



Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen

Am 23.02.05 trafen sich die gewählten Vertreter unserer KV zur ersten Themen-Vertreterversammlung in der 5. Wahlperiode. Zunächst war es erforderlich, nach der noch im Vorjahr erfolgten Satzungsänderung, die beratenden Fachausschüsse zu installieren und deren Mitglieder für den hausärztlichen, fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungsbereich zu wählen.

Das Ergebnis dieser Wahlen konnte niemanden überraschen, denn ausnahmslos und einstimmig wurden Kolleginnen und Kollegen gewählt, die sich schon in der Vergangenheit berufspolitisch engagiert und kämpferisch, aber auch informiert und fair für die Interessen ihrer Versorgungsbereiche eingesetzt haben. Bitte verstehen Sie, dass ich als Kinderarzt besonders froh bin, dass mit Herrn J. U. Köhler der hochkompetente Honorarexperte unseres Berufsverbandes in den hausärztlichen Ausschuss gewählt wurde. Am meisten aber freut mich, dass die Mitglieder aller Ausschüsse dafür stehen, sich auch zukünftig für das Fortbestehen unserer Körperschaft als Einheit einzusetzen, dabei auch durchaus berechnete Partikularinteressen dem Wohl der Gesamtheit der Vertragsärzte nötigenfalls unterzuordnen.

Ich hoffe, dass uns diese Gemeinsamkeit, die ja von allen vor den Wahlen zur VV beschworen wurde, erhalten bleibt. Jetzt jedenfalls beginnt die berufspolitische Praxis in den Ausschüssen. Die Aufgaben müssen definiert, die Zusammenarbeit untereinander und mit dem hauptamtlichen Vorstand muss geübt und gelebt werden. Mit kühlem Kopf und gutem Willen müsste das gelingen.

Der Haushaltsausschuss wird seine Arbeit übrigens in der gleichen Besetzung wie in der vergangenen Wahlperiode fortsetzen. Diese Kontinuität tut der KV sicher gut.

Nach der Pause informierte Dr. Noack über den Stand der Verhandlungen mit den Krankenkassen zum Honorarverteilungsvertrag. Nach dem Scheitern der Gespräche im Vorjahr vor dem Schiedsamt, dessen von uns als befangen abgelehnter Vorsitzender uns ja am Jahresende, ich sage durchaus glücklicherweise, abhanden gekommen war, sei es nach hartem Ringen gelungen, Eckpunkte zur Honorarverteilung ab Quartal 2/2005 zu vereinbaren.

An dieser Stelle ein notwendiger Blick zurück auf den 29.10.2004. An diesem Tag wurde von einem Teil der im Bewertungsausschuss verhandelnden Ärzte der betriebswirtschaftlich ermittelte Punktwert für den EBM2000plus von 5,11 Cent zur Disposition der Krankenkassen gestellt. Nach meiner Meinung braucht keine Feinde mehr, wer solche Kollegen in den eigenen Reihen hat. Der neue EBM ist damit Makulatur, die Vertragsärzteschaft ein zahnlöser Tiger.

Das es für dieses windelweiche Verhalten im Bewertungsausschuss von Kassenseite eine derbe Quittung geben wird, war fast voraussehbar. Noch während ich an diesem Editorial schreibe, erreicht mich via E-mail die Nachricht, dass in den laufenden Verhandlungen zur Honorarverteilung am 04.03.05 von der AOK gefordert wird, den derzeitigen Punktwert von 4,1 Cent im Regelleistungsvolumen bei den Fachärzten auf 3,8 Cent ab zu senken. Damit wären die oben erwähnten Eckpunkte wieder Makulatur. Am gleichen Tag melden die Nachrichtenagenturen übrigens Überschüsse bei den Krankenkassen von rund vier Milliarden Euro für das abgelaufene Jahr. In der Pressemitteilung der KV wird von einem unmoralischen Angebot der AOK gesprochen. Ich denke, es ist mehr als das.

Es ist wohl eher die konsequente Fortsetzung der Bemühungen, die fachärztliche ambulante Versorgung der Versicherten, die ein auch international anerkannt hohes Niveau aufweist, in Deutschland kaputt zu spielen, um sie bei den "Wettbewerbern" Krankenhaus und Poliklinik anzusiedeln. Dann allerdings um welchen Preis auch immer.

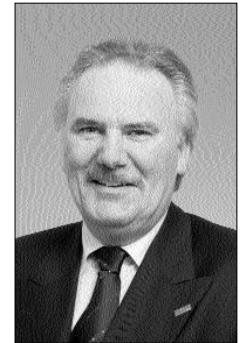
Und wo bleibt die Verantwortung unseren Patienten gegenüber, speziell den Versicherten der "Gesundheitskasse", auch in Zukunft eine qualitativ hochwertige Versorgung zu wirtschaftlich vernünftigen Konditionen anbieten und sicherstellen zu können? Ich weiß es nicht. Und Ideologen haben solche Nebensächlichkeiten sowieso noch nie interessiert.

Ihr Harald Geyer

Präsident der Vertreterversammlung der KV Brandenburg

“Ich plädiere für ein sinnvolles, interdisziplinäres Miteinander von Haus- und Fachärzten”

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



Das Gesundheitssystem ist in Bewegung, Wettbewerb heißt das Zauberwort: Seit dem 1. März leben beispielsweise der Hausärzteverband mit BARMER-Ersatzkasse und den Apotheken einen bundesweiten Hausarztvertrag. Rund 400 Hausärzte Brandenburgs sollen sich eingeschrieben haben. Wie beurteilt die KV eine solche Entwicklung?

Nun, wir sehen es klar als Versuch, das Kollektivvertragssystem zu torpedieren, es zu gefährden. Und wir wissen uns dabei in einer Reihe mit vielen anderen Kennern des Systems.

Worin liegt die Gefahr?

Sie besteht für das System an sich und damit für alle Beteiligten: Für Ärzte, Patienten, also Versicherte und nicht zuletzt auch für die Krankenkasse. Denn hier handelt es sich ausschließlich um ein Ideologie-Produkt von Krankenkassenfunktionären und Berufsverbandsfunktionären. Es ist nämlich ein lupenreiner Primärarztvertrag, eingeführt praktisch über die Hintertür, der politisch im Übrigen längst beerdigt wurde.

Was sind die Hauptkritikpunkte aus Ihrer Sicht?

Dieses Produkt bringt nicht eine einzige Verbesserung bei der Betreuungsqualität oder Wirtschaftlichkeit der medizinischen Betreuung! Wissen Sie, wenn diesen Unsinn die BARMER alleine finanzieren würde, dann könnte man ja noch ein Auge zudrücken - aber sie behält erst mal 1% unserer Gesamtvergütung - von Haus- und Fachärzten! - ein und leitet dieses dann in den Hausarzttopf. Dabei profitieren dann aber auch nur jene Hausärzte, die sich an dem Projekt beteiligen!

Die BARMER hat ihr Projekt mit BDA und Apothekern als Integrationsversorgung deklariert ...

... Sie sollten besser sagen, sie hat es mit dem Integrationsversorgungsparagraphen 140 des SGB V bemäntelt, getarnt. Von der politischen Vorgabe, dass an dieser Versorgungsform nur besonders qualifizierte Hausärzte teilnehmen sollten (weil es ja dem deutschen Gesundheitswesen u.a. so essenziell an Qualität fehlt und wir Ärzte nur

Ausschuss produzieren), taucht in diesem Konstrukt gar nichts auf. Aber eventuell gibt es ja noch einige unveröffentlichte Seiten, um die minderqualifizierten Hausärzte nicht auf die Barrikaden zu treiben!!

Treibt es denn Hausärzte auf die Barrikaden?

Bislang offensichtlich nicht. Ich habe eher den Eindruck, dass einige (angeblich 400 in Brandenburg) meinen, sich diesem entfachten öffentlichen Druck nicht verweigern zu können. Die überwiegende Zahl der Hausärzte interessiert das alles gar nicht.

Die KV ist bei allem aber außen vor?

Ja. Krankenkasse und Hausarztverband sind anscheinend überzeugt, dieses Konstrukt an der KV vorbei alleine managen zu können. Glück auf kann ich da nur sagen und einen Hauptgewinn im Lotto, denn das wird teuer, sehr teuer!! Und nur weil offenbar die Vertragspartner zunehmend ihre Kapazitäts- und Kompetenz-Grenzen erkennen sowie feststellen, dass sie sich finanziell verborgen haben, werden die Fühler vorsichtig nach der ursprünglich auf die Zuschauertribüne verwiesene KV ausgestreckt...

Wie werden die Leistungen der Hausärzte abgerechnet?

Das sollten Sie besser die eifrigen Beserkönner außerhalb der KV fragen! Da ja angeblich schon 400 brandenburgische Hausärzte mitmachen, werden ja auch diese Ihre Frage beantworten können ... Die KV jedenfalls ist zum Spiel nun mal nicht zugelassen.

Gibt es einen Kontrollmechanismus, dass die im Hausarztvertrag eingeschriebenen Versicherten nicht parallel dazu ärztliche Leistungen in Anspruch nehmen?

Ist mir nicht bekannt - aber entsprechende Nachfragen werden - wohlweillich? - nicht beantwortet. Sie können jedoch mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass die BARMER, die es bislang nicht geschafft hat, ihre DMP-Versicherten mit entsprechenden Chipkarten auszurüsten, auch an dieser Stelle insuffizient sein wird.

Aber zu wessen Lasten?

Eben, genau das ist das Problem. Der BARMER ist ja das "Fremdgehen" der Versicherten egal, es bleibt nämlich wie alles schön im gedeckelten Budget! Unterm Strich wird es also wieder von den Ärzten, wie die gesamte Veranstaltung, aus eigenen Honoraren bezahlt!

Nun ist auch die KV Brandenburg mit den Kassen im Gespräch über einen eigenen Hausarztvertrag. Warum?

Weil wir schon vor der politischen Vorgabe im SGB V für eine sinnvolle, kollegiale und auf das Patientenwohl ausgerichtete ärztliche Tätigkeit hingewirkt haben. In allen Jahren der KV Brandenburg gab es keinen Hausarzt- / Facharztstreit, der aus sich heraus begründet gewesen wäre. Alle Vertragskonstruktionen stellten auf ein sinnvolles interdisziplinäres Zusammenwirken ab - und wir wurden in dieser Strategie auch von den Kollegen der Grundversorgung immer wieder bestätigt. Das ist nämlich gelebte Realität ärztlichen Handelns! Was hingegen irgendwelche Schreibtischideolo-

gen in Ministerien, Krankenkassenbüros oder in Verbandfunktionärsetagen so ausbrüten, geht, wie das aktuelle Beispiel beweist, nicht gerade selten fundamental an der Versorgungslandschaft vorbei.

Wie sehen die Überlegungen der KV aus?

Wir wollen den Krankenkassenvertretern ein innerärztlich abgestimmtes Konzept einer hausarztzentrierten Versorgung vorschlagen, welches die Interessen aller Beteiligten widerspiegelt und deswegen auch die Chance bietet, von den Ärzten angenommen und gelebt zu werden.

Das heißt?

Im Zentrum steht die Überlegung, dass die Betreuung unserer Patienten, dort, wo es nötig ist, noch weiter verbessert, qualifiziert wird. Aber auch, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit der an einem Patientenproblem arbeitenden Ärzte auf praktikable, unbürokratische und dennoch verbesserte Art und Weise organisiert wird. Die dabei entstehenden Einsparungen der Aufwendungen der Krankenkassen dienen dann zur Finanzierung der ärztlichen Mehraufwendungen. Letztlich muss es Ziel bleiben, dass eine solche Kollektivvertragslösung optional allen Mitgliedern der KV - also Haus- und Fachärzten - nützt und von ihnen genutzt werden kann, wenn sie die vereinbarten Voraussetzungen erfüllen.

Welche sind das?

Diese Voraussetzungen müssen zwar eine Qualifizierung gegenüber dem Durchschnitt erfüllen, dürfen aber keine

unerreichbaren Trauben darstellen. Ein solches System muss zudem für den Patienten wegen der erkennbaren Qualität und nicht wegen schnöder 30,- Euro-Boni attraktiv sein.

Die KV repräsentiert ja alle Vertragsärzte. Wie können die Fachärzte in einen solchen Vertrag einbezogen werden?

Wir haben eine Reihe von Lösungsansätzen, welche allesamt aus ärztlicher Sicht Sinn machen. Jede interdisziplinäre, kooperative Zusammenarbeit von Ärzten zur Lösung eines Patientenproblems ist zwangsläufig zielführender als das alleine "herumwurschteln" eines Haus- oder eines Facharztes.

Wie ist die bisherige Resonanz der Kassen auf die Initiative der KV Brandenburg?

Wir erkennen ein ernstes Interesse der AOK und IKK an einer gemeinsamen Lösung. Deswegen sind wir in sehr konstruktiven und vor allem partnerschaftlichen Gesprächen mit den Entscheidungsträgern beider Kassen. Ende März werden wir in einer Arbeitsgruppe aus Haus- und Kinderärzten sowie Vorstandsmitgliedern eine Konzeption entwickelt haben, welche Grundlage unserer Verhandlungen mit den Krankenkassen sein wird. Wir sind optimistisch, dass die Ausgewogenheit, Sinnhaftigkeit und Patientenbezogenheit mit der Zielrichtung der wirtschaftlichen Betreuungsoptimierung auch weitere Kassen überzeugen wird.

Herr Dr. Helming, vielen Dank für das Gespräch.

Gefragt und notiert von Ralf Herre

Gesamtvergütung gekürzt - und nun?

Über Wahrnehmung von Verantwortung und ein Spiel mit Zahlen

Wie geht die KV Brandenburg mit der Tatsache um, dass die Krankenkassen zunehmend die Gesamtvergütungen mit der Begründung kürzen, es seien sogenannte Integrationsverträge abgeschlossen worden?

Mit diesem Problem beschäftigte sich der Vorstand in seiner Beratung am 9. März. Mehrere BKK, die AOK, BARMER, TK und DAK haben bislang ihre Vergütungen um bis zu 1 Prozent gekürzt. Insofern dies für die KV Brandenburg nachvollziehbar ist, wird diesen Kürzungen auch zugestimmt, da es die gesetzlichen Regelungen so vorsehen.

Doch genau an dieser Stelle gibt es die Probleme. Die von den Kassen an die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) gemeldeten abgeschlossenen Verträge sowie die damit (angeblich) abzuziehenden Summen sind von der KV Brandenburg nicht nachprüfbar. Der Grund: Die BQS gewährt keine Einsicht in die Unterlagen.

Insofern, so stellte der Vorstand fest, sollten die an IV-Projekten teilnehmenden Ärzte der KVBB die Verträge zur Kenntnis geben. Denn die KV Brandenburg ist in der Pflicht - schließlich haftet sie für eine ordnungsgemäße Verwendung der Gesamtvergütung -, im Interesse aller KV-Mitglieder mögliches Missbrauchspotenzial zu verhindern.

Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand sich dazu verständigt, dass jene Vertragsärzte, die nachweislich in IV-Strukturen eingebunden sind, diese

jedoch hinsichtlich ihrer Honorierung intransparent lassen, einen pauschalen Honorarabzug erhalten. Im Gespräch sind vorerst 15 Prozent.

Damit sollen insbesondere sowohl Doppelabrechnungen als auch Überzahlungen sowie deren Rückforderungen verhindert werden.

Wie "ernsthaft" einerseits die Kassen ihre Verantwortung nehmen, exakte Daten an die BQS zu geben, andererseits die BQS ihre Prüfpflicht nimmt, verdeutlichen auf haarsträubende Weise die der KV Brandenburg zur Verfügung gestellten Daten über die Kürzungen der Vergütungen einzelner Krankenkassen.

Ein Beispiel: Die BQS meldet der KVBB, dass die BARMER für ihren sogenannten Hausarztvertrag ab dem 1. Januar diesen Jahres 0,5800 % der Gesamtvergütung einbehält. In Summe: 42.502.600 Euro! Direkt in der Zeile unter dieser Summe steht dann, dass die BARMER 0,200 Prozent ab dem 1. Januar diesen Jahres für das IV-Projekt Kardiochirurgie Cottbus abzieht. In Summe: 505.365 Euro! Und wiederum in der gleichen Tabelle ist zu lesen, dass die BARMER für das IV-Projekt Kardiochirurgie in Bernau 0,0800 Prozent zum 1. Januar 2005 einbehält, in Summe: 516.877 Euro!

Es ist schon erstaunlich, mit welcher "Sorgfalt" hier gewerkelt wird. Schön wäre es, wenn 0,5800 Prozent der Vergütung der BARMER in Brandenburg rund 42,5 Millionen Euro wären! Und

selbst ein Schüler der 3. Klasse sollte trotz Pisa-Studie in der Lage sein zu beurteilen, dass 0,2000 Prozent von 100 nicht weniger sein können als 0,0800 Prozent! Das jedoch ist offensichtlich den Damen und Herren bei der BARMER ebenso wenig aufgefallen wie den Damen und Herren in der BQS ...

Angesichts dieser Situation sollte sehr ernsthaft diese gesamte Verfahrensweise auf den Prüfstand gehoben werden. Die KV Brandenburg jedenfalls wird finanzielle Forderungen, die nicht eindeutig offengelegt werden, nicht bedienen, sondern dagegen in Klage gehen.

R.H.

Überschüsse - aber auf wessen Kosten?

Zuerst die durchaus erfreuliche Nachricht: Die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland erwirtschafteten im zurückliegenden Jahr 2004 nach langer Durststrecke wieder Überschüsse, insgesamt knapp 4 Milliarden Euro. So rackerten sich die Ortskrankenkassen von einem Defizit 2003 in Höhe von 1,3 Milliarden Euro auf einen Überschuss 2004 von rund 900 Millionen Euro. Die Arbeiter- und Angestellteneinsatzkassen bilanzieren ein Plus von 1,4 Milliarden Euro in 2004 und auch die rund 200 Betriebskrankenkassen schrieben schwarze Zahlen in einer Gesamthöhe von 1,2 Milliarden Euro.

Nun die weniger erfreuliche Information: Wie kam es zu diesen positiven Entwicklungen? Zum einen sind es die erhöhten Zuzahlungen der Patienten, zum anderen die Streichungen von Leistungen. Vor allem aber war es die Entwicklung in den einzelnen Segmenten der GKV. Und die stimmt außerordentlich bedenklich.

So stiegen die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV um 1,3 Prozent, doch die Vergütung der ambulanten ärztlichen

Leistungen verringerte sich im Osten um 6,1 Prozent - über alle Kassen hinweg. Dies heißt, ein Großteil des wirtschaftlichen Erfolgs der Kassen im letzten Jahr resultiert ganz offensichtlich aus den für die ambulante Medizin eingesparten Finanzmitteln (im stationären Sektor gab es hingegen einen Ausgabenanstieg von 2,1 Prozent!).

Angesichts der ohnehin in diesem Bereich chronischen Unterfinanzierung ist eine solche Entwicklung geradezu alarmierend. 20 bis 30 Prozent aller fachärztlichen Leistungen werden gegenwärtig nicht honoriert, weil das Geld nicht vorhanden ist. Die Leistungen aber werden erbracht. Die Forderung kann deshalb nur heißen: Aus den Überschüssen der Kassen müssen endlich die von den Ärzten erbrachten Leistungen für die Versicherten bezahlt werden.

Dies, Frau Ministerin Schmidt, wäre der richtige Schluss. Und erst danach die weitere Absenkung der Beiträge.

-re

Beschlüsse der Vertreterversammlung vom 23. Februar 2005

Die Vertreterversammlung der KV Brandenburg beschließt mehrheitlich, die zur Finanzierung des Honorarmehrbedarfs gem. Beschlussfassung durch den Bewertungsausschuss für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Ärzte und Therapeuten notwendigen Beträge im III. und IV. Quartal 2004 bis zum Abschluss gültiger Honorarverträge für 2004 aus Rückstellungen zu finanzieren. Sofern die Krankenkassen eine daraus abgeleitete Nachsetzungspflicht anerkennen, werden die daraus resultierenden Mittel den Rückstellungen zugeführt.

Die Vertreterversammlung der KV Brandenburg beschließt einstimmig, den Mindestpunktwert (Interventions-PW) für den Honorarfonds "Großgeräteleistungen" für das Quartal III/04 auf 85% des durchschnittlichen Punktwertes über alle Leistungen des Honorarfonds "Fachärzte" festzulegen und den Mehrbedarf vorläufig aus Rückstellungen zu finanzieren.

Die Vertreterversammlung beauftragt den Vorstand, kurzfristig Verhandlungen mit den Verbänden der Krankenkassen aufzunehmen, um einen Finanzierungsausgleich des Mehrbedarfes seitens der Krankenkassen zu erreichen.

Wahl der Mitglieder von Ausschüssen

Haushaltsausschuss

Frau Dipl.-Med. Gisela Polzin	Frau Dipl.-Med. Petra Gröschel
Herr Dipl.-Med. Eberhard Pohle	Herr Dr. med. Torsten Braunsdorf
Herr Dipl.-Med. Klaus-Dieter Priem	

Beratender Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung

Vorsitzender

Herr Dr. med. Hans-Dieter Bachmann

Mitglieder

Frau Dr. med. Sigrun Voß	Herr Dr. med. Andreas Huth
Herr Dr. med. Johannes Becker	Herr Dipl.-Med. Jens-Uwe Köhler

Beratender Fachausschuss für die fachärztliche Versorgung

Vorsitzender

Herr Dr. med. Bernhard Hausen

Stellv. Vorsitzende

Frau Dr. med. Marion Zahradka

Mitglieder

Herr Dr. med. Torsten Braunsdorf	Herr Dr. med. Frank-Ullrich Schulz
Herr Dr. med. Frank Schniewind	

Stellvertreter

Herr Dr. med. Gerd Fischer	Herr Dr. med. Gerald Gronke
Frau Dr. med. Axinja Rauschal	Herr Dipl.-Med. Klaus-Dieter Priem
Herr Dr. med. Hans-Joachim Lüdcke	

Beratender Fachausschuss für Psychotherapie

Mitglieder - Ärzte

Herr Dr. med. Roger Kirchner	Herr MR Dr. med. Sigmar Scheerer
Herr Rainer Suske	Frau Dr. med. Bärbel Oestreich
Herr Dr. med. Wolfgang Loesch	Frau Dr. med. Roswitha Perlwitz

Vertreter - Ärzte

Herr Dr. med. Stephan Alder	Fau Dr. med. Karin Walz
N.N.	
N.N.	
N.N.	

Mitglieder - psychologische Psychotherapeuten

Frau Dr. phil. Claudia Busse-Engelhardt	Herr Dr. phil. Klemens Färber
Herr Dipl.-Psych. Jürgen Golombek	Herr Dipl.-Psych. Johannes Grünbaum
Herr Dipl.-Psych. Hartmut Uhl	

Vertreter - psychologische Psychotherapeuten

Frau Dr. rer. nat. Corina Wartenberg	Herr Dipl.-Psych. Friedemann Belz
Frau Dipl.-Psych. Ulrike Kaschel	Frau Dipl.-Psych. Helga Schäfer
N.N.	

Mitglieder - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Frau Dipl.-Soz. päd. Jutta Köhler (KJP)

Vertreter - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Frau Dipl.-Psych. Merle Heim

Infam! Frau Kühn-Mengel ist nicht irgend wer, Frau Kühn-Mengel ist Patientenbeauftragte der Bundesregierung. Insofern muss man erwarten, dass sie sich ihrem verantwortungsvollen Amte angemessen artikuliert.

Allein, diese Anforderung scheint die Frau nicht an sich selbst zu stellen. Sonst hätte sie kaum, wie jüngst in einer großen überregionalen Zeitung, die Ärzte als "Abzocker" titulierte. Originalton Kühn-Mengel: "Viele Patienten sind über die Abzockerei von Ärzten empört. Es gibt zahlreiche Fälle, wo Leistungen privat in Rechnung gestellt werden, die entweder von den Kassen erstattet werden oder die nicht sinnvoll sind. Dem werden wir einen Riegel vorschieben. Ich kann den Patienten nur raten, bei einem Verdacht ihre Krankenkasse zu informieren."

Der CDU-Bundestagsabgeordnete Dr. Faust verlangte Fakten, auf die sich die Patientenbeauftragte bei ihrer Beurteilung stützt. Die Antwort der Frau Parlamentarischen Staatssekretärin, Caspers-Merk: "Die Bundesregierung hat keine Informationen darüber, ob und welchem Umfang Ver-

tragsärzte in strafrechtlich relevanter Weise ... Patienten ... veranlassen, sich ... Leistungen privatärztlich erbringen zu lassen."

Ist dies Unverfrorenheit, Frechheit, Inkompetenz? Auf alle Fälle ist es ungeheuerlich, dass eine Beauftragte der Bundesregierung sich derart unverantwortlich in der Öffentlichkeit äußert!

Dabei auch noch den Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Hoppe, als Kronzeugen zu zitieren, ist schlichtweg infam. Hoppe hatte festgestellt, dass es Einzelfälle von Pflichtverletzungen auch innerhalb der Ärzteschaft gebe, gegen die die gesamte Ärzteschaft vorgehen müsste.

Damit hat er zweifellos recht. Allerdings rechtfertigt dies in keiner Weise die Pauschalverurteilung der Ärzte durch die Patientenbeauftragte. Frau Kühn-Mengel sollte sich vielmehr die Frage stellen, ob sie an dieser sehr verantwortungsvollen, sensiblen Stelle noch die richtige Person ist. Vielleicht aber auch sollte Deutschlands oberste Gesundheitshüterin Ulla Schmidt einfach nur ein Machtwort sprechen. **R.H.**

Unverantwortlicher Unsinn!

Was sind 0,19 Prozent von 100 Prozent? "Peanuts" würde man vielleicht bei der Deutschen Bank sagen, "nicht viel" im Volksmund. 0,19 Prozent von 177,2 Millionen Arzt-Patienten-Kontakten bundesweit, für die eine Zuzahlung der sogenannten Praxisgebühr zwingend war, sind rund 337.000. Und genau diese Anzahl Patienten hat im Jahr 2004 keine "Praxisgebühr" gezahlt!

Interessant, dass davon 220.000 aus den Rettungsstellen resultieren, das sind immerhin 65,2 Prozent. Bei weiteren 42.000 erreichten die versandten "Erinnerungen" die Patienten nicht, weil deren angegebenen bzw. auf der Versicherungskarte registrierten Angaben schlichtweg falsch waren.

Unterm Strich sind das 77,5 Prozent jener Versicherten, die keine fällige

Zuzahlung geleistet haben, außerhalb des direkten Einflussbereiches der Vertragsärzte und KVen.

Trotzdem haben, so will es der Gesetzgeber, die KVen für alle Kosten aufzukommen. Und die sind gewaltig. Allein für die "Erinnerungsverfahren" entstehen nach einer Hochrechnung der KBV den vertragsärztlichen Praxen deutschlandweit Kosten von insgesamt 1,5 Millionen Euro!

Das jedoch ist erst die erste Stufe dieses begnadeten Verfahrens. Stufe zwei ist die Erinnerung durch die KV. Hier entstehen Kosten in der satten Höhe von 1,87 Millionen Euro! Damit aber nicht genug. Der Löwenanteil an Kosten erfolgt durch weitergehende Vollstreckungsmaßnahmen - einzuleiten bei jenen "Säumigen", die auch nach zwei-

maliger "Erinnerung" nicht bereit oder willens sind, zu zahlen. Hier schätzt die KBV mit Gesamtkosten in Höhe von schier unbeschreiblichen 32,5 Millionen Euro!

Diese Summe zahlen die Ärzte, nicht etwa die Kassen, obwohl es sich eindeutig bei der "Praxisgebühr" um Kas-senbeiträge handelt!

Welch ein unverantwortlicher Unsinn! Und nach wie vor zeigt der Gesetzgeber, der diesen Unsinn so gewollt hat, keine Einsicht zur Veränderung. Während bei Krankenhäusern und Zahnärzten die Krankenkassen die säumigen Gelder eintreiben, müssen es im ambulanten Bereich die Vertragsärzte bzw. die KV tun. Eine rationale Erklärung gibt es dafür nicht. **R.H.**

FDP prescht vor Private Kassen vorn!

Die FDP will den privaten Krankenversicherungsschutz mit sozialer Absicherung für alle, fasst Dr. Dieter Thomae, gesundheitspolitischer Sprecher der FDP im Bundestag, das Konzept seiner Partei zusammen. Darüber informiert die Online-Redaktion von "facharzt-direkt."

Dort ist weiterhin zu lesen:

Jeder Bürger werde verpflichtet, einen Gesundheitsversicherungsschutz abzuschließen, der zumindest die Regelleistungen umfasse, die der Gesetzgeber vorsehe - also heutiger GKV-Katalog minus zahnmedizinische Leistungen und Krankengeld. Der soziale Ausgleich werde über Steuern finanziert, ebenso wie Kinder und Schwanger- sowie Mutterschaftskosten. Durch eine Steuerre-

form mit niedrigen Tarifen von 15,25 und 35 Prozent soll der Bürger den Spielraum für die Finanzierung erhalten. Arbeitgeberzuschüsse werden ausbezahlt und versteuert. Im Übrigen solle die Kostenerstattung das Sachleistungsprinzip ablösen. Auch sollen Altersrückstellungen für alle Versicherten gebildet werden.

Dr. Thomae: "Zur Finanzierung: Wenn die künftigen Generationen nicht so stark belastet werden sollen, muss die gegenwärtige Generation höhere Lasten übernehmen!"

Keine Angst vorm neuen EBM!

Der EBM 2000plus kommt zwar in Gestalt zweier dicker Bücher daher, doch keine Angst: Niemand muss sich Nächte um die Ohren schlagen, um an die für seine Praxis wichtigen Informationen zu gelangen. Nachfolgend geben wir Ihnen Lesetipps und auch Hinweise über mögliche Änderungen, die für Sie auf regionaler Ebene von Bedeutung sein können.

Wo fange ich an?

Legen Sie Band 2 erst einmal zur Seite, er wird nur von wenigen Ärzten benötigt. Interessant ist zunächst nur Band 1:

Struktur:

Grundsätzlich sind die abrechnungsfähigen Leistungen des EBM2000plus in drei Bereiche getrennt:

Arztgruppenspezifische Leistungen (Kapitel III):

In Ihrem arztgruppenspezifischen Kapitel finden Sie alle Grundleistungen Ihrer Arztgruppe. Außerdem sind bereits in der Präambel abschließend alle Leistungen Ihrer Fachgruppe aufgeführt, die Sie zusätzlich abrechnen können. Leistungen, die für Ihr Gebiet hier nicht aufgeführt sind, können Sie auch nicht abrechnen. Die zusätzlich abrechnungsfähigen Leistungen sind einerseits aufgeführt unter

Arztgruppenübergreifende Leistungen (Kapitel II):

Hier sind allgemeine abrechnungsfähige Leistungen zusammengefasst, die über Ihre eigene Fachgruppe hinausgehen und die Sie unter Beachtung des Berufsrechts (Beschränkung auf das jeweilige Gebiet) oder anderer vertraglicher Bestimmungen (z.B. Früherkennungs-Richtlinien, Kinder-Richtlinien) erbringen können. Anders hingegen bei

Arztgruppenübergreifenden, speziellen Leistungen (Kapitel IV):

Leistungen dieser Gruppe setzen eine spezielle Fachkunde, eine bestimmte apparative Mindestausstattung und/oder spezielle organisatorische Gegebenheiten voraus. Wie bisher, sind solche Leistungen bei Vorhandensein einer speziellen Abrechnungsgenehmigung durch die KV Berlin abrechnungsfähig. Um welche Voraussetzungen es sich dabei speziell handelt, können Sie, wie auch bei den anderen Kapiteln, in der Präambel nachlesen.

Bisher erteilte Abrechnungsgenehmigungen werden automatisch auf die neuen EBM übertragen bzw. angepasst.

Obligatorische und fakultative Leistungen?

Diese Hinweise sollten Sie ernst nehmen.

Obligatorische Leistung bedeutet: Diese Leistung müssen Sie vollständig erbringen, ohne Wenn und Aber, um sie auch abrechnen zu können.

Fakultative Leistung meint: Sie müssen die Voraussetzungen für die Erbringung dieser Leistung vorhalten, um sie im Bedarfsfall auch tatsächlich erbringen zu können. Allerdings sind fakultative Leistungen nicht zusätzlich berechnungsfähig. Wenn in den fakultativen Leistun-

gen genehmigungspflichtige Leistungen enthalten sind, muss für diese eine Abrechnungsgenehmigung vorliegen.

Neue genehmigungspflichtige Leistungen?

Vorweg: In den meisten Fällen bleiben Art und Umfang genehmigungspflichtiger Leistungen erhalten; in einigen Fällen kommen aber neue genehmigungspflichtige Leistungen hinzu. Soweit dies der Fall ist, "stolpern" Sie bereits in der Präambel drüber. Dort werden die neuen genehmigungspflichtigen Leistungen benannt. Wenn Sie diese Leistungen abrechnen wollen, müssen Sie einen entsprechenden Antrag an die KV Brandenburg stellen.

Wo steht das Kapitel 40 (Sachkosten)?

Inhalt und Wortlaut dieses Kapitels wurden bis Drucklegung der Ihnen vorliegenden EBM-Auflage nicht abschließend geregelt.

Was geschieht mit der Laborabrechnung?

Nichts. Sie bleibt wie bisher bestehen (nur mit neuen, 5-stelligen Ziffern des Kapitels 32).

Was geschieht mit der Psychotherapievereinbarung?

Nichts. Auch diese Vereinbarung bleibt unverändert bestehen (Ziffern im Kapitel 35).

Was im Band 2 steht:

Hier handelt es sich um Anhänge. Verzeichnet sind dort die Leistungen, die nicht gesondert abrechnungsfähig und mit der Ordinationsgebühr abgegolten sind, die Zuordnungen der operativen Prozeduren nach OPS-301 zu den Operationsleistungen des Kapitels 31 (wichtig für alle, die ambulant operieren) sowie die Kalkulations- und Prüfzeiten der einzelnen EBM-Ziffern.

KBV bietet aktualisierten EBM zum Download an

Auf der Internetseite der KBV kann ab sofort der EBM2000plus in einer aktuell überarbeiteten Fassung heruntergeladen werden. Diese Version erhält auch den neuen Abschnitt V (Kostenpauschalen, Kapitel 40):

"Die in diesem Abschnitt aufgeführten Gebührenordnungspositionen entsprechen dem Inhalt des derzeit gültigen Kapitel U (jedoch ohne Wegepauschalen und ohne Kostenpauschale für den durch den Belegarzt zu vergütenden Bereitschaftsdienst) und enthalten zudem Kostenpauschalen für Radionuklide, für arthroskopische Eingriffe sowie für strahlentherapeutische Ausblendungen", teilt die KBV auf der Internetseite mit.

Neben der Gesamtfassung des EBM sind alle Arztgruppen-Abschnitte sowohl im PDF-Seitenformat als auch im CHM-Browserformat (z.B. mit Prüfzeiten) auf der Seite verfügbar, zu der Sie über folgende Internetadresse gelangen: www.kbv.de

So suchen Sie richtig

Nehmen wir an, Sie sind HNO-Arzt.

Schritt 1:

Suchen Sie im Inhaltsverzeichnis Band 1 ab Seite 6 nach Ihrer speziellen Fachgruppe.

Schritt 2:

In unserem Beispiel suchen Sie nach Kapitel 9, ab Seite 132. Auf der ersten Seite des Kapitels finden Sie zunächst die Präambel vor. Dort steht,

- dass die in dem entsprechenden Kapitel genannten Leistungen ausschließlich von Ihnen erbracht werden dürfen sowie unter 2., 3. und 4.
- welche weiteren Leistungen unter den jeweils genannten Voraussetzungen außerdem von Ihnen als HNO-Arzt erbracht werden dürfen.

Schritt 3:

Achten Sie auf zusätzliche Hinweise bei den Leistungsziffern

- **Links neben** der jeweiligen fachgruppenspezifischen Leistung Ihres Kapitels finden Sie (wie beim alten EBM) die Abrechnungsziffer. Die Ziffer ist fünfstellig, wobei die ersten beiden Ziffern das Kapitel (in unserem Beispiel die 09 für HNO-Leistungen) und die nächsten drei Ziffern die jeweilige Leistung kennzeichnen.
- **Rechts neben** der Beschreibung finden Sie die Punktzahl für die betreffende Leistung.
- **Unter der jeweiligen Leistung** finden Sie in kursiver Schrift ggf. Einschränkungen bzw. weitere Erläuterungen zur Leistungsbeschreibung und Angaben zu obligatorischen bzw. fakultativen Leistungen (siehe eigenes Stichwort).

Das war´s bereits.

Entnommen mit freundlicher Genehmigung aus dem Berliner "KV-Blatt" 03/05.
Vielen Dank!

Ab 1. April EBM-Hotline geschaltet: 018015822433

Ab dem **1. April 2005 ist werktags in der Zeit von 7 bis 20 Uhr** eine Hotline speziell zum neuen EBM geschaltet. Diese Hotline ist gleichzeitig mit mehreren Abrechnungsspezialisten besetzt. Damit leitet die KV Brandenburg eine neue, die heiße Phase der EBM-Information ein.

Bereits im Herbst 2004 organisierte die KV Brandenburg über 20 regionale und überregionale EBM-Veranstaltungen, darunter in Cottbus, Frankfurt, Potsdam, Brandenburg und Neuruppin. Ähnlich hoch ist die Zahl der EBM-Schulungen in den Monaten Februar und März die-

sen Jahres, an denen die KV mit Referenten beteiligt war.

Und trotzdem, das Angebot reicht offenbar noch nicht aus. Immer wieder erreichen uns Anfragen von regionalen Stammtischen mit der Bitte um spezielle Schulungen. Allein, die Kapazitäten der KV Brandenburg sind begrenzt. Weitere Veranstaltungen können personell leider nicht mehr bedient werden.

Wir bitten dafür um Verständnis, sind jedoch überzeugt, dass die EBM-Hotline ein nicht minder wirksames Instrument der Information ist.

Regelungen für Hausärztliche Grundvergütung und andere Pauschalen im EBM 2000plus

Wie auch für den bisher gültigen EBM 96 werden die Pauschalen, Symbolnummern für:

03000, 04000

Hausärztliche Grundvergütung

03005, 04005

versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft

32000

Laborgrundgebühr

32001

Laborbonus

12220, 12225

Laborgrundpauschale

01700, 01701

Laborgrundpauschale im Zusammenhang mit Leistungen der Abschnitte 1.7.4 und/oder 1.7.5 EBM

80030, 80031

Zuzahlung entsprechend § 28 (4) SGB V (Praxisgebühr)

entsprechend den Normvorgaben für die betreffenden Fälle in der Quartalsabrechnung durch die KVBB ergänzt.

Ansprechpartner: Abrechnungsberater

Genehmigungspflichtige Leistungen - EBM 2000plus

Wir möchten nochmals darauf aufmerksam machen, dass bereits erteilte Genehmigungen ihre Gültigkeit behalten. Diese werden lediglich auf die Leistungen des EBM 2000plus übertragen.

Bitte beachten Sie auch in diesem Zusammenhang das diesem Heft beiliegende neue Symbolnummernverzeichnis,

in welchem die einzelnen neuen Leistungspositionen - auch für alle auf Landesebene geschlossenen Verträge - ausgewiesen sind.

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

EBM 2000plus - Änderungen im Kapitel 16 Neurologische und neurochirurgische Leistungen

Die gültige Buchdruckfassung des EBM 2000plus des Deutschen Ärzte - Verlages Stand 01.04.2005 enthält im Kapitel 16, gegenüber der EBM - Version aus dem Deutschen Ärzteblatt vom 17.09.2004 Heft 38, einige Änderungen der GNR'n. Folgende Änderungen sind zu beachten:

EBM 2000 plus Stand 17.09.2004

EBM 2000 plus Stand 01.04.2005

GNR 16311	geändert in	GNR 16320
GNR 16312	geändert in	GNR 16321
GNR 16313	geändert in	GNR 16322
GNR 16314	geändert in	GNR 16311
GNR 16320	geändert in	GNR 16340

Ab 01.04.2005 sind die GNR'n der Buchdruckfassung gültig. Eine Änderung der bereits umgestellten Ermächtigungsbescheide ist nicht erforderlich, die Umsetzung der neuen GNR wird automatisch wirksam.

Ansprechpartner: Abrechnungsberater
Frau Sommer

Änderung der Vordruckvereinbarung mit Einführung des EBM 2000plus zum 01. April 2005

In dieser nun 16. Änderung der Vordruckvereinbarung erfolgen Modifizierungen bzw. Neueinführungen von Vordruckmustern.

Modifiziert werden folgende bereits bestehende Muster:

Neues Muster 05 -1

Abrechnungsschein für ambulante/belegärztliche Behandlung

Neu ist:

- Das Geschlecht des Patienten ist durch Markierung des betreffenden Feldes anzugeben.
- Im Fall einer anerkannten Psychotherapie ist im betreffenden Feld das Datum des Anerkennungsbescheides der Krankenkasse einzutragen, jedoch keine Diagnose im Diagnosefeld.

Verwendung des neuen Vordruckes unbeding ab 01.04.2005, die alten sind ungültig!

Neues Muster 06-2

Überweisungs-/ Abrechnungsschein

Neu ist:

- Das Geschlecht des Patienten ist durch Markierung des betreffenden Feldes anzugeben.
- Bei Berechnung von Leistungen nach Abschnitt 31.2 des EBM 2000plus ist das Datum der OP in Form TTMMJJ vom überweisenden Arzt einzutragen. (Beachten Sie bitte unbedingt den Artikel mit Hinweisen zur Abrechnung

von Leistungen des ambulanten Operierens!)

Verwendung des neuen Vordruckes unbeding ab 01.04.2005, die alten sind ungültig!

Da es bei solchen Neuerscheinungen ohne Aufbrauchfrist in der Vergangenheit zu längeren Lieferzeiten und Engpässen kam, hat die Formularausgabe dieses Mal einen anderen Weg gewählt, damit Ihnen die neuen Muster rechtzeitig vorliegen.

Die meisten Ärzte haben, basierend auf Erfahrungswerten in Bezug auf den Bedarf der Arztgruppe, bereits Mitte März ein Paket mit dem neuen Muster 5/6 direkt von der Druckerei erhalten, wie z. B. Allgemeinmediziner 2000 Stück.

Neues Muster 10

Überweisungs-/ Abrechnungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung

Neu ist:

- Das Geschlecht des Patienten ist durch Markierung des betreffenden Feldes anzugeben.
- Gemäß § 9 Abs. 1 IfSG hat der einsendende Arzt bei einer Untersuchung auf Hepatitis dem Labor mitzuteilen, ob ihm eine chronische Hepatitis bei dem Patienten bekannt ist. Wenn diese Voraussetzung vorliegt, ist das Feld "Kontrolluntersuchung einer bekannten Infektion" anzukreuzen.

- Angabe der Ausnahmeindikation für den Laborbereich erfolgt fünfstellig (GNR'n 32005 - 32023 EBM 2000plus).

Sinnvoll ist die Verwendung des Vordruckes ab 01.04.2005, alte können noch verwendet/aufgebraucht werden.

Neues Muster 19

Notfall-/ Vertretungsschein

Neu ist:

- Das Geschlecht des Patienten ist durch Markierung des betreffenden Feldes anzugeben.

Für die Einführung des Vordruckes gilt eine Übergangsfrist.

Neues Muster 55

Bescheinigung zum Erreichen der Belastungsgrenze zur Feststellung einer schweren chronischen Krankheit im Sinne des § 62 SGB V

Neu ist:

- Die Reihenfolge der geforderten Angaben. Die vom Vertragsarzt anzugebenden Daten erfolgen nun unter den Punkten B1 und B2.

Das Formular wird von der Krankenkasse bereit gestellt.

Für die Einführung des Vordruckes gilt eine Übergangsfrist.

Neues Muster 81

Erklärung des im EWR-Ausland bzw. der Schweiz Versicherten

Neu ist:

Ergänzung einer Zeile zur Angabe des Namen und Vornamen des Versicherten.

Für die Einführung des Vordruckes gilt eine Übergangsfrist.

Neu eingeführt wird folgender Vordruck:

Muster 70

Behandlungsplan für Maßnahmen einer künstlichen Befruchtung

Der Vordruck steht ab 01.04.2005 zur Verfügung.

Zukünftig entfallender Vordruck:

Muster 5a

Berichte über Operationen

Hinweise zur Abrechnung ambulanter oder belegärztlicher Operationen mit Einführung des EBM 2000plus

Bei der Abrechnung ambulanter oder belegärztlicher Operationen der Abschnitte 31.2 bis 31.4 EBM 2000plus sind grundsätzlich zur entsprechenden GNR sowohl der OperationsProzeduren-Schlüssel (OPS-Code gemäß Anlage 2

EBM) als auch das Operationsdatum anzugeben.

Es folgen zwei Beispiele für die Abrechnung von Leistungen aus dem Kapitel 31 EBM.

1. Beispiel für die Abrechnung des im Auftrag tätigen Arztes auf dem Vordruck Muster 06 - 2:

1. Tag

Abrechnung des postoperativen Behandlungskomplexes (GNR 31615 - Kapitel 31.4). Die Abrechnung der Leistungen des Kapitels 31.4.1 hat unabhängig vom Datum der tatsächlichen Leistungserbringung, am ersten postoperativen Tag zu erfolgen. (Präambel zu Kapitel 31.4).

Zusätzlich: Angabe des OPS-Codes und das Datum der Operation. Beide Angaben erfolgen in Klammern.

Restzahlung IV/2004

Die Restzahlung für das IV. Quartal 2004 erfolgt am 28.04.2005.

2. Beispiel für die Abrechnung des Operateurs auf dem Vordruck Muster 05 - 1

1. Tag

- OP-Leistung am 01.04.05 (GNR 31121 - Kapitel 31.2) und Angabe des entsprechenden OPS- Codes (in Klammern).
- Abrechnung des postoperativen Überwachungskomplexes (GNR 31501 - Kapitel 31.3.) im unmittelbaren Anschluss an die Operation.
Zusätzlich: Angabe des entsprechenden OPS-Codes. Die Angabe erfolgt in Klammern.

2. Tag

- Abrechnung des postoperativen Behandlungskomplexes (GNR 31615 - Kapitel 31.4). Die Abrechnung der Leistungen des Kapitels 31.4.1 hat unabhängig vom Datum der tatsächlichen Leistungserbringung, am ersten postoperativen Tag zu erfolgen. (Präambel zu Kapitel 31.4).
Zusätzlich: Angabe des OPS-Codes und das Datum der Operation.
Beide Angaben erfolgen in Klammern.

DMP Brustkrebs neu verhandelt

Aufgrund vehementer Forderungen des BVA wurde der bisher geltende dreiseitige Vertrag zum DMP Brustkrebs, in welchen auch die Landeskrankengesellschaft Brandenburg einbezogen war, mit Wirkung ab 01.09.2004 durch einen zweiseitigen Vertrag zwischen der KVBB und den Verbänden der Krankenkassen abgelöst. Dabei ist es gelungen, die bisher geltenden Strukturen weitgehend beizubehalten. Insbesondere sind keine erneuten Teilnahmeerklärungen durch Vertragsärzte oder Versicherte erforderlich.

Mit der LKB haben die Verbände der Krankenkassen ebenfalls einen Vertrag zum DMP Brustkrebs geschlossen.

In Abweichung zum bisher geltenden Vertrag wird mit Wirkung ab 01.01.2005 im Rahmen des Vertragsärzteverzeichnisses gem. § 8 Abs. 1 auch die Arztnummer des jeweiligen Vertragsarztes übermittelt. In Anpassung an diese neuen Gegebenheiten wurde die Anlage "Teilnahmeerklärung koordinierender Vertragsarzt" überarbeitet. Aus Gründen der Praktikabilität werden die vorgenommenen Änderungen jedoch erst im Rahmen der nächsten Druckauflage umgesetzt.

Im Vorgriff auf eine für die Zukunft zu erwartende beleglose Datenübermittlung wurde zudem vereinbart, dass der Vertragsarzt auch in diesen Fällen einen mit Unterschrift und Erstellungsdatum versehenen papiergebundenen Ausdruck der Dokumentation an die Datenstelle

übergibt. Der Ausdruck muss zu Nachweiszwecken den Prüfdiensten der Krankenversicherung vorgelegt werden können. Um den mit der Archivierung und den zur Übergabe der Dokumente an die Aufsichtsbehörden verbundenen Aufwand vom Vertragsarzt fernzuhalten, wurde der Weg über die Datenstelle gewählt.

Auch dieser neue DMP-Vertrag steht unter dem Vorbehalt der Akkreditierung durch das BVA und wird nach erfolgter Genehmigung im Vertragsordner veröffentlicht.

Auf Wunsch der Krankenkassen und der LKB bleiben die bisherigen dreiseitigen Gremien der Arbeitsgemeinschaft und der Gemeinsamen Einrichtung bestehen. Zur Umsetzung dieses Anliegens wurden Nachträge zur Anpassung der entsprechenden Vereinbarungen an die nunmehr bestehenden beiden zweiseitigen Verträge geschlossen.

Ansprechpartner:

Fachbereich Verträge
Fachbereich Qualitätssicherung
Abrechnungberater

Keine Verträge über die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der im Asylbewerberleistungsgesetz genannten Leistungsberechtigten!

Das Landesamt für Soziales und Versorgung hat bereits im Juni 2004 den Vertrag über die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der im Asylbewerberleistungsgesetz genannten Leistungsberechtigten/Sprechstundenbedarf gekündigt. Ein neuer Vertrag ist bis heute nicht zustande gekommen. Der Städte- und Gemeindebund für die kreisfreien Städte hat einen Vorschlag der KV Brandenburg bislang abgelehnt. Die Verhandlungen der KVBB mit dem Landkreistag sind immer noch nicht abgeschlossen.

In Kenntnis dieses vertragslosen Zustandes und der dazu geführten Ursachen verbreitet der Landkreistag Brandenburg über entsprechende Rundschreiben an die Vertragsärzte eine klar rechtswidrige Auffassung. Dort heißt es: ...Einzelabrechnungen von Ärzten nicht anzunehmen und sie auf die Abrechnung über die KVBB zu verweisen."

Diese Forderung "... wie auch in den Vorjahren praktiziert, bei der KVBB ..." abzurechnen, ist rechtswidrig!

Diese Position vertritt auch die Aufsicht, das brandenburgische Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie. In einem Schreiben vom 10. März heißt es:

"Danach können die Landkreise und kreisfreien Städte ihren gesetzlichen Sicherstellungsauftrag selbst, das heißt mit eigenen Personal- und Sachmitteln als Sachleistung erbringen, oder Verträge mit niedergelassenen Ärzten oder Einrichtungen schließen, wobei das SGB V keine Anwendung findet. Soweit einzelvertragliche Regelungen mit niedergelassenen Ärzten abgeschlossen werden, wäre die Bewertung der ausgeführten ärztlichen Leistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aus Wirtschaftlichkeitsgründen anzustreben, jedoch hat das Sicherstellungsziel Vorrang vor Wirtschaftlichkeitsüberlegungen."

Dies heißt für den Arzt:

Da keine Verträge existieren - es sei denn, er hat direkt mit einem der Sozialämter einen solchen verhandelt - können bis zum Abschluss eines Vertrages die erbrachten Leistungen auch über GOÄ abgerechnet werden, jedoch nicht über die KV Brandenburg!

Bitte beachten !

Auf den Originaldokumenten und den Korrekturbögen darf kein Tippex oder sonstiges Material zum Überdecken der jeweiligen Felder benutzt werden. Die Originaldokumente werden immer von Beleglesegeräten erfasst.

Deshalb ist hier eine besondere Sorgfalt angezeigt und Streichungen sind maximal mit Unterstützung eines Lineals vorzunehmen. Es sollte, wenn möglich, ausschließlich schwarze Kugelschreiberfarbe verwendet werden.

Andere Farben enthalten häufig rote Pigmentierungen, die zu Schwierigkeiten bei der elektronischen Belegerfassung führen können.

Es sind stets nur aktuelle Vordrucke (TE/EWE und Dokumentationsbögen, letzter Stand: 9. RSAV, seit 01.07.2004) zu verwenden.

Sollten Sie immer noch alte Bögen vorrätig haben, müssen diese entsorgt werden.

Ansprechpartnerin: Claudia Kintscher

Nach einer Dokumentenprüfung durch die Aufsicht in der Krankenversicherung, das MASGF Brandenburg, wurden Fehlerquellen offenkundig, die möglicherweise Patienten aus einem DMP-Programm dazu führen können, dass sie ausgeschlossen werden können.

Darum möchten wir alle koordinierenden Ärzte dringend bitten, folgende Hinweise zu beachten.

Die Teilnehmererklärung/Einwilligungserklärung (TE/EWE) ist, soweit vollständig und plausibel von Arzt und Patient ausgefüllt, ausschließlich an die Datenstelle mittels Freiumschlag zu versenden.

Die TE/EWE muss mit der Originalunterschrift des am DMP teilnehmenden Patienten bzw. mit der seines gesetzlichen Vertreters (ggf. Eltern, Vormund, bestellter Betreuer, etc.) versehen sein.

Die Dokumentationsbögen (einschließlich TE/EWE) und Korrekturbögen dürfen nur von dem koordinierenden Vertragsarzt unterschrieben werden, da es sich u.a. um zahlungsbegründende Unterlagen handelt.

Korrekturen sind immer vom Vertragsarzt mit seiner Unterschrift und dem Korrekturdatum zu dokumentieren.

ANZEIGE

Übersicht Diabetologische Schwerpunktpraxen

Nachfolgend möchten wir Sie über die diabetologisch tätigen Schwerpunktpraxen informieren, die eine Abrechnungsgenehmigung zur Behandlung des diabetischen Fußes erhalten haben bzw. die eine Genehmigung für Nekroseabtragungen besitzen:

Diabetologische Schwerpunktpraxis	Diabetischer Fuß	Nekroseabtragung
Dipl.-Med. Ines Ajer, Wildau	X	X
Dr. med. Oliver Bettle, Hennigsdorf	X	X
Dipl.-Med. Marlies Brun, Potsdam	X	X
Dr. med. Hannelore Bräuning, Nauen	X	X
Dipl.-Med. Ute Dietrich, Königs Wusterhausen	X	X
Dipl.-Med. Birgit Finger, Prenzlau	X	X
Dipl.-Med. Sebastian Finger, Prenzlau	X	X
MR Dr. med. Klaus Funke, Potsdam	X	X
Wolfgang Grüger, Forst	X	X
Dipl.-Med. Marion Henck, Eisenhüttenstadt	X	
Dr. med. Christina Klinkenstein, Frankfurt		X
Dipl.-Med. Kerstin Krekow, Eberswalde	X	
Dipl.-Med. Irmhild Krüger, Pritzwalk	X	
Dr. med. Renate Krüger, Beeskow	X	X
Dr. med. Ute Kunz, Potsdam	X	
Dipl.-Med. Annelie Lange, Luckau		X
Dr. med. Herta Lappe, Rüdersdorf	X	
Dr. med. Susann Lehmann, Wittenberge	X	X
Dr. med. Cornelia Leonhardt, Neuruppin	X	X
Dr. med. Marion Mende, Lauchhammer	X	
Gisela Mohr, Brandenburg	X	
Priv.-Doz. Dr. med. Klaus-Peter Ratzmann, Erkner	X	X
Dr. med. Volker Rink, Fürstenwalde	X	X
Dr. med. Mechthild Röwf, Potsdam	X	
Dipl.-Med. Christiane Schade, Bernau	X	X
Dr. med. Norbert Schulz, Nuthetal / OT Bergholz-Rehbrücke	X	X
Ulrike Steffen, Neuruppin	X	X
Dr. med. Bernhard Stähr, Falkensee	X	X
Dr. med. Birgit Teubner, Cottbus	X	X
Dr. med. Birgit Tániges, Brandenburg	X	
Eckhard Walz, Lübben	X	
Dr. med. Gerlinde Wandel, Niemege	X	X

Abrechnung von Überweisungsscheinen

Im vergangenen Quartal sind Beschwerden darüber eingegangen, dass Ausstellungsdaten auf Überweisungsscheinen für das Folgequartal vordatiert wurden.

Eine Überweisung kann gemäß § 24 BMV-Ä und § 27 A/EKV nur dann vorgenommen werden, wenn im betreffenden Quartal eine gültige Krankenversicherungskarte oder ein anderer gültiger Versicherungsausweis vorgelegt wurde. Zusätzlich zu dieser Regelung wird in den allgemeinen Ausführungen der Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung bestimmt, dass die Vordrucke **vollständig**, sorgfältig und leserlich aus-

zufüllen sind. Im Besonderen wird unter Punkt 6., Absatz 5 auf das Eintragen des Tagesdatums, an dem das Formular ausgestellt wurde, im Personalienfeld verwiesen. Das Vordatieren auf ein künftiges Behandlungsquartal ist unzulässig.

Beginnt der auf Überweisung tätig werdende Arzt seine Behandlung erst im Folgequartal, ist der im Vorquartal ausgestellte Überweisungsschein gültig, sofern sich das Versichertenverhältnis nicht verändert hat. Die Praxisgebühr ist jedoch neu zu entrichten.

Ansprechpartner: Abrechnungsberater

Befreiung von der Praxisgebühr im DMP - Programm für AOK - Versicherte

Es bestehen immer wieder Unsicherheiten dahingehend, welche am DMP - Programm teilnehmenden AOK-Versicherten keine Praxisgebühr entrichten müssen.

Die KVBB hat mit der **AOK für das Land Brandenburg** eine gesonderte Vereinbarung geschlossen.

Am DMP - Programm teilnehmende Versicherte der **AOK für das Land Bran-**

denburg sind dann von der Zahlung der Praxisgebühr befreit, wenn sie die erste Konsultation im Quartal beim koordinierenden Arzt vornehmen.

In diesen Fällen ist die SNR 8040D auch nach dem 01.04.2005 anzusetzen und im GNR - Feld einzutragen.

Ansprechpartner: Abrechnungsberater

Abgabetermine der Quartalsabrechnung I/2005

01.04.2005	Freitag	7.00 bis 18.00 Uhr
04.04.2005	Montag	7.00 bis 18.00 Uhr
05.04.2005	Dienstag	7.00 bis 18.00 Uhr
06.04.2005	Mittwoch	7.00 bis 20.00 Uhr
07.04.2005	Donnerstag	7.00 bis 18.00 Uhr

An diesen Tagen sowie bereits am 31.03.2005 ist folgende telefonische Hotline von 8.00 bis 18.00 Uhr geschaltet:

01801/ 5822 433

Die Annahme der Abrechnung erfolgt im Potsdam - Center, sowie in den Servicestellen Cottbus und Frankfurt / Oder.

Formularbestellungen richten Sie bitte möglichst rechtzeitig per Fax 0331/2309-384 an die zentrale Formularengabe in Potsdam.

Mit der Umstellung der Abrechnungsregelungen ab dem 01.04.05 auf den EBM 2000plus können sich technische Probleme für die Abrechnung der Vorquartalscheine aus den Quartalen I/2005 oder früher ergeben.

Die neuen Formate und Softwareprogramme lassen eine gemeinsame Verarbeitung von "neu" und "alt" in der KV Brandenburg nicht zu. Aus diesem Grunde kann es bei der Vergütung von Vorquartalscheinen aus den Quartalen vor dem 01.04.2005 zu Verzögerungen kommen.

Folgendes sollten Sie bitte beachten:

Reichen Sie zur Abrechnung I/2005 **alle** vorliegenden Abrechnungsscheine ein, **auch die aller Vorquartale!**

Sollte das nicht möglich sein, reichen Sie offene Vorquartalscheine spätestens **im Laufe des April und Mai** zur Abrechnung nach! (Ansprechpartner ist Ihr Sachgebietsleiter Abrechnung).

Für bestimmte Praxen (Labore, Pathologen...) kann es sinnvoll sein, eine Verlängerung der Abgabefrist zu beantragen und die Abrechnung I/2005 etwas später einzureichen.

Ansprechpartner:

Ihr Sachgebietsleiter Abrechnung

Neues Symbolnummernverzeichnis ab dem 01.04.2005

Mit der Neueinführung des EBM2000plus wurde eine Anpassung der Symbolnummern (SNR) erforderlich, die in Ergänzung der Gebührennummern des EBM2000plus in der KV Brandenburg abrechnungsfähig sind. Das betrifft sowohl die Aktualisierung der bundesweit geltenden (gem. Vorgabe der KBV) als auch die Brandenburg spezifischen SNR.

Bei der Umstellung der bis zum 31.03.2005 geltenden KV-eigenen SNR auf das 5-stellige Gebührennummernformat des EBM2000plus wurde speziell darauf geachtet, dass sich für den Arzt relativ wenig ändert. Die bisherigen SNR finden sich einerseits also in den "neuen" wieder, andererseits sind diese unter Berücksichtigung des Regelungs-inhaltes in erweiterungsfähige Nummernbereiche zusammengefasst. Dies wurde erreicht, indem

1. in den bisherigen Symbolnummern eine Ziffer an- bzw. eingefügt wurde (z.B. 9800 in 98800, 9201A in 92201A, 9610D in 96010D) bzw.
2. bei Veränderung der Gebührennummer gem. EBM wie bisher auch ein Buchstabe angehängt wird., z.B.
alt: EBM-Nr. 28 SNR 28A
neu: EBM-Nr. 01414 SNR 01414A

Die Grundschematik des Symbolnummernverzeichnisses erschließt sich aus dem numerischen Inhaltsverzeichnis.

Das ab dem 01.04.2005 gültige Symbolnummernverzeichnis erhalten Sie mit dieser Ausgabe von "KV-intern" und mit der 42. Ergänzungslieferung zum Vertragsordner der KVBB. Über Änderungen werden Sie wie bisher umgehend informiert.

Hinweis:

Zum Nachweis von Praxisbesonderheiten im Rahmen der Richtgrößenprüfung (siehe Anlage 2 der Prüfvereinbarung) ist eine Kennzeichnung mit den entsprechenden Symbolnummern nicht zwingend erforderlich, da ein Großteil technisch über die Pharmazentralnummer (PZN) ermittelt werden kann. Die Kennzeichnung wird aber empfohlen, um Praxisbesonderheiten auch anhand eigener Daten nachweisen zu können, unabhängig von den Ergebnissen auf der Basis der Auswertung über die PZN.

Ansprechpartner:

Abrechnungsberater

Zuschläge für ambulantes Operieren

Die KBV teilt in einem Schreiben mit, dass im Zusammenhang mit den Neuregelungen zum ambulanten Operieren die Frage gestellt worden ist, ob die vereinbarten Zuschläge bei Leistungsbringung in den neuen Bundesländern der Gebührenminderung (siehe Anhang 2 zum Vertrag) unterliegen.

Dieser Sachverhalt ist in der Sitzung der Gebührenkommission nicht ausdrücklich behandelt worden.

In dem Schreiben heißt es weiter: "Umso mehr freuen wir uns, Ihnen mit-

teilen zu können, dass die Unfallversicherungsträger nach interner Abstimmung auf die Anwendung der Abschlagsregelungen bei den Zuschlägen nach den Nummern 440 bis 447 - vergleichbar der Regelung für Berichte und Gutachten (siehe Anhang 2 zum Vertrag) - verzichten. Dies gilt jedoch nicht für die Leistungen nach den Nummern 448 und 449, die somit der Abschlagsregelung unterliegen."

Zuzahlungen Polizeivollzugsbeamte Land Sachsen-Anhalt

Ab dem 01.03.2005 besteht für die Polizeivollzugsbeamten des Landes Sachsen-Anhalt eine Zuzahlungspflicht bei der Ausstellung von ärztlichen Verordnungen gemäß §§ 31 bis 33, 37 bis 41 und § 60 SGB V. Dies betrifft auch die Abgabe von Massagen, Bädern und Krankengymnastik in der eigenen Praxis. Bitte beachten Sie die Hinweise zur entsprechenden Kennzeichnung aus

unserer Veröffentlichung im "KV intern" 9/2004 Seite 24.

Bei Zuzahlungsbefreiung weist sich der Heilfürsorgeberechtigte mit einer schriftlichen Bescheinigung, ausgestellt von der Landesbereitschaftspolizei Sachsen-Anhalt aus.

Die Zuzahlungsbefreiung zur Praxisgebühr bleibt bestehen.

Rezepte aus der Notfallambulanz

Zwischen der KV BB, den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und der Landeskrankengesellschaft Brandenburg wurde ab 01.01.2001 für die ambulante Notfallversorgung durch angestellte Ärzte in zugelassenen Krankenhäusern des Landes Brandenburg eine Sprechstundenbedarfspauschale von 3,20 DM bzw. ab 01.01.2002 von 1,64 je Behandlungsfall vereinbart. Mit dieser Pauschale sind grundsätzlich alle bei der Behandlung verbrauchten Materialien einschließlich der Arzneimittel abgegolten, die nicht bereits Bestandteil der Vergütung der ärztlichen Leistungen gemäß den Bestimmungen des EBM mit den Vertragsgebührenordnungen Bewertungsmaßstab für ärztlichen Leistungen (BMÄ) und Ersatzkassengebühren-

ordnung (E-GO) in der jeweils gültigen Fassung sind.

Ein zusätzliches Rezeptieren von Arzneimitteln im Rahmen der Notfallversorgung durch die Notfallambulanz ist daher nicht notwendig. Sollten trotzdem Privatrezepte durch die Notfallambulanz ausgestellt werden, ist dieses Problem zwischen Patient, Notfallambulanz und u.U. Krankenkasse zu klären. In jedem Fall besteht für den weiterbehandelnden Vertragsarzt keine Verpflichtung, von den Krankenhausambulanzen ausgestellte Privatrezepte in in Kassenrezepte "umzuwandeln"!

Ansprechpartnerinnen:

Marianna Kaiser, Birgit Henschel
Beratende Apothekerinnen

Vorankündigung zur Moderatorenfortbildung

Die Förderung der Qualitätszirkelarbeit durch die KV Brandenburg geht mit einer Einladung an alle Moderatoren zu einer Fortbildungsveranstaltung am **23. April 2005 in Berlin** in eine neue Runde.

Gemeinsam mit 4 Tutoren soll nach gegenseitigem Kennenlernen ein Austausch über den gegenwärtigen Stand der Qualitätszirkeltätigkeit in unserer Region erfolgen. Als ein mögliches Arbeitsinstrument wird unter anderem die Methodik zur Patientenfallkonferenz vorgestellt.

Einladungen an die Qualitätszirkel-Moderatoren mit detailliertem Programm werden in Kürze versandt.

Auf eine erfolgreiche Zusammenkunft und rege Teilnahme freut sich im Namen der Brandenburger Tutoren

Dr. Herta Lappe, FÄ Innere Medizin, Rüdersdorf

Kollegiale Urlaubsvertretung

Die nächst anstehenden Feiertage wie Ostern und Pfingsten schon in Sicht, soll an dieser Stelle mit Verweis auf § 17 BMV-Ä bzw. § 20 EKV sowie auf das Sicherstellungsstatut (Abschnitt D) der KVBB noch einmal an die Einhaltung vertragsärztlicher Pflichten bei Praxisabwesenheit erinnert werden.

Auch bei einem Kurzurlaub von weniger als einer Woche ist eine Praxisvertretung sicherzustellen. Der Vertragsarzt hat dafür Sorge zu tragen, dass seine Patienten, z. B. durch Praxisaushang, Pressehinweise etc. rechtzeitig auf die Vertretungsregelung aufmerksam gemacht werden.

Kollegiale Praxisvertretungen erfordern unbedingt der vorherigen Abstimmung

untereinander. Abwesenheiten wegen Urlaubs müssen unter den im Versorgungsbereich niedergelassenen Kollegen rechtzeitig so aufeinander abgestimmt werden, dass eine ausreichende ärztliche Versorgung während der Urlaubszeit sichergestellt bleibt.

Der Vertretungsarzt ist durch Aushang mit Anschrift, Telefon und Sprechzeiten sowie telefonischer Ansage genau anzugeben.

Diesem Heft beigelegt ist ein neues Formular, das Ihnen helfen soll, Ihrer Anzeigepflicht bei der KVBB nachzukommen. Nachbestellungen können in der Inneren Verwaltung - Formularbestellung abgefordert werden.

Ansprechpartner: Arztregister

Änderungen und Ergänzungen der Psychotherapie-Vereinbarung zum 01. April 2005

Die KBV teilte uns in einem Schreiben am 03. März 2005 mit, dass die Änderung der Weiterbildungsordnung im Hinblick auf die Umbenennung der Gebietsbezeichnung Psychotherapeutische Medizin in Psychosomatische Medizin und Psychotherapie durch den Ärztetag 2003 und die neuen Gebührenordnungspositionen des EBM 2000plus eine entsprechende redaktionelle Anpassung der Psychotherapie-Vereinbarungen in den Paragraphen, in denen die bisherige Gebietsbezeichnung Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sowie Gebührenordnungsnummern des bis zum 31. März 2005 geltenden EBM aufgeführt sind, notwendig machen.

Dabei ist noch auf einen inhaltlichen Unterschied zwischen der Änderungsvereinbarung im Primär- und Ersatzkassenbereich hinzuweisen. Da die Psychotherapie-Vereinbarung mit den Ersatzkassen in § 14 Absatz 3 die Durchführung von Testverfahren während einer laufenden Psychotherapie im Gegensatz zu § 14 Absatz 3 der Psychotherapie-Vereinbarung mit den Primärkassen nicht vorsieht, ist hier eine redaktionelle Anpassung nur in der Änderungsvereinbarung mit den Primärkassen notwendig.

Ansprechpartner:
Fachbereich Qualitätssicherung,
Frau Schmidt, Tel.: 0331/2309-318

Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

Die KBV teilte uns in einem Schreiben mit, dass die zum 1. April 2004 in Kraft getretenen Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V ihre Gültigkeit nur im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung entwickelt.

Das heißt, dass der Vertragsarzt für seine Verordnung von medizinischer Rehabilitation das Muster 61 verwendet. Sofern der Rentenversicherer Träger der Rehabilitationsmaßnahme ist, wird diese mit einem Befundbericht - wie bisher - angeregt; das ist sowohl durch den Haus- als auch Facharzt möglich. In diesem Falle entwickelt § 11 - Qualifikation des Vertragsarztes - der Rehabilitations-Richtlinien keine Gültigkeit.

Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) sehen vor, dass die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation zulasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (Muster 61) solchen Ärzten vorbehalten ist, die eine besondere Qualifikation nachweisen können. Mit Wirkung vom 01. März 2005 tritt nun die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gem. § 135 Abs. 2 SGB V in Kraft, die im Nachgang das Genehmigungsverfahren regelt.

Bestandteil dieser Vereinbarung ist zum einen der Ablauf des Genehmigungsverfahrens für Ärzte sowie die Regelung der in den Rehabilitations-Richtlinien erwähnte Fortbildung. Ärzte, die keine in den Rehabilitations-Richtlinien und gleichlautend im Vereinbarungstext unter § 4 "Fachliche Befähigung" aufgeführte Qualifikation nachweisen können, erhalten die Gelegenheit, diese im Rahmen einer strukturierten Fortbildung zu erwerben.

Die Rehabilitations-Richtlinien sehen eine Übergangsfrist bis zum 31. März 2006 vor, in der Ärzte auch ohne Genehmigung weiterhin Leistungen zur medizinischen Rehabilitation verordnen können. Innerhalb dieser Zeit können sie dann die notwendige Qualifikation erwerben.

Ansprechpartner:
Fachbereich Qualitätssicherung
Frau Hinze, Tel.: 0331/23 09-319

Ansprechpartner für die Fortbildung:
Frau Stezaly, Tel.: 0335/68 47-513

TK wirbt mit Einzelverträgen als Integrierte Versorgung in Brandenburg

Auf einer Informationsveranstaltung der TK Anfang Februar in Potsdam sollten deren "Angebote zur integrierten Versorgung" in Brandenburg vorgestellt werden.

Die TK warb schon im Vorfeld mit gut einem Dutzend abgeschlossener Verträge und dass die TK in Brandenburg keine "IV- light" betreibe, sondern "echte integrierte Versorgung" jenseits der Kritik der Länderministerien und der KVn.

Gespannt wurde von den eingeladenen Vertretern der KVBB die Vorstellung erwartet. Enorm war jedoch die Enttäuschung als sich herausstellte, dass trotz großangelegter Werbeveranstaltung mit politischer Unterstützung durch die Staatssekretäre Berlins und Brandenburg für uns wenig Neues offeriert wurde.

Sieben Verträge des angepriesenen Dutzend stellten sich als wenig abgeänderte Verträge zur Rheumasprechstunde in Übernahme des KVBB-Vertrages mit der AOK, gültig ab 01.07.2003 (zu finden in Ihrem KV Ordner unter 2.6.) heraus, wobei jeder einzelne Standort, an dem die Sprechstunde stattfindet, offenbar von der TK als eigener Vertrag gezählt wurde.

Enttäuschend war ebenfalls, dass trotz des Verhandlungsaufwandes, den die KVBB hier in 2003 auch für die Ärzte des Johanniter Krankenhauses Treuenbrietzen betrieben hat, diese in ihrem Vortrag nicht einmal erwähnten, dass die KVBB auch Urheber des nun so angepriesenen Projektes ist.

Die anderen vorgestellten Verträge zum ambulanten Operieren waren uns von

den Inhalten teils auch bekannt, da wir ähnliche Angebote bereits seit längerem versuchen mit den Ersatzkassen abzuschließen. Der große Unterschied zu einem mit der KVBB abzuschließendem Strukturvertrag ist natürlich, dass die TK über dieses Konstrukt die Gegenfinanzierung durch Abzug von unserer Gesamtvergütung erhält. Oder anders ausgedrückt: Wir alle finanzieren somit diese Verträge.

Befremdend waren dann schon die Vorstellung von Berliner Ärzten, die in einer Brandenburger Praxis Nicht-GKV-Leistungen über die Integrierte Versorgung von der TK als integrierte Versorgung bezahlt bekommen und dies als großen Fortschritt darstellten. Die KV Brandenburg hat nach rechtlicher Prüfung beschlossen, gegen die Höhe der Kürzung der Gesamtvergütung - da Nicht-GKV-Leistung und Verstoß gegen Gebot der regionalen Mittelverwendung - zu klagen.

Es lässt sich zusammenfassen, dass die integrierte Versorgung, zumindest von der Techniker Krankenkasse, wohl eher als Werbeinstrument um Versicherte, denn für die eigentliche Verbesserung der medizinischen Patientenversorgung genutzt wird; traurig und letztlich ein weiterer Beleg, dass es eben bei vielen als Fortschritt gepriesenen Aktionen auf diesem Gebiet nichts als purer Aktionismus ist. Ganz zu schweigen davon, dass Finanzmittel gespart oder die Qualität verbessert würden.

Antje Meinecke, Beratende Ärztin,
Bereich Neue Versorgungsformen

Ausgesperrt, umgeleitet

pflichtet fühle, die Patienten zu anderen, offensichtlich willigeren Hausärzten zu lenken.

"Dann werde ich die Patienten umlenken müssen", schrieb der Herr von der BARMER Königs Wusterhausen an den Hausarzt. Denn, "...wegen einer Person wird der Vertrag nicht geändert ...".

Worum geht's? Um den Hausarztvertrag der BARMER-BDA-Apotheken.

Per Telefon und persönlichem Praxisbesuch werden die Hausärzte vor Ort animiert - oder agitiert? - doch dem Vertrag beizutreten. Schließlich biete besagter Hausarztvertrag doch für den Herrn Doktor jede Menge Vorteile.

Als der Herr Doktor in besagtem Städtchen nach Komplettstudium des Vertrages zu dem Schluss gelangte, dass sei doch nichts für ihn, klärte der Herr Kassenvertreter auf, dass er sich nun ver-

Das nenne ich freie Entscheidung; machst Du nicht mit, sperr ich Dich aus! Doch auch zum Aussperren gehören immer noch zwei: Einer, der es tut, und einer, der es mit sich tun lässt! Insofern ist es schon interessant zu sehen, wie viele Hausärzte sich noch aussperren, besser gegeneinander ausspielen lassen, meint Ihr ...

... specht

PS:

Dies ist kein fiktives Beispiel, sondern hat sich so in KWH zugetragen!

ANZEIGE

Anzeige TurboMed

Der Arbeitskreis Abfall informiert

Ab dem 01.06.2005 ist die Ablagerung unvorbehandelter, organische Siedlungsabfälle auf Deponien nicht mehr zulässig.

Aus diesem Grund hat die Abt. Technischer Umweltschutz des Landesumweltamtes Brandenburg ein Merkblatt zur Entsorgung von Krankenhausabfällen durch die öffentlich-rechtlichen Entsorgungsträger mit Stand vom Oktober 2004 heraus gegeben, welches dieser Ausgabe von "KV-intern" beigelegt wurde.

In erster Linie geht es um die Arbeitssicherheit und den Gesundheitsschutz der eingesetzten Sortierkräfte.

Eine von der Stadtreinigung Dresden GmbH (SRD) an die Kanthak & Adam GbR in Auftrag gegebene Untersuchung führte u.a. zum Ergebnis, dass Abfälle aus potentiell infektiösen Bestandteilen sowie spitze und scharfe Gegenstände nicht in den Restmüll gehören, da sie für die Sortierkräfte eine Zumutung sind. Sie sollten gesondert gesammelt und entsorgt werden, um sie ohne jegliche Vorbehandlung der Verbrennung zuführen zu können.

Da die Entsorgungsprinzipien im Land Brandenburg regional unterschiedlich

sind, stehen die jeweiligen öffentlich-rechtlichen Entsorgungsträger für Anfragen zur Verfügung.

Für Potsdamer Praxen und Einrichtungen des Gesundheitsdienstes:

Schadstoffhaltige Abfälle aus anderen Herkunftsbereichen als privaten Haushaltungen (Gewerbe), sind soweit davon jährlich nicht mehr als 2000 kg anfallen, getrennt der Schadstoffannahmestelle der Stadtentsorgung Potsdam (STEP), Neuendorfer Anger 9 in Potsdam-Babelsberg unter Vorlage des Abfallausweises zu überlassen.

Gegen Vorlage des Abfallausweises werden 500 kg schadstoffhaltiger Abfälle **kostenlos** entsorgt.

Der Abfallausweis ist bei der Stadt, Bereich Umwelt und Natur, Herr Patzner, Tel.: 289 3763 erhältlich und muss jährlich verlängert werden.

Der Bereich Umwelt und Natur der Stadt Potsdam hat stichprobenartige Kontrollen in Arztpraxen der Stadt Potsdam angekündigt!

Ansprechpartner: Frank Mattheus



Stellen Sie sich einmal vor: Da haben die bajuwarischen Vertragsärzte doch tatsächlich gehofft, sie würden mit einer elektronischen Übermittlung der Dokumentationen für das DMP Diabetes einfach so durchkommen. Doch Gott sei Dank gibt es noch Institutionen, die sich dieser Entartung entgegenstemmen. Das BVA, das Bundesversicherungsamt, hat unmissverständlich klar gestellt, so geht es nicht. Aus, basta!

Elektronische Übermittlung der Doku-Bögen ja, aber nur als Ergänzung zur Papierform. Endlich einmal eine weise Entscheidung! Wie soll denn die Rechtmäßigkeit geprüft werden, wenn hier jeder einfach nur via Atmosphäre mit sensibelsten Daten hantiert? Wie soll denn das BVA überprüfen, ob die Kasse A aus dem Risikostrukturausgleich auch tatsächlich soundso viele Millionen bekommt oder nicht vielleicht doch einige weniger?

Nein, so etwas muss (hand)schriftlich und schwarz auf weiß vorliegen. Im gewohnten Beamtendeutsch des BVA liest sich das dann übrigens so: "... ein rechtssicherer Risikostrukturausgleich ist somit nur dann gewährleistet, wenn die durch Arztunterschrift belegte, voll-

ständige und plausible Dokumentation eine RSA-finanzwirksame Einschreibung des Patienten in ein DMP begründet."

Alles klar? Nix von wegen besserer Qualität! Nix von wegen Einsparungen - nein, um schnöde

Steinzeit-Denken

kasseninterne Geldverteilung geht es, für die der gutgläubige DMP-Arzt formal mit seiner Unterschrift erhalten muss. Aber was soll's, entscheidend ist doch letztlich nur, dass die Damen und Herren im BVA wieder was Richtiges zwischen den Fingern haben: Papier.

Und da kann ich nur zustimmen und jenen, die dies als Steinzeit-Denken abtun, entgegenrufen: Recht hat das BVA! Wo kommen wir denn hin, wenn die Bürokratie auch noch erleichtert wird? Bürokratie ist eine staatstragende Eigenschaft. Die gilt es zu hegen und zu pflegen und - vor allem - weiter zu entwickeln und zu perfektionieren.

Und da können nicht einfach bajuwarische Ärzte daherkommen und denken, sie könnten via Datenfernübertragung daran rütteln. Jo, wo sei mer denn, meint Ihr ...

... specht





Theorie und Praxis - eine gelungene Veranstaltung zur Prävention

In das Programm "nicht nur sitzen, auch mal schwitzen" kommt langsam Bewegung!

Mit einer ersten regionalen Veranstaltung am 12. Februar in Fürstenwalde luden die Kooperationspartner interessierte Ärzte und Übungsleiter aus Sportvereinen zu einem Multiplikatorenlehrgang ein. Im Zentrum der Diskussion: Die Qualitätssicherung von Sportangeboten und der Gesundheitssport aus Sicht des Mediziners.

Es wurde sehr lebhaft diskutiert, wobei folgendes deutlich wurde:

- Die Zusammenarbeit vor Ort zwischen den Ärzten und Vereinen ist wichtig und gewünscht.
- Der Informationsaustausch muss verbessert bzw. intensiviert werden.
- Weder Ärzte noch Sportvereine sollten ihre Angebote in Abhängigkeit von Kassen bringen lassen. Solange die Angebote zielführend und lebendig sind, kommen die Menschen auch wenn die Krankenkassen keine finanzielle Unterstützung gewährleisten.

- Seitens der Ärzte ist eine basiswirksame sportmedizinische Fortbildung gewünscht.

Am Nachmittag konnten dann alle am eigenen Leibe erfahren, wie sie ihren Stütz- und Bewegungsapparat trainieren können. Bei einer Stunde Rückenfitness kam tatsächlich so manch einer ins Schwitzen und ins Schwärmen! Die Praktischen Übungen zum Nordic-Walking fielen wegen heftigen Regens zwar aus, was durch das sehr informative Referat zum Thema jedoch mehr als wett gemacht wurde.

Alles in allem war es eine gelungene Veranstaltung, die gezeigt hat, dass wir auf dem richtigen Weg sind. Wir sollten ihn zielstrebig weiter verfolgen und möglichst viele dabei mitnehmen.

Claudia Kintscher, Beratende Ärztin

Zweiter Ball der Freiberufler in Potsdam

Sehr verehrte Damen, sehr geehrte Herren,

im Namen des Vorstandes des Landesverbandes der Freien Berufe Brandenburg e. V. gestatte ich mir, Sie zum nunmehr zweiten Ball der Freiberufler unseres Bundeslandes einzuladen, der am **22. Oktober 2005 im Dorint-Hotel Potsdam** stattfindet.

Mit dieser Veranstaltung, die im Übrigen in dieser Form bundesweit nach wie vor einmalig ist, haben wir ein wenig abseits von den Herausforderungen des beruflichen Alltags eine Kommunikationsplattform, die sowohl den Dialog untereinander als auch mit maßgeblichen Politikern einschließt.

Natürlich werden die kulinarischen Genüsse an diesem Abend nicht zu kurz kommen und auch das Tanzbein kann bei flotten Rhythmen geschwungen werden.

Die sehr gute Resonanz, die der 1. Ball der Freiberufler im Oktober 2003 bei den Teilnehmern gefunden hat, lässt sicher erwarten, dass auch diese Veranstaltung wiederum ein voller Erfolg wird. Beleg dafür sind sicherlich auch die bereits vorliegenden 130 Anmeldungen aus dem Teilnehmerkreis unserer ersten Veranstaltung. Von daher wird es nur möglich sein, Ihre Teilnahmewünsche in zeitlicher Reihenfolge der Rückmeldungen zu berücksichtigen.

Der Teilnehmerpreis für unseren Ball wird 90,- Euro pro Person betragen, worin die Getränke allerdings nicht eingeschlossen sind. Bereits jetzt darf ich Sie darüber informieren, dass Zimmerreservierungen im Dorint-Hotel zum Preis von 99,- Euro (im DZ) unter den Telefonnummern 0331/2 74 90 33 und 2 74 90 32, Kennwort "Ball der Freiberufler" gerne entgegen genommen werden.

Für die Weiterführung unserer Vorbereitungen wäre ich für den umgehenden Erhalt Ihrer Rückantwort dankbar.

Um Verständnis bitte ich Sie wiederum auch dafür, dass diese "Primäreinladung" aus Kostengründen in dieser rationellen Form erfolgt. Selbstverständlich werden alle Damen und Herren, die sich für eine Teilnahme an unserem Ball entschieden haben, nochmals persönlich angeschrieben

In diesem Sinne, auf Wiedersehen am 22. Oktober 2005 im Dorint-Hotel Potsdam.

Thomas Schmidt, Präsident

Der Ball der Freiberufler findet statt:

22. Oktober 2005, Dorint-Hotel Potsdam, Jägerallee 20, 14469 Potsdam
Tel.: 0331/2 74 90 33

Organisation:

Landesverband der Freien Berufe Brandenburg e. V., Frau Ines Philipp
Tel.: 0331 2977-413, Fax: 0331 2977-171, Info@freie-berufe-brandenburg.de

Faxantwort 0331/2977-171

Am 2. Ball der Freiberufener am 22. Oktober 2005 im Dorint-Hotel Potsdam

nehme ich teil

nehme ich in Begleitung teil

Bitte in Druckschrift schreiben

Teilnehmer

Titel,
Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Unterschrift: _____

Begleitperson

Titel,
Name, Vorname: _____

Leistungspflicht der GKV für in Deutschland nicht zugelassene Arzneimittel

In einem Rundschreiben verweist die KBV auf die Entscheidung des Bundessozialgerichtes (BSG) vom Mai 2004 in der Frage, ob und wenn ja unter welchen Bedingungen in Deutschland nicht zugelassene Arzneimittel zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung verordnungsfähig sind.

In dem KBV-Schreiben heißt es:

"Wie Ihnen bereits bekannt ist, kam das BSG in seinem Urteil zu dem Ergebnis, dass für ein Arzneimittel ohne deutsche oder EU-weite Zulassung keine Leistungspflicht der GKV besteht.

Im November letzten Jahres hat der Bundesverband der Betriebskrankenkassen über die aus diesem Urteil resultierende Rechtsauffassung der Spitzenverbände der Krankenkassen informiert, wonach nunmehr die Auffassung vertreten wird, dass für Arzneimittel, für die weder eine deutsche noch ein EU-weite

Zulassung erteilt wurde und die nach § 73 Abs. 3 AMG nach Deutschland eingeführt werden, keine Leistungspflicht der GKV besteht.

Da die Verordnungsmöglichkeiten zu Lasten der GKV durch die restriktive Interpretation des BSG-Urteils durch die Spitzenverbände der Krankenkassen in Einzelfällen deutlich eingeschränkt werden, haben wir unsere Rechtsabteilung gebeten, diese Interpretation zu überprüfen. Sie schließt sich der Interpretation des BSG-Urteils durch die Spitzenverbände an.

Inwieweit es bei dieser restriktiven Rechtsauffassung bleiben wird, ist zum augenblicklichen Zeitpunkt noch nicht abzuschätzen. Hier wird die künftige Rechtssprechung des Bundessozialgerichts in weiteren Verfahren zu berücksichtigen sein."

Empfehlung zur Risikobewertung der COX-2-Hemmer

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft schlägt folgende Empfehlung zur Anwendung von allen COX-2-Hemmern vor:

- Coxibe sind bei allen kardiovaskulären Risikopatienten (koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, schwere Hypertonie, periphere arterielle Durchblutungsstörungen) aufgrund des phar-

makologischen Risikopotentials und der zahlreichen klinischen Risikodaten kontraindiziert.

- Coxibe sollen bei Patienten über 65 Jahren nur bei strenger Indikationsstellung und mit besonderer Vorsicht wegen der im Alter allgemein erhöhten kardiovaskulären Risiken angewendet werden.



- Die Anwendung von allen Coxiben ist zeitlich zu begrenzen: so lange wie nötig, aber nicht länger als die in Studien analysierten Behandlungszeiträume, d.h. intermittierend 3 bis maximal 6 Monate.
- Die Anwendung von Coxiben vor oder unmittelbar nach chirurgischen Eingriffen sollte unterbleiben.
- Bei Patienten mit kardiovaskulären und gastrointestinalen Risiken können traditionelle nichtsteroidale Antiphlogistika plus niedrig dosierte Acetylsalicylsäure plus Protonenpumpenhemmer sowie nichtopioide Analgetika (z.B. Paracetamol) oder schwach wirkende Opioide (z.B. Tramadol, Tilidin-Naloxon, Dihydrocodein) angewendet werden, bis entsprechende epidemiologische Studien vorliegen.

Diese Empfehlungen sollen dazu beitragen, die Anwendung der COX-2-Hemmer risikoärmer zu machen und sie für die kurzfristige Behandlung von Patienten zu erhalten, die ein erhöhtes Risiko für gastrointestinale Nebenwirkungen haben.

Die FDA hat fast gleichzeitig das Nutzen-Risiko-Verhältnis von Coxiben incl. Rofecoxib (Vioxx) bewertet und kommt

zu einem relativ positiven Fazit, wonach in keinem Fall ausreichende Gründe für eine Marktrücknahme vorlägen. Diese Schlussfolgerung ist freilich mit sehr knapper Mehrheit in dem zuständigen Ausschuss getroffen worden, dessen Mitglieder zu einem beachtlichen Teil frühere Verbindungen zur pharmazeutischen Industrie deklariert haben. Die AkdÄ empfiehlt der deutschen Ärzteschaft weiterhin dringlichst, die Indikation für Coxibe sehr restriktiv und unter Beachtung der von ihr und von der EMEA geäußerten Warnung bzw. beschlossenen Anwendungsbeschränkungen zu stellen.

Bitte teilen Sie der AkdÄ alle beobachteten Nebenwirkungen (auch Verdachtsfälle) mit. Sie können dafür den in regelmäßigen Abständen im Deutschen Ärzteblatt auf der vorletzten Umschlagseite abgedruckten Berichtsbogen verwenden oder diesen aus der AkdÄ-Internetpräsenz www.akdae.de abrufen.

Ansprechpartnerinnen:

Marianna Kaiser, Birgit Henschel
Beratende Apothekerinnen

Was muss ein Vertragsarzt bei seiner Tätigkeit beachten?

Ein Vertragsarzt muss bei der Ausübung seiner vertragärztlichen Tätigkeit einige Gesetzlichkeiten beachten, sonst drohen Regresse. Einige Beispiele möchten wir kurz zusammenfassen:

Das Leistungsrecht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ist mit § 31 SGB V umschrieben. Danach haben Versicherte nur Anspruch auf apothekenpflichtige Arzneimittel, soweit sie nicht nach § 34 bzw. § 92 SGB V ausgeschlossen sind, auf Versorgung mit Verbandstoffen, Harn- und Blutteststreifen, auf *apothekenpflichtige Medizinprodukte* und Krankenkost und Diätpräparate nach Richtlinie entsprechend § 92 SGB V.

Ein Vertragsarzt darf keine Arzneimittel der sogenannten *Negativliste* (z.B. **Locabiosol**) zu Lasten der GKV verordnen. Hier ist keine Ausnahme zulässig.

Da nach § 31 SGB V nur apothekenpflichtige Arzneimittel zu Lasten der Krankenkassen (KK) ordnungsfähig sind, fallen Nichtarzneimittel oder nichtapothekenpflichtige Arzneimittel und Medizinprodukte (z.B. **Polyerga Dragees**, **Sedonium**, **Kytta Thermopack**) aus der Leistungspflicht der GKV heraus.

Apothekenpflichtige *Medizinprodukte* sind nach § 31 SGB V zu Lasten der KK ordnungsfähig. Hyaluronsäurehaltige Fertigspritzen (z.B. **HY GAG**) gehören aber nicht dazu, da Medizinprodukte, die nur durch den Arzt angewendet werden können, nicht der Verschreibungspflicht unterliegen und somit nicht ordnungsfähig sind.

Die Arzneimittel-Richtlinien (AMR) enthalten weitere Verordnungsausschlüsse (www.kbv.de). So sind nach AMR 20.1 (alt 17.1) absolute Verordnungsausschlüsse mit den dort genannten Ausnahmen zu beachten, nach AMR 20.2 (alt 17.2) sind die Verordnungen nur dann angezeigt, wenn nicht medikamentöse Maßnahmen nicht zum Behandlungsziel führten.

Seit Januar 2004 gibt es die Einschränkung in der Leistungspflicht der GKV, dass *rezeptfreie, apothekenpflichtige* Arzneimittel nur noch in Ausnahmefällen zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden dürfen (OTC-Liste). Folglich dürfen für Kinder bis zum 12. Lebensjahr und für Kinder mit Entwicklungsstörungen bis zum 18. Lebensjahr apothekenpflichtige Arzneimittel wie im 2. Absatz beschrieben zu Lasten der KK aufgeschrieben werden, ab dem 12. Lebensjahr gilt die Kassenleistung nur noch für apothekenpflichtige, rezeptfreie Arzneimittel der OTC-Liste. Beispiele für OTC-Arzneimittel, die nicht durch die Ausnahmeliste gedeckt sind: **Eicosapen**, **Factor AF**, **Aescusan 20**.

Rezeptpflichtige Arzneimittel dürfen entsprechend ihrer Zulassung und unter Beachtung der AMR und den Kriterien einer wirtschaftlichen Verordnungsweise rezeptiert werden.

Vitamine: Bei der Verordnung von Vitaminpräparaten in Kombination mit anderen Stoffen ist der Ausschluss der AMR zu beachten (z.B. **ERYFER comp.**, **Kol-**

lateral A+E, Vitamin B-Komplex, Vita-sprint), da sie nach AMR 20.1 q (alt 17.1 q) nicht auf Kassenrezept geschrieben werden dürfen.

Vitamine sind nur bei nachgewiesenem Mangel (Laboruntersuchung) zu substituieren, wenn dieser durch die Diät nicht behoben werden kann. Hinzukommt, dass bei über 12 Jährigen diese Therapie nur noch bei wasserlöslichen Vitaminen, Benfotiamin, Folsäure und Vitamin K als *Monotherapie* zu Lasten der GKV erfolgen kann. Folglich ist **Milgamma 100** ab 12 nicht mehr Kassenleistung. Vitamin-E-Präparate und Multivitaminpräparate sind durch die Ausnahmeliste gar nicht berücksichtigt und somit keine Kassenleistung (**Spondyvit, Lipo E, Cernevit, Vitamin B-Komplex**).

Mineralstoffe: Mineralstoffe zur oralen Anwendung dürfen bis zum 12. Lebensjahr nach AMR 20.2 g (alt 17.2 g) bei Versagen der diätetischen Maßnahmen mit den genannten Ausnahmen verordnet werden. Nach dem 12. Lebensjahr sind rezeptfreie Mineralstoffe zu Lasten der GKV nur noch eingeschränkt verordnungsfähig: Kalium bei Hypokaliämie, Magnesium bei angeborener Magnesi-

umverlustkrankung, Calcium u.a. bei manifester Osteoporose, Eisen bei Eisenmangelanämie, Jod bei Ulcera und Dekubitalgeschwüren bzw. Jodid bei Schilddrüsenerkrankungen. Folglich sind verschreibungsfreie **Selenase-Trinkampullen** nur bei nachgewiesenem Mangel bis zum 12. Lebensjahr verordnungsfähig.

Nach AMR 20.1 m (alt 17.1 m) sind *Zelulartherapeutika und Organhydrolysate* von der Verordnungsfähigkeit zu Lasten der GKV ausgeschlossen. Dazu gehören z.B. Thymoject oder **THY-Glandurettin**.

Sogenannte Life style-Arzneimittel sind nach AMR 18 ausgeschlossen (**Reductil, Xenical, Yohimbin, Viagra**).

Es handelt sich nur um eine beispielhafte Aufzählung der Verordnungsausschlüsse, die keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Die Auswahl ergibt sich aus Regressanträgen, die durch die Krankenkassen gestellt wurden.

Ansprechpartnerinnen:

Marianna Kaiser, Birgit Henschel
Beratende Apothekerinnen

Forschungsstipendium 2006

Der Deutsche Psoriasis Bund e. V. vergibt jährlich sein Forschungsstipendium in Höhe von 12.000,- Euro mit einer Laufzeit von zwölf Monaten für Forschungsvorhaben, die qualifizierte, unabhängige Ergebnisse zum Themenkreis "Psoriasis der Haut und der Gelenke", insbesondere zum Stigma und zur Psychosomatik der Krankheit erwarten lassen. Die Förderung soll dem Stipendiaten die Möglichkeit geben, sich ein Jahr lang voll auf das Forschungsvorhaben zu konzentrieren.

Die Förderung erfolgt für Vorhaben, die eine hohe Relevanz für die praktische Nutzung erwarten lassen. Die Mittel werden durch den Vorstand des DPBs nach Beratung durch den Wissenschaftlichen Beirat vergeben. Frist 30. September 2005.

Unser Info-Tipp

Arbeitsverträge für geringfügig Beschäftigte

Der Sparkurs hält immer öfter Einzug in die Praxen der niedergelassenen Ärzte. Steigende Personalkosten bei stagnierenden Umsätzen prägen das Bild. Der Arzt als Praxisinhaber muss sich daher verstärkt um das Thema "geringfügig beschäftigte Arbeitnehmer" kümmern.

Der NAV-Virchow-Bund bietet daher seinen Mitgliedern Arbeitsverträge für geringfügig Beschäftigte als Musterverträge an, in dem alle aktuellen Grundlagen Berücksichtigung finden. Zudem hält er Muster-Arbeitsverträge für geringfügig beschäftigte Reinigungskräfte bereit. Neben den arbeitsrechtlichen Erfordernissen enthält dieser Mustervertrag auch eine Aufstellung der Arbeiten,

die vom Reinigungspersonal ausgeführt werden sollen.

Zusätzlich erhalten Mitglieder die Möglichkeit einer Rechtsberatung, die im Mitgliedsbeitrag enthalten ist. Diese Beratung kann zu arbeitsrechtlichen Themen sowie allen weiteren Bereichen ärztlicher Tätigkeit gegeben werden.

Den kostenlosen Mustervertrag, der nur an Mitglieder abgegeben werden kann, sowie weitere Informationen zur Rechtsberatung erhalten Sie bei:

NAV-Virchow-Bund

Postfach 10 26 61, 50466 Köln
Tel.: 0221/9730050
Fax: 0221/7391239

Unser Buch-Tipp

Handbuch Klinische Studien

Durch den Beschluss der Europäischen Union sind seit August 2004 die harmonisierten Leitlinien zur Durchführung klinischer Studien für die Mitgliedsstaaten verbindlich. Die Leitlinien der "Good Clinical Practice" sind demnach bei sämtlichen klinischen Studien anzuwenden.

Die vorliegende Neuauflage - Ein Ratgeber für Ärzte und Studienassistenten (Study nurses) - berücksichtigt diese gesetzlichen Änderungen und enthält die brandaktuellen neuen Gesetzestexte, auch die 12. AMG-Novelle. Sämtliche Kapitel wurden überarbeitet und

ergänzt. Neu in das Buch aufgenommen wurden die Kapitel zu den gesetzlichen Anforderungen, den Studiendokumentation, der Rolle der Study nurse und zur Übermittlung schlechter Nachrichten ("Breaking Bad News"). Eine Lernkontrolle kann durch die im Anhang des Buches befindliche Fragensammlung aus eigenen Zertifizierungskursen für ärztliche Studienkoordinatoren und Studienschwestern erfolgen. Das in der Onkologie erfahrene Autorenteam hat in Form von Checklisten wertvolle Tipps zum Aufklärungsgespräch, zur schriftli-

chen Patienteninformation, Einwilligungserklärung und Optimierung der Abläufe im Studienzentrum zusammengestellt. Ein ausführliches Glossar mit den wichtigsten Termini im Zusammenhang mit klinischen Studien rundet das Buch ab.

akademos Wissenschaftsverlag,
Hamburg Berlin
Broschur, zweifarbig, 284 Seiten
2. Auflage 2005; 28,00 Euro
Subskriptionspreis 3 Monate nach
Erscheinen 24,00
ISBN 3-934410-66-9

Unser Buch-Tipp

Kommunikation und Kooperation in der Onkologie

Eine Krebserkrankung umfasst komplexe physische und soziale Faktoren. Voraussetzungen für eine optimale und bedarfsgerechte Versorgung Betroffener sind die **patientenorientierte Kommunikation und Kooperation** der in der Onkologie tätigen Personen und Institutionen.

Zu diesem Themenkomplex ist im März 2005 das **200 Seiten umfassende Fachbuch** zur 3. LAGO-Tagung Onkologie Land Brandenburg zum Thema "Kommunikation und Kooperation in der Onkologie" neu erschienen.

Das Buch gibt Einblicke in aktuelle Entwicklungen. Es werden Krebspräventionsprojekte vorgestellt und Maßnahmen zur Qualitätssicherung der onkologischen Behandlung, Pflege und psychosozialen Betreuung erörtert. Ein weiteres Kapitel befasst sich mit dem sterbenden krebskranken Menschen. Die thematische Breite des Buches zeigt ein kurzer Stichwortkatalog:

- VENUS. Vereint gegen Brustkrebs in Brandenburg;
- Patientenzufriedenheit als Kriterium der Qualitätssicherung?
- Teilstationäre Tumortherapie als Bindeglied zwischen stationärer und ambulanter Betreuung;
- Macht in der Kommunikation mit Krebspatienten;
- Mamma Tango. Selbsthilfe kennt viele Wege;
- Palliative Versorgung und Schmerztherapie von Krebspatienten
- Kommunikation in der onkologischen Praxis

Das Buch wurde von den **renommierten Referenten/innen** der Fachtagung verfasst und richtet sich an **onkologisches Fachpersonal, Patienten/innen und Interessierte**.

Es kann über den Buchhandel (ISBN: 3-8258-8310-8) zum Preis von 19,90 erworben werden.

Unser Buch-Tipp

Ein Wunder? Unermüdlicher Lebenswille

Neuerscheinung im Schkeuditzer Buchverlag: **Ein Wunder? Unermüdlicher Lebenswille** von Heinz Koschan.

Dieses Buch erzählt von den außergewöhnlichen Trainingserfolgen eines Mannes nach einem Schlaganfall mit kompletter rechtsseitiger Lähmung, mit einer medizinisch-wissenschaftlichen Einführung von Prof. Dr. med. Hermann Weidemann und einem Vorwort von Olympiasieger Udo Beyer. Herr Koschan selbst nennt sein Buch "Ein Gesundheitsbuch der außergewöhnlichen Art." Er möchte Schlaganfallbetroffenen aufzeigen, dass es durch selbständiges, zielstrebiges Üben über Jahre wieder aufwärts gehen kann. Im Vorwort von Udo Beyer ist folgendes zu lesen:

Zwei Menschen trainieren. Der eine kämpft gegen die Folgen eines Schlaganfalls, der andere bereitet sich auf die Olympischen Spiele vor. Und es gab ein gegenseitiges Interesse füreinander. Für mich gab es Trainingspläne, wissenschaftlich fundiert und über Jahre entwickelt. Heinz Koschan bewegte sich auf einem Gebiet, wo Neuland noch eine Untertreibung ist.

Mit welcher Konsequenz er trainierte und neue Wege suchte, nötigte mich gewaltigen Respekt ab.

Sein Buch ist eine Hilfe für alle, die den Mut haben, ihm auf diesen neuen

Wegen zu folgen. Heinz Koschan ist das beste Beispiel dafür, was man mit solchem Mut und beharrlichem Training erreichen kann.

Sich selbst nicht in Frage stellen und von Rückschlägen nicht entmutigen lassen, Schulwissen manchmal auch mit Skepsis zu begegnen, doch nie aufzuhören, etwas zu tun - das war es, was mir imponierte.

Ich bin stolz, Heinz Koschan auf seinem langen Weg eine kleine Hilfe gewesen zu sein.

Sind Sie neugierig geworden oder möchten sie den Tipp an Ihre Patienten weitergeben? Hier die Anschrift des Verlages:

**GNN Buchversand, Badeweg 1,
04435 Schkeuditz,
Tel.: 034204/65711;
FAX: 034204/65893;
Internet: www.gnn-verlag.de ;
Preis 12,50**

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

Allgemeinmedizinische ausbaufähige Praxis am Südostrand von Berlin (S-Bahn Bereich) aus Altersgründen demnächst abzugeben.

Chiffre: 05/03/01

Suche

Internist (42 Jahre) sucht im Land Brandenburg hausärztliche Praxis zur Übernahme mit guter Verbindung/Nähe zu Berlin

Chiffre: 05/03/04

Biete

Seit 1965 in den gleichen Räumen geführte allgemeinmedizinische Praxis in der Uckermark mit überdurchschnittlicher Scheinzahl von 1.300 bis 1.400 Fällen im Quartal aus Altersgründen abzugeben.

Chiffre: 05/03/02

Suche

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie sucht in den Bereichen Potsdam (Stadt), Potsdam-Mittelmark, oder Teltow-Fläming Praxis zur Übernahme oder Kooperation ab sofort.

Chiffre: 05/03/05

Biete

Arztpraxis zum 01. Juli 2005 an Allgemeinmediziner mit pädiatrischer Erfahrung südöstlich von Berlin aus Altersgründen abzugeben. Gute Anbindung an die Autobahn nach Berlin (ca. 50 km bis Stadtmitte), Regionalbahn Richtung Berlin, sehr schönes Seenreiches Wasserwandergebiet.

Praxisgröße: ca. 85 m² Schwerpunkt: Familienbetreuung, stabile Umsätze

Chiffre: 05/03/03

Suche

Psychologischer Psychotherapeut (Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie) - KV-Zulassung in der KV Nordrhein - Supervisor (BDN) Moderator für QZ (KV NO) sucht KV-Sitz in Potsdam Tausch gegen KV-Sitz in Köln Kauf ab sofort

Interessenten melden sich bitte unter der Rufnummer: **0178/4578316**



Zulassungen und Ermächtigungen

Zulassungen

Dr. med. Gabriele Brömmer,
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Strausberg
ab 01.04.2005

Susann Ganswindt,
Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in
Bad Saarow
ab 01.04.2005

Dr. med. Oliver Kadecki,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Trebbin
ab 01.07.2005

Dr. med. Anne Kaffka,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in
Hohen Neuendorf
ab 01.05.2005

Dr. med. Ingo Köhler,
Facharzt für Innere Medizin / HA in Teltow
ab 01.07.2005

Dipl.-Med. Matthias Mierke,
Facharzt für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe in Beeskow
ab 01.04.2005

Dipl.-Med. Veronika Nörenberg,
Fachärztin für Innere Medizin / HÄ
in Petershagen/Eggersdorf
ab 01.04.2005

Dr. med. Dagmar Roßner,
Fachärztin für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe in Treuenbrietzen
ab 01.04.2005

Dr. med. Monika Schulze,
Fachärztin für Orthopädie in Nauen
ab 01.04.2005

Dr. med. Jens-Uwe Völzer,
Facharzt für Orthopädie in Wittenberge
ab 01.04.2005

Dr. med. Michael Weber,
Facharzt für Innere Medizin / HA in Prenzlau
ab 01.05.2005

Ermächtigungen

Dr. med. Gawrail Antonow,
Facharzt für Anästhesiologie am
Klinikum Kyritz,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf
Überweisung von zugelassenen Vertragsärz-
ten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311
Abs. 2 SGB V sowie von am Klinikum Kyritz
ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der
Anästhesiologie für die Zeit vom 01.04.2005
bis 31.03.2007.

Dr. med. Christof Arntzen,
Facharzt für Innere Medizin am Med. u. Soz.
Zentrum/Krankenhaus Angermünde,
Erweiterung um eine Ermächtigungssprech-
stunde am Kreiskrankenhaus Prenzlau,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf
Überweisung von zugelassenen Vertragsärz-
ten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311
Abs. 2 SGB V zur Durchführung der präventi-
ven Koloskopie, zur Durchführung der Rekto-
und/oder Sigmoidoskopie und zur konsiliari-
schen Beratung bei onkologischen Krank-
heitsbildern für die Zeit vom 09.02.2005 bis
31.12.2006.

Dr. med. Bernd Eisenschmid,
Facharzt für Diagnostische Radiologie am
Ev. Krankenhaus Lutherstift in Seelow,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf
Überweisung von zugelassenen Vertragsärz-
ten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311
Abs. 2 SGB V sowie von am Lutherstift See-
low ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der
radiologischen Diagnostik für die Zeit vom
02.02.2005 bis 31.03.2006.

Niederlassung im Februar 2005

Planungsbereich Frankfurt Stadt/Oder-Spree

Dr. med. Steffen Gerecke
FA für Allgemeinmedizin
Am Kleistpark 1, 15230 Frankfurt
(Übernahme der Praxis von Frau SR Gudrun Wolkowicz)

Dr. med. Ingo Franke,
Facharzt für Innere Medizin am Klinikum Niederlausitz in Lauchhammer,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Gastroenterologie, zur Endosonographie des oberen und unteren Verdauungstraktes sowie zur präventiven Koloskopie für die Zeit vom 01.04.2005 bis 31.03.2007.

Dr. med. Frank Hoffmann,
Facharzt für Chirurgie am Klinikum Frankfurt (Oder),
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Chirurgie und Orthopädie und entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für eine Konsiliartätigkeit auf dem Gebiet der Chirurgie für die Zeit vom 01.04.2005 bis 31.03.2007.

Dr. med. Diana Jüge,
Fachärztin für Diagnostische Radiologie am Kreiskrankenhaus Finsterwalde,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von ermächtigten Krankenhausärzten und auf Überweisung des KfH-Kuratoriums für Heimdialyse und Nierentransplantation für die Zeit vom 01.04.2005 bis 31.03.2007.

Dipl.-Med. Susann Kloß,
Fachärztin für Urologie am DRK-Krankenhaus in Luckenwalde,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Urologie bzw. entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur ambulanten parenteralen antineoplastischen Therapie urologischer Malignome für die Zeit vom 02.02.2005 bis 31.03.2007.

Dr. med. Friedrich Knöfler,
Facharzt für Orthopädie am Klinikum Uckermark in Schwedt/O.,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten

für Orthopädie, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie und Fachärzten mit Schwerpunkt Rheumatologie sowie entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie auf Überweisung von am Klinikum Uckermark für eine neuropädiatrische Sprechstunde ermächtigten Kinderärzten auf dem Gebiet der Orthopädie für Problemfälle für die Zeit vom 01.04.2005 bis 31.03.2008.

Priv.-Doz. Dr. sc. med. Hilmar Körner,
Facharzt für Augenheilkunde in Bad Freienwalde,
ermächtigt gem. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV in eigener Niederlassung für die Zeit vom 01.03.2005 bis längstens 31.03.2007.

Dr. med. Roland Linke,
Facharzt für Orthopädie am Carl-Thiem-Klinikum/Klinik für Orthopädie in Kolkwitz,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Orthopädie und Fachärzten für Innere Medizin/SP Rheumatologie und entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für Problemfälle auf dem Gebiet der Orthopädie und Rheumatologie für die Zeit vom 01.04.2005 bis 31.03.2007.

Dr. med. Rudi Lucius,
Facharzt für Chirurgie am Ev. Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow in Ludwigsfelde,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur ambulanten Chemotherapie gastrointestinaler Tumore für die Zeit vom 01.04.2005 bis 31.03.2007.

Karl-Hans Mahal
Facharzt für Diagnostische Radiologie am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,
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 Carl-Thiem-Klinikum ermächtigten Ärzten und auf Zuweisung durch das SPZ Cottbus für die pädiatrische Röntgendiagnostik und CT bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr für die Zeit vom 01.04.2005 bis 31.03.2007.

Dr. med. Rudolf Müller,
Facharzt für Innere Medizin / HA am ASB Gesundheitszentrum in Lauchhammer,
ermächtigt gem. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV für die hausärztliche Tätigkeit sowie zur Erbringung und Abrechnung der fachärztlichen radiologischen Leistungen für die Zeit vom 01.04.2005 bis 31.03.2006.

Dr. med. Lothar Niedrig,
Facharzt für Innere Medizin am DRK-Krankenhaus Luckenwalde,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Echokardiographie und für dopplersonographische und duplexsonographische Untersuchungen für die Zeit vom 01.04.2005 bis 31.03.2007.

Dipl.-Med. Rainer Sadowski,
Facharzt für Innere Medizin am Klinikum Uckermark in Schwedt,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Funktionsanalyse von Herzschrittmachern für die Zeit vom 01.04.2005 bis 31.03.2007.

Dr. med. Roland Seiring,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin am Werner Forßmann Krankenhaus in Eberswalde,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Kinderheilkunde für EEG-Leistungen, sonographische Untersuchungen und Diagnostik und Therapie von Kindern mit Anfallsleiden (Epilepsie) für die Zeit vom 01.04.2005 bis 31.03.2007.

Dr. med. Karsten Suhr,
Facharzt für Anästhesiologie am Kreiskrankenhaus Finsterwalde,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Schmerz-

therapie für die Zeit vom 01.04.2005 bis 31.03.2007.

Dipl.-Med. Marion Teinz,
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Havellandklinik in Nauen,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bzw. entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur ambulanten intravasalen antineoplastischen Therapie gynäkologischer Malignome für die Zeit vom 02.02.2005 bis 31.03.2007.

Dr. med. Klaus Tischer,
Facharzt für Orthopädie am Amb. Therapie- u. Gesundheitszentrum in Herzberg,
ermächtigt gem. § 31 Abs. 1a Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Durchführung einer orthopädischen Sprechstunde für die Zeit vom 01.04.2005 bis 31.03.2007.

Dr. med. Albrecht Weinecke,
Facharzt für Innere Medizin an den Hellmuth-Ulrici-Kliniken in Sommerfeld,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Lungenheilkunde und Fachärzten für Innere Medizin/SP Pneumologie sowie entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Durchführung der ambulanten Bronchoskopie für die Zeit vom 01.04.2005 bis 31.03.2007.

Prof. Dr. med. habil. Ralf Widera,
Facharzt für Chirurgie am Klinikum Uckermark in Schwedt/O.,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie für die Zeit vom 02.02.2005 bis 31.03.2007.

Dr. med. habil. Christian Zur,
Facharzt für Diagnostische Radiologie am
Humaine Klinikum Bad Saarow,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf
Überweisung von zugelassenen Vertragsärz-
ten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311
Abs. 2 SGB V sowie von am Humaine Klini-
kum Bad Saarow ermächtigten Ärzten für die
Zeit vom 01.04.2005 bis 31.03.2007.

Medizinische Versorgungszentren

MVZ Ruppiner Kliniken in Neuruppin
zugelassen mit 01.03.2005 mit den
angestellten Ärzten:

Dr. med. Alfred Nowak,
Facharzt für Chirurgie;
Dipl.-Med. Angelika Nowak, Fachärztin für
Haut- u. Geschlechtskrankheiten;
Edda Liebig, Fachärztin für Allgemeinmedizin

Verlegung des Praxissitzes

Dr. med. Antje Beronneau,
Fachärztin für Nervenheilkunde in Potsdam,
neue Adresse ab 01.04.2005: Hermann-Elf-
lein-Str. 23;

Dr. med. Helga Bradtke,
Fachärztin für Innere Medizin/HÄ
in Angermünde,
neue Adresse: R.-Breitscheid-Str. 27;

Dipl.-Med. Simone Müller,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Potsdam,
neue Adresse: Wilhelm-Staab-Str. 4;

Carsta Rohde,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Blanken-
felde-Mahlow,
neue Adresse: Arnold-Böcklin-Str. 14;

Dr. med. Inis Schönfelder,
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
in Lübben,
neue Adresse ab 01.04.2005: Virchowstr. 1b;

Dr. med. Michael Staufenbiel,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Zehdenick,
neue Adresse ab 01.04.2005:
Schwärmerweg 1;

Sabine Staufenbiel,
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Zehdenick,
neue Adresse ab 01.04.2005:
Schwärmerweg 1;

Dipl.-Med. Barbara Wein,
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie
in Senftenberg,
neue Adresse: Kreuzstr. 10

Nachzubesetzende Vertragsarztsitze

Nach Anordnung von Zulassungssper-
ren durch den Landesausschuss der
Ärzte und Krankenkassen ist die KV
Brandenburg gem. § 103 Abs. 4 SGB V
gesetzlich verpflichtet, auf Antrag Ver-
tragsarztsitze zur Nachbesetzung aus-
zuschreiben. Eine Garantie für eine wirt-
schaftliche Praxisführung nach Über-
nahme ist mit der Ausschreibung nicht
verbunden.

Facharzt/Fachärztin für HNO-Heilkunde

Planungsbereich: Märkisch-Oderland
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 14/2005

Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin

**Planungsbereich: Frankfurt
(Oder)/St./Oder-Spree**
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 15/2005

**Facharzt/Fachärztin
für Allgemeinmedizin**
**Planungsbereich: Frankfurt
(Oder)/St./Oder-Spree**
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 16/2005

**Facharzt/Fachärztin
für Allgemeinmedizin**
**Planungsbereich: Frankfurt
(Oder)/St./Oder-Spree**
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 17/2005

Psychologische/r Psychotherapeut/in
Planungsbereich: Potsdam/Stadt
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 18/2005

Nähere Informationen und Bewerbungs-
unterlagen erhalten Sie bei der Kas-
senärztlichen Vereinigung Brandenburg,
Ansprechpartnerin: Karin Rettkowski,
Tel.-Nr.: 0331/2309-320.

Die schriftliche Bewerbung für die aus-
geschriebenen Vertragsarztsitze ist
zwingend erforderlich. Sie muss die
Bewerbungskennziffer, die Anschrift, die
Telefonnummer, die Facharztanerken-
nung sowie Angaben zum möglichen
Praxisübernahmezeitpunkt enthalten.

Unter dem Stichwort "Ausschreibung"
sind die Unterlagen bis zum 04. Mai
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 ausge-
schriebenen Vertragsarztpraxen gelten.

Potsdam, den 03. März 2005

ANZEIGE

Vermietung Arztpraxis

Arztpraxis zu vermieten, Ortrand, Marktplatz direkt neben Apotheke
und Sparkasse,
Garagen-Stellplatz mit separatem Zugang zur Praxis und Innenhof
vorhanden, großer Parkplatz direkt vor dem Haus
120 qm, Größe erweiterbar

Informationen: 0171/6801515 oder 03574/760175

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

Lobbyismus oder Selbstverwaltung - nur ein Wortspiel

Mit großem Vergnügen habe ich in "KV-intern" 1/05 den Beitrag von Herrn Dr. Rebscher-Seitz gelesen. ER hat mich zu diesen Überlegungen inspiriert:

Es ist so; die moderne Art zu kommunizieren sorgt dafür, dass der Anglizismus den täglichen Sprachgebrauch so beeinflusst, dass durch das englische Surrogat gelegentlich der ursprüngliche Sinn der deutschen Wortbedeutung schneller abhanden kommt, als es bei etwas tieferem Nachdenken einem lieb sein dürfte.

Zwischen den Wandelgängern der angloamerikanischen Macher und den Selbstverwaltern in deutschen Ländern liegen jedoch Welten. Wenn sich dazu noch bewusste Diffamierung durch negative Akzentuierung gesellt, dann können hieraus Effekte resultieren, die in ihrer Wirkung den Verursacher so hilflos dastehen lassen könnten, wie Weiland den Zauberlehrling mit den von ihm gerufenen Geistern.

Leider ist in der Diskussion um die sogenannte Gesundheitsreform (auch so ein Wortmonster, welches zum Nachdenken anregt) gelegentlich ein Ton eingebracht, der nicht nur banale Höflichkeitsregeln verletzt, sondern viel schlimmer noch gewollte oder ungewollte Systemveränderungen bereits durch die Sprache vorwegnimmt.

Die Befindlichkeiten der Betroffenen sind diesbezüglich unterschiedlich, was man stillschweigend hinnehmen kann, gelegentlich auch noch schmunzeln; aber die Auswirkungen auf die Sache sollten kritisch begleitet und ein damit einher gehender gesellschaftlicher Werteverlust vermieden werden.

Als Musterbeispiel dafür, mag die in jüngster Vergangenheit dahingeredete Meinung stehen, dass in den Kassenärztlichen Vereinigungen mafiaähnliche Strukturen und Zustände herrschen würden. Wer so mit einer durch das Grundgesetz geschützten aber auch beladenen Selbstverwaltung umgeht, sollte sich nicht über den Ansehensverlust von Politikern und nicht mehr nur gelegentlich abwertende Meinungsäußerungen über die Politik schlechthin, beklagen. Einerseits belädt und beleihet die Politik diese Selbstverwaltung von den Krankenkassen angefangen über die Kassenärztlichen Vereinigungen bis hin zu den Trägerverbänden der Krankenhäuser per Ordre de Mufti mit immer mehr Aufgaben im Rahmen der Sicherstellung (nächstes Wortmonster) für die gesundheitliche Betreuung der Bevölkerung bei zunehmend enger werdenden Rahmenbedingungen und weist andererseits dieselben mit der Abklassifizierung Lobbyistengeschwätz vorzutragen ab, wenn diese andere Rahmenbedin-

gen verlangen oder Sachargumente gegen die Auswirkungen und/oder Unklarheiten von und in Gesetzen und Verordnungen vortragen und degradiert sie somit zu unselbstständigen Vollziehern. Es mag ja richtig sein, die Frösche nicht zu befragen, wenn ein Sumpf trocken zu legen ist, aber von ihnen zu verlangen dieses selber zu tun, um ihnen anschließend die Frage zu stellen, wo denn das schützenswerte Biotop geblieben ist, ist schon ein toller Anachronismus.

Dabei sind selbst die originären Lobbyisten, die im Auftrage ihrer "Pressure Groups" auf die Gesetzgebung der Parlamente in ihren Ländern einwirken nicht mit einem derart negativen Image beladen, wie hierzulande die Selbstverwaltung!

Der mit dieser Rollenzuweisung eingeschlagene Weg muss in eine Sackgasse führen, weil er die Verantwortlichen in der Selbstverwaltung auf der Strecke lässt und sich die Handelnden in der Politik selber immer mehr unter den Zwang setzen, in immer kürzeren Abständen regulierend in das System einzugreifen und sich dabei tief mit hin-

ein in den Strudel einer überbordenden Bürokratie ziehen lassen, aus dem es kaum noch ein Heraus- und Wiederauftauchen gibt.

Als fatale Folge ist bei den Betroffenen - zuallererst bei den direkt (Be)handelnden (Leistungserbringern!) die sich ohnehin schon in die Ecke der Abzocker, Betrüger, Verursacher von zu hohen Lohnnebenkosten etc. gedrängt sehen- eine Haltung nach der Devise "laissez faire et laissez aller" zu beobachten, die ein schleichend wirkendes Gift darstellt, ungeahnte gesellschaftlich Potentiale brachliegen lässt und das System so lange untergraben könnte, bis es völlig neu gestaltet werden müsste. Sollte dieses frei nach Shakespeare zwar Wahnsinn aber doch Methode und somit beabsichtigt sein? Wohin doch der kulturelle Werteverlust in der Sprache führen könnte!

In diesem Sinne back to the roots of Reichsfreier vom und zum Stein!

Dr. Borchmann

Landeskrankenhausgesellschaft
Brandenburg

Verschlüsselungsunsinn

Ich bekomme zunehmend Überweisungen, auf denen die Diagnosen uncodiert angegeben werden; ich persönlich lehne es ab, den ICD auswendig zu lernen, mein PC macht das so im Hintergrund, dass ich das nicht merke.

Meines Erachtens soll auf der Überweisung die Diagnose verbal angegeben

werden, das erleichtert auch die Anamnese und trifft die Beschwerden des Patienten besser als ein Code.

Warum müssen die Ärzte den von oben befohlenen Verschlüsselungsunsinn in dieser Form überall mitmachen?

Peter Sturm, Perleberg

Es ist nicht zu ertragen!

Nachdem ich das Interview mit dem Kollegen Noack in der vorigen Nummer "KV-intern" sowie andere diesbezügliche Mitteilungen in der Presse las, mein Kommentar:

Unsere KV hat die Verwaltungs-Umlagen beträchtlich erhöhen müssen, damit wir - gemäß ärzfeindlichen Gesetzen - die Prüf-"Orgien" gegen uns finanzieren. (ca. 3000 Verfahren pro Jahr bei etwa gleicher Zahl Kassenärzte in Brandenburg) Berthold Brechts berühmten Satz: "Nur die allerdümmsten Kälber wählen ihre Metzger selber" übertreffen wir noch, wir bezahlen sie.

Eine ähnliche "Selbstbeschädigung" ist bei der 10,- Euro Kassengebühr festzustellen. Ausgerechnet wir Ärzte treiben - bisher ein - und erstmalig in der Bundesrepublik - gemäß Gesetz als Privatpersonen diese unentgeltlich für öffentlich-rechtliche Institutionen ein, müssen

sogar die Säumigen durch unsere KV-Verwaltung mahnen und vor Gericht bringen lassen.

Das Absurde: Es sind vor allen Dingen die Patienten, welche gar nicht bei uns Kassenärzten, sondern in den Notfallambulanz der Krankenhäuser die Gebühr schuldig blieben.

Dies alles ist nicht nur gesetzlich festgeschriebenes "Unrecht", sondern "Sittenwidrigkeit". Die Juristen in der KBV und in den Länder-Kvèn sollten schnellstens beauftragt werden, entsprechende Klagen beim Bundes-Sozial- und beim Bundes-Verfassungs-Gericht einzureichen und unsere KV-Obernen und die Prüfarzte sollten bis zur Klärung das unwürdige Mitwirken dabei einstellen.

Prof. Kreibich, Schulzendorf

Herzliche Glückwünsche!



zum 50.

Dr. med. Sabina Banisch
Frankfurt (Oder)

Dipl.-Med. Ute Dietrich
Königs Wusterhausen

Dr. med. Bernd Huppertz
Elsterwerda

Dr. med. Bernd Mager
Kleinmachnow

Dipl.-Med. Petra Marscholke
Königs Wusterhausen

Dipl.-Med. Dagmar Musikowski
Cottbus

Dipl.-Med. Regina Pirke
Tauche/OT Trebatsch

Dipl.-Psych. Friedel Richter, Guben

Dipl.-Med. Sylvia Richter, Potsdam

Dr. med. Edda Rinno, Kyritz

Dipl.-Med. Rita Röthke, Eberswalde

Dipl.-Med. Dieter Thomas
Eisenhüttenstadt

Dr. med. Heinz-Andreas Willberg
Potsdam

Dipl.-Med. Angelika Wolfram, Schwedt

Dr. med. Wolfgang Zahradka
Neuruppin

zum 60.

Horst Dräger, Teltow

Dr. med. Karin Gebert, Rathenow

Dipl.-Psych. Gisela Marg
Brandenburg

MR Dr. med. Reiner Neumann
Finsterwalde

Dr. jur. Klaus-Dieter Richter
Oderberg

Dr. med. Karin Winkler, Erkner

Dipl.-Med. Reinhard Wolff
Brandenburg

zum 65.

MR Dr. med. Dieter Fischer
Uebigau-Wahrenbrück

Dr. med. Eberhard Marx
Nuthe-Urstromtal OT Stülpe

MR Dr. med. Eberhard Nause
Wittenberge

Dr. med. Gisela Schneider, Golzow

Prof./RUS Dr. sc. med. Kurt Strähnz
Kolkwitz

zum 66.

Dr. med. Roland Hess, Cottbus

Dr. med.; Renate Krüger, Beeskow

Albrecht Miske, Beeskow

zum 67.

SR Dr. med. Erika Bergmann
Potsdam

Prof. Dr. med. habil. Helmut Reichelt
Bad Saarow

Dr. med. Heinz Voigt, Hennigsdorf

Annemarie Wendland, Ziesar

zum 68.

OMR Dr. med. Reiner Frenzel
Brandenburg

Dr. med. Johanna Grafe
Nordwestuckermark

zum 69.

SR Hans Hackel, Röderland

Dr. med. Peter Holstein, Cottbus

Dr. med. Siegfried Koker, Beeskow

Dr. med. Annemarie Sem
Eisenhüttenstadt

zum 70.

SR Joachim Gerschner, Guben

zum 80.

Dr. med. Hans Laux, Wittenberge

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:

15. März 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

Aktiv warb der Cottbuser Chirurg und stellvertre-
tende KV-Vorsitzende, Dr. Peter Noack, am 7. März im

Cottbuser Lau-
sitzpark für die
Durchführung
der Darm-
krebsvorsorge.

Noack: Zur Zeit
nehmen rund
6,5 Prozent der
Brandenburger
diese Vorsor-
geleistung

wahr. Das sind
fast drei Mal so
viele wie im
Bundesdurch-
schnitt. Aber
das ist uns
noch nicht
genug. Die

Kampagne
"Brandenburg
gegen Darm-
krebs"

möchte, dass sich die Zahl der Erkrankun-
gen innerhalb der nächsten zehn Jahre halbiert. Wir
werden also noch einiges tun müssen.

