung zum Muster 38 von Ihrer KV zugesandt werden.

DMP-Nachrichten

Beleglose Dokumentation

Zur Zeit ist es leider nur möglich, die Dokumentationen im Rahmen der Disease-Management-Programme in Papierform der Datenstelle zu übermitteln.

Die elektronische Datenübermittlung per Datenträger ist prinzipiell zwar technisch machbar, aber aufgrund fehlender einheitlich formulierter Verfahrensregelungen noch nicht möglich!

Sollten Sie Interesse an der beleglosen Dokumentation haben, bitten wir um Ihre Rückmeldung. So können wir das potentielle Volumen der Nutzung einschätzen.

Ansprechpartner:
Frau Schumacher
Tel.: 0331/23 09-370

Dokumentation DMP-Brustkrebs

Im vermehrten Umfang erhält die Datenstelle Frankfurt/Oder Dokumentationsbögen einschließlich der im Formularsatz enthaltenen Durchschläge. Die Durchschläge sollen beim Patienten und Vertragsarzt verbleiben und sind bitte vor dem Versand an die Datenstelle vom Formularsatz zu trennen.

Leider treten immer wieder Doppelungen der Dokumentation auf. Darum weisen wir noch einmal darauf hin, sich vor der Einschreibung einer Patientin durch Rückfragen zu vergewissern, ob nicht bereits eine Einschreibung z.B. im Krankenhaus vorgenommen wurde.

Ansprechpartner:
Frau Kintscher, Tel.: 0331/23 09-377

An DMP teilnehmende Krankenhäuser

Klinik	DMP Diabetes	DMP KHK	DMP Brustkrebs
Klinikum Niederlausitz GmbH Lauchhammer		x	
Klinikum Niederlausitz GmbH Senftenberg		x	
Ruppiner Kliniken Neuruppin		x	x
Ev.-Freikirchl. Krankenhaus und Herzzentrum, Bernau		x	
Sana Herzzentrum Cottbus GmbH		x	
Achenbach Krankenhaus Königs Wusterhausen		x	x
Städtisches Krankenhaus Brandenburg GmbH	x	x	x
Kreis Krankenhaus Beeskow		x	
Havellandkliniken Nauen GmbH		x	x
St. Josefs-Krankenhaus Potsdam		x	
Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam	x	x	x
Carl-Thiem-Klinikum Cottbus GmbH	x	x	x
Klinikum Barnim W.-Foßmann-KH Eberswalde	x	x	x
KMG Kliniken AG Wittstock		x	
Klinikum Uckermark Schwedt (Oder)	x	x	x
Oberhavel Kliniken Oranienburg	x	x	x
Oberhavel Kliniken Hennigsdorf		x	x
Kreis Krankenhaus Belzig	x	x	x
Humaine Klinikum Bad Saarow		x	x
Krankenhaus Spremberg	x	x	x
Ev. Krankenhaus Ludwigsfelde	x	x	x
MSZ Uckermark KH Angermünde		x	
Paritätisches Krankenhaus Gransee		x	
Klinikum Frankfurt (Oder)	x	x	x
Kreis Krankenhaus Prignitz Perleberg		x	
Krankenhaus Forst	x	x	
Klinikum Dahme Spreewald Lübben		x	
Asklepios-Klinik Birkenwerder	x		
Med. Soziales Zentrum Krankenhaus Prenzlau	x		
Ev.-Freikirchl. Krankenhaus Rüdersdorf	x		
DRK-Krankenhaus Luckenwalde	x		
Havellandkliniken Rathenow	x		

Informationen zur europäischen KVK

Zum 1. Juli 2004 wurde für die Länder des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR) sowie der Schweiz die Möglichkeit geschaffen, für ihre Versicherten eine europäische Krankenversichertenkarte auszugeben.

Für einige Staaten gelten noch verschiedene Übergangsfristen für die Nutzung des Formulars E 111. Näheres dazu findet sich im Merkblatt zum zwischenstaatlichen Krankenversicherungsrecht, das Sie bei der Formularausgabestelle der KV anfordern können. Die direkte Leistungsanspruchnahme eines deutschen Vertragsarztes ist sowohl mit der europäischen Krankenversichertenkarte als auch durch den Vordruck E 111 möglich. Die KBV schreibt dazu:

"Von der Deutschen Verbindungsstelle Krankenversicherung Ausland (DVKA) wurden wir darauf hingewiesen, dass teilweise Vertragsärzte in Deutschland nicht auf der Basis der vorgelegten Vordrucke E 111 behandeln, sondern die Kosten privat liquidieren."

Ein solches Vorgehen ist nicht statthaft! Privatliquidation ist nur dann möglich, wenn der ausländische Patient weder eine europäische KVK noch einen Vordruck E 111 vorlegen kann.

Weiter Informationen im Internet der KVBB unter www.kvbb.de.

Schema

Einsatz von Antithrombotika bei der Thromboembolieprophylaxe

- Wie lange muss therapiert werden? -

Wir erhalten zahlreiche Anfragen zur Problematik der Therapiedauer von kostenintensiven Antithrombotika, oft als Therapieempfehlung aus dem Krankenhaus. Aus der Literatur und nach Befragung von Experten konnten wir Folgendes zusammenfassen:

Tiefe Venenthrombosen (TVT) und Lungenembolien (LE) sind zwei Manifestationen einer Erkrankung, die unter dem Begriff venöse Thromboembolie (VTE) zusammengefasst werden. Venöse Thromboembolien sind bedeutende Komplikationen operativer Eingriffe. Ohne entsprechende perioperative Prophylaxe beträgt die Inzidenz bei hospitalisierten Patienten bis zu 80 %.

Das Risiko für das Auftreten venöser Thromboembolien wird durch dispositionelle und expositionelle Risikofaktoren determiniert. Durch den Einsatz physikalischer und medikamentöser Prophylaxemaßnahmen können VTE verhindert werden. Damit reduzieren sich nicht nur die Kosten, sondern auch die Mortalität wird verringert.

In den Leitlinien "Stationäre und Ambulante Thromboembolieprophylaxe in der Chirurgie und perioperativen Medizin" werden die verfügbaren medikamentösen Strategien zur Thromboembolieprophylaxe dargestellt. Dazu gehören z.B. Heparine, Fondaparinux und Vitamin-K-Antagonisten.

Die Fachinformationen der niedermolekularen Heparine geben zur Dauer der Therapie mindestens 7-10 Tage postoperativ bis zur vollständigen Mobilisation des Patienten an.

Während der Nutzen einer initialen Thromboembolieprophylaxe sehr gut belegt ist, erlauben die bisherigen Daten zur Dauer der medikamentösen Thromboembolieprophylaxe keine generell verbindliche Empfehlung. Die folgenden Punkte sind jedoch abzuleiten:

Das Risiko für VTE ist abhängig von der Art der Operation und differiert auch interindividuell. Es ist kurz nach der Operation am größten.

Der Zeitverlauf des Auftretens von VTE ist abhängig von der Art der Operation. Je länger die postoperative Thromboembolieprophylaxe durchgeführt wird, desto geringer ist die Anzahl der asymptomatischen Thrombosen.

Bei Patienten mit hohem Thromboembolierisiko treten 76 % der VTE nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus auf.

Viele Studien, insbesondere bei Patienten nach Hüftgelenkersatz und Hüftfraktur konnten den Nutzen einer verlängerten Thromboembolieprophylaxe zeigen und die Kosteneffektivität einer poststationären Prophylaxe belegen.

Fortsetzung auf Seite 30

Häufigkeit von symptomatischen VTE pro 10.000 Patienten nach Hüftgelenkersatz

Ereignisse	Kontrollgruppe	Verlängerte Prophylaxe	
		NMH	Fondaparinux
TVT und LE	240	80	24
LE	60	20	6
Tödliche LE	6	2	0,6

Internationale Leitlinien wie die des ACCP (American College of Chest Physicians) und nationale Leitlinien empfehlen deshalb bei Patienten nach Hüftgelenkersatz und Hüftfrakturoperationen sowie nach großen Malignomoperationen eine Prophylaxe über 4 bis 5 Wochen.

Die Notwendigkeit einer verlängerten Thromboembolieprophylaxe sollte immer von dem individuellen Risiko des Patienten (dispositionelle Risikofaktoren, operatives Trauma und Grad der Immobilisation) abhängig gemacht werden

und ist gegen mögliche unerwünschte Arzneimittelwirkungen (z.B. Blutungen unter Vitamin-K-Antagonisten oder Heparin-induzierte Thrombozytopenie (HIT II) unter Heparin und NMH) abzuwägen. Die HIT II, eine immunallergische Reaktion auf Heparin-Präparate, ist eine der gefährlichsten Nebenwirkungen der Heparine.

Ansprechpartner:

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

Festbeträge für Hilfsmittel

Der Gesetzgeber hat die Spitzenverbände der Kassen beauftragt, für bestimmte Hilfsmittel einheitliche Festbeträge zu bestimmen.

Seit dem 01.01.2005 gelten Festbeträge für die Produktgruppen

- Einlagen,
- Hörhilfen,
- Inkontinenzhilfen,
- Hilfsmittel zur Kompressionstherapie,

- Sehhilfen und
- Stomaartikel.

Die zu den genannten Produktgruppen vereinbarten und veröffentlichten Festbeträge gelten bundesweit einheitlich.

Die entsprechende Veröffentlichung im Bundesanzeiger kann auch auf der Internetseite des IKK Bundesverbandes eingesehen und heruntergeladen werden (www.ikk.de).

Gemeinsamer Bundesausschuss mit neuem Therapiehinweis nach Anlage 4 AMR

Mit der Veröffentlichung des Therapiehinweises zu Clopidogrel im Bundesanzeiger ist dieser für den Vertragsarzt verbindlich. Neben der genauen Beschreibung des Indikationsgebietes für Plavix oder Iscover entsprechend ihrer Zulassung gibt der Therapiehinweis Empfehlungen zur wirtschaftlichen Verordnungsweise dieser Mittel.

Clopidogrel ist zugelassen zur Prävention atherothrombotischer Ereignisse bei Z. n. Herzinfarkt (wenige Tage bis 35 Tage zurückliegend) bzw. Schlaganfall (7 Tage bis 6 Monate zurückliegend) und bei nachgewiesener pAVK. Seit September 2002 besteht zusätzlich die Zulassung für Patienten mit akutem Koronarsyndrom ohne ST-Hebung (instabile Angina pectoris oder Non-Q-Wave-Myokardinfarkt) in Kombination mit ASS.

Erfolgt im Rahmen dieses Krankheitsbildes im Folgenden eine Stentimplantation, ist die Behandlung mit Clopidogrel durch diese neue Indikation bereits abgedeckt.

Die Europäische Fachgesellschaft für Kardiologie (ESC) empfiehlt die Therapie mit Clopidogrel für Patienten mit akutem Koronarsyndrom für mindestens 9-12 Monate sowie für Patienten mit Koronarintervention (Stent). Diese

Empfehlung spiegelt sich auch in den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie wider.

Führende Kardiologen in Brandenburg sowie auch Herr Prof. Dr. Schwabe (führender Pharmakologe und Mitherausgeber des AVR) bestätigten uns, dass die Therapie mit Clopidogrel und ASS nach koronarer Stentimplantation auch ohne akutes Koronarsyndrom für 4 Wochen sowie bei DES (drug eluting stent) für 6 Wochen zur Vermeidung potentiell tödlicher Komplikationen zwingend indiziert ist. Diese Therapie stellt somit nach aktuellem wissenschaftlichen Kenntnisstand eine **medizinische Notwendigkeit dar**.

Schwerpunkte aus der Empfehlung zur wirtschaftlichen Verordnungsweise sind:

- ASS und Clopidogrel keine klinisch relevanten Wirksamkeitsunterschiede; deshalb Clopidogrel nur bei ASS-Unverträglichkeit;
- durch ASS ausgelöste Unverträglichkeitsreaktionen sind z.B. Allergien und Asthma bronchiale;
- das Umsetzen von ASS auf Clopidogrel aufgrund von Versagertherapie ist durch Studien nicht begründbar;

Muster 4 gilt weiter!

Die KBV teilt mit, dass die bisher befristete Übergangslösung für das Muster 4 - Verordnung einer Krankenförderung - so lange weiter gilt, bis ein neues Muster fertiggestellt ist. Dies habe die KBV mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart.

Wir werden Sie rechtzeitig über eine Veränderung informieren.

grel und ASS bei Patienten mit transitorischer cerebraler Ischämie (TIA) ist nicht ausreichend untersucht und unwirtschaftlich (Vorsicht, da dafür auch keine Zulassung!);

- Zahl der schweren und lebensbedrohlichen Blutungen durch Kombinationstherapie zunehmend, Nutzen/Risiko-Abwägung notwendig

Kosten:

Clopidogrel (Placix, Iscover) ist in Form von N3- Packungen mit 100 Tabletten

á 75 mg zu einem Preis von 243,92 im Handel. Im Vergleich dazu kostet die jährliche Behandlung mit ASS bei Verordnung von N3- Packungen ca. 10,00 (100 mg/Tag) und max. 27,34 (300 mg/Tag).

Preise Deutsche Lauer-Taxe 01.01.2005

Ansprechpartner:

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

Medizinprodukte im Leistungsrecht der GKV

In der Praxis zeigen sich immer wieder offene leistungsrechtliche Fragen zur Verordnungsfähigkeit von Medizinprodukten, insbesondere bei denen, die nicht eindeutig den Verbandstoffen zugerechnet werden können.

Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen Medizinprodukte mit arzneimittelähnlichem Charakter in die Versorgung der Versicherten einbezogen sein. Um eine Anspruchsgrundlage zu schaffen, die weder eine Ausgrenzung noch eine Privilegierung von arzneimittelähnlichen Medizinprodukten zur Folge hat, wurden durch eine Änderung des § 31 SGB V apothekenpflichtige Medizinprodukte, die vor der Einführung des Medizinprodukterechtes Arzneimittel gewesen wären, wieder in den Regelungsbereich des § 31 SGB V einbezogen.

Die Voraussetzung der Apothekenpflicht ist allerdings nur bei sehr wenigen Medizinprodukten erfüllt. Apothekenpflichtig sind Medizinprodukte dann, wenn sie in einer besonderen Anlage der Verord-

nung über Vertriebswege für Medizinprodukte aufgeführt sind, oder wenn sie verschreibungspflichtig sind. Diese Anlage beinhaltet Hämodialysekonzentrate und solche Medizinprodukte, die Stoffe enthalten, die der Apothekenpflicht unterstellt sind.

Verschreibungspflichtig sind Intrauterin-pessare zur Empfängnisverhütung, die Epidermisschicht der Haut vom Schwein als biologischer Verband und oral zu applizierende Sättigungsprodukte auf Cellulosebasis mit definiert vorgegebener Geometrie sowie diejenigen Medizinprodukte, die Stoffe enthalten, die der Verschreibungspflicht unterliegen. Daraus ergibt sich, dass unter den gegebenen gesetzgeberischen Rahmenbedingungen eine Versorgung der Versicherten mit arzneimittelähnlichen Medizinprodukten häufig nicht funktioniert.

Durch das Arzneimittelgesetz sind beispielsweise natürliche und künstliche Heilwässer und deren Salze sowie Heilerde, Bademoore und Pelloide ausdrück-

lich für den Verkehr außerhalb der Apotheken freigegeben. Medizinprodukte auf dieser Basis sind also nicht apothekenpflichtig und fallen damit nicht in die Leistungspflicht der GKV. Die Deklaration des Herstellers gibt diesen Sachverhalt nicht immer korrekt wieder und unterliegt auch keiner Überprüfung.

In den Arzneiliefervertrag der Apotheken mit den Ersatzkassen hat diese Problematik zum Ende des Jahres 2004 Eingang gefunden. Der Arzneiliefervertrag beschränkt die Versorgung von Ersatzkassenversicherten auf verschreibungspflichtige Medizinprodukte, auf salinische Nasentropfen und viskositätserhöhende Augentropfen. Aus diesem

Grund sind seit dem 01.12.2004 beispielsweise Lieferungen von Emser Inhalationsampullen auf Kassenrezept von Apotheken angelehnt worden.

Nachdem in den vergangenen Jahren nach mehrfachen Versuchen keine einvernehmliche Lösung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit und den Krankenkassen zustande kam, ist für das erste Quartal 2005 ein weiteres Gespräch geplant. Ziel ist die Formulierung einer Zwischenlösung bis zur gesetzlichen Klarstellung.

Ansprechpartner:

Beratende Ärzte
Beratende Apotheker

Das "KV-Sentinel" - gemeinsames Projekt des Robert-Koch-Instituts und der KVen

Mit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) sind einige impfpräventable Krankheiten nicht in die Meldepflicht aufgenommen worden, obwohl sie eine große Bedeutung für die öffentliche Gesundheit haben.

Um gezielte Impfeempfehlungen aussprechen zu können, benötigt die Ständige Impfkommision (STIKO) Informationen über Impfkativitäten und den Impfstatus der Bevölkerung.

Seit 2004 planen deshalb das Robert-Koch-Institut (RKI) und die überwiegende Mehrheit der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) ein gemeinsames Projekt, das nach Möglichkeiten zur Erhebung der benötigten Informationen sucht. Das Projekt besteht aus zwei Teilen:

Im ersten Teil wird die Häufigkeit von Mumps, Pertussis und Varizellen nach Alter, Geschlecht und Region abgeschätzt. Obwohl meldepflichtig, sollen auch die Masern mit einbezogen werden - hier wurde die Zielstellung der WHO berücksichtigt, nach der in Europa die Masern bis 2007 zu eliminieren sind.

Im zweiten Teil des Projekts wird die Häufigkeit der durchgeführten Impfungen beurteilt.

Grundlage für die Prognosen sind die von den Vertragsärzten mit der Quartalsabrechnung eingereichten ICD-10-Kodierungen sowie die Gebühren- und Symbolnummern. Zusätzliche Befragungen und damit verbundene Mehrbelastungen der Vertragsärzte sind für die-

ses Projekt nicht erforderlich. Die notwendigen Daten werden von den KVen in pseudonymisierter Form an das RKI übermittelt. Rückschlüsse auf einzelne Ärzte oder Patienten sind deshalb nicht möglich.

Um eine aussagefähige Bewertung der Daten zu gewährleisten, bittet das RKI

darum, dass die ICD-10-Kodierungen unter Nutzung des Feldes Diagnosesicherheit (Zusatzkennzeichen A, V, Z, G) besonders sorgfältig und differenziert vorgenommen werden.

Ansprechpartner:

Beratende Apotheker, Beratende Ärzte

Die Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses informiert:

Stärkere Prüfung der Substitution verschreibungspflichtiger Medikamente

Es zeichnet sich ab, dass die Krankenkassen die Substitution von rezeptfreien durch verschreibungspflichtige Medikamente vermehrt auf ihre Wirtschaftlichkeit überprüfen lassen. Hintergrund ist, dass das GKV-Modernisierungs-Gesetz die nicht verschreibungspflichtigen Medikamente aus dem Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherung herausgenommen hat.

Die Anträge werden über den Punkt 16.8 der Arzneimittel-Richtlinien begründet (in Kraft getreten am 16. März 2004).

Hier heißt es:

"Der Vertragsarzt soll nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten des Versicherten verordnen, wenn sie zur Behandlung einer Erkrankung medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend sind. In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein."

Der Übergang von rezeptfreien zu ver-

ordnungspflichtigen Arzneimitteln innerhalb einer Indikationsgruppe bei ein und demselben Patienten kann daher als unwirtschaftlich angesehen werden.

In den Anträgen geht es um Patienten, bei denen z. B. im Quartal 04/03 ein rezeptfreies durch ein verschreibungspflichtiges Arzneimittel im Quartal 01/04 ersetzt worden ist.

Beispiele für bereits gestellte Anträge:

Almag® ersetzt durch Pantozol®

Prostess

Uno® ersetzt durch Alna®

Cetirizin® ersetzt durch Aerius®

Apocanda® ersetzt durch Lotricomb®

Weitere Konstellationen sind beantragt.

Wenn Sie dazu Informationen wünschen, wenden Sie sich bitte an Sabine Ebert, Tel.: 0331/620 75 12

Jörg Brust

Leiter der Geschäftsstelle

Unterwegs in Brandenburg - genauer gesagt, in brandenburgischen Arztpraxen. Viele Beispiele gibt es, in denen es gezielt um Prävention geht. Sie wollen wir vorstellen, als Anregung zur Nachahmung. Der Appetit soll geweckt werden, die Lust, sich selbst und die Patienten mit dem Präventionsgedanken zu "infizieren". Heute ein Beispiel aus dem Nord-Westen unseres Landes.



"Angebote helfen, gewisse Trägheit zu überwinden"

Rheinsberg, Kirchstraße. Auch im Winter hat dieses Städtchen nichts von seinem Reiz verloren. 6 Hausärzte praktizieren hier und eine Gynäkologin. Der nächste Orthopäde beispielsweise hat seine Praxis im 30 km entfernten Gransee oder Neuruppin.

Diese Struktur ist typisch für Brandenburg. Und trotzdem - es gibt hier in Rheinsberg auch etwas, das anderenorts so nicht zu finden ist: Ein interessantes Präventionsangebot. Diesem sind wir gewissermaßen auf der Spur und wollen darüber berichten. Als Anregung und insofern zur Nachahmung empfohlen.

Vor rund fünf Jahren hat Heidelind Schäfer, eine dieser 6 Hausärzte, begonnen, sowohl ein Konzept der ganzheitlichen Adipositas-therapie als auch der Prävention umzusetzen. Sie lächelt. "Wir müssen doch alle eine

gewisse Trägheit überwinden, um für uns etwas zu tun." Schnell abspecken kann Jeder! Doch das erreichte Gewicht zu halten, ist die Kunst. Die Lösung ist die Kombination aus einer "gesunden Vollwertküche" und Bewegung. Laufen, Joggen, einfach nur an der frischen Luft spazieren zu gehen sind natürlich gute Möglichkeiten.

Aquafitness jedoch ist ideal. Egal, ob gesund oder übergewichtig, sie können in 60 Minuten alles trainieren: gleich, ob Kraft, Ausdauer oder Fettverbrennung, spüren sie doch nur noch 1/10 ihres Körpergewichts.

Sechs Mal in der Woche sind für mehrere Stunden die Schwimmhallen in Rheinsberg und Lindow angemietet. Dann "tummeln" sich bis zu 20 Personen unter fachkundiger Anleitung und zu anspornender Musik im Wasser.

Als Frau Schäfer gezielt damit begann, ihre Patienten dafür zu interessieren, hatte sie nicht geahnt, welche Ausmaße dies einmal annehmen würde. Doch Erfolge sprechen sich nicht nur in einer Kleinstadt wie Rheinsberg rum.

Der Zulauf an Interessierten stammt nicht allein aus ihrer Patientenklintel. Mittlerweile informieren auch andere Kolleginnen und Kollegen - beispielsweise aus Gransee oder Neuruppin - ihre Patienten über dieses spezielle Angebot.

Von Anfang an wurde diese präventive "Schiene" durch Gründung des Familienunternehmens "VITASTEP" aus der Praxis herausgelöst und durch ihre Tochter, eine ausgebildete Gesundheitstrainerin, übernommen. "Patienten hier in der Praxis zu beraten, wäre einfach zu viel." Mit etwa 1200 Fällen im Quartal liegt sie über dem Durchschnitt in Bran-

denburg. Typisch für den Alltag in den ländlichen Regionen.

Im Rahmen unserer Aktion "Nicht nur Sitzen - auch mal schwitzen!", werden nun Sie angesprochen: Im April diesen Jahres ist in Rheinsberg eine "Schnupperstunde" Aquafitness für die ärztlichen Kolleginnen und Kollegen aus der Region geplant. "Die beste Überzeugung für die Patienten ist doch die Vorbildwirkung", sagt Frau Schäfer. Und sie weiß, wovon sie spricht. "Mein Doktor macht mit!" - so könnte beispielsweise das Motto lauten. Ein gutes, weil treffendes Motto.

Wir werden in "KV-intern" in loser Reihenfolge immer wieder über Projekte informieren, die sich die Prävention auf die Fahne geschrieben haben - egal, ob auf dem Lande oder im, respektive unterm Wasser ...
R.H.

Unser Info-Tipp

Broschüre "Internetguide für Krebspatienten"

Die Patientenbroschüre "Internetguide für Krebspatienten" ist jetzt in der dritten Neuauflage (19.000 Exemplare) erschienen. Die Broschüre nennt auf 50 Seiten unter anderem die wichtigsten Adressen und Anlaufstellen zum Thema Krebs im Internet. Es werden die besten Internet-Suchstrategien erläutert und typische Fehler erklärt.

Die Broschüre kann von den Patienten über die Hauptseite von **www.krebskompass.de** gegen einen Versandkostenbeitrag bestellt werden.

Zur Auslage in der Praxis werden gerne

auch größere Stückzahlen zur Verfügung gestellt. Die günstigste Versandmenge für kleine Bestellungen umfasst 15 Exemplare. 50-70 Exemplare können als Paket zugesandt werden. Bei der Bestellungen über 15 Exemplaren werden die reinen Versandkosten in Rechnung gestellt.

Der Krebs-Kompass dient sowohl als Wegweiser durch das Informationsangebot im Internet als auch als virtuelle Selbsthilfegruppe. Zum einen vernetzt er qualitätsgeprüfte Krebsinformationen im deutschsprachigen Internet. Zum anderen bietet er Betroffenen und Angehörigen mit Foren und einem 24-Stunden Chat die Möglichkeit, sich jederzeit und anonym mit anderen auszutauschen.

KOSA (Tel.: 0331/23 09-230)

Anzeige Thieme

Niederlassungen im Januar 2005

Planungsbereich Brandenburg Stadt/Potsdam-Mittelmark

Dr. med. Grit Dummann
FÄ für Allgemeinmedizin
Brielower Str. 59, 14770 Brandenburg
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Veronika Lippmann)

Dipl.-Psych. Renate Kaiser-Swoboda
Psychologische Psychotherapeutin/
Verhaltenstherapie
Tannenweg 7
14548 Schwielowsee/Wildpark West

Planungsbereich Cottbus

Susanne Birkholz
FÄ für Innere Medizin
Bahnhofstr. 64, 03046 Cottbus
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Gertraud Schirmer)

Dr. med. Uwe Göbel
FA für Innere Medizin
Leipziger Str. 45 b, 03048 Cottbus
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Evelyn Mühlberg)

Dr. med. Michael Schierack
FA für Orthopädie
Thiemstr. 112, 03050 Cottbus

Dipl.-Psych. Wolfgang Fischer
Psychologischer Psychotherapeut/
Tiefenpsychologie
Thiemstr. 112, 03050 Cottbus

Planungsbereich Frankfurt Stadt/Oder-Spree

Dr. med. Karl-Jörn von Stünzner-Karbe
FA für Allgemeinmedizin
Müllroser Str. 46, 15518 Briesen
(Übernahme der Praxis
von Herrn Klaus Hülppüsch)

Dr. med. Heiko Böhmer
FA für Allgemeinmedizin
Friedrichstr. 58, 15537 Erkner
(Übernahme der Praxis
von Dipl.-Med. Birgit Czernitzky)

Dr. med. Abdul Fattah Saleh
FA für Laboratoriumsmedizin
Am Kleistpark 1, 15230 Frankfurt

Dr. med. Matthias Mindach
FA für Nervenheilkunde
Humboldtstr. 5
15230 Frankfurt (Oder)
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Holger Mäthner)

Planungsbereich Potsdam

Dr. med. Mario Hubatsch
FA für Frauenheilkunde u. Geburtshilfe
Zimmerstr. 15, 14471 Potsdam

Dr. med. Kerstin Hackethal
FÄ für Innere Medizin
Helene-Lange-Str. 10a, 14469 Potsdam

Stephan Grundmann
Psychotherapeutisch tätiger Arzt
Stephensonstr. 16, 14482 Potsdam

Dr. med. Jörg Lebentrau
FA für Urologie
Kurfürstenstr. 19, 14467 Potsdam
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Martin Futh)

Planungsbereich Barnim

Ulrike Podlejski
FÄ für Allgemeinmedizin
Bernauer Allee 1
16321 Bernau b. Bln./ OT Schönow
(Übernahme der Praxis
von Frau Gisela Franz)

Dipl.-Med. Thomas Badow
FA für Nervenheilkunde
Berliner Str. 65, 16321 Bernau b. Bln.
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Gerda Klimm)

Planungsbereich Dahme-Spreewald

Dipl.-Med. Sylvia Vogelsang
FÄ für Innere Medizin/HA
Parkstr. 29, 15738 Zeuthen
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Jutta Schwarz)

Gabriela Eggert
FÄ für Innere Medizin/HA
Berliner Chaussee 4, 15749 Mittenwalde

Krisztina Zels
FÄ für Pathologie
Köpenicker Str. 29,
15711 Königs Wusterhausen

Planungsbereich Elbe-Elster

Dr. med. Frank Gogolin
FA für Innere Medizin/HA

Str. des 3. Oktober, 04910 Elsterwerda
(Übernahme der Praxis
von Frau Brigitte Richter)

Planungsbereich Havelland

Sharareh Kord
FÄ für Allgemeinmedizin
Dammstr. 7a, 14641 Nauen

Planungsbereich Prignitz

Dr. med. Hans-Gunnar Haufe
FA für Allgemeinmedizin
Friedensstr. 4a, 19348 Perleberg
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Hans-Eckart Haufe)

Planungsbereich Märkisch-Oderland

Dipl.-Med. Martina Lehmann
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin
Rudolf-Breitscheid-Allee 32
15366 Neuenhagen bei Bln.
(Übernahme der Praxis
von Frau Barbara Scharnke)

Ulf-Thilo Hanisch
FA für Nervenheilkunde
Prötzeler Chaussee 8 b,
15344 Strausberg
(Übernahme der Praxis
von Herrn Rainer Lischeski)

Uwe Patzelt
FA für Neurologie
Am Frankfurter Tor 1, 15306 Seelow
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Karin Brambor)

Dr. med. Nils Jessen
FA für Orthopädie
Am Annatal 60, 15344 Strausberg
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Horst Gerschner)

Ärztetkongress

Bitte beachten Sie auch die
beiliegende Information zum
Deutschen Ärztekongress
vom **9. bis 11. Mai** diesen
Jahres in Berlin.

Dr. med. Konstanze Schütze
FÄ für Diagnostische Radiologie
Seebad 82/83, 15562 Rüdersdorf

Dr. med. Steffen Herz
FA für Urologie
Prätzeler Chaussee 5,
15344 Strausberg
(Übernahme der Praxis
von Herrn Wolfgang Böhm)

Planungsbereich Teltow-Fläming

Dipl.-Med. Arianne Gundlach
FÄ für Innere Medizin/HA
Am Dammtor 6, 14913 Jüterbog
(Übernahme der Praxis
von MR Dr. med. Rudolf Wolfram)

Planungsbereich Uckermark

Dr. med. Lukas Nitsche
FA für Augenheilkunde
Bahnhofstr. 18, 16303 Schwedt
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Christl Lehmann)

Dr. med. Heike Hakenbeck
FÄ für Haut- u. Geschlechtskrankheiten
Friedrichstr. 43, 17291 Prenzlau
(Übernahme der Praxis
von SR Dr. med. Bärbel Hakenbeck)

Dr. med. Peter Glorius
FA für Innere Medizin
Karl-Marx-Str. 2a, 17291 Prenzlau
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Klaus Zimmermann)

Heike Reißberg
FÄ für Nervenheilkunde
Obere Mühlenstr. 10 a, 17268 Templin
(Übernahme der Praxis
von OMR Dr. med. Henner Schwarz)

Dipl.-Psych. Mathias Rieth/Verhaltenstherapie
Psychologischer Psychotherapeut
E.-Thälmann-Str. 10b, 17268 Templin
(Übernahme der Praxis
von Dipl.-Psych. Janet Betge)

Dipl.-Med. Uwe Ziesche,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Blankenfelde-Mahlow
ab 12.01.2005

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

Dr. med. Irmelin Bellmann,
Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten im ASB Gesundheitszentrum
Schwarzheide
ab 01.04.2005

Zulassungen und Ermächtigungen

Neuzulassungen

Susanne Jantsch,
Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Cottbus
ab 01.04.2005

Dipl.-Med. Birgit Schöneberg,
Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Eisenhüttenstadt
ab 01.04.2005

Jörg Thelen,
Facharzt für Innere Medizin / HA in Zossen/OT Dabendorf,
ab 12.01.2005

Ermächtigungen

Dr. med. Thomas Feldmann,
Facharzt für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Belzig,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV 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 Kardiologie, für die Doppler- und Duplex-sonographische Diagnostik und auf dem Gebiet der Pneumologie für die Zeit vom 12.01.2005 bis 30.09.2005.

Dr. med. Gary Kissinger,
Facharzt für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Prenzlau,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung der präventi-

ven Koloskopie, zur Durchführung der Rektum- und/oder Sigmoidoskopie und zur konsiliarischen Beratung bei onkologischen Krankheitsbildern für die Zeit vom 12.01.2005 bis 31.12.2007.

Verlegung des Praxissitzes

Ingrid Gesper,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Dahme/Mark,
neue Adresse: Nachthainichenweg 23;

Dipl.-Med. Evelyn Goetz,
Ärztin in Oberkrämer/OT Bötzow,
neue Adresse: Breite Str. 73 in Velten;

Dr. med. Sibylle Thonack,
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Pritzwalk,
neue Adresse ab 07.02.2005: Perleberger Str. 2;

Praxisbörse

Interessenten für die
folgend aufgeführten Anzeigen wenden
sich bitte an den Geschäftsbereich Qualitätssiche-
rung/Sicherstellung der KV Brandenburg,
Frau Karin Rettkowski, Tel.: 0331/2309-320 oder Fax 0331/2309-383.

Biete

Praxisaufgabe aus Altersgründen, Allgemeinarztpraxis Alt-Stadt Brandenburg voraussichtlich Anfang 2006, eventuell auch früher. Scheinzahl pro Quartal ca. 800-1.000.

Chiffre: 05/02/01

Biete

gut gehende allgemeinmedizinische Praxis, Luckenwalde, gute Lage (45 km südlich Berlins) mit konstanter Fallzahl von ca. 1.200/Quartal (Privatpatienten nicht eingeschlossen) sucht ab Anfang 2006 aus Altersgründen Nachfolger.

Chiffre: 05/02/04

Biete

Hausarztpraxis in Brandenburg/Havel baldmöglichst aus Altersgründen abzugeben. Die Arztpraxis liegt im Altenpflegeheim mit 90 Pflegebetten und 50 WE betreutes Wohnen, gute Verkehrsanbindung. Parkplätze vorhanden, Apotheke in 3 min. Entfernung. Praxis umfasst 130 m², rollstuhlgerecht, eigener Eingang. Die Patientenkielentel umfasst alle Altersgruppen; stabile Scheinzahl ist garantiert.

Chiffre: 05/02/06

Suche

ab sofort für HNO-Praxis in Strausberg-Nord Praxisübernehmer.

Chiffre: 05/02/02

Biete

Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe möchte zum 30.06.2005 ihre vertragsärztliche Tätigkeit beenden. Der Vertragsarztsitz befindet sich in einer Stadt (ca. 18.000 Einwohner) im Norden des Landes Brandenburg. Praxis ist sehr verkehrsgünstig in Krankenhausnähe an einem Park gelegen, Neubau 1996 im Parterre, ca. 100 m², ist funktionsfähig, technisch nicht mehr neu, daher preisgünstig. Praxisräume sind zur Miete.

Chiffre: 05/02/03

Biete

Mittelgroße allgemeinmedizinische Praxis nördlich von Berlin (60 Km) in landschaftlich schöner Wald- und Wasserumgebung, im Zentrum einer Kleinstadt, aus Altersgründen abzugeben. Praxis ist 72 m² groß und hat stabile Fallzahlen. Abzugeben zum Ende 2005, jedoch auch flexibel terminlich vereinbar.

Chiffre: 05/02/05

Suche

Approbierte Psychologische Psychotherapeutin (VT) mit Arztregistereintragung sucht Job-Sharing/Mitarbeit in PT-Praxis in Brandenburg

Tel.: 030/31808909

E-mail: ch.kues@gmx.de

Praxisbörse

Interessenten für die
folgend aufgeführten Anzeigen wenden
sich bitte an den Geschäftsbereich Qualitätssiche-
rung/Sicherstellung der KV Brandenburg,
Frau Karin Rettkowski, Tel.: 0331/2309-320 oder Fax 0331/2309-383.

Suche

Weiterbildungsstelle in allgemeinmedizinischer Praxis im Landkreis Ostprignitz-Ruppin ab August/September 2005. Klinische Ausbildung mit 1 1/2 Jahren Gyn., 1/2 Jahr Inn. Med./Gastroenterologie, Hämatologie, Geriatrie, Kardiologie, 1/2 Pädiatrie und 1/2 Jahr Chirurgie bereits abgeschlossen. Bei Interesse und Rückfragen bitte melden unter **0160/94437772**.

Suche

für 2008 leistungsstarke hausärztliche Praxis im Landkreis Oder-Spree oder nördliches Oberhavel (Rheinsberg, Neuruppin) zur Übernahme. Bin derzeit in Weiterbildung zum FA für Allgemeinmedizin. Würde gern in der Praxis, die zur Übernahme steht, einen Teil meiner Weiterbildungszeit absolvieren.

Chiffre: 05/02/08

Suche

Psych. Psychotherapeutin (VT) sucht KV-Sitz oder Job-Sharing in Potsdam (Stadt).

Interessenten melden sich bitte unter **030/80496144** oder **0178/6971826**

Suche

hausärztliche Praxis in Cottbus sucht zum 1.4.2005 zwecks Erweiterung des Teams ausgebildete Arzthelferin zur Anstellung.

Chiffre: 05/02/13

Suche

Bin Fachärztin für Dermatologie mit der Zusatzbezeichnung Allergologie. Suche bevorzugt im nahen Umfeld von Berlin hautärztliche Praxis zur späteren Übernahme. Einarbeitungszeit ist erwünscht.

Chiffre: 05/02/07

Suche

Anästhesist hat noch freie Kapazitäten in den Fachbereichen ambulante Anästhesie und Rettungswesen.

Chiffre: 05/02/09

Suche

EILT! Bin Fachärztin für Kinderheilkunde. Suche kinderärztliche Praxis zur Übernahme.

Chiffre: 05/02/10

Suche

Gynäkologen/in zur Mitarbeit in gynäkologischer Praxis südlich Berlins.

Chiffre: 05/02/11

Suche

Arzthelferin mit Abschluss, 12-jährige Praxiserfahrung und fundierte PC-Kenntnisse sucht neuen Wirkungskreis in Eisenhüttenstadt oder Frankfurt (Oder) Vollbeschäftigung oder Teilzeit in einer Arztpraxis.

Chiffre: 05/02/12

Tabelle - Fortildung

Dank für kompetente Unterstützung!

Als in Brandenburg neu niedergelassener Allgemeinmediziner möchte ich es nicht versäumen, mich für die hierbei erfahrene Unterstützung durch die KV Brandenburg zu bedanken.

Nach 15jähriger Tätigkeit als Hausarzt in Berlin waren die Erfahrungen mit der hiesigen KV überraschend anders und erfreulich. Während der gesamten

Phase der Praxissuche und des Nachbesetzungsverfahrens habe ich mich immer sehr gut informiert und unterstützt gefühlt (hier muss das Engagement von Frau Rettkowski besonders erwähnt werden), so dass die Praxisübergabe letztendlich zur völligen Zufriedenheit aller Beteiligten Parteien termingerecht erfolgte.

Dr. Heiko Böhmer, Erkner

Anzeige PVS

Termin - Änderung

Das Seminar "Strukturiertes Schulungsprogramm für insulinpflichtige Diabetiker"

am 18.03.2005 und am 19.03.2005 bei Herrn Dr. med. Funke verschiebt sich auf

den **15.04. und 16.04.2005.**

Wir bitten Sie um Beachtung!

Nachzubesetzende Vertragsarztsitze

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

**Facharzt/Fachärztin für
Allgemeinmedizin
Planungsbereich:**

**Frankfurt (Oder)/St. / Oder-Spree
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungs-kennziffer: 07/2005**

**Facharzt/Fachärztin für Chirurgie
Planungsbereich:
Brandenburg/Havel/Potsdam-Mittel-
mark**

**Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungs-kennziffer: 08/2005**

**Facharzt/Fachärztin für
Frauenheilkunde
Planungsbereich: Havelland
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungs-kennziffer: 09/2005**

**Facharzt/Fachärztin für
Frauenheilkunde
Planungsbereich: Cottbus/Stadt
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungs-kennziffer: 10/2005**

**Facharzt/Fachärztin für
Nervenheilkunde
Planungsbereich: Prignitz
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungs-kennziffer: 11/2005**

**Facharzt/Fachärztin für Orthopädie
Planungsbereich: Barnim
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungs-kennziffer: 12/2005**

**Facharzt/Fachärztin für Orthopädie
Planungsbereich: Uckermark
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungs-kennziffer: 13/2005**

Nähere Informationen und Bewerbungsunterlagen erhalten Sie bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, **Ansprechpartnerin:** Karin Rettkowski, Tel.-Nr.: 0331/23 09-320.

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

Unter dem Stichwort "Ausschreibung" sind die Unterlagen bis zum **05. April 2005** bei der KV Brandenburg, Friedrich-Engels-Str. 103/104, 14473 Potsdam, einzureichen.

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

Potsdam, den 03. Februar 2005

Kreuzchenliste

Herzliche Glückwünsche!

**zum 50.**

*Dipl.-Med. Matthias Grave,
Königs Wusterhausen/OT Zeesen*

*Dr. med. Wolfgang Haacke,
Brandenburg*

*Dipl.-Med. Lilli-Marlen Hollenberg,
Angermünde*

Dipl.-Med. Jörg-Ingo Kahmann, Gransee

Dr. med. Christiane Ludwig, Stahnsdorf

Dipl.-Med. Christof Lusky, Woltersdorf

*Dipl.-Med. Barbara Rayner,
Bad Freienwalde*

Dipl.-Med. Anette Rosenthal, Schwedt

Dr. med. Volkmar Rosenthal, Schwedt

Dr. med. Christof Schulz, Bernau

Dr. med. Angelika Siebert, Ludwigsfelde

Andreas Slipenkow, Potsdam

Dr. med. Angela Weiß, Spremberg

zum 60.

Heidrun Eberle, Schipkau

*Dr. med. Barbara Hager,
Bad Freienwalde*

Dr. med. Hans-Jürgen Knoth, Lübben

*Prof. Dr. med. Hartmut Lobeck,
Potsdam*

Elke Reißig, Schwedt

Ludmilla Siegle, Schwarzheide

Dr. med. Frank Steinborn, Seelow

zum 65.

Detlef Blank, Petershagen/Eggersdorf

MR Dr. med. Peter Dörste, Frankfurt

MR Dr. med. Erhard Grieger, Bernau

Dr. med. Bernd Hantke, Cottbus

Dr. med. Uda Maier, Zehdenick

*SR Jürgen Moldenhauer,
Königs Wusterhausen*

Barbara Müller, Cottbus

zum 66.

Roswitha Drozdowski, Großräschen

*Dr. med. Ursel Ehrenpfordt,
Luckenwalde*

Evamaria Lehnig, Großräschen

Dr. med. Renate Loth, Jüterbog

*Dr. med. Rudolf Scholz,
Stechow-Ferchesar*

zum 67.

Irmgard Matthes, Kyritz

zum 68.

Dr. med. Oskar Harnapp, Senftenberg

Dr. med. Dietrich Kothe, Bernau

Dr. med. Siegfried Schmidt, Potsdam

zum 69.

*Dr. med. Rudolf Müller,
Lauchhammer-Ost*

Dr. med. Rudolf Popp, Jüterbog

*Dr. med. Klaus Ulrich,
Goyatz OT Goyatz-Guhlen*

zum 70.

Lothar Kropius, Jüterbog

Impressum

KV-intern
Monatsschrift der Kassenärztlichen
Vereinigung Brandenburg

Herausgeber:

Landesgeschäftsstelle der
Kassenärztlichen Vereinigung
Brandenburg
Gregor-Mendel-Str. 10 - 11
14469 Potsdam
Telefon: 0331/28 68 100
Telefax: 0331/28 68 126
Internet: <http://www.kvbb.de>
Email: info@kvbb.de

Redaktion:

Dr. med. H. J. Helming (ViSP),
MUDr./CS Peter Noack,
Dipl.-Med. Andreas Schwark,
Dr. rer. pol. Hans-Jörg Wilsky,
Ralf Herre

Redaktionsschluss:

14. Februar 2005

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

**Herzlichen
Glückwunsch!**

*Seinen 70. hat er in diesem Monat begangen,
Lothar Kropius, seit fast vierzig Jahren nieder-
gelassen in eigener Praxis in Jüterbog und
einer der "Gründungsväter" der KV Branden-
burg.*

*Wir gratu-
lieren ihm
an dieser
Stelle sehr
herzlich,
verbunden
mit den
besten
Wünschen
für dieses
und die
kommenden Jahre; Gesundheit, Glück, per-
sönliches Wohlergehen, Freude, viele schöne
Stunden im Kreise der Familie und natürlich
vor allem zufriedene Patienten.*

*Verbinden möchten wir dies mit einem herzli-
chen Dankeschön für die jahrelange engagier-
te Tätigkeit im Interesse der brandenburgi-
schen Vertragsärzteschaft!*

Toi, toi, toi, lieber Lothar Kropius!

Foto Kropius