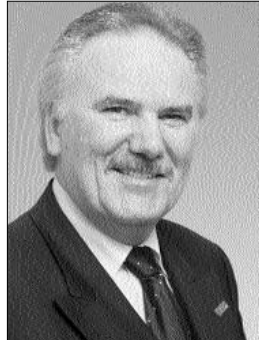


Liebe Kolleginnen und Kollegen

Ein Quartal geht zu Ende - das Zweite des Jahres und das Erste unter Wirkung des neuen Bewertungsmaßstabes (EBM) und einer in Teilen modifizierten Honorarverteilung (HVV), nunmehr unter Mitverantwortung der Krankenkassen.



Begonnen hat es mit nicht selten heftigen Aufregtheiten und Befürchtungen. Denken wir nur an die Prophezeiungen der overschlauen Gurus hinsichtlich der "desaströsen Zeitschienen" oder den angeblichen Zusammenbruch der schmerztherapeutischen Versorgung. Ironisch bewertet kann man heute feststellen, dass zumindest die Wortführer letzterer Spezialdisziplin heute nicht mehr zu hören sind - also wird es wohl tatsächlich zur Auslöschung dieser Spezialpraxen gekommen sein? Nur stutzig muss man werden, wenn es keine vor Schmerzen stöhnenden Patienten gibt, die nach behandelnden Ärzten suchend, auf den Straßen umher irren

Nein, geendet hat dieses Quartal mit einer deutlichen Beruhigung der häufig mehr emotional geführten Diskussion, mit einer Abschwächung der Ängste und Befürchtungen! Die meisten von uns werden in ihren Praxen konkret selbst festgestellt haben, dass nicht alles so schlecht ist, wie es vorher geredet und geschrieben wurde!

Dieses Quartal II des Jahres 2005 hat aber noch weitere beachtenswerte Besonderheiten aufzuweisen: Wir konnten einen HVV mit den Kassen vor dem Schiedsamt vergleichsweise vereinbaren, der bis auf wenige PW-Minderungen im Primärkassenbereich, die Systematik der Honorarverteilung, wie wir sie als ärztliche Selbstverwaltung in der Vergangenheit entwickelt, beschlossen und angewendet hatten, (nahezu) ausschließlich fortschreibt.

Und zu diesen Besonderheiten gehört auch, dass es zunehmend Hinweise darauf gibt, dass ehemalige Verfechter des sofortigen und bedingungslosen Abschaffens der Kassenärztlichen Vereinigungen verstummt sind. Abgesehen von wenigen gänzlich Unbelehrbaren erleben wir zunehmend, dass die Erkenntnis, die KVen sind nun mal nicht so einfach zu ersetzen, wieder geäußert werden darf und auch in praktisches Handeln umgesetzt wird! Dafür spricht der bundesweit einmalige Vertrag zwischen der BARMER (Berlin/Brandenburg) mit der KVBB über die kooperative Zusammenarbeit zur Schaffung einer Transparenz aus Integrationsverträgen zum beiderseitigen Nutzen! Ich unterstelle, dass bei entideologisierter

Bewertung dieser Vereinbarung durch Dritte, bundesweit mehr Plagiate entstehen werden, als in Asien Markenklau betrieben wird.

Weniger zuversichtlich jedoch stimmt die Unterzeichnung eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung zwischen dem BDA Berlin/Brandenburg mit der AOK und der IKK als von mir so bewerteter vorsätzlicher Affront gegen die KV! Beide - die BDA-Funktionäre und die Kassen-Funktionäre - wussten, dass wir in unserer Interessenvertretungsfunktion für alle Ärzte ein konsentiertes Vertragskonstrukt verhandelten, welches qualitativ echte Verbesserungen in der ärztlichen Interaktion gebracht hätte. Wir Ärzte hätten nicht gegeneinander, sondern miteinander gearbeitet - und wir hätten uns nicht die "Taschen vollgehauen", indem wir uns nicht das Honorar für den Mehraufwand aus der linken in die rechte Tasche geschoben hätten.

Ganz anders der BDA-Vorsitzende, ein Berliner. Er glaubt es offensichtlich besser zu wissen, was gut für uns brandenburgische Ärzte ist! Insbesondere die Schwächung der Interessenvertretungsfunktion durch die KV scheint sein Credo zu sein. Liest man seine Pamphlete an die brandenburgischen Hausärzte, wundert es auch nicht, dass dieser Verband in Brandenburg so schwach repräsentiert wird.

Als einer, der immer für ein kollegiales Miteinander von Haus- und Fachärzten ande und eingetreten ist, rufe ich meinen brandenburgischen Hausärzten zu: Erwachen Sie und wählen Sie sich eine eigene, brandenburgische Vertretung! . Wir haben doch selber gute Leute! Hausärzte aus Brandenburg haben in der Vergangenheit noch nie gegen die eigenen Leute gearbeitet; die Zusammenarbeit zwischen KV und Hausärzten war (wenn auch mitunter nicht spielerisch leicht, so doch zumeist) konstruktiv und konsensorientiert. Mit den Ergebnissen gemeinsamen Handelns konnten wir bislang alle leben.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie sich nicht belügen:

- Weder kommt bei einem Integrationsvertrag nach § 140 a SGB V zusätzliches Geld ins System (angeblich aus dem Krankenhaus), noch

- ist es unmöglich, dass die KV ein Vertragspartner von Integrationsverträgen ist! Wir haben in Brandenburg (sogar mit der Kasse, welche nunmehr meint, es ginge nicht), mehrere IV-Verträge - und diese sogar mit Duldung der Politik!

Wer Ihnen also dies einreden will, disqualifiziert sich selbst. Womit wir wieder bei dem Ausgangspunkt ankommen: nicht auf die falschen (Gurus) hören, sondern auf diejenigen vertrauen, welche in vielen Jahren bewiesen haben, dass sie die Interessen der brandenburgischen Ärzte so vertreten haben, dass unter den bestehenden Rahmenbedingungen ein Optimum von Ergebnissen erzielt wurde.

Ihr

Dr. med. Hans-Joachim Helming

Vorsitzender des Vorstandes der KV Brandenburg

"Es kann zu Honorareinbußen kommen, auf die sich jeder einstellen muss!"

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



Seit zweieinhalb Monaten gilt der neue EBM und ein modifizierter HVV. Welche Erkenntnisse liegen bereits vor?

Detaillierte Erkenntnisse liegen natürlich noch nicht vor. Hier gilt es, erst einmal die erste Abrechnung unter den neuen Bedingungen abzuwarten.

Aber Sie haben sicher ein Feedback aus der ärztlichen Basis.

Das stimmt. Ich erlebe es ja direkt in meinem, wenn auch sehr abgespeckten Praxisalltag. Es gibt doch eine Menge Befürchtungen, dass sich für einzelne Kolleginnen und Kollegen gravierende Veränderungen ergeben könnten.

Sind die Befürchtungen begründet?

Aus jetziger Sicht schon, zumindest in gewissem Maße.

Worin sehen Sie die Ursachen?

Da sich der Basiszeitraum für die Berechnung der Grundparameter geändert hat, statt dem Jahr 2000 bilden jetzt die Quartale IV 2003 und I, II und III aus 2004 die Berechnungsbasis, und es sich hier um Ist-Abrechnungswerte der Arzt-

gruppen handelt, sind in einigen Arztgruppen unter anderem Absenkungen von Fallzahlen und Fallpunktzahlen die Folge. Zumindest erst einmal der durchschnittlichen Fallzahlen.

Was bedeutet das für die Regelleistungsvolumen?

Vom Grundsatz her verkleinern sich die Regelleistungsvolumen in vielen Arztgruppen.

Was heißt das für Einzelne?

Das kann durchaus dazu führen, dass sich die garantierte Vergütung über das RLV verringert.

Also schlichtweg weniger Geld am Quartalsende in der Tasche ...

... im Prinzip ja, wenn dieses verkleinerte Regelleistungsvolumen nicht durch einen höheren Korrekturfaktor, der den individuellen Honoraranspruch zum Durchschnitt der Fachgruppe regelt, kompensiert wird. Oder aber andere Honoraransprüche im Bereich der freien Leistungen oder im Restpunktzahlvolumen diesen "Verlust" ausgleichen.

Wagen Sie eine Prognose, in welcher

Größenordnung ein Honorarrückgang in Einzelfällen zu rechnen ist?

Eine seriöse Prognose ist zum jetzigen Zeitpunkt nicht möglich. Aber ich möchte doch eine Art Achtungszeichen setzen: Im Einzelfall kann es durchaus Honorareinbußen von 20 bis zu 30 Prozent geben.

Da die Gesamtvergütung insgesamt ja nicht weniger geworden ist, oder kaum weniger, da es ja Abzüge durch die Kassen aufgrund von Integrationsverträgen gibt, muss es quasi aber auch "Gewinner" geben.

Ja, die muss und die wird es geben, da die mit dem EBM gewollte, beabsichtigte Honorarumverteilung "Gewinner" und "Verlierer" im Vergleich zu den vergangenen Jahren "produziert".

Mehrere Berufsverbände sind beim Vorstand der KV vorstellig geworden und haben ihre Sorgen, Befürchtungen artikuliert; die Schmerztherapeuten, die ambulanten Operateure, der Fachausschuss für den fachärztlichen Versorgungsbereich ...

Stimmt. Wir haben als Vorstand mehrere solcher Gespräche geführt, sehr offen, und haben auch unsere Bedenken vorgetragen. Dabei wurde deutlich, dass es viel Übereinstimmung in der Beurteilung der Situation gibt.

Was ist neben Übereinstimmung in der Situationsbewertung inhaltlich herausgekommen?

Viele bis dato offene Detailfragen zu EBM und HVV konnten abschließend geklärt werden. Und trotz der bereits dargestellten Folgen wurde von allen befürwortet, dass wir unsere brandenburgische Systematik der Honorarverteilung

weiter führen. Auch weil eine Honorarverteilung à la Bundesebene noch mehr Unsicherheit gebracht hätte.

Wann ist mit ersten detaillierten Daten zur Abrechnung zu rechnen?

Der Vorstand wird sich frühestens im Oktober mit der Honorarverteilung II/2005 beschäftigen können, weil erst dann konkrete Abrechnungsergebnisse vorliegen. Erst danach können eventuell notwendige Änderungen, Modifizierungen am HVV vorgenommen werden. Und dann dürfen wir nicht vergessen, dass alle eventuellen Änderungen mit den Kassen vertraglich vereinbart werden müssen ...

Keine rosige Aussichten.

Da haben Sie leider recht. Aber der Umbruch EBM alt zu EBM neu mit einem neuen HVV, der nicht mehr in Eigenregie der Ärzteschaft vorgenommen werden darf, hat zu dieser Situation geführt.

Haben Sie angesichts dieser Situation Ratschläge für Ihre Kollegen?

Jeder sollte seine Praxistätigkeit so wie bisher weiter führen, das heißt, alle notwendigen Patientenbehandlungen durchführen und abrechnen, aber zugleich, zumindest in diesem Jahr, Investitionen oder andere größere Ausgaben meiden. Darüber hinaus sollte jeder auch im Auge behalten, seine Praxisstrukturen gegebenenfalls diesen neuen Bedingungen anzupassen. Flexibilität wird für uns im Praxisalltag wichtiger denn je!

Herr Dr. Noack, vielen Dank für dieses Gespräch

Gefragt und notiert von Ralf Herre

Studie verdeutlicht: Vertragsärzte unterliegen seit Jahren einem enormen Arbeitsdruck!

"Vertragsärzte unterliegen seit Jahren einem enormen Arbeitsdruck", mit dieser Aussage fasst die Vorsitzende der Brendan-Schmittmann-Stiftung, Dr. Brigitte Ernst, die Hauptergebnisse der 3. Etappe der Burnout-Studie zusammen.

In dieser Studie, deren erste und zweite Etappe 1996 bzw. 2002 realisiert wurden, wird auf der Basis von ca. 6000 im September 2004 Befragten erneut deutlich, dass die wöchentliche Arbeitszeit der Vertragsärzte seit Jahren mehr als 50 Stunden beträgt und die Zahl der behandelten Patienten nahezu konstant über 230 pro Woche liegt. Es werden folgende Aussagen getroffen:

- Die starke Arbeitsbelastung führt bei der Hälfte der untersuchten Vertragsärzte zu Verschleißerscheinungen, die sich in Empfindungen und Einschätzungen wie: "Die Arbeit laugt aus, am Ende des

Arbeitstages völlig erledigt zu sein, Schlafdefizite sowie unregelmäßig und in Eile zu essen", äußert. Ein deutlich geringerer Anteil der Vertragsärzte (20 bis 25 Prozent) würde außerdem am liebsten alles hinwerfen bzw. ist oft verzweifelt.

- Eine deutliche Mehrheit der Vertragsärzte (ca. 80 Prozent) hat nicht genügend Zeit zur Wahrnehmung der persönlichen Interessen bzw. nimmt sich auch nicht die entsprechende Zeit dafür (70 Prozent). Das Privatleben leidet

"Er hatte wohl einen anstrengenden Tag?"

"Wie immer: Er ist doch Vertragsarzt!"

Zeichnung: **A. Purwin**

nach Einschätzung von ca. 70 Prozent von ihnen ebenfalls.

- Hinsichtlich des Verhältnisses zu den Patienten wird deutlich, dass das hohe Arbeitsaufkommen einen zusätzlichen Leidensdruck erzeugt. Mehr als die Hälfte der Probanden leiden darunter, nicht genügend Zeit für ihre Patienten zu haben. Ein nicht unerheblicher Anteil artikuliert zudem noch Defizite in der Kommunikation mit den Patienten.

- Das Verhältnis zu den Kollegen wird nicht eindeutig beurteilt. Einerseits werden die Möglichkeiten des kollegialen Erfahrungsaustausches genutzt, andererseits wird aber die fehlende Kollegialität und die Konkurrenz unter den Vertragsärzten bzw. die fehlende Geschlossenheit der Ärzteschaft bemängelt.

Starken Einfluss haben neben individuellen auch allgemeine ökonomische Faktoren. Die ungünstige wirtschaftliche Lage in unserem Lande belastet die Vertragsärzte nahezu gleichermaßen stark, wie die Ungewissheit, einen guten Erlös beim Verkauf der Praxis zu erzielen. Belastend wirken außerdem die eigenen finanziellen Verpflichtungen.

Die vollständige Studie kann gegen eine Schutzgebühr von 10 Euro im Internet (www.nav-virchowbund.de unter der Rubrik "Stiftung") oder bei der Geschäftsstelle der Brendan-Schmittmann-Stiftung, Chausseestr. 119 b, 10115 Berlin, bestellt werden
Tel.: 030/28877426.

Beschluss des Vorstandes der KVBB vom 15. Juni 2005

Anpassung der Abrechnungsbedingungen

Aufgrund von Änderungen der Bundesmantelverträge bzw. der dazugehörigen Anlage 6, Datenaustausch auf Datenträgern, musste eine Anpassung der Abrechnungsbedingungen der KVBB zum 1.07.2005 erfolgen.

Dazu hat der Vorstand beschlossen: Ab dem Quartal II/2005 entfällt das Einreichen papierner Notfall- und Vertretungsscheine, der Abrechnungsbelege beson-

derer Versorgungsbereiche (SVA, KOV/BVG, BEG, BVFG) sowie Belege, die im Ersatzverfahren erstellt wurden.

Werden mittels EDV abrechnende Ärzte auf Überweisung in Anspruch genommen, sind die Überweisungsscheine in der Arztpraxis über einen Zeitraum von vier Quartalen aufzubewahren und auf Verlangen vorzulegen.

Die Weiterleitung papierner Abrechnungsbelege der besonderen Versorgungsbereiche an die Kostenträger entfällt ab dem Quartal I/2005.

Endgültige Aufkündigung der gemeinsamen Interessenvertretung der Brandenburger Vertragsärzteschaft durch den Vorstand des BDA?!

Am 30. Mai 2005 informierte der Vorstand des BDA Berlin-Brandenburg seine Mitglieder in einem Rundschreiben, dass es ihm nach "intensiven Verhandlungen" gelungen sei, mit der AOK und IKK einen Vertrag für die hausarztzentrierte Versorgung unterschriftsreif zu gestalten.

Zur Vorgeschichte:

Auf Anregung des Vorstandes der KV Brandenburg und unter Hinzuziehung der Haus- und Fachärzteschaft laufen seit Frühjahr diesen Jahres Verhandlungen mit den o. g. Krankenkassen für eine hausarztzentrierte Versorgung unter Einschluss der KV Brandenburg.

In dieses Versorgungskonzept sollen gleichberechtigt Hausärzte und Fachärzte integriert werden. Dieser Vertrag soll, wie es das Gesetz vorsieht, auf der Grundlage des § 73 SGB V gestaltet werden.

Die Krankenkassen wollten bei der letzten Verhandlung aber einen Vertrag nach § 140 durchsetzen, d. h. die Krankenkassen wollten einen Integrationsvertrag abschließen.

Dies hätte bedeutet, dass die Finanzierung unter Abzug von 1% der Gesamtvergütung von der Ärzteschaft hätte erfolgen müssen. Währenddessen bei wirksam werden des § 73 der finanzielle

Mehrbedarf von den Kassen extrabudgetär finanziert wird.

An diesem Punkt stockten die Verhandlungen zwischen der Brandenburger Ärzteschaft und den Krankenkassen. Ein neuer Verhandlungstermin wurde von den Krankenkassen entgegen der Zusage und ursprünglichen Verabredung nicht vorbereitet.

Nun überrascht die Führung des BDA mit der Ankündigung, dass eben ein solcher hausarztzentrierter Vertrag als Integrationsvertrag mit den Krankenkassen unterzeichnet werden soll. Damit fällt sie den Beratungsgremien der KV, vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstandes und das Vorstandsmitglied Herrn Schwark, sowie den mit involvierten Fachausschüssen für die haus- und fachärztliche Versorgung in den Rücken.

Zugleich torpediert sie unsere gemeinsamen Anstrengungen, einen Vertrag zu initiieren, in dem alle Ärzte in die Patientenbetreuung integrativ einbezogen werden können.

Die eigentliche Skrupellosigkeit liegt allerdings darin, dass der BDA darauf eingegangen ist, mit den Krankenkassen einen Vertrag nach § 140 SGB V abzuschließen.

Dies bedeutet, dass für die Krankenkassen der gesamte Vertrag kostenneutral

abgehandelt wird und die Finanzierung durch Abzug von 1% der Gesamtvergütung, also aus unserem Honorar erfolgt. Wir bezahlen uns also selber!

Da die Gesamtvergütung aber sowohl den hausärztlichen als auch den fachärztlichen Bereich betrifft, heißt es im Klartext, dass die Fachärzteschaft des Landes Brandenburg den Integrationsvertrag der Hausärzte finanziert. Anders gesagt: Mit dem Geld der Fachärzte erhalten die Hausärzte ihre Mehrvergütung.

Und das, obwohl der Hausärztetopf in der Gesamtvergütung ohnehin deutlich besser gefüllt ist als im fachärztlichen Bereich und der Nachfinanzierungsbedarf für die Psychotherapie allein aus dem fachärztlichen Anteil der Gesamtvergütung erfolgt. Das bedeutet, dass die ohnehin bedeutend höheren Fallwerte im hausärztlichen Bereich auf Kosten der Fachärzteschaft weiter erhöht werden.

Der BDA kann nicht davon ausgehen, dass ein solches Vorgehen unbemerkt bleibt. Insofern muss davon ausgegangen werden, dass hier offensichtlich

eine demonstrative Entsolidarisierung innerhalb der Ärzteschaft des Landes Brandenburg, initiiert durch die Hausarztfunktionäre, erfolgen soll.

Damit werden alle Anstrengungen und konsentierten Strategien der Ärzteschaft Brandenburgs, ihrer gewählten Vertreter in der Vertreterversammlung und ihrer beratenden Gremien unterlaufen. Die Fachärzteschaft unseres Landes und insbesondere ihre Vertreter in der VV haben sich immer bemüht, die Gemeinsamkeit der Ärzteschaft Brandenburgs gegenüber Krankenkassen und Politik zu wahren und herauszustellen. Dies ist offensichtlich von BDA-Seite nun nicht mehr gewünscht.

Es bleibt abzuwarten, mit welchem Trick der BDA Berlin/Brandenburg versuchen will, den jetzt angedachten Vertrag der KV auch noch als Dienstleister für die Umsetzung unterzububeln.

Die Fachärzte werden diese Aktivitäten jedoch nicht ohne weiteres hinnehmen.

Dr. med. Bernhard Hausen
GFB Vorsitzender Land Brandenburg

DMP KHK und Diabetes Typ 2 - erweiterter Geltungsbereich für IKKn

Mit Wirkung zum 01.07.2005 haben folgende IKKn ihren Beitritt zum DMP Koronare Herzkrankheit erklärt:

IKK Baden-Württemberg für alle baden-württembergischen IKKn, IKK Bayern, BIG Gesundheit - Die Direktkrankenkasse, IKK gesund plus, IKK-Direkt, IKK

Hamburg, IKK Hessen, IKK Mecklenburg-Vorpommern, IKK Niedersachsen, Nord- und mitteldeutsche IKK, IKK Nordrhein, IKK Rheinland-Pfalz, IKK Sachsen, IKK Schleswig-Holstein, IKK Südwest-Direkt, IKK Thüringen, IKK Weser-Ems und IKK Westfalen.

Deren Versicherte können somit unabhängig von ihrem Wohnsitz nach dem DMP-Vertrag behandelt werden.

Ebenfalls zum 01.07.2005 hat die BIG Gesundheit - Die Direktkrankenkasse ihren Beitritt zum DMP Diabetes Typ 2 erklärt, so dass ab diesem Zeitpunkt nunmehr auch Typ 2-Diabetiker dieser Krankenkasse unabhängig von ihrem

Wohnsitz an diesem DMP teilnehmen und nach diesem sowie dem Strukturvertrag Diabetes behandelt werden können.

Ansprechpartner:
Fachbereich Verträge
Abrechnungshotline 01801-5822433
GB Qualitätssicherung/Sicherstellung

Gegen den Strom zu schwimmen, ist alles andere als einfach. In der heutigen Zeit und bei diesem Thema sowie so. Es geht um Transparenz. Obwohl von allen immer wieder lautstark eingefordert, ist Transparenz immer noch die Ausnahme.

Mehr noch; manchmal hat man den Eindruck, dass eine gegenteilige Entwicklung im Gange ist ...

Umso erfreulicher, dass es nun nach intensiven Gesprächen gelungen ist, ein positives Zeichen zu setzen. Die KV Brandenburg und die BARMER Ersatzkasse haben ein Eckpunktepapier zur Transparenz in Sachen Integrationsversorgung vereinbart. Das erste bundesweit!

Darin verpflichten sich beide Seiten, entsprechend ihrer Möglichkeiten den Partner umfassend zu informieren: Über Verträge, über Teilnehmer an diesen

Verträgen, über Berechnungssystematiken, über Strukturen. Alles natürlich im Einklang mit den Bestimmungen des Datenschutzes.

Dieses Miteinander macht Sinn. Und zwar für beide Seiten. Es ist eine neue Stufe partnerschaftlichen Umgangs, die Hoffnung macht. Und die Mut benötigt.

Vorreiter zu sein, ist meist schwierig. Doch wo wären wir heute, wenn es keine "Vorreiter" gegeben hätte?

Mutig!

Brandenburg war in den zurückliegenden Jahren einige Male in einer solchen "Vorreiter"-Position. Beim ersten Diabetes-Vertrag bundesweit mit der AOK, bei der Bildung von Fachgruppentöpfen im Honorarverteilungsmaßstab, die RLV-Systematik im HVM oder bei der Vereinbarung zum Gestationsdiabetes. Und nun das. Es geht doch offensichtlich ...

R.H.

Bitte beachten Sie den dieser Ausgabe beiliegenden Fortbildungskalender für das 2. Halbjahr 2005.

Eine Information der Ärzte-Union Brandenburg

Die überbordende Bürokratie behindert unser ärztliches Tun!

Ärzte-Union Brandenburg kritisiert Politik und Krankenkassen

Potsdam, 8. Juni 2005. Scharf hat der neu gewählte Vorsitzende der Ärzte-Union Brandenburg, Dr. med. Werner Hessel, die Regierungskoalition und die Krankenkassen kritisiert. Die überbordende Bürokratie behindere immer stärker das ärztliche Tun. "Diese Zeit fehlt uns für die Behandlung der Patienten", stellt Dr. Hessel fest.

Als einen Skandal bewertet die Mitgliederversammlung, dass 15 Jahre nach der deutschen Wiedervereinigung im Osten immer noch ein Fünftel weniger Geld für die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen. "Die Menschen werden immer älter, sie benötigen mehr ärztliche Zuwendung, aber die Finanzmittel reichen hinten und vorn nicht."

Die Ärzte-Union Brandenburg fordert nachdrücklich die Politik auf, sich dieser Probleme im Rahmen einer echten Gesundheitsreform tatkräftig anzunehmen. Dazu böten sich die voraussichtlichen Neuwahlen zum Deutschen Bundestag im Herbst diesen Jahres an.

Der Vorsitzende appellierte an die Ärzteschaft, sich angesichts zuspitzender Probleme nicht weiter auseinander dividieren zu lassen. "Seien wir uns immer

bewusst, dass wir bei der medizinischen Betreuung des ganzen Menschen nur erfolgreich sein werden, wenn wir in Prävention, Diagnostik und Therapie als Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten, als Niedergelassene und in Krankenhäusern angestellte Ärzte Hand in Hand arbeiten."

Die Mitgliederversammlung der Ärzte-Union Brandenburg wählte am 8. Juni 2005 einen neuen Vorstandsvorsitzenden, Stellvertretenden Vorsitzenden sowie ein weiteres Mitglied.

Der Vorstand der Ärzte-Union Brandenburg setzt sich nun wie folgt zusammen:

Vorsitzender:

Dr. med. Werner Hessel, Hausarzt

Stellvertretende Vorsitzende:

Dipl.-Psych. Hartmut Uhl, Psychotherapeut, Dr. med. Bernhard Hausen, Orthopäde

Mitglieder des Vorstandes:

Dr. med. Bernd Pöthke, Hausarzt, Frau Elke Köhler, Hausärztin, Dr. med. Torsten Braunsdorf, Chirurg, und Dipl.-Med. Klaus-Dieter Priem, Gynäkologe

Fragen, Antworten zur Honorarverteilung der KV Brandenburg ab II/2005

Im Rundschreiben der KV Brandenburg vom 29.04.05 wurde über die Einigung zur Honorarverteilung für das II. Quartal 2005 mit den Krankenkassen berichtet. Natürlich konnte in diesem Schreiben noch nicht auf die Detailspekte eingegangen werden, so dass sich für viele Ärzte Fragen ergeben haben.

Auf einige häufig gestellte Fragen soll deshalb an dieser Stelle eingegangen werden.

Hat sich etwas an den sogenannten freien, von den RLV des HVV ausgenommenen, Leistungen geändert?

Hier gibt es hauptsächlich nur EBM-bedingte Veränderungen. Eine betrifft das ambulante Operieren. Zukünftig unterliegt die gesamte OP-Behandlungskette, d.h. die Abschnitte 31.1 bis 31.5 des EBM 2000plus nicht dem RLV. Radiologische Leistungen sind für alle Ärzte, die teilradiologisch tätig sind, weiterhin freie Leistungen, nicht jedoch für Radiologen.

Ist der neue HVV mit einer Neuberechnung der Korrekturfaktoren (KF) verbunden, und wie kann ich anhand meiner Fallzahlen meinen neuen Korrekturfaktor abschätzen?

Ausgehend von den neuen Bezugsquartalen IV/03 bis III/04 werden die durchschnittlichen praxisindividuellen Fallzahlen pro Arzt und Quartal neu ermittelt. Hierbei sind grundsätzlich nur die kurativ-ambulanten GKV-Behandlungsfälle relevant. Die individuelle durchschnittliche Fallzahl wird ins Verhältnis zu der

DFZ der entsprechenden Arztgruppe gesetzt und hieraus der Korrekturfaktor berechnet.

Liegt dieses Verhältnis unter 25%, beträgt der $KF=0,25$; liegt das Verhältnis über 25% bis einschließlich 50% beträgt der $KF=0,5$; liegt das Verhältnis über 50% bis einschließlich 75% beträgt der $KF=0,75$; liegt das Verhältnis über 75% bis einschließlich 100% beträgt der $KF=1,0$; liegt das Verhältnis über 100% bis einschließlich 125% beträgt der $KF=1,25$; liegt das Verhältnis über 125% beträgt der KF grundsätzlich 1,5.

Die DFZ Ihrer Arztgruppe können Sie dem Rundschreiben Ihrer KVBB vom 29. März entnehmen. Die HVV(HVM)-relevanten Fallzahlen Ihrer Praxis sind in der Liste "Z" Ihrer Honorarbescheide dieser Quartale zu finden.

Zu beachten ist, dass für eine ganz genaue Ermittlung die Fallzahlen im ärztlichen Bereitschaftsdienst für das IV. Quartal 2003 in Abzug zu bringen sind. Für Arztgruppen, die bisher nicht dem RLV unterlagen, muss näherungsweise auf die im Summenblatt Ihrer Arztabrechnung ausgewiesenen Behandlungsfälle für Primär- und Ersatzkassen zurückgegriffen werden.

Für fachübergreifende Gemeinschaftspraxen wird, wie bisher, gemittelt.

Für Neupraxen wird für die ersten 8 Quartale der KF 1 garantiert, und ab dem 9. Abrechnungsquartal unter Bezugnahme auf die letzten 4 Quartale individuell festgesetzt.

Wie kann ich als psychotherapeutisch tätiger Arzt, bzw. als psychologischer Psychotherapeut meinen PT-Korrekturfaktor bestimmen?

In diesem Falle wird ausgehend von den Bezugsquartalen IV/03 bis III/04 festgestellt, in welchem Umfang genehmigungspflichtige Leistungen des Kapitels GIV zu Lasten der GKV erbracht wurden. Der Durchschnittswert über die 4 Quartale wird ins Verhältnis zu 561.150 Punkten gesetzt und hieraus der Korrekturfaktor ermittelt.

Liegt dieses Verhältnis unter 25%, beträgt der KF=0,25; liegt das Verhältnis über 25% bis einschließlich 50% beträgt der KF=0,5; liegt das Verhältnis über 50% bis einschließlich 75% beträgt der KF=0,75; liegt das Verhältnis über 75% beträgt der KF=1,0.

Für Neupraxen wird für die ersten 8 Quartale der KF 1 garantiert, und ab dem 9. Abrechnungsquartal unter Bezugnahme auf die letzten 4 Quartale individuell festgesetzt.

Wie funktioniert die Mengensteuerung für die sonstigen nicht genehmigungspflichtigen und nicht freien Leistungen von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten?

Hierfür kommt die Strukturkomponente von 32.330 Punkten zum Ansatz. Diese wird zu dem unter Berücksichtigung des PT-KF ermittelten PTLV addiert. Somit stehen die 32.330 Punkte zuzüglich dem nicht ausgeschöpften PTLV für die genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen als Volumen für diese sonstigen Leistungen (z.B.: Probatorik, Testverfahren) zur Verfügung.

Punktwertregelungen für diesen Bereich gelten analog zu den Vorgaben für die Fachärzte.

Ein Beispiel: Ein Psychotherapeut hat durchschnittlich genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen im Umfang von 350.000 Punkten pro Quartal erbracht. Hieraus ergibt sich ein Korrekturfaktor von 0,75, da diese Punktmenge über 50% (280.575 Pkt.) liegt und 75% (420.863 Pkt.) nicht überschreitet. Es ergibt sich ein maximales Punktzahlvolumen für genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistungen von 420.863 Punkten (PT-KF 0,75) - zzgl. der o.g. "Strukturkomponente" also insgesamt ein Volumen von 453.193 Punkten.

Bei einer weiteren Erbringung von genehmigungspflichtigen Leistungen im Umfang von 350.000 Punkten stünden somit 103.193 Punkte für die sonstigen Leistungen zur Verfügung. Bis zu dieser Höhe werden die sonstigen Leistungen mit den FA-Punktwerten (PK: 4,01 Ct.; EK: 4,1 Ct.) vergütet.

Überschreitungspunkte werden als Restpunktzahlvolumen (RPZV) mit den aus der noch zur Verfügung stehenden Geldmengen resultierenden Punktwerten, jedoch mindestens mit 0,01 Ct. (PK)/ 0,1 Ct. (EK), vergütet.

Kann die Größe des PTLV verändert werden, oder ist der Psychotherapeut für immer mit dem Korrekturfaktor festgelegt?

Hier ist, wie für alle einem Regelleistungsvolumen unterliegenden Fachgruppen, im HVV geregelt, dass bei einer rechnerischen Überschreitung bzw. Unterschreitung des Korrekturfak-

tors in 4 aufeinanderfolgenden Quartalen auf Antrag eine Anpassung des KF nach oben oder unten um 0,25 vorgenommen werden kann.

In dem Schreiben der KV Brandenburg zur Honorarverteilung des II. Quartals 2005 wurde auf folgende Berechnungsformel für das RLV verwiesen: $RLV = GFPZ * GFZ * KF$. Wie ist das für die Arztgruppen Radiologie und Nuklearmedizin zu verstehen - für diese war keine GFPZ bzw. GFZ publiziert?

Richtig, für diese Arztgruppen ist bereits das kassenartenspezifische RLV angegeben, welches individuell noch mit dem KF, der Anzahl der Ärzte in der Praxis und dem Anteil an Primär- bzw. Ersatzkassenpatienten zu multiplizieren ist. Für die Arztgruppe der Radiologen können hierzu noch pro Praxis die Strukturkomponenten CT und MRT für das Vorhalten entsprechender Gerätschaften zum Ansatz kommen.

Ein Beispiel:

Eine radiologische Gemeinschaftspraxis mit 2 Ärzten, welche u.a. CT-Leistungen erbringt, hat durchschnittlich 4.800 kurativ-ambulante Behandlungsfälle pro Quartal erbracht. Pro Arzt ergibt dies 2.400 Fälle. Im Verhältnis zu der DFZ der Arztgruppe von 2.110 resultiert ein KF von 1,25.

Im aktuellen Quartal seien 50% der Patienten primärkassen- und die anderen 50% ersatzkassenversichert. Somit ergibt sich für die Praxis ein Regelleistungsvolumen von $1.496.500 * 1,25 * 2 * 50\% = 1.870.625$ Pkt. für Primärkassen und von $2.050.600 * 1,25 * 2 * 50\% = 2.563.250$ Pkt.

für Ersatzkassen. Nun hält die Praxis jedoch ein CT-Gerät vor, so dass dieses RLV um die entsprechende Strukturkomponente, unter Beachtung des Patiententeils für Primär- bzw. Ersatzkassen, erweitert wird.

Insgesamt ergibt sich für die Beispielpraxis für Primärkassen ein RLVPK von $1.870.625 + (50\% * 321.200) = 2.031.225$ Pkt. und für Ersatzkassen ein RLVEK von $2.563.250 + (50\% * 440.000) = 2.783.250$ Pkt.

Wie kommt es, dass die Höhe der RLV für fast alle Arztgruppen abgesenkt wurde? Steht im II. Quartal 2005 weniger Geld zur Verfügung?

Die Absenkung der DFZ ist vor allem der Fallzahalentwicklung infolge des GMG im Jahr 2004 geschuldet. Ferner resultiert eine allgemeine Absenkung der RLV aus dem geringen garantierten Honorarvolumen für das RLV, da im Ergebnis der Verhandlungen mit den Krankenkassen unter Beachtung der Vorgaben des SGB V das Restpunktzahlvolumen vergütet werden muss. Entsprechend sind hierfür Finanzmittel vorzusehen. Zudem wird das Honorarvolumen gegenüber 2004 um 1 Prozent geringer ausfallen, da die Krankenkassen dieses Geld für ihre IV-Verträge zurückhalten.

Um Honorarverwerfungen zwischen den Arztgruppen abzufedern, sind in einer Konvergenzphase Arztgruppenhonorarfonds vorgesehen, die zumindest die Verschiebung von Finanzmitteln zwischen den Arztgruppen infolge der Neubewertung der Leistungen im EBM 2000plus vorerst noch begrenzen.

Das aktuelle Thema

Erstattung der Praxisgebühr bei nachträglicher Vorlage einer Überweisung

In einem Schreiben wenden sich die Mitarbeiterinnen einer HNO-Praxis an die KV und bitten um Hilfe.

"Wir wenden uns heute als Helferinnen an der täglichen Tresenfront an Sie mit der Bitte um Klarstellung des folgenden Sachverhaltes.

Auch eineinhalb Jahre nach Einführung der Praxisgebühr gibt es vermehrt Diskussionen mit Patienten, wann diese entrichtet werden muss.

Wir haben festgestellt, dass insbesondere im hausärztlichen Bereich den Patienten erklärt wird, dass sie ruhig zum

Facharzt gehen können ohne Überweisung. Wenn diese dann nachgereicht wird, müsse man die kassierte 2. Praxisgebühr zurückzahlen.

Ewige Diskussionen, Drohungen und Türeenschlagen sind die Folgen"

Hier noch einmal die Klarstellung:

Entweder Überweisung oder nochmalige Zahlung, außer in lebensbedrohlichen Situationen. So ist die gesetzliche Regelung und so sollte es auch immer wieder und in jeder Arztpraxis gehandhabt werden!

Zum 01.07.2005: Neue Versichertenkarte der Heilfürsorge Bundesgrenzschutz

Wie bereits in "KV-intern" 2/05 auf Seite 21 informiert, wird der Bundesgrenzschutz (BGS) demnächst in Bundespolizei (BPol) umbenannt.

Die heilfürsorgeberechtigten Polizeivollzugsbeamten/-beamtinnen (PVB) erhalten zum 01. Juli 2005 jeweils eine personengebundene Krankenversichertenkarte (KVK) mit geändertem Design und dem neuen Namen des Kostenträgers.

Unverändert bleiben jeweils das IK, die KVNR, der Status sowie die Angaben zur Person der/des Heilfürsorgeberechtigten.

Die bisher genutzten Krankenversichertenkarten des BGS werden mit **Ende des II. Quartals 2005 ungültig.**

Abgabe der Quartalsabrechnung II/2005

01.07.2005	Freitag	7.00 bis 18.00 Uhr
04.07.2005	Montag	7.00 bis 18.00 Uhr
05.07.2005	Dienstag	7.00 bis 18.00 Uhr
06.07.2005	Mittwoch	7.00 bis 20.00 Uhr
07.07.2005	Donnerstag	7.00 bis 18.00 Uhr

An diesen Tagen sowie bereits am 30.06.2005 ist folgende telefonische Hotline von 8.00 bis 18.00 Uhr geschaltet:

01801/ 5822 433 (3 Cent/Minute aus dem Festnetz der Deutschen Telekom)

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

Formularbestellungen richten Sie per **Fax (0331/ 2309 384)** bitte möglichst rechtzeitig an die zentrale Formularegabe in Potsdam.

ANZEIGE

Anzeige TurboMed

Postoperative Betreuung von Patienten nach ambulanten Operationen am Krankenhaus nach § 115b SGB V

Es wird berichtet, dass die Landeskrankenhausgesellschaft (LKG) den Chefarzten der Krankenhäuser empfohlen hat, Patienten nach ambulanten Operationen am Krankenhaus gem. §115b einen Überweisungsschein für den postoperativen Betreuungskomplex an den niedergelassenen Vertragsarzt auszustellen.

Ein solches Verfahren entspricht nicht den vertraglichen Regelungen! Die Abrechnung von Leistungen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen nach § 115b SGB V zu Lasten der Gesamtvergütung auf einem Überweisungsschein des Krankenhauses wird von der KV Brandenburg nicht anerkannt!

Bekanntermaßen erfolgt die Finanzierung der Leistungen von Krankenhäusern gem. Vertrag nach §115b SGB V außerhalb der Gesamtvergütung für den ambulanten Bereich. Insoweit ist die Honorierung ausdrücklich über die Partner des Vertrages zum § 115b, d.h. den Krankenhäusern und den Krankenkassen, zu regeln.

Das gilt auch, wenn Vertragsärzte zur Erbringung von postoperativen Betreuungsleistungen eingebunden werden.

Derzeit kann diese Einbindung von Vertragsärzten ausschließlich im Innenverhältnis zwischen Vertragsarzt und Krankenhaus gestaltet werden, da jede andere Form der Abrechnung und Honorierung vertraglich nicht gedeckt ist. Die KV Brandenburg hat sich in der Sache bereits an die AG der Krankenkassen gewendet, damit eine sachgerechte Verfahrensweise vereinbart werden kann, solange auf Bundesebene keine einheitliche Lösung gefunden wurde.

Bis zu diesem Zeitpunkt gilt:

Werden Vertragsärzte mit der Erbringung von postoperativen Betreuungsleistungen gem. Vertrag nach § 115b SGB V beauftragt, sind diese dem beauftragenden Krankenhaus nach GOÄ direkt in Rechnung zu stellen! Anderenfalls versorgen Sie die Patienten ohne Honorar!

Achtung: Neue Datenstelle beim DMP Diabetes mellitus Typ II ab 01. 07. 2005

Der bisherige Vertrag mit der Datenstelle Inter-Forum Data-Service GmbH endet im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ II mit dem 30.06.2005.

Ab 01.07.2005 wird das Unternehmen T-Systems International GmbH als neuer Vertragspartner die Aufgaben als Datenstelle übernehmen.

Die bisherige Datenstelle Inter-Forum Leipzig wird alle bis zum 30.06.2005 erstellten Dokumentationsbögen (Teilnahme- und Einverständniserklärung, Erstdokumentationen, Folgedokumentationen) bearbeiten, sowie deren Nachbearbeitung sicherstellen. Für den Versand von Dokumentationsbögen im Zusammenhang mit einer Nachbearbeitung bzw. von Korrekturen für vor dem 01.07.2005 erstellte Dokumentationen sind noch die Freiumsschläge für die Datenstelle Leipzig zu nutzen.

Alle Dokumentationen mit Unterschriftsdatum ab 01.07.2005 erhält die neue Datenstelle T-Systems zur Verarbeitung.

Sendungen, die nach dem 01.07.2005 noch bei Inter-Forum Leipzig eingehen, werden über einen Nachsendeauftrag der neuen Datenstelle T-Systems zugeführt.

Bitte achten Sie darauf, dass mit dem Stichtag 01.07.2005 alle Dokumente an die DMP Datenstelle:

**T-Systems International GmbH
DMP Datenstelle Brandenburg
Postfach 40 01 60, 12631 Berlin**

zu adressieren sind.

Verwenden Sie bitte nur noch die neuen Freiumsschläge! Diese stehen uns ab Mitte Juni zur Verfügung und können über die Formularausgabe angefordert werden.

Wir werden allen am DMP Diabetes mellitus Typ II teilnehmenden Ärzten unaufgefordert einige Freiumsschläge übersenden.

Für Fragen, die sich aus der Bearbeitung von Dokumentationen mit Unterschriftsdatum ab 01.07.2005 ergeben, steht Ihnen die Hotline der neuen Datenstelle unter der Telefonnummer

0180 - 1200222 (Ortstarif)

in der Zeit von 7:00 bis 20:00 Uhr (Mo. bis Fr.) zur Verfügung.

Ansprechpartner:

Formularausgabe, Herr Kramm
Tel.: 0331 - 2309401

ANZEIGE

Praxisräume zu vermieten

Bernau bei Berlin. Räume für hausärztliche Praxis in neu errichteter Seniorenwohnanlage ab 2006. Zentrums- und sehr gute Verkehrsanbindung (PKW, Bus, S-Bahn)

Tel.: 03338/39 34 10

DMP-Nachrichten xxx DMP-Nachrichten

Teilnahmevoraussetzungen:

Aufgrund vermehrter Nachfragen zu den neben den fachlichen Voraussetzungen zu erfüllenden Teilnahmevoraussetzungen durch den Vertragsarzt möchten wir darauf hinweisen, dass eine Teilnahme an Arzt-Info-Veranstaltungen zum Thema DMP oder auch die Teilnahme an Schulungsprogrammen zur Schulung von Diabetikern bzw. Hypertonieschulungen nicht zwingend notwendig ist.

Die Teilnahme an einem DMP ist auch ohne Schulungsberechtigung möglich. Anstelle der Arzt-Info-Veranstaltung ist alternativ das Studium des dem Programm entsprechenden Arztmanuals durchzuführen.

Feedbackberichte

Im vergangenen Monat wurden die nunmehr zweiten Feedbackberichte für das DMP Diabetes mellitus Typ II für den Berichtszeitraum 01.07.2004 bis 31.12.2004 versandt.

Erste Auswertungen ergaben, dass die Anzahl der Patienten mit anhaltenden diabetisch spezifischen Symptomen im Vergleich zum ersten Berichtszeitraum 01.07.2003 bis 30.06.2004 wieder deutlich angestiegen sind. Lag im KV-Vergleich die Anzahl der Patienten mit anhaltenden Symptomen hier bei 47,6 % stieg die Quote im zweiten Feedbackberichtszeitraum auf 66,6%.

Dokumentationen von fachärztlich tätigen Fachärzten für Innere Medizin gemäß § 4 DMP-KHK-Vertrag

Bei der sowohl koordinierenden als auch fachärztlichen Betreuung von Patienten im Rahmen des DMP KHK durch einen fachärztlich tätigen Internisten ist es erforderlich, bei einer ausschließlich fachärztlichen Betreuung des Patienten dieses in der Folgedokumentation im Feld 33 - KHK-spezifische Über- bzw. Einweisung - entsprechend zu kennzeichnen.

Mit dieser Kennzeichnung wird im Rahmen der Feedbackberichte dokumentiert, dass Patienten neben der koordinierenden Betreuung, zugleich fachärztlich betreut werden, auch wenn praktisch eine Überweisung nicht möglich ist.

Statistik-Mix:

Teilnehmende Vertragsärzte, Stand 25.05.2005:

<i>DMP Diabetes mellitus Typ II</i>	Koordinierende Vertragsärzte:	1074
	Diabetologisch qualif. Vertragsarzt:	42

<i>DMP KHK</i>	Koordinierende Vertragsärzte:	963
	Kardiologisch qualif. Vertragsarzt:	44
<i>DMP Brustkrebs</i>	Koordinierende Vertragsärzte:	160

Fehlerquoten aus Datenmeldung der Datenstelle für Zeitraum vom Januar - April 2005

Monat	01-05	02-05	03-05	04-05
<i>DMP Diabetes Typ II</i>				
Erstdokumentationen	24,2 %	11,5 %	18,3 %	16,6 %
Folgedokumentationen	19,6 %	8,4 %	12,0 %	12,8 %
<i>DMP KHK</i>				
Erstdokumentationen	32,1 %	11,4 %	14,1 %	18,9 %
Folgedokumentationen	----	4,2 %	7,3 %	10,4 %

Für das DMP Brustkrebs liegen keine entsprechenden Daten vor.

Oberhavel Kliniken GmbH Hennigsdorf - Nachtrag

Die Klinik Hennigsdorf nimmt am DMP Diabetes und am DMP KHK teil.

Ansprechpartner: Katharina Schumacher, Qualitätssicherung
Tel.: 0331/23 09-370

Alte Mustervordrucke 13, 14 und 18 nicht mehr gültig!

Mit der Novellierung der Heilmittel-Richtlinien zum 01. Juli 2004 wurden auch neue Verordnungsvordrucke 13 (Verordnung physikalischer Therapie), 14 (Verordnung von Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) und 18 (Verordnung von Ergotherapie) eingeführt.

Auf Grund von logistischen Schwierig-

keiten bei der Auslieferung der neuen Vordrucke hatten die Spitzenverbände der Krankenkassen zugesagt, im Rahmen einer Übergangslösung die alten Vordrucke mindestens noch bis zum 31. August 2004 anzuerkennen.

Seitens der Ersatzkassen wurden die alten Vordrucke auch noch nach dem

31. August 2004 akzeptiert, da nach Angaben des VdAK/AEV viele Vertragsärzte nach wie vor auf alten Vordrucken Heilmittel rezeptierten.

In einem Rundschreiben vom 24. Mai 2005 teilt die KBV mit, dass der VdAK/AEV ab dem **01. Mai 2005** Verordnungen, die auf alten Vordrucken ausgestellt wurden, im Rahmen der Abrech-

nung **nicht mehr akzeptieren** werde (maßgeblich ist dabei das Verordnungsdatum).

Das heißt:

Verordnungen von Heilmitteln haben ausschließlich auf den am 01. Juli 2004 eingeführten Verordnungsvordrucken zu erfolgen.

Nochmals zum Thema Praxisvertretung

Aus gegebenem Anlass ist es erforderlich, in Ergänzung der Hinweise in "KV-Intern" 3/2005 auf Seite 30 nochmals auf die geltenden Regelungen zur Praxisvertretung aufmerksam zu machen.

Gemäß § 32 Abs. 1 Satz 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte kann sich der Vertragsarzt bei Krankheit, Urlaub oder Teilnahme an ärztlicher Fortbildung innerhalb von 12 Monaten bis zu einer Dauer von drei Monaten ohne die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten lassen. Dauert die Vertretung länger als eine Woche, so ist sie der Kassenärztlichen Vereinigung unter Benennung der vertretenden Ärzte unverzüglich schriftlich mitzuteilen.

Diese Verpflichtung ergibt sich ebenfalls aus § 17 BMV als auch aus Abschnitt D des Sicherstellungsstatutes der KVBB vom 12.09.2003 (SSS). Meldefomulare können von der KVBB angefordert werden. Ungeachtet dieser Vorabmeldung ist jede Vertretung und deren Dauer mit der Vierteljahreserklärung anzugeben.

Für die Dauer seiner Abwesenheit (auch von weniger als einer Woche) hat der

Vertragsarzt neben einer ordnungsgemäßen Vertretung auch die entsprechende rechtzeitige Information seiner Patienten (z.B. durch Aushang, Pressehinweis) zu gewährleisten (SSS, Abschnitt D Ziff. 3).

Die Vertretung ist mit dem vertretenden Arzt abzusprechen (§ 17 Abs. 3 BMV/§ 20 EKV Abs. 3 EKV), d.h. dieser muss über die Tatsache, dass er den betreffenden Vertragsarzt vertritt, informiert und auch einverstanden sein. Abwesenheitszeiten wegen Urlaubs sind deshalb unter Kollegen so rechtzeitig abzustimmen, dass eine ausreichende Versorgung während der gesamten Urlaubszeit sichergestellt ist (Vgl. auch SSS Abschnitt D Ziff. 4).

Der Vertragsarzt darf sich gemäß § 32 Abs. 1 Satz 5 Ärzte-ZV nur durch einen anderen Vertragsarzt oder durch einen approbierten Arzt mit abgeschlossener Weiterbildung vertreten lassen.. Die Vertretung kann durch einen Nichtvertragsarzt mit o.g. Voraussetzungen bzw. benachbarten Vertragsarzt in der Praxis des abwesenden Vertragsarzt oder

durch benachbarte Vertragsärzte in deren Praxis erfolgen.

Daher ist die Vertretung durch ein Klinikum bzw. eine Rettungsstelle nicht möglich. eiterhin ist darauf hinzuweisen, dass sich der Vertragsarzt gemäß § 20 der Berufsordnung der Landesärztekammer Brandenburg grundsätzlich nur durch einen Facharzt desselben Fachgebietes vertreten lassen darf.

Bezüglich des Zeitraums zwischen Weihnachten und Silvester ist zu beachten, dass der 24.12. und der 31.12. den

gesetzlichen Feiertagen gleichgestellt sind, da an diesen Tagen gemäß § 9 (2) der Gemeinsamen Bereitschaftsdiensordnung der Landesärztekammer Brandenburg und der KVBB der Bereitschaftsdienst bereits ab 7:00 Uhr durchgeführt wird. Daher ist für den 24.12. und 31.12. eine individuelle Praxisvertretung nicht erforderlich.

Ansprechpartner:

Arztregister, Frau Roy
Tel.: 0331/2309-324

Organisationsgemeinschaften unter Ärzten

Neben der gemeinsamen Berufsausübung von Vertragsärzten in Form von Gemeinschaftspraxen wird verstärkt auch der Zusammenschluss von Ärzten gleicher oder verschiedener Fachgebiete zu Praxisgemeinschaften als Organisationsgemeinschaft genutzt.

Bei Praxisgemeinschaften beschränkt sich die Form der Zusammenarbeit auf die gemeinsame Nutzung von Praxisräumen, Praxiseinrichtungen und Geräten, gleichzeitig ist die gemeinsame Anstellung und Beschäftigung von nichtärztlichen Praxispersonal möglich.

Eine Genehmigung seitens des Zulassungsausschusses ist nicht erforderlich.

Jedoch wird noch einmal ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Bildung einer Praxisgemeinschaft gemäß § 33 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung anzeigepflichtig ist.

Ansprechpartner:

Arztregister, Frau Roy,
Tel.: 0331/2309-324

Vorsicht!

Zur Zeit werben - wieder einmal - unterschiedliche Anbieter mit sogenannten Analysetools um die Gunst der Vertragsärzte.

Der Köder: Zeitnahe Analysen zum Ordnungsverhalten, individuell und im

Vergleich zu den Kollegen der Fachgruppe.

Letztlich ist es die eigene Entscheidung jedes Vertragsarztes, ob und wem er seine Praxisdaten in welcher Form auch immer zur Verfügung stellt.

Es sollte jedoch dabei bedacht werden, dass es sich um eine kommerzielle Aus-

wertung handelt und damit die eigene Praxis zur gläsernen Praxis für Dritte wird.

Da für den Arzt nicht erkennbar und auch nicht steuerbar ist, welche Daten aus seiner Praxis EDV von diesen Verarbeitungsstrukturen "abgesaugt" werden, besteht neben datenschutzrechtlichen Problemen (!) auch das Problem, dass diese Unternehmen sofort erkennen können:

Wie ist die Patientenstruktur der Praxis? Beispielsweise alte oder junge oder viele morbide Patienten, Verhältnis von GKV- zu PKV-Versicherten, Verord-

nungsverhalten des Arztes (innovativ oder konservativ) usw.

Mit diesen Erkenntnissen wird die Praxis dann "eingestuft" und "bewertet". Wenn die dahinter stehenden Kapitalstrukturen irgend wann Praxen für MVZ oder andere Versorgungsstrukturen einkaufen, kann die einzelne Praxis plötzlich "sehr interessant" oder doch eher "Hände weg" sein.

Vorsicht gilt deshalb mit Sicherheit nicht nur für die Mutter der Porzellankiste ...

-re

BDI-Stipendium von 500 Euro

Als Antwort auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 26.04. diesen Jahres, den Ländern die Einführung von Studiengebühren zu überlassen, etabliert der BDI e.V. (Wiesbaden) erstmals zum Sommersemester 2006 das "BDI-Stipendium".

"Wir wollen nicht nur den Studierenden helfen, den zukünftigen finanziellen Belastungen eines Studiums zu begegnen, sondern erfüllen damit auch eines der wichtigsten Ziele des BDI, nämlich die berufliche Fort- und Weiterbildung der Fachärzte für Innere Medizin/Internisten zu fördern. Und dies kann und soll bereits während des Studiums beginnen" betont der Präsident des BDI e.V. Dr. med. Wolfgang Wesiack.

Eine Bewerbung zum BDI-Stipendium kann frühestens mit dem erfolgreichen Abschluss des Physikums erfolgen, d. h. erst dann, wenn der/die Student/in sich bereits im so genannten "Klinischen Abschnitt" des Studiums befindet. Der Maximalzeitraum für eine BDI-Förderung beträgt acht Semester, jedoch längstens zwei Semester über der Regelstudienzeit. Die Förderung mit Euro 500 pro Semester endet jeweils mit Erlangen des Staatsexamens.

Innerhalb des Vorstandes des Berufsverbandes wurde eine "Stipendium-Kommission" gebildet, welche die eingehenden Bewerbungen sichtet und nach festgelegten Kriterien dem BDI-Vorstand eine Auswahl vorschlägt.

Bewerben können sich Studierende erstmals zum Sommersemester 2006, Bewerbungsschluss ist der 01.09.2005.

"Die Standardisierung der Bewerbungsunterlagen - vorgegebenes Datenblatt, Motivationsschreiben, Lebenslauf, Zeugnisse und Leistungsnachweise etc. - ermöglicht unserer Kommission eine

objektive Selektion der Bewerber/innen", erwähnt RA Helge Rühl, Geschäftsführer des BDI.

Vollständige Bewerbungsunterlagen finden Interessierte auf der Website des BDI www.bdi.de

PM/BDI vom 7. Juni 2005

Eine Information der Landesärztekammer Brandenburg

Durch Arzthelferinnen-Ausbildung Fachkräftenachwuchs in Brandenburg langfristig sichern!

Werden in einer Arztpraxis mindestens eine Arzthelferin oder eine andere medizinische Fachkraft beschäftigt, sind die Vorbedingungen zur Arzthelfer/innen-Ausbildung bereits erfüllt.

Auf Grundlage der Arzthelfer/innen-Ausbildungsverordnung lernen die Auszubildenden während ihrer dreijährigen Ausbildung an drei Tagen der Woche in der Arztpraxis und an zwei Tagen an einer Berufsschule.

Ausbildung ist nicht an eine Verpflichtung zur Übernahme der Auszubildenden in ein Arbeitsverhältnis gebunden.

Die Probezeit wurde vom Gesetzgeber von 3 auf 4 Monate angehoben und bietet somit eine verlängerte Möglichkeit des Kennenlernens der Auszubildenden.

Möchten Sie einen Ausbildungsplatz anbieten, so können Sie unsere Internet-Ausbildungsplatzbörse kostenfrei nutzen. Unter www.laekb.de Arzthelferinnen/Stellenangebot bieten wir Ihnen die Möglichkeit, freie Ausbildungsstellen für Arzthelfer/innen für die Dauer von 8 Wochen zu veröffentlichen.

Die Meldung einer freien Ausbildungsstelle bei der regionalen Berufsberatung oder Inserate in Ihrer lokalen Presse sind weitere Varianten der Gewinnung von Ausbildungsplatzbewerbern.

Bitte prüfen Sie Ihre Möglichkeiten, einen Arzthelfer/innen-Ausbildungsplatz in Ihrer Praxis zur Verfügung zu stellen, und somit einem jungen Menschen eine Chance für eine Berufsausbildung in Brandenburg zu geben.

Das Referat Ausbildung Arzthelfer/innen berät Sie gern zu Ausbildungsfragen.

Tel.: 0355/ 780 10 -26, -27 , -50

Fortsetzung auf Seite 24

Verbindliche Empfehlungen zur Ausbildungsvergütung für auszubildende und umzuschulende Arzthelfer/innen lt. Gehaltstarifvertrag vom 27.04.2004 / gültig ab 01. Juli 2004

Ausbildungsjahr	Tariffestlegung für auszubildende Arzthelferinnen in den neuen Bundesländern	max. Absenkungsmöglichkeit des Tarifs um 20%
1.	392,24	313,79*
2.	454,44	363,55
3.	498,33	398,67

* bis einschließlich 325 monatlich hat der/die auszubildende Arzt/Ärztin die alleinige Beitragspflicht für Sozialversicherungsbeiträge in voller Höhe (Geringverdienergrenze für betriebliche Berufsausbildung). D.h.: Bei Festlegung der monatlichen Vergütung über 325 zahlen Ausbilder und Auszubildende die Beiträge je zur Hälfte.

Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1.7.2005

Aufgrund von Beschlussfassungen des Bewertungsausschusses und des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses (Interpretationsbeschlüsse) werden Änderungen zum 01. 07. 2005 in Kraft treten, welche wir Ihnen nachfolgend im Überblick zur Kenntnis geben möchten.

1. Neuaufnahmen/Aufnahmen:

- GNR 01707 Erweitertes Neugeborenen-Screening gemäß der Kinder-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (215 Punkte).
- GNR 01708 Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenen-Screening gemäß Anlage 2 der Kinder-Richtlinien

des Gemeinsamen Budesausschusses (260 Punkte).

- Aufnahme verschiedener OPS-Codes in den Anhang 2 zum EBM.
- Aufnahme von Berechnungsausschlüssen für die GNR`n 09320, 09336, 09351, 09360, 09361 und 09362 im Bereich des HNO-Kapitels.
- Aufnahme eines Interpretationsbeschlusses, der festlegt, dass bei Simultaneingriffen gemäß der Präambel 2.1 Nr. 3 des Anhangs 2 zum EBM, die jeweils am höchsten bewertete Zuschlagsposition 31xx8 zur Abrechnung kommt.

- Aufnahme eines Interpretationsbeschlusses, zu einer Regelung der Anwendung der Präambel 2.1 Nr. 3 des Anhangs 2 zum EBM (Überschreitung der kalkulatorischen Schnitt-Naht-Zeit bei Simultaneingriffen). Maßgeblich für die Berechnung der Zuschlagspositionen ist die Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffes.

- Einfügung eines Berechnungsausschlusses zwischen den MKG - chirurgischen GNR`n 15321 (Kleiner operativer Eingriff im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich I) und 15322 (Kleiner operativer Eingriff im Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich III).

2. Streichungen:

- GNR 01710 TSH-Screening zur Früherkennung der angeborenen Hypothyreose entsprechend Anlage 2 der Kinder-Richtlinien.

- Streichung des Berechnungsausschlusses zwischen der GNR 20336 (Kindersprachaudiometrie an einer speziellen Kinderaudiometrieanlage) und der GNR 20320 (Tonschwellenaudiometrische Untersuchung); diese Regelung betrifft ebenso die GNR`n 09336 und 09320 aus dem Kapitel HNO.

- Streichung des OPS-Codes 5-561.2 aus Anhang 2.

3. Änderungen:

- Abrechenbarkeit der GNR`n 03333 und 04332 (Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangenem, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung) auch dann, wenn die zur Leistungserbringung genutzten Geräte eine kontinuierliche Frequenzänderung nicht

erlauben. Angleichung von Berechnungsausschlüssen für die GNR 03333 analog der GNR 04332.

- Abrechenbarkeit der Zuschlags-Nr. 04354 für die Erbringung des Inhalts der Leistung nach GNR 04351 (Orientierende entwicklungsneurologische Untersuchung eines Neugeborenen, Säuglings, Kleinkindes oder Kindes) im Zusammenhang mit der Erbringung der GNR`n 01712 bis 01720 bei einem pathologischen Ergebnis der Kinderfrüherkennungs- bzw. Jugendgesundheitsuntersuchung.

- Änderung der Leistungslegende nach der GNR 33044 im Ultraschallkapitel.

"Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer weiblicher Genitalorgane, ggf. einschließlich Harnblase, mittels B-Mode-Verfahren".

- Änderung der Abschlagshöhe bei der Erbringung der postoperativen Behandlungskomplexe nach einem kurativ-stationären (belegärztlichen) Behandlungsfall von 65 auf 45 %.

Die vorgenannten Beschlüsse des Bewertungsausschusses befinden sich zur Zeit im Unterschriftenverfahren und werden in Kürze unter dem Vorbehalt der endgültigen Unterzeichnung durch alle Vertragspartner sowie gemäß § 87 Abs. 6 Satz 1 SGB V unter Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung im Deutschen Ärzteblatt und auf der Internetseite der KBV bekannt gegeben.

Bitte beachten Sie die Mitteilungen / Bekanntmachungen im Deutschen Ärzteblatt, Heft 22, vom 03.06.2005.

Beendigung der Evaluation des Hüftsonographie-Screenings

Das vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen im Rahmen der Kinder-Früherkennungsuntersuchungen vor einigen Jahren eingeführte Hüftsonographie-Screening wurde auf Grund einer vertraglichen Vereinbarung zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen bundeseinheitlich ausgewertet, zusammengefasst und veröffentlicht.

Am 31.12.2004 endete diese Evaluierungs-Vereinbarung.

Somit entfällt mit der Quartalsabrechnung II/2005 das Einreichen der Doku-

mentationsbögen für das Hüftsonographie-Screening bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg. Die Dokumentationsbögen sind in der Arztpraxis aufzubewahren und nach Aufforderung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg einzureichen.

Die geänderte Fassung der Abrechnungsordnung diesbezüglich erhalten Sie mit der nächst möglichen Ergänzungslieferung zum Vertragsordner.

Ansprechpartner:
Abrechnungsberater

Unterstützung der Mitglieder der KVBB in Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung

- Teil 1: Richtgrößenprüfung -

Über kaum ein anderes Thema im Prüfwesen wird dermaßen häufig, so unterschiedlich und verwirrend berichtet wie über die Richtgrößenprüfung. Mal liest man von horrenden, 6-stelligen Regressen, ein anderes Mal von Sozialgerichtsurteilen, welche die Rechtmäßigkeit ganzer Prüfvereinbarungen in Frage stellen.

Dazu kommt noch der Aktionismus des Gesetzgebers, der seit 1999 praktisch im Jahresrhythmus viele wichtige

Bestimmungen wie das Aufgreifkriterium für das Verfahren der Prüfung nach Richtgrößen geändert hat.

Die letzte Gesetzesänderung (GMG) führte darüber hinaus zu einschneidenden Veränderungen bei der Organisation und Besetzung der Prüfungsgremien und der Einrichtung einer unabhängigen Geschäftsstelle der Ausschüsse. Nicht zuletzt wurde das Risiko der Zahlungsunfähigkeit einer Praxis weg von den Krankenkassen als eigentliche "Geschä-

digte" hin auf die Ärzteschaft verlagert.

Die nähere Verfahrensweise zur Umsetzung der gesetzlichen Regelungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung (§ 106 SGB V) wurde zwischen der KV Brandenburg und den Krankenkassen in drei Prüfvereinbarungen geregelt (1999, 2002, 2004). Die aktuelle Prüfvereinbarung liegt Ihnen als Bestandteil des Vertragsorders der KV Brandenburg vor.

Unterstützung im Zusammenhang mit Richtgrößenprüfung:

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg bietet insbesondere den Vertragsärzten, die von Verfahren der Richtgrößenprüfung betroffen sind, Unterstützung an. Diese umfasst u.a. Erläuterungen und Hilfe

- zum Ablauf des individuellen Verfahrens,
- zu anzuwendenden Rechtsvorschriften,
- zu Rechten und Pflichten des Vertragsarztes,
- zu beachtenden Fristen und Zuständigkeiten,
- zur Möglichkeit der Akteneinsicht (in der Geschäftsstelle),

- zur Bewertung der vorliegenden Prüfunterlagen,
- Ratschläge zur Erstellung einer Stellungnahme,
- zur Angabe und Begründung sonstiger Praxisbesonderheiten und persönlicher Besonderheiten,
- zur Möglichkeit des Erhalts einer individuellen Richtgröße,
- zur Vorgehensweise bei beschlossenen Regressen, zum Rechtsbehelf,
- zu Widerspruch und Klage,
- zu Anträgen auf Stundung und Erlass.

Zu diesem Zweck wurde eine Koordinierungsstelle im Fachbereich Prüfung eingerichtet, um alle nötigen Schritte - vom kleinen Tipp am Telefon bis zur persönlichen Beratung durch Beratende Ärzte und Apotheker der KV Brandenburg - zu begleiten.

Ansprechpartner:
Koordinationsstelle FB Prüfung,
Beratende Apotheker,
Tel. 0331/23 09-442

Eine Information der Krankenkassen

pharmPRO - Warum wir, die Krankenkassen, Sie beraten möchten:

Die Beratungsapotheker der GKV und der KV beraten nunmehr seit mehr als sieben Jahren niedergelassene Ärzte im Land Brandenburg mit Hilfe der Software pharmPRO.

Mehr als 1000 Ärzte haben in dieser Zeit von dem Angebot dieser Gespräche Gebrauch gemacht.

Warum ist diese Beratung für Sie wichtig?

PharmPro ist ein Beratungsservice für Sie, der außerhalb der Wirtschaftlichkeitsprüfung angeboten wird. Er soll Ihnen mittels des Vergleichs mit der Fachgruppe bis hin zu detaillierten Patientenprofilen ein Bild Ihrer Arzneimittelverordnungen wiedergeben und Ihnen Möglichkeiten aufzuzeigen, Sie vor Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu schützen.

Ein Schwerpunkt unserer Beratung ist das Aufzeigen und die Bewertung sogenannter Analog- oder Me-Too-Präparate. Dies sind Arzneimittel, die gegenüber bewährten Referenzsubstanzen keinen therapeutisch relevanten Zusatznutzen aufweisen aber erheblich teurer angeboten werden.

Wir möchten Ihnen dabei therapeutisch äquivalente evidenzbasierte Therapiealternativen aufzeigen.

Auch Stellenwert und Einsatzgebiet von Innovationen sind Gegenstand der Gespräche.

Die Patientenprofile können Ihnen nützliche Informationen über mögliche Wechselwirkungen oder Hinweise auf Arzneimittelmissbrauch geben.

Und Sie haben einen Ansprechpartner, bei dem Sie Ihre Fragen zur Verordnung von Arzneimitteln stellen können.

Was gibt es Neues bei pharmPRO?

Die Beratung findet auf der Basis der Daten aller gesetzlichen Krankenkassenverbände statt.

Nach sechs bis neun Monaten bieten wir eine telefonische Nachberatung durch Ihren beratenden Apotheker an, bei der mögliche Probleme bei der Umsetzung von Beratungsinhalten angesprochen werden können.

**Deshalb:
Nehmen Sie unser Angebot wahr!**

Verordnung von Aerius und Xusal (u.a.) - unzulässige Anträge der Krankenkassen auf Feststellung eines Sonstigen Schadens

Schreiben der Firmen Essex Pharma GmbH und der UCB GmbH, Hersteller der verschreibungspflichtigen Antihistaminika Aerius® bzw. Xusal®, haben zu Verunsicherung und einigen Rückfragen von Vertragsärzten geführt.

Der Hintergrund dieser Schreiben ist, dass die Krankenkassen vermehrt Anträge auf Prüfung in den Fällen gestellt haben, in denen ein verschrei-

bungspflichtiges Arzneimittel zu Lasten der GKV anstelle eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels zu Lasten des Versicherten verordnet wurde, also z.B. Aerius® anstelle von Loratadin-Generika (s. "KV-intern" 2/2005).

Nach Auffassung der KVBB ist ein solcher Prüfantrag der Krankenkassen auf Feststellung eines Sonstigen Schadens gem. § 21 Abs. 2 der Prüfvereinbarung

bzw. § 48 BMV-Ä **unzulässig**. Verschreibungspflichtige Antihistaminika sind zu Lasten der GKV grundsätzlich verordnungsfähig. Damit ist die Voraussetzung des § 21 Prüfvereinbarung bzw. § 48 BMV-Ä nicht erfüllt, dass Gegenstand der Prüfung verordnete Leistungen sind, die nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden dürfen.

Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Ordnungsweise hingegen wird durch die gesetzlich vorgeschriebenen oder vertraglich vereinbarten Prüfarten der

Richtgrößenprüfung oder der Durchschnittsprüfung, in Ausnahmefällen auch der Einzelfallprüfung, durchgeführt.

Die medizinisch nicht indizierte Substitution eines nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittels durch ein verschreibungspflichtiges, birgt die Gefahr der Unterstellung von unwirtschaftlichem Ordnungsverhalten in sich!

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

Lamictal jetzt auch generisch!

Seit Mitte April bzw. 01.06.2005 sind die Generikaanbieter mit ihren Lamotrigin-Präparaten auf dem Markt. Erhebliche Einsparpotentiale, s. Tabelle unten, können mit den neuen Arzneimitteln freigesetzt werden.

Aber Vorsicht! Die Zulassungsbehörden für Generika erlauben pharmakokinetisch Unterschiede zwischen 80 und 125 % des Referenzpräparates, d.h. Generika werden auf dem deutschen Markt mit diesen Schwankungsbreiten zugelassen.

Bei der Behandlung der Epilepsie kann diese unterschiedliche Bioverfügbarkeit erhebliche Risiken von Anfallsrezidiven

oder vermehrten Nebenwirkungen mit sich bringen. Anfälle, die durch Umstellungen hervorgerufen werden, ziehen zwangsweise höhere Behandlungskosten nach sich.

Die Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie empfiehlt deshalb keinen Austausch von Antiepileptika nur aus preislichen Gründen. Vielmehr ist eine Abstimmung zwischen Neurologen und Hausärzten ratsam, um im Einzelfall weitere Arzneimittelstrategien abzustimmen.

Bei Ersteinstellungen sind die Generika bei der Auswahl durchaus zu berücksichtigen.

Preise für Lamotrigin-Präparate 100 mg, N3

Arzneimittel	Firma	Apothekenverkaufspreis ()
Lamictal	GSK	437,04
Lamictal	Reimport	409,13 - 422,03
Lamotrigin	Hexal	299,88
Lamotrigin	Ratiopharm	299,88
Lamotrigin	Generikahersteller	
	ab 01.06.05 im Handel	241,21 - 380,92

Preise: dt. Lauer-Taxe vom 01.06.2005

"Mein Doktor macht mit!"

Tausende Patienten zwischen Rheinsberg, Neuruppin und Gransee hätten ihre helle Freude gehabt! Konjunktiv, denn die über 20 Ärzte dieser Region, die mit "Unterstützung" einer ganze Reihe von Arzthelferinnen jüngst in der Schwimmhalle der Landessportschule im wahrsten Sinne des Wortes "baden" gingen, taten dies intern. Vorerst.

Der Grund: Ein Aqua-Fitness-Schnupperkurs, initiiert von der Rheinsberger Hausärztin Heidelind Schäfer. Seit Jahren hat sie sich dem Präventionsgedanken verschrieben, konkret seit fünf Jahren orientiert sie viele ihrer Patienten auf den Sport im Wasser.

Getreu dem Motto "Tue Gutes und rede darüber" hat die KV Brandenburg geholfen, dieses Beispiel als ein erstes von hoffentlich noch vielen weiteren in der Öffentlichkeit bekannt zu machen. Also waren Presse, Funk und der regionale Fernsehsender mit von der (Bade)Partie. Vor allem aber, für den Autoren doch unerwartet, so viele Ärzte. Und sie waren alle durchweg begeistert.

"Mein Doktor macht mit!" - so das Motto. Und wie! Mit Sicherheit werden in diesen Tagen viele Patienten angesprochen und



auf diese Möglichkeit der Prävention hingewiesen.

Insofern war dieses Experiment ein kompletter Erfolg und wird uns weiter ermuntern, konkrete Beispiele zum Thema Prävention hier vorzustellen und in der Öffentlichkeit publik zu machen.

Natürlich gibt es noch viele andere, die sich ebenso zur Nachahmung empfehlen, die Freude bereiten und - weit mehr als ein Nebeneffekt - dem Körper auch noch ausgesprochen gut tun.

Insofern bitten wir Sie, der "KV-intern"-Redaktion solche und andere Beispiele mitzuteilen. Schreiben Sie uns, mailen Sie uns, rufen Sie uns an. Die Pressestelle der KV Brandenburg wird Sie bei der Publizierung sehr gern unterstützen.

R.H.

Fotos: R. Herre

Neu: Online-Fortbildungsangebote für Ärzte der KV Brandenburg

Die Universität Witten/Herdecke (UWH) hat ein Online-Portal zur Ärztefortbildung im Internet geschaffen. Gestützt auf evidenzbasierte Leitlinien werden zu wichtigen Krankheitsbildern zur Zeit Fortbildungsmodule mit jeweils 10 Aufgaben angeboten. Nach dem Studium der entsprechenden Leitlinie müssen 70 Prozent der Fragen richtig beantwortet sein. Dafür erhält der Arzt einen Fortbildungspunkt.

Die Teilnahmebescheinigung kann sofort ausgedruckt werden und ist von der Landesärztekammer Westfalen-Lippe zertifiziert.

Der Zugang zu dieser Internet-Fortbildung erfolgt über kostenpflichtige TAN, die den Vertragsärzten kostengünstig online im Intranet der KV Brandenburg (unter der Rubrik "Online-Fortbildung") sowie telefonisch über den Bereich Fortbildung (Tel.: 01801/5822432) angeboten werden. Die KV Brandenburg hat hierzu einen entsprechenden Vertrag abgeschlossen.

Im Rahmen einer Testphase wurden

1.000 TAN a 5,00 eingekauft, die zum Selbstkostenpreis an die Vertragsärzte ausgegeben werden.

Nach Erhalt der TAN wählen Sie sich bitte über das Internet ein und rufen die Online-Fortbildungsseiten auf. Das Online-Fortbildungsangebot finden Sie unter

www.medizinerwissen.de

www.leitlinienwissen.de

Die Abrechnung der TAN- Kosten erfolgt unkompliziert durch Verrechnung mit den Honorarzahlungen.

Die KVen Westfalen-Lippe und Nordrhein arbeiten bereits erfolgreich mit diesem System der Online-Fortbildung.

Wir bitten alle Kolleginnen und Kollegen, die bereits praktische Erfahrungen auf diesem Gebiet gesammelt haben, uns diese mitzuteilen.

Ansprechpartner:

Bereich Fortbildung
Frau Stezaly, Frau Thiele
Tel.: 01801/58 22 43-2

Fortbildung - Tabelle

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

Biete

Gut gehende allgemeinmedizinische Hausarztpraxis in uckermärkischer Kleinstadt zum 01.04.2007 (auch eher) aus Altersgründen abzugeben. Landschaftlich einmalige Umgebung, Wassersportparadies, Endmoränenlandschaft.

Gesamtschule mit gymnasialer Oberstufe am Ort. Gute Verkehrsanbindung an Berlin. Weiterbildung/Einarbeitung möglich.

Chiffre: 05/06/01

Suche

Allgemeinärztliche Praxis (ca. 10 km südlich von Potsdam mit sehr guter Verkehrsanbindung) sucht ab sofort ausgebildete Arzthelferin mit PC-Erfahrung für 20 St. pro Woche.

Chiffre: 05/06/03

Biete

Gut gehende Kinder- und Jugendpraxis im Süden Berlins (S-Bahn-Anschluss). Suche für 2006 Nachfolger.

Chiffre: 05/06/02

Suche

Nachmieter im Ärztehaus für 2 Praxen mit 113 m² im EG und 91 m² im 1. OG ab 01.01.2006.

Fachrichtungen wie Augenheilkunde, Allgemeinmedizin, Anästhesie oder Psychotherapie sind für Neuzulassungen nicht gesperrt. Andere Fachrichtungen nur mit Absprache der KVBB.

Interessenten melden sich bitte unter **03546-3417** oder **0173/5691631**

Zu besetzende Arztstellen in zugelassenen Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V

Planungsbereich: Spree-Neiße

Die Medizinische Einrichtungsgesellschaft mbH Guben, Dr.-Ayrer-Str. 1-4/Haus 26 in Guben schreibt folgende Arztstelle zur Nachbesetzung im Angestelltenverhältnis bis 31.12.2005 aus:

1 Fachärztin/Facharzt für Kinderheilkunde

Bewerbungen sind zu richten an:

Medizinische Einrichtungsgesellschaft mbH Guben
Dr.-Ayrer-Str. 1-4/Haus 26, 03172 Guben,

Ansprechpartner: GF M. Borisch, Tel./Fax.: 03561/403365

Niederlassungen im Mai 2005

Planungsbereich Brandenburg Stadt/Potsdam- Mittelmark

Jörg Höckert

FA für Chirurgie
Gertraudstr. 1, 14929 Treuenbrietzen
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Rolf Wuller)

Planungsbereich Elbe-Elster

Dr. med. Ines Broszinski

FÄ für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Beiersdorfer Str. 10
04938 Uebigau-Wahrenbrück
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Renate Fischer)

Planungsbereich Oberhavel

Dr. med. Anne Kaffka

FÄ für Allgemeinmedizin
Franzstr. 33, 16540 Hohen Neuendorf
(Übernahme der Praxis
on Dr./H Barbara Wenig)

Planungsbereich Oberspreewald-Lausitz

Dipl.-Psych. Katrin Winkler

Psychologische Psychotherapeutin/
Verhaltenstherapie
Otto-Grotewohl-Str. 4 B,
03222 Lübbenau

Planungsbereich Teltow-Fläming

Dipl.-Med. Uwe Ziesche

FA für Allgemeinmedizin
Trebbiner Str. 23
15831 Blankenfelde-Mahlow

Dr. med. Cornelia Holzheimer-Stock

FÄ für Orthopädie
Trebbiner Str. 23
15831 Blankenfelde-Mahlow

Zulassungen und Ermächtigungen

Neuzulassungen

Tilo Dahn,

Facharzt für Chirurgie in Bad Freienwalde
ab 01.06.2005

Dr. med. Norbert Frenz,

Facharzt für Chirurgie in Hennigsdorf
ab 01.07.2005

Dr. med. Jan Friedrichs,

Facharzt für Innere Medizin/HA in Potsdam
ab 01.07.2005

Dr. med. Thomas Katlun,

Facharzt für Augenheilkunde in Brandenburg
ab 01.06.2005

Dipl.-Med. Uta Löffler,

Fachärztin für Innere Medizin/HA in Lauchhammer, ab 01.07.2005

Norbert Namyslo,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Potsdam
ab 01.07.2005

Simone Peter-Kabitz,
Fachärztin für Innere Medizin/HA in Großrä-
schen
ab 01.07.2005

Dr. med. Michael Seeger,
Facharzt für Innere Medizin/HA in Strausberg
ab 01.07.2005

Dr. med. Katja Ulrich,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Schwie-
lochsee/OT Goyatz
ab 01.08.2005

Dr. med. Konrad Ulrich,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Schwieloch-
see/OT Goyatz
ab 01.08.2005

Einstellung in Einrichtungen gem. § 311, SGB V

Dr. med. Christiane Schneider,
Fachärztin für Innere Medizin an der
KH/Poliklinik Rüdersdorf GmbH
ab 01.06.2005

Medizinische Versorgungszentren

Dr. med. Christoph Kloth,
Facharzt für Orthopädie am MVZ Gesund-
heitszentrum Brandenburg a.d. Havel
ab 01.06.2005

Michael Schmitz,
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde am
MVZ Gesundheitszentrum Brandenburg a.d.
Havel
ab 01.06.2005

Ermächtigungen

Dipl.-Med. Claudia Büttner,
Fachärztin für Innere Medizin am KH Tem-

plin/Reha-Klinik in Templin,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf
Überweisung von zugel. Vertragsärzten bzw.
Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2
SGB V und in zugel. Med. Versorgungszent-
ren auf den Gebieten Hämatologie und
Onkologie für die Zeit
vom 11.05.2005 bis 30.06.2007.

Dr. med. Thomas Freytag,
Facharzt für Innere Medizin Naemi-Wilke-Stift
in Guben,
ermächtigt gem. § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV auf
Überweisung von zugel. Vertragsärzten bzw.
Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2
SGB V und in zugel. Med. Versorgungszent-
ren für die bronchoskopische, echokardio-
graphische und angiologische Diagnostik für
die Zeit
vom 01.07.2005 bis 30.06.2007.

Dr. med. Frank Gehrandt,
Facharzt für Innere Medizin am KKH Prignitz
gGmbH in Perleberg,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf
Überweisung von zugel. Vertragsärzten bzw.
Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2
SGB V und in zugel. Med. Versorgungszent-
ren für die Durchführung amb. Bronchoskopi-
en und auf Überweisung von zugel. endo-
skopisch tätigen Vertragsärzten und Ärzten in
Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V und
in zugel. Med. Versorgungszentren für
gastroenterologische Leistungen für die Zeit
vom 01.07.2005 bis 30.06.2007.

Dr. med. Wolfgang Haacke,
Facharzt für Chirurgie am Städt. Klinikum
Brandenburg,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf
Überweisung des am Städt. Klinikum Bran-
denburg erm. Gefäßchirurgen Dr. Bamberg
für die venöse Gefäßdiagnostik; auf Überwei-
sung von zugel. Neurologen und Internisten
bzw. entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. §
311 Abs. 2 SGB V und in zugel. Med. Versor-
gungszentren und vom am Städt. Klinikum
erm. Gefäßchirurgen Dr. Bamberg, bei neuro-

logischen und internistischen Überweisungen
jedoch nur zur Prüfung der Operationsindika-
tion für die arterielle Gefäßdiagnostik (duplex-
sonograph. Untersuchung der extracraniellen
und/oder intracraniellen Hirngefäße); auf
Überweisung von zugel. Internisten und Inter-
nisten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2
SGB V und in zugel. Med. Versorgungszent-
ren und vom am Städt. Klinikum erm.
Gefäßchirurgen Dr. Bamberg, bei internisti-
schen Überweisungen jedoch nur zur Prü-
fung der Operationsindikation für die arterielle
Gefäßdiagnostik (periphere Gefäße) für die
Zeit
vom 01.07.2005 bis 30.06.2007.

Dr. med. Thilo Hennecke,
Facharzt für Orthopädie am Naemi-Wilke-Stift
in Guben,
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf
Überweisung von zugel. Fachärzten für Chir-
urgie und Orthopädie bzw. entspr. Ärzten in

Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V und
in zugel. Med. Versorgungszentren für eine
Konsiliarsprechstunde bei orthopädischen
Problemfällen für die Zeit
vom 01.07.2005 bis 30.06.2007.

Dr. med. Edith Holz,
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin am
Städt. KH Eisenhüttenstadt
ermächtigt gem. § 31 Abs. 2 Ärzte-ZV i.V.m.
§ 5 BMV-Ä auf Überweisung von zugel. Ver-
tragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen
gem. § 311 Abs. 2 SGB V und in zugel. Med.
Versorgungszentren auf dem Gebiet der
EEG-Ableitung und -Befundung für die Zeit
vom 25.05.2005 bis 30.06.2007.

Dr. med. Hagen Hommel,
Facharzt für Orthopädie am KH Märkisch-
Oderland GmbH in Wriezen
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf
Überweisung von zugel. Fachärzten für Chir-

ANZEIGE

Anzeige MVZ

urgie und Orthopädie sowie entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für eine Konsiliartätigkeit zur Betreuung von Problemfällen für die Zeit vom 01.07.2005 bis 30.06.2007.

Dr. med. Susanne Pelzer,
 Fachärztin für Innere Medizin an den Hellmuth-Ulrici-Kliniken Sommerfeld in Kremmen ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugel. Vertragsärzten, die über eine Genehmigung zur Durchführung der kardiorespiratorischen Polygraphie entspr. der GNR 30900 verfügen sowie entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V und in zugel. Med. Versorgungszentren für die Durchführung der kardiorespiratorischen Polysomnographie und der kardiorespiratorischen Polygraphie zur Therapiekontrolle für die Zeit vom 25.05.2005 bis 31.12.2006.

Dr. med. Günter Schulze,
 Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugel. Fachärzten für Gynäkologie und entspr. Ärzten in Einrichtun-

gen gem. § 311 Abs. 2 SGB V und in zugel. Med. Versorgungszentren für die Betreuung von Patientinnen mit pathologischer Gravidität sowie auf Überweisung von zugel. Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V und in zugel. Med. Versorgungszentren für die Planung der Geburtsleitung gem. § 5 Abs. 2 BMV-Ä und § 9 Abs. 2 BMV-Ä/EK in Verbindung mit dem Mutterschaftsrichtlinien gem. Teil B Nr. 6 für die Zeit vom 01.07.2005 bis 31.12.2007.

Verlegung des Praxissitzes

Dr. med. Gerd Fischer,
 Facharzt für Nervenheilkunde in Teltow, neue Adresse: Warthestr. 20;

Bettine Wrobel,
 Fachärztin für Allgemeinmedizin in Potsdam, neue Adresse: Hegelallee 23;

Karsten Wrobel,
 Facharzt für Allgemeinmedizin in Potsdam, neue Adresse: Hegelallee 23

Unser Info-Tipp

"Informationen über die Tätigkeit des Podologen - Ein Ratgeber für Ärzte"

Die Broschüre vermittelt Ärzten anschaulich den Tätigkeitsbereich eines Podologen und hilft, den negativ besetzten Begriff der "Fußpflege" gegenüber der Podologie zu verdeutlichen.

Die Broschüre gibt einen Einblick in die podologische Behandlung, den Lei-

stungskatalog eines Podologen und stellt die Leistungsbeschreibung der podologischen Therapie vor, die von zugelassenen Podologiepraxen mit der Krankenkasse abgerechnet werden können.

"Informationen über die Tätigkeit des Podologen - Ein Ratgeber für Ärzte" erklärt außerdem die Zusammenarbeit von Podologe und Arzt beim Diabetes mellitus-Patienten und zeigt anhand vieler Abbildungen Nagelerkrankungen,

verschiedene Formen und Therapien des einwachsenden Nagels sowie Formen von Clavus und Callositas.

Für die Verwendung von Spangen werden beispielhaft die Fraser- und die 3T0-Spange angeführt; für die Nagelprothetik

wird die Verwendung von Orthosen gezeigt.

Maaren Bloß: "Informationen über die Tätigkeit des Podologen - Ein Ratgeber für Ärzte", 16 Seiten, Broschüre, Bestellnummer VM20000, erschienen im Juni 2005,

Leserpost

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

Tinnitus-Kompetenznetz Potsdam - bessere Chancen für Betroffene

Selten ist Tinnitus nicht: Ca. 270 000 Menschen erkranken jedes Jahr neu an chronischem Tinnitus; fast 3. Mio. Menschen sind bundesweit betroffen. Chronischer Tinnitus lässt sich nur selten erfolgreich behandeln. Daher ist eine rasche interdisziplinäre Ursachenabklärung wichtig, um schnellstmöglich therapeutisch zu intervenieren.

Die Vertrags- bzw. Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie in Potsdam haben deshalb das Tinnitus-Kompetenznetz gegründet. Damit wird dem Bedarf der Betroffenen auf eine wohnortnahe Therapie ebenso entsprochen wie den Forderungen der Deutschen Tinnitus-Liga (DTL) nach einem standardisierten Vorgehen anhand von Erfassungsbögen und von Therapieleitlinien.

Erste Anlaufstelle ist zumeist der HNO-Facharzt, der eine Ursachenanalyse in

allen Bereichen des Hörorgans vornimmt. Hat aber der Tinnitus seine Ursachen nicht im Ohr, erfolgt eine psychiatrisch-neurologische Untersuchung, bei der besonders die Abklärung von komorbiden depressiven Störungen und von Angsterkrankungen fokussiert wird.

Die Netzärzte führen bei Tinnitus generell eine spezifische Beratung ("counseling") durch und bei Bedarf eine spezielle Tinnitus-Therapie, bei welcher Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen, Stressbewältigung und Methoden der Aufmerksamkeitsumlenkung und tiefenseelische Interventionstechniken angewandt werden. Neben der angestrebten Verhaltensänderung und der Defokussierung des Tinnitus wird zur Teilnahme an Selbsthilfegruppen über die Vertragsärztliche Behandlung hinaus motiviert.

Ansprechpartner:

Dr. Henke, Facharzt für HNO,
 Tel.: 0331/621018;
 Dr. Lintzen, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie,
 Tel.: 0331/5505709

Nachzubesetzende Vertragsarztsitze

Nach Anordnung von Zulassungssperren durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist die KV Brandenburg gem. § 103 Abs. 4 SGB V gesetzlich verpflichtet, auf Antrag Vertragsarztsitze zur Nachbesetzung auszusprechen.

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

Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin

Planungsbereich:

Frankfurt (Oder)/St. / Oder-Spree

Zeitpunkt: schnellstmöglich

Bewerbungskennziffer: 33/2005

Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin

Planungsbereich:

Frankfurt (Oder)/St. / Oder-Spree

Zeitpunkt: schnellstmöglich

Bewerbungskennziffer: 34/2005

Facharzt/Fachärztin für Kinder-und Jugendmedizin

Planungsbereich:

Frankfurt (Oder)/St. / Oder-Spree

Zeitpunkt: schnellstmöglich

Bewerbungskennziffer: 35/2005

Facharzt/Fachärztin für Kinder-und Jugendmedizin

Planungsbereich:

Brandenburg an der Havel/St. /

Potsdam-Mittelmark

Zeitpunkt: schnellstmöglich

Bewerbungskennziffer: 36/2005

Facharzt/Fachärztin für Gynäkologie

Planungsbereich: Märkisch-Oderland

Zeitpunkt: schnellstmöglich

Bewerbungskennziffer: 37/2005

Nähere Informationen und Bewerbungsunterlagen erhalten Sie bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, **Ansprechpartnerin:** Karin Rettkowski, Tel.-Nr.: 0331/2309-320.

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

Unter dem Stichwort "Ausschreibung" sind die Unterlagen bis zum **04. August 2005** bei der KV Brandenburg, Friedrich-Engels-Str. 103/104, 14473 Potsdam, einzureichen.

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

Potsdam, den 06. Juni 2005

“Kreuzchenliste

Herzliche Glückwünsche!



zum 50.

Dipl.-Med. Fred Boggasch, Königs Wusterhausen

Dipl.-Med. Doris Daft, Königs Wusterhausen

Dipl.-Med. Sigrid Fischer, Wittstock

Dipl.-Med. Sylvine Freese, Luckenwalde

Dr. med. Sabine Jacobi, Frankfurt

Dipl.-Med. Andreas Kirsch, Eberswalde

Dr. med. Hilger Müller, Potsdam

Dipl.-Med. Doris Pannwitz, Hennigsdorf

Dipl.-Med. Evelyn Postrach, Hennigsdorf

Dipl.-Med. Christiane Weiß, Frankfurt

zum 60.

Dietlinde Ader, Teltow OT Ruhlsdorf

Dr. med. Bernd Schenderlein, Potsdam

Dr. med. Reinhard Schöneich, Potsdam

Prof. Dr. med. habil. Ralf Widera, Schwedt

Dipl.-Med. Gudrun Ziethen, Eberswalde

zum 65.

Dr. med. Walther Böhm, Schwarzheide

Dr. med. habil. Dieter Stiller, Fürstenwalde

zum 66.

Dr. med. Helmut Buhler, Niemegek

Dr. med. Ingrid Härtel, Potsdam

Dr. med. Manfred Krumbach, Roskow/OT Weseram

MR Dr. med. Renate Schwinge, Fürstenberg

zum 67.

Dr. med. Edith Meyl, Meyenburg

Waltraud Schröder, Zossen

zum 68.

Dr. med. Horst Kleiber, Finsterwalde

zum 69.

Bärbel Hickstein, Strausberg

zum 70.

Dr. med. Wolfgang Brüllke, Zehdenick

zum 72.

Hans-Ulrich Keller, Groß Köris

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:

20. Juni 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

“Nur den Eingang bestätigen, fünfhundert Euro überreichen
- und Sie sind drin!”

Zeichnung: **A. Purwin**