

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

“Die Ärzteschaft organisiert sich” - so könnte man den Prozess beschreiben, welcher sich aktuell auf der berufspolitischen Bühne abspielt. Endlich scheinen die Akteure erkannt zu haben, dass ein “Weiterwurschteln” wie bisher à la Länderausschuss und Selbstblockade der Führungsspitze nicht wirklich die Ärzteschaft vorangebracht hat. Bereits mit der programmatischen Rede des KBV-Vorsitzenden auf der letzten VV wurde der Veränderungsprozess, der eine qualitative Weiterentwicklung zum Ziel hat, unumkehrbar eingeleitet.



Gleichwohl ist diese umfängliche und schwierige Aufgabe auch ein Kampf an mehreren Fronten. Immer wieder brechen in den eigenen Reihen Eifersüchtelien von prominenten Entscheidungsträgern auf, immer noch haben nicht alle politischen Entscheidungsträger wirklich erkannt, wo der tatsächliche Wert der ärztlichen Selbstverwaltung als Körperschaften liegt. Und immer wieder versuchen Mitglieder der ärztlichen Selbstverwaltung, der KVen, die ihnen dort gewährte Interessenvertretung durch eigenes Engagement zu ersetzen.

Dennoch - der Veränderungsprozess beginnt gerade noch rechtzeitig und es deutet sich an, dass die übergroße Mehrheit der Entscheidungsträger in den Kassenärztlichen Vereinigungen begriffen hat, dass nur mit einer starken, sich nicht selbsterfleischenden Mannschaft der begonnene Weg erfolgreich besritten werden kann.

Deswegen auch sind die Entscheidungen der KBV-Vertreterversammlung vom 08. Juli so wichtig und richtig. Dr. Köhler hat erneut klare Ziele definiert, mit welchen sich die Vertragsärzteschaft in die politische Diskussion um die Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens im Zuge der anstehenden Neuwahlen am 18. September einbringen wird. Und das sind nicht nur traditionelle Forderungen (die sehr wohl noch immer ihren Stellenwert haben, wie das Primat der Freiberuflichkeit), sondern es sind sehr mutige und bislang verschämt unterdrückte Forderungen - z.B. die nach der wirklichen und ungehinderten Einführung einer echten Kostenerstattungsoption neben und in Verbindung mit der Existenzberechtigung auch eines Sachleistungssystems.

Dies verknüpft mit einer sozialen Absicherung (Abtretung der Forderungen bei Sozialschwachen wie bisher mittels Zuzahlungsbefreiung) scheint im Zusam-

menhang mit der in der Politik nunmehr nachhaltig geforderten Abkoppelung der Finanzierung der Gesundheitsausgaben von den Lohnkosten, echte Chancen der Realisierung zu haben. Wir haben in den hierfür geschaffenen Arbeitskreisen ein Modell entwickelt, welches bereits erkennen lässt, "politisch hoffähig" zu sein. Im Laufe des Jahres werden wir sehen, wie erfolgreich diese Baustelle sein wird.

Und noch etwas ist neu und wichtig: Die Vorstandsvorsitzenden der Länder-KVen haben sich zu einer konstruktiven Arbeitsgruppe zusammengeschlossen und diskutieren gemeinsam mit dem Vorstand der KBV Strategieziele und taktische Wege - und das konsensual und zielorientiert! Alte Grabenkämpfe scheinen in Vergessenheit zu geraten, weswegen es heute möglich ist, sachlich und nicht emotional überlagert handlungsleitende Konzepte zu entwickeln.

Hier steht an erster Stelle das nunmehr etablierte Leitbild der KBV. Der ursprüngliche Begriff des Konzerns - hiermit sollte beschrieben werden, dass Landes-KVen und KBV gemeinsam unter einem Dach eine gemeinsame Philosophie vertreten - wurde durch einen besseren Begriff ersetzt.

Die nunmehr verwendete Begrifflichkeit des "Unternehmensverbundes" beschreibt nach meinem Dafürhalten weniger drastisch das Wesentliche: Die Neuausrichtung der Zusammenarbeit. Ein Bestandteil ist z.B. die Verständigung auf sogenannte Kompetenzzentren, welche für die gesamte bundesweite vertragsärztliche Versorgung Aufgaben übernehmen und diese stellvertretend für 17 Landes-KVen abarbeiten.

Der erste Schritt ist getan: Nach der Juli-VV hat der KBV-Vorstand nunmehr grünes Licht erhalten, die Qualitätsprüfung im Laborbereich bundesweit an einer Stelle zu organisieren. Das führt zu erheblichen Kosteneinsparungen, aber auch qualitativen Verbesserungen der Prüfungsarbeit! Die nächsten Schritte sind bereits in Arbeit: Telematikplattform einheitlich entwickeln und überall als Standard implementieren, so dass innerhalb der Bundesrepublik alle Akteure im Gesundheitswesen eine (EDV-)Sprache sprechen, auf einem hohen Sicherheitsniveau miteinander kommunizieren können und sich dann auch noch verstehen.

Der wichtigste - aber auch schwierigste - Bereich der Neuausrichtung ist der, in welchem "die heiligen Kühe grasen". Die Akzeptanz des Vertragswettbewerbs auch im vertragsärztlichen Bereich. Die ehemals heile Welt des Korporatismus existiert schon heute nicht mehr wirklich, die Paralyse ist allenthalben im Kern - bei den eigenen (Zwangs-)Mitgliedern - aber auch von außen (Politik und Krankenkassen) festzustellen. Da ist es um so wichtiger, alternative Antworten zu entwickeln und in die Diskussion einzubringen.

Neue Strukturen in der Organisation der Selbstverwaltung, aber auch neue Denkinhalte an sich führen zu den Forderungen an die Politik, den KVen die Möglichkeit der aktiven Teilnahme an neuen Versorgungsformen zu ermöglichen. Der KBV-KV-Unternehmensverbund als omnipotenter, kompetenter Dienstleister - das ist die neue Ausrichtung, mit welcher die Interessenvertretungsfunktion für die

ambulante Ärzteschaft in den neuen Rahmenbedingungen am ehesten und effizient wahrgenommen werden kann (Leitbildbestandteil: Nutzerorientierung).

Wir wollen die Integrationsversorgung im Rahmen von "§73b-Verträgen" organisieren, wir wollen MVZ managen und wir denken auch laut darüber nach, sogar Krankenhäuser aufzukaufen und Versorgungsaufträge regional alleine zu definieren und den Kostenträgern zum Einkauf anzubieten.

Das neue Selbstbewusstsein einer kreativen und von der eigenen Kompetenz und Leistungsfähigkeit überzeugten Ärzteschaft wird auch dazu beitragen, dass Ärzte, welche aus der Erfahrung der letzten Jahre nur noch wenig Vertrauen in die Interessenvertretungsfähigkeit der Körperschaften KBV und KV hatten, wieder in eine optimistischere Zukunft schauen können.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir haben eine Zukunft - die aber liegt in unseren Händen und wir müssen sie gestalten! Fassen Sie wieder Mut, bringen Sie sich ein. Die anstehenden Veränderungen der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen bieten uns eine einmalige Chance, unsere Visionen Realität werden zu lassen. Das aber müssen wir selber in die Hand nehmen; niemand anderes wird es für uns tun!

Ihr

Dr. med. Hans-Joachim Helming

Vorsitzender des Vorstandes der KV Brandenburg

Vorstandsvorsitzender Dr. Helming
auf der jüngsten Vertreterversammlung der KV Brandenburg:

"Wir treten den Beweis an, dass das KV-System unverzichtbarer Partner und Motor ist!"

Das System der GKV befindet sich im Wandel - so begann der Vorstandsvorsitzende der KVBB den Bericht zur Lage auf der jüngsten Vertreterversammlung am 22. Juni.

Wie aber wird, wie aber muss sich die KV in diesem Wandel platzieren? Welche Rolle wird sie spielen im Konzert jener, die für die ambulante medizinische Versorgung zuständig sind?

Der Vorstand sieht zwei Kernaufgaben: Erstens, die Arbeit des Arztes vor Ort optimal zu unterstützen, zweitens, den Beweis anzutreten, dass das KV-System unverzichtbarer Partner und Motor in dieser "neuen Welt" ist. Wer genau dies sein will, muss insbesondere mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen effizient umgehen.

Wie sieht es damit bei der KVBB aus?

Nach mehreren Jahren mit "roten Zahlen" hat sich im vergangenen Jahr die betriebswirtschaftliche Bilanz gut entwickelt. Das geplante Betriebsergebnis von 1,9 Millionen Überschuss wurde mit insgesamt 5,6 Millionen doch erheblich übertroffen. Das konsequente Sparen - insbesondere im Personalbereich - trägt an diesem guten Gesamtergebnis die "Hauptschuld". Aber auch die Erwirtschaftung von Kapitalerträgen beeinflusste maßgeblich dieses Resultat.

Die in der anschließenden Diskussion erhobene Forderung nach Absenkung der Verwaltungskostenumlage angesichts dieses Überschusses erhielt keine Zustimmung. "Die KV ist per Gesetz verpflichtet, Rücklagen zu bilden", argumentierte der Vorstand. Dies sei in den vergangenen Jahren nicht geschehen, so dass ein erheblicher Nachholebedarf bestehe.

Scharf ging der Vorsitzende mit sich entwickelnden Strukturen ins Gericht, die von der Politik vorgeschrieben, nun ein ausuferndes Eigenleben entwickeln würden. Stichwort Geschäftsstelle Prüfung und Beschwerde. Nicht nur, dass hier die KV finanziell erheblich mehr (von rund 150.000 Euro 2004 auf zur Zeit rund 630.000 Euro) belastet würde, auch die Inhalte gestalteten sich als immer schwerer nachvollziehbar. "Wir werden die Prüfarzte nach allen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten unterstützen", stellte Dr. Helming fest.

Und mit Blick auf die Richtgrößenprüfungen: "Die ersten Beschlüsse des Beschwerdeausschusses zur Richtgrößenprüfung 1999 werden bereits durch die Kassen beklagt. Sie können sich offensichtlich nicht mehr an die

Absprachen mit der KV erinnern. Diese beinhalteten, dass hier keine Prüfung stattfindet, weil die Richtgrößen zu spät veröffentlicht wurden, die Datenlage grottenschlecht ist und letztlich die Rechtssicherheit für die Bescheide nicht in dem erforderlichen Maß hergestellt werden kann."

Er appellierte noch einmal an die betroffenen Ärzte, sich im Falle von Maßnahmen aus den Bescheiden von der KV Brandenburg qualifiziert beraten zu lassen. Auch dafür sind in unserer VV durch den Vorstand die sachlichen und personellen Voraussetzungen geschaffen worden.

Nicht minder scharf fiel die Kritik an den Aufwendungen zur Eintreibung der "Praxisgebühr" aus. Rund 83.000 Euro hat die KV 2004 und im 1. Quartal 2005 aus Mitgliedsbeiträgen ihrer Mitglieder aufbringen müssen, um "diesen bürokratischen Irrsinn umzusetzen". Jeder Arzt müsse in seiner Praxis sicherstellen, dass die 10 Euro Kassengebühr auch gezahlt würden, wenn kein Überweisungsschein vorliege.

In Anspielung auf jüngste, anders lautende Veröffentlichungen im AOK-Blatt, stellte Dr. Helming noch einmal fest: "Am 26. April hat das Landesschiedsamt entschieden, dass die von der KVBB zum 1.7.2004 beschlossene und erfolgreich praktizierte Systematik der Honorarverteilung in den zurückliegenden drei Quartalen sachgerecht gewesen ist und rechtswirksam gilt." Als Aperçu am Rande bezeichnete er die Tatsache, dass es den Kassen innerhalb mehrerer Wochen nicht gelungen sei, die Unterschriften unter die beiden Vergleiche zu setzen. "Es ist süffisant,

sich vorzustellen, wie denn mit rund 3.700 Ärzten in Brandenburg Einzelverträge abgeschlossen und gemanagt werden sollen, wenn es die KV nicht gäbe ..."

Wie halten wir es mit der Qualität? "Sie ist das Kernthema und sie entsteht in der Praxis. Sie ist nicht statisch, sondern sie entwickelt sich." Dazu, so Dr. Helming, brauche auch der beste Arzt und

Psychotherapeut ein Qualitätsmanagement. Das jetzt von der KBV angebotene Qualitätsmanagementsystem QEP sei ein zertifiziertes System, das deutlich preiswerter und praxisgerechter angeboten werde als dies Drittanbieter - meist zu übersteuerten Preisen - täten. Die KV Brandenburg habe sich ebenso wie viele andere KVen entschlossen, dieses Programm zu unterstützen. **R.H.**

Jeder ist seines Glückes Schmied ...

Dass diese Volksweisheit nicht immer treffend ist, verdeutlichte die Diskussion auf der jüngsten Vertreterversammlung der KV Brandenburg. Partikularinteressen oder Gesamtinteressen? Auslöser für diese zum Teil sehr hitzige Diskussion war der Abschluss eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung zwischen dem BDA Berlin-Brandenburg und der AOK sowie IKK.

"Der BDA hat die Aufgabe, für die Hausärzte etwas zu schaffen. Und das haben wir. Wir haben für

Kommentar

die Hausärzte mehr Geld verhandelt." So der BDA-Vertreter Dr. Bachmann. "Aber Sie haben dieses Mehr an Geld auf Kosten der Fachärzte abgeschlossen!", entgegnete die Gynäkologin Dr. Zahradka und verwies auf den Vorwegabzug von allen Ärzten, von dem jedoch nur die Hausärzte profitieren würden.

Brandenburg ist angekommen in der bundesdeutschen Wirklichkeit. Leider. Was 13, 14 Jahre hervorragend funktionierte - das enge Miteinander von Haus-

und Fachärzten sowie eine adäquate Honorierung - scheint jetzt immer mehr in Frage gestellt. Ermuntert durch die Politik, die mit ihren Entscheidungen und Gesetzen offensichtlich immer erfolgreicher die eine gegen die andere Gruppe auszuspielen versucht, stehen wir heute vor dieser, für uns sehr ungewohnten Situation.

Einer Situation, an die wir uns, um im Bilde zu bleiben, auch bitte nicht gewöhnen sollten. Wenn die Mitglieder der Vertreterversammlung ihr Augenmerk zukünftig mehr auf die Vertretung von Partikularinteressen als auf jene der Gesamtinteressen richten sollten, stellt sich schon die Frage nach der Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung. Und dies nicht nur rhetorisch.

Andererseits sollte die sehr emotional verlaufende VV auch nicht dramatisiert werden. Vorausgesetzt, es werden die entsprechenden Lehren daraus gezogen und das Motto, jeder ist seines eigenen Glückes Schmied, wird nicht zum tragenden, zum dominierenden Element.

R.H.

DMP - neue Datenstelle, neue Programme - eine erste Bilanz

Aktuell im Gespräch mit
Dipl.-Med. Andreas Schwark,
stellvertretender Vorsitzender
des Vorstandes der KV Brandenburg



Zum 1. Juli diesen Jahres hat die Arbeitsgemeinschaft "DMP" - aus Krankenkassen- und KV-Vertretern - die Datenstelle für die DMP-Dokumentationen gewechselt. Warum?

Die Arbeitsgemeinschaft hat in den vergangenen Monaten das "DMP-Geschäft" gewissermaßen über eine Übergangs-Datenstelle abgewickelt. Das war übrigens von vornherein klar gewesen, da die vorgeschriebene europaweite Ausschreibung dieser Datenstelle die Vertragspartner viel zu viel Zeit gekostet hätte.

Nun jedoch ist die Ausschreibung erfolgreich abgeschlossen ...

Richtig. Und deshalb hat auch der Sieger dieser Ausschreibung - die Firma T-Systems - ab dem 1. Juli diesen Jahres ihre gesetzlich vorgeschriebene Tätigkeit als Datenstelle aufgenommen.

Für welche DMP ist T-Systems jetzt zuständig?

Für DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 sowie für DMP KHK. Zum DMP Brustkrebs ist die Arbeitsgemeinschaft mit der Firma in Verhandlungen.

Was geschieht mit den Unterlagen, die, warum auch immer, noch an die alte Adresse gesandt werden?

Die werden von dort an die neue Adresse nachgesandt. Keiner muss Sorge haben, dass die Unterlagen nicht ankommen. Ich gehe davon aus, dass im Übrigen mittlerweile alle am DMP teilnehmenden Praxen die Freiumschräge mit der richtigen Anschrift erhalten haben.

Und wenn noch nicht?

Dann sollen sich die Kolleginnen und Kollegen bitte an die Formularausgabe unserer KV wenden und dort die Freiumschräge anfordern.

Noch eine formale Frage: Viele Ärzte versenden jeden Doku-Bogen separat in einem Freiumschlag. Ist das so vorgeschrieben?

Nein, und ich möchte alle auffordern, doch über mehrere Tage diese Bögen zu sammeln und sie dann in einem Freiumschlag abzuschicken. Wichtig ist jedoch dabei, dass die 10-Tages-Frist insgesamt beachtet wird!

Wie ist eigentlich der Stand bei den

einzelnen DMP? Vielleicht zuerst zum Diabetes mellitus Typ II.

Beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 haben sich insgesamt 1077 Ärzte eingeschrieben und knapp 26.500 Versicherte. Beim Typ 1 liegen uns über Einschreibungen von Versicherten noch keine Zahlen vor. Bei den Ärzten sind es bislang 17. Aber dies hat ja gerade auch erst begonnen.

Und bei DMP KHK?

Hier haben sich 1004 Ärzte eingeschrieben und bislang 1.366 Versicherte. Am DMP Brustkrebs nehmen 163 Ärzte und 629 Versicherte teil.

Die Kassen in Brandenburg, vornehmlich die AOK, beklagen immer wieder, dass ihnen Millionen Euro pro Jahr fehlen, weil sich zu wenig brandenburgische Ärzte am DMP beteiligen. Haben Sie dazu konkrete Zahlen?

Dazu liegen mir keine konkreten Zahlen vor. Ich weiß aus Veröffentlichungen und Äußerungen der AOK, dass es sich insgesamt um etwa 20 bis 25 Millionen Euro pro Jahr handeln soll. Inwieweit dies realistische Zahlen sind, kann ich jedoch nicht beurteilen.

In anderen Ländern sind die DMP besser angenommen worden ...

... dort waren zum Teil bereits DMP-ähnliche Verträge zur strukturierten Behandlung von Typ II-Diabetikern unter Einbeziehung der Hausärzte abgeschlossen, so dass diese Patienten nur "umgeschrieben" zu werden brauchten. Andererseits sind die Honorierungen in anderen Bundesländern zumindest zeitweise auch höher gewesen als bei uns.

Worin sehen Sie die Gründe, dass DMP in Brandenburg so zögerlich angenommen wird?

Hauptkritikpunkte sind der in den Augen vieler Kollegen nur geringe medizinische Nutzen und vor allem der hohe bürokratische Aufwand.

Der aber wird doch vergütet ...

Sicher, aber nur zum Teil, denn er kostet erheblich mehr Zeit, als vergütet wird. Zudem verlieren wir Ärzte Zeit, die uns in der Praxis für die Versorgung der Patienten fehlt. Und wir haben, insbesondere in den ländlichen Gebieten, sehr viele Patienten!

Ich höre immer wieder, dass Patienten Druck ausüben auf ihren Arzt. Wie erfahren Sie diesen "Druck"?

Auch das ist unterschiedlich. In einigen Regionen gibt es wohl einen hohen Druck der Patienten auf die Ärzte, in anderen weniger. Aber letztlich muss eine solche Entscheidung - Teilnahme am DMP - jeder selbst für sich entscheiden; Arzt ebenso wie Patient. Ich denke jedoch, es muss gelingen, noch mehr Ärzte und Patienten für diese Programme zu gewinnen. Und wir sollten auch nicht vergessen, dass die Kollegen letztlich Geld zusätzlich verdienen können.

Die Kassen bekommen für einen DMP-Teilnehmer Diabetes etwa 3.500 Euro im Jahr aus dem Risikostrukturausgleich. Andere Veröffentlichungen sprechen gar von 5.000 Euro. Davon werden, wenn ich dies mal grob zusammen rechne, günstigstenfalls - mit Einschreibbonus, Erst- und drei Folgedokumentationen, Zusatzhonorar für Augenärzte und Nephrologen - jedoch nur maximal knapp 200 Euro

der ambulanten ärztlichen Versorgung zugeführt. Was geschieht mit der Differenz?

Die genannten Summen wurden schon oft, auch öffentlich, diskutiert, konkrete Bestätigungen liegen uns aber nicht vor. Allerdings scheint der Rahmen zu stimmen. Dennoch gestatten Sie mir bitte folgenden Hinweis. Diese Zahlungen sind keine On-Top-Zahlungen an die Krankenkassen, sondern im gewissen Sinne Anstatt-Zahlungen für bislang deutlich geringere Ausgleichsbeträge.

Wie ist das zu verstehen?

Vor Einführung der DMP erhielten die Kassen Zahlungen aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) gemäss Altersstruktur (Rentnergewichtung) - mit Einführungen der DMP sind diese Zahlungen pro Rentner herabgesetzt worden. Jetzt bekommen die Krankenkassen für in DMP eingeschriebene Patienten höhere Summen - daher besteht der Drang nach diesen eingeschriebenen Versicherten, da nun Morbidität bezahlt wird.

Ist aber dann nicht das alleinige Festmachen am eingeschriebenen DMP-Versicherten der falsche Ansatz?

Aber so ist es nun mal gesetzlich geregelt.

Da wir gerade beim Geld sind: Welche finanziellen Mittel sind im vergangenen Jahr geflossen?

Im Rahmen der DMP sind knapp 2 Millionen Euro an die brandenburgischen Ärzte im Jahr 2004 gezahlt worden.

Können Sie das aufsplitten auf die einzelnen DMP?

Der Löwenanteil beim Diabetes mellitus

Typ 2 mit rund 1,88 Millionen Euro. Bei Brustkrebs waren es bescheidene knapp 12.000 Euro und im Rahmen des DMP KHK 85.200 Euro.

Welche finanziellen Belastungen entstehen der KV aus der verwaltungstechnischen Tätigkeit im Zusammenhang mit DMP?

Wir haben für Personal- und Sachkosten mehr als 170.000 Euro im Jahr 2004 aufgewendet. Sie sehen also, dass der Verwaltungsaufwand für die KV doch erheblich ist.

Stichwort EDV: Ist eine Abrechnung der DMP-Formalitäten eigentlich über EDV möglich?

Nein, derzeit noch nicht. Es fehlt noch eine entsprechende Regelung auf Bundesebene.

Nach DMP Diabetes, KHK und Brustkrebs sollen weitere Strukturprogramme für chronisch Kranke folgen. Sind wir schon mit den Kassen in Verhandlung?

Zu DMP COPD fanden erste Gespräche statt.

Laut Gesetz sollen die DMP ja evaluiert werden. Gibt es da schon konkrete Absprachen - wer was wann macht und wie es finanziert werden soll?

Nein, dazu gibt es noch keinerlei Absprachen, geschweige denn konkrete Vereinbarungen.

Herr Schwark, vielen Dank für dieses ausführliche Gespräch

Gefragt und notiert von Ralf Herre

Aus, vorbei - oder die wundersamen Wandlungen unserer Politiker

Wo ist sie hin, die beschauliche Ruhe des permanenten Problem-Aussitzens? Was ist aus ihnen geworden, den rituellen verbalen Auseinandersetzungen mit anschließendem Bierchen im Kanzler-Deck? Vorbei die Nabelschau politischer Eitelkeiten?

Und kommt sie etwa nie wieder, die jämmerliche zahlenmäßige Beteiligung an den Tagungen des Bundestages? Sie erinnern sich bestimmt: Gerade einmal 15 Abgeordnete von 669 ver(sch)liefen sich im Plenarsaal im Sommer 2002, als es um die Abstimmung zur Einführung des Mammographiescreenings ging ...

Alles vorbei. Offensichtlich. Nix mehr Lethargie. Die Ärmel werden hoch gekrempelt und die ehemals müden, gezeichneten Gesichter erfahren eine schlagartige Veränderung: Willensstärke, Kampfeslust, Ideenreichtum blitzen auf, nein, sind geradezu ein Dauerausdruck schierer politischer Wollust!

Deutschland bewegt sich. Besser, Deutschlands politische Oberschicht. Oder die sich dafür hält. Nach Jahren der Blockade und Selbstblockade scheint die Volksvertreter ein völlig neuer Geist befallen zu haben.

Gleich, ob 61, 63, 68 oder 73 Jahre - die Aussicht auf eine weitere Legislaturperiode auf ranghöchster Parlamentsebene lässt sie - parteiübergreifend - geradezu zu Leistungssportlern mutieren.

Was ist los? Ist's allein die Aussicht auf Neuwahlen? Oder kommt es uns als Otto-Normalverbraucher nur so vor, als wenn als ob? Keine Nachrichtensendung, keine Talk-Runde im Fernsehen, keine Titelseite in diesen Tagen, die sich nicht mit dem Thema Neuwahl beschäftigt.

Da wird spekuliert über Wahlchancen und mögliche Koalitionen, da entstehen neue politische Bündnisse, das Vokabu-

ANZEIGE

Praxisflächen

für 2 Arztpraxen in 15742 Bestensee (ca. 6.500 Einwohner), Landkreis Dahme-Spreewald.

Baubeginn Frühjahr 2006, individuell anpassbar in Planung und Größe nach Vorstellung und Wünschen des Mieters, Fahrstuhl geplant, Apotheke im Erdgeschoss.

Nettokaltmiete ca. 5,50 bis 6,00 Euro/qm.

Telefon: **033763/63 578**

Handy: **0170/83 02 185**

E-mail: **anett.wahl@online.de**

lar von rechts, links und der sogenannten Mitte ergreift Stammtische und Abgeordnetenkantinen gleichermaßen.

Und Inhalte? Bislang meist Fehlanzeige. Die Wahlprogramme, mit viel Tamtam der Öffentlichkeit nahegebracht, erweisen sich als Sammelsurium von Schlagworten, die allein ein Ziel haben, vom potentiellen Wähler angenommen zu werden. Austauschbar. Getreu dem Motto: Klingt gut! Dem kann ich zustimmen.

Wo aber sind die Unterschiede, wo die konkreten Vorschläge? Wo die wirklichen Visionen? Kommt es am 18. September zum großen Showdown, dann, Ihr Damen und Herren Politiker, aber bitte "Butter bei die Fische". Bewegung

allein reicht nicht. Vorgetäuschter Aktivismus erst recht nicht.

Dieses Land braucht tatsächliche Veränderung. Auch im Gesundheitsbereich. Solche Allgemeinplätze wie "Wir wollen Wettbewerb der Kassen um die Versichererten" oder "deutlich mehr Wettbewerb bei Ärzten, Kliniken, Arzneimittelherstellern und Apothekern" oder die vage Ankündigung, "die Gesundheitsprämie kommt - entweder 2007 oder 2008" sind einfach zu wenig, meint Ihr ...

... specht

NAV-Virchowbund: Steuer für Freiberufler verstärkt Ärztemangel!

Zu den Vorschlägen der Reformkommission der Stiftung Marktwirtschaft - dem Ideengeber der CDU und CSU im Steuerrecht - eine zusätzliche Steuer bei Freiberuflern, wie Ärzte, Rechtsanwälte und Architekten zu erheben, erklärt der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bund, Dr. Maximilian Zollner:

"In den Praxen niedergelassener Ärzte verschlechtert sich die wirtschaftliche Situation von Jahr zu Jahr. Angesichts der Budgetierung im ambulanten Bereich und Nullrunden bei steigenden Kosten ist der Plan für eine zusätzliche

kommunale Steuer für Freiberufler reines Gift.

Dadurch wird für niedergelassene Ärzte die Berufsausübung in freier Praxis wirtschaftlich immer unattraktiver, für den Nachwuchs die Niederlassung zunehmend uninteressant. Eine Zusatzsteuer für Freiberufler wird den sich abzeichnenden Ärztemangel in der ambulanten Versorgung weiter verschärfen. Das ist keine Mittelstandspolitik, wie man sie von CDU und CSU erwarten würde. Schließlich hat die Union im Jahre 2003 noch die Gewerbesteuer für Freiberufler

von Rot-Grün erfolgreich verhindern können.

Der "Wirtschaftsfaktor niedergelassener Arzt", mit rund 650.000 Arbeitsplätzen in den rund 113.000 Praxen niedergelassener Ärzte muss angesichts der Arbeits-

marktsituation und der wirtschaftlichen Lage, im Spannungsfeld zu einer auf kontinuierliche Mittelkürzung angelegten Gesundheitspolitik, eher gestützt statt gestützt werden."

PM/NAV

Mehrwertsteuer: Staat macht Kasse auf Kosten seiner kranken Bürger

Eine Abschaffung der Mehrwertsteuer auf Arzneimittel und Medizinprodukte fordert der Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, NAV-Virchow-Bund. "Statt über eine Mehrwertsteuer zur Stabilisierung der sozialen Sicherungssysteme nachzudenken, sollte die Politik diese Systeme von unnötigem Ballast befreien", erklärt der Bundesvorsitzende, Dr. Maximilian Zollner. So sei die derzeit 16-prozentige Mehrwertsteuer auf Arzneimittel "absoluter Widersinn".

"Dadurch macht der Staat mit der Krankheit seiner Bürger Kasse. Die Gesetzliche Krankenversicherung wird mit jährlich rund 3 Milliarden Euro belastet". Würde die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel fallen, könnte das Geld in die ambulante Versorgung fließen. "Gerade in der ambulanten Versorgung werden

die Zahlungen der Kassen so weit reduziert, dass in einigen Praxen bereits rund 30 Prozent der Leistungen nicht mehr honoriert werden", berichtet Dr. Zollner.

"Selbst Nahrungsmittel, Zeitungen und Hundefutter werden mit dem ermäßigten Satz von 7 Prozent besteuert. In fast allen europäischen Nachbarländern ist die Mehrwertsteuer auf Arzneimittel niedriger, in Schweden und Großbritannien entfällt sie gar ganz", berichtet Dr. Zollner und fährt fort: "Dieser Zugriff des Fiskus auf die Beiträge der gesetzlich Versicherten ist ein Blockierstein für die überfällige Sanierung der sozialen Sicherungssysteme."

PM-NAV

ANZEIGE

Praxisflächen

für 2 Arztpraxen in 15742 Bestensee (ca. 6.500 Einwohner), Landkreis Dahme-Spreewald. Baubeginn Frühjahr 2006, individuell anpassbar in Planung und Größe nach Vorstellung und Wünschen des Mieters, Fahrstuhl geplant, Apotheke im Erdgeschoss.

Nettokaltmiete ca. 5,50 bis 6,00 Euro/qm.

Telefon: **033763/63 578**,

Handy: **0170/83 02 185**

E-mail: **anett.wahl@online.de**

"Wir sind für die Einheit der Vertragsärzteschaft!"

Im Gespräch mit dem neu gewählten Vorsitzenden der Ärzte-Union Brandenburg,
Dr. med. Werner Hessel



Glückwunsch, Herr Dr. Hessel, zu Ihrer Wahl als Vorsitzender der Ärzte-Union Brandenburg! Wie fühlen Sie sich?

Ich war ja schon vorher im Vorstand, insofern ist es nichts vollkommen Neues. Aber ich sehe doch eine größere Verantwortung auf mich zukommen, der ich natürlich gerecht werden möchte.

Wie sehen Sie Ihre Rolle an der Spitze der Ärzte-Union?

Ich sehe mich als Organisator der Vorstandsarbeit. Insofern hat sich da nicht viel geändert. Darüber hinaus gilt es, gemeinsam mit allen Vorstandsmitgliedern konsequent die Linie der Ärzte-Union als berufspolitische Organisation brandenburgischer Vertragsärzte und -psychotherapeuten nach innen und außen zu vertreten.

Was heißt das organisatorisch?

Wir wollen mehr als bisher via Rundschreiben die Mitglieder über aktuelle berufspolitische Themen informieren. Wir hatten ja durchaus wichtige Pressemitteilungen abgegeben, allerdings sind diese von den Medien nicht immer so

aufgenommen wurden, dass sie breit veröffentlicht wurden. Deshalb wollen wir parallel dazu mehr als bisher, auch aus Kostengründen, das Internet nutzen. Nicht zuletzt denken wir, auch hier in "KV-intern" immer wieder eine Plattform für Informationen zu finden.

Und inhaltlich?

Wir wollen und müssen stärker als bisher verdeutlichen, das wir für die Einheit der Ärzteschaft und gegen eine Schwächung der KV sind.

Was für Möglichkeiten sehen Sie da?

Wir begleiten und kommentieren die Gesundheitspolitik und die Berufspolitik unter diesem Aspekt und setzen uns inhaltlich mit Fehlentwicklungen auseinander. Unser Vorstand hat jetzt dreifachärztliche und drei hausärztliche Mitglieder sowie einen Vertragspsychotherapeuten.

War dieser Proporz gewollt?

Nein, er hat sich durch die Personen ergeben und war so nicht geplant, ist aber auch ein Ausdruck unserer Gemeinsamkeit. Von diesen sind vier Mit-

glieder der Vertreterversammlung der KVBB sowie vier in Kammern des Prüfungsausschusses. Wir haben überdies die Hartmannbundvorsitzende Brandenburgs dabei. In diesen Gremien werden wir in der Sacharbeit unsere gemeinsame Haltung einbringen.

Mit Dr. Noack ist ja quasi ein Profi aus dem Vorstand ausgeschieden. Können Sie denn das wettmachen?

Die ideale Verbindung zwischen KV-Führung und Ärzte-Union ist durch das Ausscheiden Dr. Noacks erst einmal verloren gegangen. Aber er bleibt uns ja als Mitglied und Ratgeber erhalten. Da bin ich ohne Sorge.

Die vorhin erwähnten Fehlentwicklungen - was meinen Sie damit?

Ich habe dabei die jüngst abgeschlossenen Verträge von Hausärzteverbänden mit Krankenkassen im Blick. Ich halte solche Konstellationen für nicht glücklich, um nicht zu sagen schädlich.

Inwiefern?

Ich habe mich mit dem Barmer Hausarzt-Vertrag gründlich beschäftigt und möchte daran in der jetzigen Form nicht teilnehmen. Ich empfehle aber den Patienten der Barmer, an dem Bonusmodell ab 1.7.05 teilzunehmen, welches ihnen bei Besserung oder Einhaltung be-

stimmter gesundheitlicher Zielwerte 70 Euro im Jahr verspricht. Beim AOK/IKK-Modell sind mir die Einzelheiten noch nicht bekannt, um festzustellen, unter welchen Bedingungen ich teilnehmen würde und das auch anderen empfehlen könnte. Die Umstände sprechen bis jetzt dagegen, vor allem die Tatsache, dass diese Verträge - beide! - aus den jeweiligen Gesamtvergütungen "finanziert" werden! Es wird also allen Ärzten zuerst einmal Geld weg genommen.

Haben Sie nicht Angst, dass Ihnen die Patienten weglaufen, die bei diesen Krankenkassen versichert sind?

Den Barmer Versicherten habe ich gesagt: Erstens ist der Vertrag freiwillig auch für mich, und das nehme ich in Anspruch. Zweitens ist die Sache mit den 30 Euro eine Sache zwischen Ihnen und der Krankenkasse, die mich nichts angeht und mit der ich mich nicht befassen möchte. Ich möchte meine Zeit und meine Kraft Ihrer gesundheitlichen Betreuung widmen und nicht weiteren bürokratischen Dingen. Das haben die Patienten akzeptiert und bisher habe ich nicht bemerkt, dass jemand aus diesen Gründen abhanden gekommen ist.

Herr Dr. Hessel, vielen Dank für das Gespräch

BKK-Landesverband Ost bestätigt Vergütung für Schmerztherapie-Leistungen

Mit "KV-intern" 04/2005 informierten wir über die Positionen der Krankenkassen zur Vergütung von Leistungen der Schmerztherapie.

Jetzt können wir Ihnen mitteilen, dass der BKK-Landesverband einer Weitergeltung der zum 31.03.2005 gekündigten Schmerztherapie-Vereinbarung für das II. Quartal 2005 zugestimmt hat. Somit behalten für diesen Zeitraum die bis zum 31.03.2005 geltenden Pauschalen in Höhe von 81,80 bzw. 61,35 ihre Gültigkeit. Die GNRn 30700 und 30701 des EBM2000plus finden in diesem Fall keine Anwendung.

Aufgrund der unterschiedlichen Abrechnungsmodalitäten der bisher gültigen Schmerztherapie-Vereinbarung und des EBM2000plus wird sich der Fachbereich Abrechnung mit Ihnen in Verbindung setzen.

Für den Zeitraum ab dem 01.07.2005 ist für Leistungen der Schmerztherapie der EBM2000plus umzusetzen, wobei sich die KVBB und der BKK-Landesverband für das III. und IV. Quartal 2005 für die Vergütung der Leistungen nach den GNRn 30700 und 30701 des EBM auf einen Punktwert von 4,5 ct. verständigt haben.

Für die anderen Krankenkassen ist hinsichtlich des Status quo (ausführliche Informationen in "KV-intern" 4/2005 auf Seite 11, einsehbar auch im Internet unter www.kvbb.de) keine Änderung eingetreten. Sobald hier neue Regelungen vereinbart sind, werden Sie umgehend informiert.

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

ICD-10-Diagnosen auf Transportschein?

Die KV Brandenburg erreichten in den letzten Tagen und Wochen mehrere Schreiben von Ärzten, insbesondere aus dem Kyritzer Raum, die darauf hinwiesen, dass die Krankenkassen in letzter Zeit Krankentransportscheine (Muster 4) zurückweisen, wenn die Diagnoseangaben nicht als ICD 10 verschlüsselt sind.

Dazu ist Folgendes zu sagen:

Die Krankenkassen sind zu dieser Verfahrensweise **nicht berechtigt**. Die Verschlüsselung der Diagnosen ist für die

ambulant tätigen Ärzte durch § 295 SGB V geregelt. Demnach sind die Ärzte verpflichtet, allein auf den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen und auf Ihren Abrechnungsunterlagen die Diagnosen verschlüsselt anzugeben.

Im Gegensatz dazu sehen sowohl die Krankentransportrichtlinie als auch das Muster 4 lediglich die Möglichkeit einer verschlüsselten Diagnoseangabe vor.

Ansprechpartner:
Abrechnungsberater

Neuaufnahme von Leistungen in den EBM2000plus mit Wirkung vom 01.07.2005 bis 31.12.2005

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich über die Möglichkeit zur Abrechnung von MRT-Angiographien geeinigt, sodass der Bewertungsausschuss die Neuaufnahme folgender Leistungen beschlossen hat:

GNR	Inhalt	Punkte
34470	MRT-Angiographie der Hirngefäße	2430
34475	MRT-Angiographie der Halsgefäße	2430
34480	MRT-Angiographie der thorakalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung außer Herzkranzgefäße	2430
34485	MRT-Angiographie der abdominalen Aorta und ihrer Äste 1. Ordnung	2430
34486	MRT-Angiographie der V. Cava und V. portae	2430
34489	MRT-Angiographie der unteren Extremitäten ohne Füße	2430
34490	MRT-Angiographie einer oberen Extremität ohne Hand	2430
34491	MRT-Angiographie einer Hand oder eines Fußes	2430
34492	Zuschlag zu den Leistungen nach den GNRn 34470, 34475, 34480, 34485 bis 34487, 34490 und 34491 für weitere Sequenzen nach Kontrastmitteleinbringung(en)	1120

Der Bewertungsausschuss hat weiterhin beschlossen, dass zum 01.01.2006 eine Qualitätssicherungsvereinbarung für MRT-Angiographie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V abzuschließen ist, welche insbesondere auch Vorgaben zur Indikationsstellung der Untersuchung enthalten soll.

Der Interpretationsbeschluss des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses räumt die Abrechnung dieser Leistung bereits ab dem 20.06.2005 gegenüber den Krankenkassen ein. Wurden Leistungen entsprechend den v. g. Legenden in Ihrer Arztpraxis erbracht und bisher noch keine Vergütung geltend gemacht, setzen Sie sich bitte mit dem Fachbereich Abrechnung Ihrer KV in Verbindung.

Ansprechpartner: Abrechnungsberater

Informationsaustausch zur medizinischen Integrationsversorgung zwischen BARMER EK und KV Brandenburg

Das Unterschriftenverfahren zum entsprechenden Eckpunktepapier ist nunmehr abgeschlossen. Zum Hintergrund: Seit Januar 2004 besteht für die Krankenkassen die Option, mit Ärzten über die Integrierte Versorgung Einzelverträge abzuschließen.

Die Finanzierung dieser Einzelverträge erfolgt bis zu einem Prozent aus der Gesamtvergütung der KVBB und dem Budget der Krankenhäuser. Derzeit kürzen zehn Krankenkassen die Gesamtvergütung der KVBB, ohne dass für die KVBB nachvollziehbar wird, für welche IV-Leistungen und für welche Beteiligte dies geschieht. Dabei ist die Tendenz solcher unklaren Kürzungen steigend.

Da die KVBB primär am Integrationsgeschehen durch die Vertragsschließenden nicht beteiligt wird, schließen fast alle Krankenkassen daraus, dass die KVBB somit auch kein Recht auf Informationen hätte. So lauteten jedenfalls gleichlautend die Antworten der Krankenkassen, adäquat die den Kürzungen der Gesamtvergütung zu Grunde liegenden Verträge offen zu legen.

Entgegen dem allgemeinen Trend vereinbarten die KVBB und die BARMER Berlin/BRB gegenseitige Transparenz bei der Integrationsversorgung.

Die BARMER informiert uns - bezogen auf ambulante Module - über Leistungsbeschreibungen, Vergütungsausschlüsse, zu Prozessen und Systematiken ihrer IV-Verträge sowie die teilnehmenden Ärzte. Auf begründeten Anlass werden der KV detailliertere Daten zur Verfügung gestellt.

Dies ist vor allem im Rahmen unseres Sicherstellungsauftrages denkbar. Letztlich geht es um das geordnete Nebeneinander zweier Vertragsformen, die beide grundsätzlich ein gleiches Ziel haben: eine gesicherte und qualitativ gute, am Stand der derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisse orientierte und nach Forderung des Gesetzgebers auch wirtschaftliche Patientenversorgung.

Schon deshalb ist es sinnvoll, sich gemeinsam abzustimmen, um z.B. gegenseitige Leistungsausschlüsse zu definieren, sich über die Details der Ver-

wendung von Bereinigungsbeträgen aus der Gesamtvergütung aller Ärzte zu verständigen und auch die Basis für dementsprechende Kontrollen zu schaffen.

Die KV Brandenburg erklärt sich im Gegenzug bereit, bezüglich der oben genannten Details zu IV-Verträgen mit der BARMER und nicht mit den einzelnen Ärzten in Verbindung zu treten, sowie Unklarheiten mit der BARMER zu besprechen und Veröffentlichungen zu

den von der BARMER zur Verfügung gestellten Details nur nach Abstimmung zu tätigen.

Diese Form der vorliegenden Vereinbarung zwischen einer Kasse und der KV ist im derzeitigen gesundheitspolitischen Rahmen, welcher dem Wettbewerb in der vertragsärztlichen Versorgung fordert, nicht nur innovativ, sondern auch vertrauensfördernd.

KV-spezifische Symbolnummern - was beachten bei der Zeitschienenprüfung?

Die im Bereich der KVBB festgelegten Symbolnummern gemäß dem Verzeichnis der Anlage III der Abrechnungsordnung entsprechen nicht in jedem Fall einer GNR im EBM2000plus.

Um den ärztlichen Zeitaufwand für die den betreffenden Symbolnummern zugeordneten Leistungen in die Abrechnungsprüfung nach § 106 a Abs. 2 SGB V einbeziehen zu können, wurde dieser als Grundlage der Zeitschienenprüfung festgelegt.

Dabei ist folgende Systematik zur Anwendung gelangt:

1. Bei den Symbolnummern, die modifizierten jedoch inhaltsgleichen EBM-Nummern entsprechen, wurde der Zeitaufwand aus dem EBM zugrunde gelegt.
2. Symbolnummern ohne ärztliche Leistungen erhalten keinen Zeitaufwand.
3. Für Symbolnummern, die

Leistungen aus Sonderverträgen zugeordnet sind, wurde in Analogie zu den Leistungen des EBM2000plus ein KV-spezifischer Zeitaufwand ermittelt.

Die in Punkt 3 genannten Symbolnummern mit den Leistungsbeschreibungen sowie dem Zeitaufwand und der entsprechenden Eignung für das Tages- und Quartalsprofil finden Sie im beige-fügten Beileger.

Eine Gesamtübersicht aller derzeit gültigen Symbolnummern mit dem dazugehörigen Zeitaufwand werden wir in der Neuauflage des Symbolnummernverzeichnisses veröffentlichen.

Wir möchten Sie nochmals darauf hinweisen, dass die Überprüfung des Umfangs der abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand lediglich ein Aufgreifkriterium für die Plausibilitätsprüfung darstellen.

Bitte beachten Sie die dieser Ausgabe von "KV-intern" beigefügten Informationen!

13. Brandenburgischer Selbsthilfetag

In diesen Jahr findet der nunmehr bereits 13. brandenburgische Selbsthilfetag am Samstag, den **17. September**, von 10 bis 16 Uhr in Jüterbog statt.

Veranstaltungsort ist die Wiesenhalle in der Friedrich-Ebert-Straße 65.

Das Motto: **"teilen - geben - nehmen, miteinander leben"**

Bürokratie im Visier!

Untersuchungen haben es ans Tageslicht gebracht: Zwischen 30 und 40 Prozent seiner Arbeitszeit muss ein niedergelassener Arzt - im Krankenhaus sieht das nicht besser aus! - damit verbringen, die Berge bürokratischer Anforderungen im wahrsten Sinne des Wortes abzuarbeiten. Das ist Zeit, die für die Versorgung der Patienten verloren ist!

Die KV Brandenburg hat gerade dieses Dilemma ärztlicher Tätigkeit wieder und immer wieder angeprangert; in Gesprächen mit Landes- und Bundespolitikern, mit den Kassen, aber auch innerhalb der eigenen Reihen. Auch wenn es so manchen Teilerfolg zu verzeichnen gab - insgesamt ist keine Besserung in Sicht.

Jetzt startet die CDU-Fraktion im Brandenburger Landtag eine Aktion "Zur Überprüfung von Normen und Standards". Im Visier: Der Bürokratieabbau. In einem Schreiben hat sich der Sonderausschuss an die KV Brandenburg gewandt mit der Bitte, Beispiele zu nen-

nen, Lösungsansätze aufzuzeigen, also mitzuwirken bei diesem Thema.

Deshalb ermuntern wir alle Ärztinnen und Ärzte, sich diesbezüglich an die KV zu wenden. Teilen Sie uns Ihre Bedenken, Kritikpunkte und Vorschläge mit. Die KV Brandenburg wird alle sammeln, sichten und so zusammenstellen, dass sie die Arbeit dieses Sonderausschusses unterstützt.

Auch wenn von solch einer Aktion keine Wunderdinge zu erwarten sind - weder kurz- noch mittelfristig - so sollten wir aber auf alle Fälle mittun.

Ihre Informationen richten Sie bitte an das Sekretariat des Bereiches Servicemanagement der KV Brandenburg,

Tel.: 0331/23 09 260;
Fax: 0331/23 09-227

Die KV Brandenburg wird alle Anregungen an den von der CDU-Landtagsfraktion eingerichteten Sonderausschuss "Zur Überprüfung von Normen und Standards" weiter leiten.

Verordnung von Cerclage Pessare Typ A und Typ ASQ

Oben genannte Pessare sind nicht mehr im Hilfsmittelverzeichnis nach § 128 SGB V enthalten, weil sie ausschließlich durch den Arzt zur Anwendung kommen und somit keine Hilfsmittel im Sinne des § 33 SGB V darstellen.

Nach Absprache mit den Krankenkas-

sen sind diese Hilfsmittel ab sofort über SSB zu beziehen. Eine Verordnung auf Namen der Patientin ist somit ausgeschlossen.

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

Portokosten bei Erhebung der Praxisgebühr

Derzeit im Unterschriftenverfahren befindet sich eine Änderungsvereinbarung zu den Bundesmantelverträgen. Im Besonderen erhält der § 18 Abs. 4 Satz 3 folgende Fassung:

"Die dem Vertragsarzt entstehenden Portokosten werden von der zuständigen Krankenkasse erstattet. Der Nachweis erfolgt über eine entsprechende Kennzeichnung bei der Abrechnung."

Zu kennzeichnen sind die entstandenen Portokosten wie bisher mit der SNR 80046, für welche 0,55 automatisch von der KVBB von den Krankenkassen

abgefordert werden (in Analogie zur Kostenpauschale gem. Kapitel IV Abschnitt 40 für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 20 g).

Die Kennzeichnung ist sowohl im Rahmen der Regelversorgung als auch im Notfall und allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst auf dem betreffenden Behandlungsschein gesondert anzugeben.

Ansprechpartner:
Abrechnungsberater

ANZEIGE

Guten Tag,

viele von Ihnen kennen mich seit fast 15 Jahren als Ärzteberaterin der Allianz Privaten Krankenversicherung, dem Gruppenvertragspartner Ihrer K Brandenburg.

In den Bereichen Versicherung, Vorsorge, Vermögen stehen Ihnen unsere ärztespezifischen und lebensbegleitenden Lösungen zur Verfügung. Künftig möchte ich Ihnen an dieser Stelle Informationen geben zu Neuerungen, die für Sie wichtig sind.

Ich denke z.B. an das neue Alterseinkünfte-Gesetz, an betriebliche Altersvorsorge für Ihre Angestellten oder Lebenspartner, an Einkommensabsicherung bei Krankheit und Berufsunfähigkeit, an private Krankenvoll- oder Zusatzversicherung vor dem Hintergrund der Diskussionen um Bürgerversicherung oder Kopfpauschale.

Es sollen für Sie Gedankenanstöße sein, um das zu hinterfragen, was für den einzelnen von Interesse ist.

Gern nehme ich Anregungen von Ihnen auf.

Meine Mitarbeiter und ich stehen Ihnen zur Verfügung.

Tel. 03328/305811, Fax. 03328/305812, email almut.schneider@allianz.de

Freundliche Grüße

Dr. Almut Schneider

Mittelverwendung der KV Brandenburg - Ergänzung zum Wirtschaftsjahr 2003

Die KV Brandenburg ist gemäß gem. § 78 Abs. 3 in Verbindung mit § 305 b SGB V verpflichtet, die Verwendung der Haushaltsmittel erstmalig für das Wirtschaftsjahr 2003 im offiziellen Mitteilungsblatt zu veröffentlichen.

Bereits seit vielen Jahren werden in der KVBB alle relevanten Haushaltsdaten veröffentlicht. Im Folgenden nun noch einige ergänzende Informationen

1. Abrechnungsdaten

Honorarvolumen	EUR	633,7 Mio.
Ärzte/Psychotherapeuten		3.710
Abrechnungsfälle		18.879.122

2. Haushaltsdaten

Verwaltungshaushalt gesamt	TEUR	19.923,0
Personalaufwand		10.839,2
Sachaufwand		3.432,2
Aufwand für Sicherstellungsmaßnahmen		639,0
Verwaltungskostenumlage		14.811,0
Sonstige Erträge		734,8
Investitionshaushalt		683,6
Jahresergebnis		1.421,8

3. Sonstige Daten

Verwaltungskostenumlage (I. bis III. Quartal 2003)		2,5 %
Stellenplan		
Anzahl der Stellen		253,3 Stellen
Bilanzsumme	EUR	248,4 Mio.

Potsdam, den 13. Juli 2005, Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg

Berichtigung

Leider ist uns bei der Veröffentlichung der aktuellen Anschriften der Gelbfieberimpfstellen in "KV-Intern" 5/2005 auf Seite 44 ein Fehler unterlaufen. Die richtige Telefonnummer für die Praxis von Herrn Dr. Wirth lautet: **030/60 91 38 30**.

Wir bitten um Entschuldigung und Beachtung.

Rückstände in Millionenhöhe!

Am Stammtisch würde man von einer riesigen Sauerei sprechen! Leistungen in Anspruch nehmen, aber nicht, bzw. nicht vollständig bezahlen. Was sich auf den ersten Blick anhört wie ein Beispiel aus der Baubranche, ist mittlerweile Alltag auch im deutschen Gesundheitswesen.

Die Zahlungsmoral sinkt. Selbst gesetzliche Krankenkassen - Körperschaften des öffentlichen Rechts! - halten Verträge nicht ein, versuchen, gesetzliche Regelungen zu umgehen oder juristisch auszuhebeln. Bestes, jüngstes Beispiel, die BKK Heilberufe. Wie pikant!

Für den Zeitraum 2002 bis 2004 hätte sie laut gesetzlicher Vorgabe 18,0 Millionen Euro an Honorar an die KV Brandenburg überweisen müssen. Angekommen sind 16,7 Millionen. !,3 Millionen Euro, das sind 7,4 Prozent, ist die BKK Heilberufe nicht bereit zu zahlen. Die Kopfpauschalen erscheinen den Damen und Herren Versicherer zu hoch.

Dass von den brandenburgischen Vertragsärzten dafür jedoch medizinische Leistungen erbracht wurden, ist für die BKK Heilberufe kein Argument. Und diese Kasse steht nicht allein mit ihrer Ansicht von Vertragspartnerschaft. Insgesamt sind im Bereich der Primärkassen in Brandenburg 1,3 Prozent der Gesamthonorarmenge nicht bezahlt worden.

Zu diesen nicht gezahlten Geldern kommen noch jene Abzüge, die der Gesetzgeber im Rahmen der Integrierten Versorgung ermöglicht hat; auch hier sind mittlerweile stattliche Summen zusammen gekommen, wobei die KV Brandenburg gegen einen Teil dieser Abzüge geklagt hat.

Doch auch dieser juristische Schritt ändert erst einmal nichts daran, dass die Gelder fehlen.

R.H.

Bariumsulfathaltige Röntgenkontrastmittel jetzt über SSB

Mit Einführung des EBM2000plus sind bariumsulfathaltige Röntgenkontrastmittel nicht mehr mit der Gebühr für die Untersuchung abgegolten.

Nach Information der Krankenkassen, Ersatz- wie auch Primärkassen, können ab 2. Quartal 2005 oben genannte Kontrastmittel über Sprechstundenbedarf bezogen werden.

Die AOK weist in diesem Zusammen-

hang noch einmal darauf hin, dass gemäß § 4 Abs. 3 Sprechstundenbedarfsvereinbarung für Primärkassen die Anforderung und der Bezug von Röntgenkontrastmitteln über die AOK für das Land Brandenburg sicherzustellen ist.

Ansprechpartner:

Beratende Apotheker

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

Zuzahlungen zu Arznei-, Verband- und Heilmitteln während der Schwangerschaft

Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben sich mit dem Thema "Verordnungen von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln während der Schwangerschaft" beschäftigt, nachdem hierzu Beratungen im Unterausschuss "Familienplanung" des Gemeinsamen Bundesausschusses stattgefunden haben.

In Übereinstimmung mit unseren Informationen in "KV-Intern" 10/2004 unterrichten die Spitzenverbände der Krankenkassen darüber, dass Zuzahlungen zu Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die die Versicherte bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung erhält, nicht anfallen.

Unter Schwangerschaftsbeschwerden werden solche Störungen verstanden, die durch die Schwangerschaft bedingt sind, jedoch über das mit einer Schwangerschaft

gewöhnlich verbundene Maß nicht hinausgehen und auch keinen Krankheitswert besitzen. Für eine Ausweitung dieses Begriffes auf alle durch die Schwangerschaft verursachten Beschwerden einschließlich derer, die Krankheitswert haben, sehen die Krankenkassen aus leistungsrechtlicher Sicht keine Möglichkeit.

Damit wurde die bereits den brandenburgischen Krankenkassen 2004 kommunizierte Interpretation, dass nur für die Mittel gegen Schwangerschaftsbeschwerden ohne Krankheitswert die Schwangere von der Zuzahlung befreit ist (siehe "KV-intern" 10/2004...), auch auf Bundesebene bestätigt.

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

Verordnung psychiatrischer Krankenpflege

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die Richtlinie zur "Verordnung von häuslicher Krankenpflege" dahingehend geändert, dass zur Verordnung psychiatrischer Krankenpflege ein eigenständiges Regelungsgefüge aufgenommen wird. Die Regelung trat zum 1. Juli 2005 in Kraft. Die Änderungen sind im Bundesanzeiger Nr. 96 am 25. Mai und im Deutschen Ärzteblatt im Heft 26 vom 1. Juli 2005 veröffentlicht worden.

Zur Verordnung von psychiatrischer Krankenpflege haben sich die Vertragspartner grundsätzlich auf ein gesonderes Vordruckmuster 12 P verständigt. Auf Grund einer noch nicht abgeschlossenen datenschutzrechtlichen Prüfung konnte dieser Verordnungsdruck aller-

dings nicht zum 1. Juli eingeführt werden.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung empfiehlt, die Verordnung auf dem Muster 12 (Verordnung häuslicher Krankenpflege) vorzunehmen. Als Inhalt der Verordnung sollte unter der Rubrik "Sonstige Maßnahmen der Behandlungspflege" die Angabe zu Fähigkeitsstörungen, Behandlungszielen und Maßnahmen eingetragen werden.

Zur Abrechnung der Verordnung von psychiatrischer Krankenpflege wurde die Aufnahme zweier neuer Gebührennummern in den EBM avisiert. Bitte beachten Sie hierzu die Veröffentlichungen im Deutschen Ärzteblatt.

ANZEIGE

Anzeige TurboMed

DMP Koronare Herzkrankheit - erweiterte Schulungsmöglichkeiten

Zwischenzeitlich ist es gelungen, wie bereits beim neuen Strukturvertrag Diabetes (siehe "KV-intern" 05/2005) auch im Rahmen des DMP Koronare Herzkrankheit die Anzahl der vergüteten Unterrichtseinheiten für MEDIAS 2-Schulungen mit Wirkung ab 01.04.2005 auf 8 Einheiten aufzustocken.

Gleichzeitig kann für Hypertonie-Patienten ein weiteres vom BVA zertifiziertes Schulungsprogramm - Modulare Bluthochdruckschulung IPM - angeboten werden.

Ansprechpartner: Fachbereich Verträge, GB Sicherstellung
Abrechnungshotline: 01801/5822433

Anreize zur Sicherstellung der ambulanten medizinischen Versorgung

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg hat für die nachfolgenden Regionen und Arztgruppen im Land Brandenburg auf Grund von Schließungen bzw. fehlenden Nachbesetzungen eine bestehende oder drohende Gefährdung der ambulanten Versorgung festgestellt und bietet daher interessierten Ärzten zur Praxisübernahme - in besonderen Fällen auch zur Praxisneugründung - die Zusicherung einer **Umsatzgarantie** sowie die Möglichkeiten einer **befristeten Anstellung** in bestehenden Vertragsarztpraxen an.

Interessierte Ärzte melden sich bitte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, Postfach 60 08 61, 14408 Potsdam, Niederlassungsberatung
Frau Rettkowski, Tel: **0331/2309-320**, e-mail: **karin.rettkowski@kvbb.de**

Für Hausärzte

(Fachärzte für Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte und hausärztlich tätige Internisten):

Altkreise:

Brandenburg a.d.H. (Stadt)

Luckenwalde

Jüterbog

Bad Liebenwerda.-

Senftenberg

Forst

Guben

Schwedt

Prenzlau

Angermünde

besondere Region

ausschließlich ländl. Umland

ausschließlich Elsterwerda, und südliches Umland Prösen,

vorrangig Ortrand, Ruhland, Schwarzheide, Schipkau, Tettau

ausschließlich ländl. Umland

besonders Gartz und ländl. Umgebung

Fachärzte für Augenheilkunde: Fachärzte für Dermatologie:

Altkreise:

Lübben

Luckau

Guben

Seelow

Eisenhüttenstadt/Land

Altkreise:

Perleberg

Kyritz

Herzberg

Luckau

HVM der KV Brandenburg - gültig ab dem 01. Juli 1997 - rechtmäßig!

Das Bundessozialgericht (BSG) hatte am 22. Juni 2005 über die zutreffende Berechnung der vom 01. Juli 1997 bis zum 30. Juni 2003 in Kraft gewesenen Praxisbudgets und über die Frage, ob die von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg in ihrem HVM zusätzlich vorgesehenen Regelungen zur Begrenzung der abrechnungsfähigen Leistungsmengen rechtmäßig waren und im Einzelfall ordnungsgemäß angewandt wurden, zu entscheiden.

Geklagt hatte eine augenärztliche Gemeinschaftspraxis, die schwerpunktmäßig ambulante Operationen durchführt und zudem auch belegärztlich tätig ist.

Der Vorstand der KV Brandenburg hatte im Widerspruchsverfahren die ursprünglichen Honorarkürzungen auf Grund der Mengenbegrenzungsregelungen bis auf die Beibehaltung einer Restkürzung der Punktmengen in Höhe von 10 % teilweise aufgehoben. Damit war nach Ansicht des Vorstandes den Besonderheiten dieser Praxis ausreichend Rechnung getragen worden.

Klage und Berufung gegen den Widerspruchsbescheid sind ohne Erfolg geblieben.

Zur Begründung der Revision wurde vorgetragen, dass bei der Berechnung des Praxisbudgets die Abrechnungswerte des 1. Halbjahres 1996 nur in nicht budgetierter Form berücksichtigt werden durften, da die Teilbudgetierung in jenem Zeitraum vom BSG als verfassungswidrig und unwirksam bewertet

worden sei. Zudem entsprechen die Mengenbegrenzungsregelungen im Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg nicht den von der Rechtsprechung entwickelten Rechtsmäßigkeitsmaßstäben.

Darüber hinaus seien die Ermessensentscheidungen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg zur Gewährung einer Ausnahme von den Mengenbegrenzungen nicht ausreichend begründet worden.

Die Revision der Kläger ist zurückgewiesen worden. Die Berechnung der Praxisbudgets des EBM war nicht zu beanstanden. Auch die Mengenbegrenzungsregelungen im HVM der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg sind rechtmäßig, soweit sie für die Entscheidung des Rechtsstreits von Bedeutung waren.

Danach war sowohl die Begrenzung der vom einzelnen Vertragsarzt höchstens abrechenbaren Punktmenge nach Maßgabe des Fallpunktzahldurchschnitts seiner Arztgruppe als auch die Begrenzung des Mengenzuwachses im Vergleich zur eigenen Abrechnung des Arztes des Vorjahresquartal zulässig.

Das galt ebenso für eine Kombination beider Begrenzungsmaßnahmen. Auch weist die Entscheidung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg zur teilweisen Freistellung der klagenden Vertragsärzte von der Mengenbegrenzung aufgrund von Praxisbesonderheiten keine durchgreifenden

Begründungsdefizite oder Ermessensfehler auf.

Diese Bewertung erfolgte vor dem Hintergrund des Regelungszwecks, wonach die Mengenbegrenzung einer allen Ärzten zugute kommenden Punktwertstabilisierung diene (SG Potsdam, Az. S 1

KA 259/98, LSG für das Land Brandenburg, Az. L 5 KA 27/00, BSG, Az. B 6 KA 80/03 R).

Ansprechpartner:
Geschäftsbereich Recht
Tel.: 0331/23 09-202

Auskunftersuchen von Krankenkassen/MDK gegenüber Ärzten

Ende Juni erreichte uns eine aktuelle Stellungnahme des Bundesbeauftragten für den Datenschutz zum vorgenannten Thema. Dieser sah sich aufgrund einer Vielzahl von Anfragen, die u. a. auch von der KV Brandenburg an ihn gestellt wurden, veranlasst, die Zulässigkeit derartiger Datenerhebungen rechtlich zu bewerten.

Zur Frage der Zulässigkeit von Auskunftersuchen durch die Krankenkassen bzw. den MDK gegenüber Versicherten bzw. deren Ärzten merkt er u. a. an, dass "in den in § 275 Abs. 1 u. 2 SGB V genannten Fällen (Arbeitsunfähigkeit etc.) ... die Krankenkassen verpflichtet (sind), den Medizinischen Dienst (MDK) mit einer Begutachtung bzw. Prüfung zu beauftragen (vgl. § 275 Abs. 1 Nr. 3 SGB V) ...

Ausgehend von § 276 Abs. 2 Satz 1 SGB V dürfen die für die Begutachtung des MDK erforderlichen Sozialdaten nur vom MDK selbst erhoben und gespeichert werden ...

Folglich dürfen die Krankenkassen durch das Versenden eines Fragebogens/Auskunftersuchens weder bei

ihren Versicherten, noch bei deren Ärzten für eigene Zwecke solche Sozialdaten erheben und speichern, zu deren Erhebung ausschließlich der MDK im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgabenerfüllung berechtigt ist.

Die Krankenkassen dürfen lediglich um die Übermittlung dieser Daten an den MDK ersuchen ... Zur Beurteilung der Frage, ob eine Begutachtung durch den MDK eingeleitet werden soll, darf eine Krankenkasse nur auf die ihr bereits vorliegenden Informationen, beispielsweise aus dem Krankengeld-Management, zurückgreifen, keinesfalls jedoch zusätzliche Ermittlungen durchführen."

Im Hinblick darauf sind Ärzte "nur verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des MDK unmittelbar an diesen zu übermitteln, soweit dies für die Begutachtung bzw. Prüfung des MDK erforderlich ist (vgl. § 276 Abs. 1 Satz 1 2. Halbsatz SGB V). Die Versendung der Unterlagen sollte daher unmittelbar an den MDK erfolgen."

Der Versendungsweg über die Krankenkasse ist nur dann "hinnehmbar, wenn die medizinischen Unterlagen in einem

gesonderten, verschlossenen Umschlag übersandt werden, der mit der Anschrift des MDK sowie einem Vermerk 'ärztliche Unterlagen - nur vom MDK zu öffnen' versehen ist. Lediglich auf diese Weise wird sichergestellt, dass keine unzulässige Einsichtnahme der Krankenkasse in diese Unterlagen erfolgt ..."

Eine Auskunftspflicht der Ärzte besteht gemäß § 100 Abs. 1 SGB X "nur im Falle einer wirksamen gesetzlichen Grundlage (vgl. § 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB X) oder - bei Fehlen derselben - im Falle einer im Einzelfall bestehenden wirksamen Einwilligung des Betroffenen (vgl. § 100 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB X). Darauf und auf diese Vorschrift müssen die Ärzte von den Krankenkassen nach § 67a SGB X hingewiesen werden."

Etwaige, durch den Versicherten abgegebene Einwilligungserklärungen zur

Übermittlung der Behandlungsdaten an die Krankenkassen, die eine unzulässige Umgehung des in den § 275 ff. SGB V dokumentierten Willens des Gesetzgebers zur ausschließlichen Zuständigkeit des MDK bedeuten, führen nicht zur Anwendung des § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB X, sodass aus ihnen keine Verpflichtung des Arztes resultiert, die angeforderten Unterlagen an die Krankenkasse zu übersenden.

"Ausschließlich der MDK (ist) zur Prüfung medizinischer Sachverhalte berechtigt ..."

Ansprechpartner:
Geschäftsbereich Recht
Tel.: 0331/23 09-202

Die Sommerzeit ist da und mit ihr, wie fast in jedem Jahr, kommen die Avancen. Gemeint sind jene "unmoralischen" Angebote für Eintragungen in Branchenbücher. Es ist offensichtlich die Zeit der Abzocker.

Hier ist äußerste Vorsicht geboten! In seriös aufgemachten Anschreiben, versehen mit Zahlungsanweisungen, werden diese Eintragungen beworben und irgendwo, ganz versteckt und klein, findet sich der Hinweis auf eine "Eintragungsofferte für einen Brancheneintrag".

Eine Offerte ist jedoch etwas ganz anderes als ein Eintrag. Hier wird Geld abgezockt ohne Gegenleistung. Der von Ihnen schon finanzierte Eintrag findet nie statt - schließlich war es, wie gesagt, nur eine Offerte.

Sollten solche Anschreiben auch bei Ihnen eingehen, dann senden Sie diese bitte in Kopie oder im Original an die Landesärztekammer Brandenburg. Die Kammer geht gegen diese Verlage rechtlich vor.

R.H.

Achtung Abzocke!

Gemeinsame Agenda zum Arzneimittel-Ausgabenmanagement

Im Jahre 2004 sind die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung um rund 2,1 Mrd. Euro gesunken. Dieser Ausgabenrückgang war im Wesentlichen Folge der gesetzlichen Regelungen des GKV-Modernisierungsgesetzes, insbesondere der Erhöhung des Herstellerabschlages von 6 auf 16 %, der Streichung der nicht rezeptpflichtigen Arzneimittel aus dem Leistungskatalog sowie der neuen Zuzahlungsregelungen.

Experten aus dem Bereich der Selbstverwaltung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenärztliche Vereinigungen, Spitzenverbände der Krankenkassen, Krankenkassen, Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände und Landesapothekerverbände, Prüfausschüsse sowie wissenschaftliche Experten) haben in einer "Agenda 2005" Handlungsvorschläge für die Bundesebene erarbeitet, die den Fortgang dieser positiven Entwicklung unterstützen sollen.

Diese Empfehlung beinhaltet Handlungsfelder wie die Information zur Fettstoffwechsel-Therapie, zu Antidementiva oder zu Antirheumatika; es werden Informationsprogramme in Form von Therapiehinweisen aus den Arzneimittel-Richtlinien oder die Erstellung von Nutzenbewertungen durch das IQWiG

erwähnt, und es werden Fortbildungsangebote, um nur einige Eckpunkte zu nennen, vorgeschlagen.

Alle Beteiligten im Gesundheitssystem können sich nun ihre Handlungsfelder herausuchen, Initiativen mit anderen Partnern ins Leben rufen oder Zielvereinbarungen auf konkrete Sachverhalte ausarbeiten.

Für die KV Brandenburg sind viele Punkte nicht neu, da sie in der Vergangenheit zahlreiche Aktionen zur Ausnutzung von Wirtschaftlichkeitsreserven initiiert hat. Ungeachtet dessen sind unter dieser Agenda weitere Vorhaben geplant.

Im Rahmen des Arzneimittel-Infokonzpts 2005 wurde im Internet die stetig wachsende Informationsplattform "Arzneimittel im Fokus" (www.kbv.de/AmFo) eingerichtet. Hier werden zur Unterstützung einer wirtschaftlichen Pharmakotherapie Empfehlungen und Informationen verschiedener Organisationen hinterlegt. Leider kann deren Aktualität zur Zeit noch nicht befriedigen.

Wer das gesamte Programm der "Agenda 2005" nachlesen möchte, kann unter www.bkk.de im Internet nachschauen.

In der nächsten Ausgaben von "KV-intern" werden wir Sie über weitere Aktionen informieren.

Gesetzliche Pflicht zur Qualitätssicherung bei der Anwendung von Blutprodukten

In § 15 des Transfusionsgesetzes (TFG) vom 07. Juli 1998 ist die Durchführung der Qualitätssicherung bei der Anwendung von Blutprodukten gesetzlich festgelegt.

Demnach müssen Eichrichtungen der Krankenversorgung (Krankenhäuser, Arztpraxen), die Blutprodukte anwenden, ein funktionierendes Qualitätsmanagement betreiben.

Die KVBB bietet Informationsveranstaltungen zu diesem Thema an, bei der

alle Anwender von Blutprodukten gezielt und fachlich kompetent zur Problematik fortgebildet werden sollen.

21.09.2005 15:00-18:00 Cottbus

19.10.2005 15:00-18:00 Frankfurt (O.)

18.11.2005 15:00-18:00 Potsdam

Für Ihre Anmeldungen stehen Ihnen die Mitarbeiterinnen des Bereiches Fortbildung der KVBB unter **01801/5822432** zur Verfügung.

Termin, Ort und Zeit - Änderungen von Fortbildungsveranstaltungen

Seminare für Ärzte

- Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm am 16.11./ 19.11.2005 unter der Leitung von Frau Dipl.-Med. B. Heda, findet in **Bad Liebenwerda** statt;
- Workshop Medizinische Versorgungszentren und Integrationsversorgung am 28.09.2005 findet von **17:00 bis 19:30 Uhr** in Potsdam statt;
- die Fortbildungsveranstaltung "Der HIV-Patient" findet am **02.11.2005** in Cottbus unter der Leitung von Herrn Dr. Güthoff statt.

Niederlassungen im Juni 2006

Planungsbereich Brandenburg Stadt/Potsdam- Mittelmark

Dr. med. Thomas Katlun
FA für Augenheilkunde
Pachhofstr. 32
14776 Brandenburg an der Havel
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Ernst Sack)

Planungsbereich Cottbus

Dipl.-Psych. Ramona Hamann
Psychologischer Psychotherapeut/Ver-
haltenstherapie
Carl-von-Ossietzky-Str. 18,
03046 Cottbus

Planungsbereich Spree-Neiße

Dipl.-Psych. Silke Ahrend
 Psychologischer Psychotherapeut/Verhaltenstherapie
 Lutherstr. 13, 03185 Peitz

Planungsbereich Uckermark

Dr. med. Michael Weber
 FA für Innere Medizin/HA
 Grabowstr. 32, 17291 Prenzlau

**Planungsbereich
Märkisch-Oderland**

Tilo Dahn
 FA für Chirurgie
 Berliner Str. 1,
 16259 Bad Freienwalde
 (Übernahme der Praxis
 von Dr. med. Heinz Harwardt)

Nachzubesetzende Vertragsarztsitze

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

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

**Facharzt/Fachärztin für
Augenheilkunde**

Planungsbereich: Dahme-Spreewald
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 38/2005

**Facharzt/Fachärztin für
Innere Medizin (fachärztlich)**

Planungsbereich: Dahme-Spreewald
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 39/2005

Facharzt/Fachärztin für Chirurgie

Planungsbereich: Cottbus/St.
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 40/2005

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

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

Unter dem Stichwort "Ausschreibung" sind die Unterlagen bis zum **06. September 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. Juli 2005

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 im Zentrum einer Kleinstadt in reizvoller Seenlandschaft (ca. 75 km nördlich von Berlin) zu Beginn 2006 aus Altersgründen abzugeben.

Stabile Fallzahlen; motiviertes Praxispersonal, gute Verkehrsanbindung, (Bundesstraße, Eisenbahn, Wasserstraße)

Chiffre: 05/07/01

Suche

Fachärztin für HNO-Heilkunde sucht KV-Sitz im Raum Potsdam-Mittelmark zur Übernahme.

Chiffre: 05/07/03

Suche

Facharzt für Allgemeinmedizin für die Mitarbeit in einer Einrichtung nach § 311 SGB V (bereits vier Allgemeinmediziner) ab 1.9.2005 gesucht.

Rückfragen an Frau
Dipl. Psy. A. Gerlinger (03379/37 19 63)
oder Herrn König, Geschäftsführer
(03379/37 19 43).

Suche

Medizinische Einrichtung nach § 311 SGB V in Teltow sucht zum 01.10.2005 FA für Allgemeinmedizin oder hausärztlich tätigen Internisten in Anstellung. Gut ausgestattete Praxisräume und konstante Patientenzahlen sind vorhanden.

Kontakt: Med. Einrichtung GmbH Teltow
Lars Lindemann, Tel.: 03328/427315;
mail: geschaeftsleitung@gzg-teltow.de
Potsdamer Str. 7/9 in 14513 Teltow

Biete

Gut gehende, seit Jahren fallzahlstarke Hausarztpraxis im Landkreis Prignitz (Region Wittenberge) sucht für 2006 aus Altersgründen Nachfolger.

Chiffre: 05/07/02

Suche

Bin Facharzt für Innere Medizin. Suche im Raum Cottbus und Umgebung die Möglichkeit, in einer hausärztlichen Praxis als Assistent mitarbeiten zu können.

In den Altkreisen Forst und Guben ist gemäß Sicherstellungsstatut der KVBB die befristete Anstellung eines Sicherstellungsassistenten in einer bestehenden Vertragsarztpraxis möglich.

Chiffre: 05/07/04

Suche

Suche ab November 05 bis ca. April 06 für Praxis Psychiatrie/Psychotherapie, Neurologie in Potsdam-Innenstadt Praxisvertreter/in für ca. 15 Sprechstunden/Woche

Interessenten melden sich bitte per e-mail an: PraxisPotsdam@aol.com

Suche

Facharzt/in für Orthopädie zur Gründung einer modernen Gemeinschaftspraxis mit breitem operativem und konservativem Spektrum in Rathenow gesucht: derzeit Arthroskopien in amb. OP-Zentrum, Stoßwelle; amb. Operieren am örtlichen Krankenhaus. Ausreichende Praxisfläche in neuem Ärztehaus steht zur Verfügung. Geplanter Start 01/2006.

Chiffre: 05/07/05

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

Hausärzte in Brandenburg - vom Lotsen zum Kapitän

Am 14.06.2005 wurde auf dem Sommerfest der AO Brandenburg der Vertrag zur Integrierten Versorgung nach § 140 a ff. SGB V zwischen der AOK Brandenburg, der IKK in Brandenburg und Berlin und dem BDA Berlin/Brandenburg geschlossen. Vertragsunterzeichner ist für den BDA die Hausärztliche Vertragsgemeinschaft (HÄVG).

Es war das Ziel des BDA in den Verhandlungen, die Rolle des Hausarztes zu stärken bei der durch den Gastgeber eingeräumten Gestaltungsmöglichkeiten. Es ist die Kompetenz des Hausarztes im Gesundheitssystem bei der Bewältigung der Gesundheitsprobleme stärker betont worden. Der Lotse wird zum Kapitän.

Die sektorale Versorgungsstruktur soll aufgebrochen werden, der Patient soll aktiver in die Behandlungsprozesse einbezogen werden. Durch den verantwortungsvollen Umgang mit den Ressourcen im Gesundheitswesen, wie bei den Arzneimitteln, bei Doppeluntersuchungen, stationären Behandlungen, Einholen von Zweitmeinungen u. a. sollen Einsparungen erzielt werden, die dann in den Vertrag mit einstrahlen.

Ziel ist es:

- möglichst alle Hausärzte in den Vertrag einzubeziehen, somit keine Einzelverträge mit den Kassen zu schließen;
- die Vergütung der Brandenburger

Hausärzte anzuheben;

- die Koordinierung der medizinischen Behandlung zu verbessern;
- die Einschreibung der Patienten in die DMP-Programme zu verbessern;
- Einsparungen bei Arzneimittelausgaben zu erreichen.

Teilnehmen können alle Hausärzte, die Versicherte der obigen Kassen behandeln. Teilnehmen können alle Versicherten, so sie sich einen Hausarzt suchen und sich an ihn binden.

Erwartet wird von den Hausärzten, dass sie sich an der hausärztlichen Fortbildung beteiligen, Leitlinien in die Behandlung mit einbeziehen, preisgünstige Medikamente verordnen, auch spezielle Weiterbildungen zur Heil- und Hilfsmittelverordnung nutzen sowie Zweitmeinungen gezielt einholen, um damit stationäre Einweisungen gering zu halten.

Zur Vertragsgestaltung gehört natürlich das Honorar:

- Einschreib- und Koordinierungspauschale im ersten Jahr von 15,50 €, ab dem 2. Jahr 14,00 € jährlich;
- besondere Steuerungs- u. Koordinierungspauschale ab dem Einschreibquartal für den Erhöhten bei DMP-Versicherten von 6,00 € je Quartal;
- Gesundheitsgespräch bei Versicherten bis zum 35. Lebensjahr jedes 2. Jahr von 10,00 €.

Damit ist ein Hausarztvertrag in Brandenburg durch den BDA mit den Kassen in ruhiger und offener Atmosphäre verhandelt worden, ohne die KVBB in der Ver-

handlung mit am Tisch zu haben. Ein Beweis für die Sinnhaftigkeit eines starken und zielorientierten Verbandes, der in politisch unruhigen Zeiten sich für die Hausärzte einsetzt.

Bei der Vertragsumsetzung ist uns aber die KVBB als "Dienstleister für die Ärzte" nicht unwillkommen.

Durch die HÄVG ist eine Anfrage zur Angebotsabgabe erfolgt.

Es ist in der Brandenburger Vertragslandschaft ein neuer Vertrag mit modularen Bindungsstellen entstanden, der auch anderen Fachgruppen die Anknüpfung an den IV-Vertrag ermöglicht.

Ein Vertrag mit Handlungsauftrag an die Hausärzte zur kollegialen Ausgestaltung, aber mit allen denkbaren Konstellationen und Kollegen anderer Fachgebiete zum Wohle unserer Patienten.

Der Landarzt Wolf-Rüdiger Boettcher Neu-Fahrland

Abrechnungshilfe für gebeutelte und verarmte Hausärzte!

Am 08. 07. - dem Tag der KBV-Vertreterversammlung - erschien in der Ärztezeitung unter der Rubrik "Abrechnungstipp - Auch an Krebsvorsorge ist zu denken" auf Seite 10 eine Auflistung von Abrechnungsoptionen für den Allgemeinmediziner, praktischen Arzt und hausärztlichen Internisten.

Am Beispiel der Harninkontinenz wird erläutert, welche Abrechnungsketten für den Hausarzt in Frage kommen.

Immer mit Blick auf die als Rechtferti-

gung für die politische und honorarseitige Bevorzugung dieser Arztgruppe herhaltende Behauptung, der Lotse Hausarzt (der laut Herrn Boettcher schon zum Kapitän avanciert ist!!) würde das System so preiswert machen, weil ja die "Kostexplosion" im Gesundheitswesen durch die ach so unwirtschaftlichen und teuer arbeitenden Fachärzte hervorgerufen wäre.

Und genau das wird hier glasklar beschrieben - oder ist hier möglicherweise nur ein dummer Offenbarungseid durchgerutscht?

Listet man die im Abrechnungstipp der Ärztezeitung als nachzulesende Handlungsanleitung einmal in die entsprechenden im EBM vorgesehenen Gebührenordnungsnummern, kommt man zu folgendem Ergebnis:

Ordinationskomplex (03112)	225 Pkt.
hä Grundvergütung (03000)	90 Pkt.
Koordinat. hä Betr. (03001)	835 Pkt.
Ganzkörperstatus (03311)	300 Pkt.
Urinuntersuchung (32030)	0,50
Urinuntersuchung (32031)	0,25
Sonographie (33042)	425 Pkt.
Gesamt:	1.875 Pkt.
zzgl.	0,75

In Euro (bei 4,1 Cent/Punkt) 77,63

Und das alles ohne zusätzlichen Beratungsaufwand - also Vernachlässigung der sprechenden Medizin!

Obgleich - und das erkennen die Frauenärzte und Urologen neidlos an - laut Ärztezeitung die Harninkontinenz zu den häufigen Beratungsursachen im hausärztlichen Bereich gehört, soll es doch gelegentlich auch vorkommen, dass sich Frauen mit diesem Leiden vertrau-

ensvoll (oder ist diese Überhöhung schon unzulässig?) an ihren Frauenarzt oder Urologen wenden. Diese Struktur Schwäche muß bestraft werden! Weil getreu Korff'scher Logik nicht sein kann, was nicht sein darf, wird hier einfach die ärztliche Tätigkeit über den materiellen Hebel unattraktiv gemacht- und das geschieht so:

Sollte also ein Facharzt sich dieses Problems annehmen und damit die Kostenhüter des Gesundheitswesens in Schweißausbrüche treiben, dann darf er wie folgt abrechnen:

Ordinationskomplex (08212)	280 Pkt.
hä Grundvergütung -----	
Koordinat. hä Betr. -----	
Ganzkörperstatus -----	
Urinuntersuchung (32030)	0,50
Urinuntersuchung (32031)	0,25
Sonographie (33043)	230 Pkt.
Gesamt:	510 Pkt.
zzgl.	0,75

In Euro (bei 4,1 Cent/Punkt) 21,66

Na also - da ist doch die Welt wieder in Ordnung!

Der am Ende der Einkommensskala stehende Hausarzt wird endlich gefördert, die überflüssigen Fachärzte werden ins europäische Ausland vergrault und oben drauf wird dem Hausarzt dann auch noch ein Sonderbonus gegeben:

Nimmt er zum Beispiel auch am Hausarztvertrag teil, dann erhält er neben der gerade abgerechneten hausärztlichen Grundvergütung 03000 (für die Koordinierung typischer hausärztlicher Betreuungsleistungen) und der Koordinationsziffer für hausärztliche Betreuung 03001 (für die Koordinierung typischer hausärzt-

licher Betreuungsleistungen) nun auch noch eine Strukturpauschale (für die Koordinierung typischer hausärztlicher Betreuungsleistungen) im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung.

Nicht, dass da irgendwer von den Neidern auf den Gedanken kommt, hier würde eine Doppel- und Dreifachabrechnung erfolgen! Alleine eine solche schon fast kriminalisierende Unterstellung ist ja schon des Teufels! Nein, das alles ist mit den Geldgebern (die eigentlich keines haben!?) so vertraglich vereinbart.

Das ist alles richtig so. Und das ist auch alles wirtschaftlich! Wenn auch nicht preiswerter (als beim Facharzt) - aber wo die objektiven Argumente ausgehen, da hilft die Ideologie. Und gegen die ist kein fachärztliches Kraut gewachsen.

Fragt sich da noch jemand, warum Derjenige, der bislang immer schon "gebauchmietet" war, wenn er als Lotse im System politisch hofiert wurde, nunmehr am Kapitänstisch mit Orden und Lametta Hof halten will?

Nein, Herr Boettcher (seines Zeichen BDA Vorstandsmitglied in Berlin/Brandenburg) glaubt das alles wirklich! Er ist so überzeugt von dieser Ideologie, dass er einen Tunnelblick für die berufspolitischen Erfordernisse bekommen hat.

Macht aber nichts - er hat ja mehrere "Blindenführer": die Krankenkassen stützen ihn tatkräftig!

Übrigens: wenn sich hier ein Augen-Facharzt in seiner Samariterseele angesprochen fühlt: Das alles war nur symbolisch gemeint!

Dr. med. N.N. aus Spechthausen

Herzliche Glückwünsche!



zum 50.

Dipl.-Med. Holger Baumgraß,
Kleinmachnow

Dr. med. Evelyn Geschke, Erkner

Dr. med. Regina Güttner, Rathenow

Dr. med. Jürgen Haak, Frankfurt

Dipl.-Med. Gabriele Hofmann,
Neuruppin

Dipl.-Med. Bernd Julian, Bernau

Dr. med. Margareta Kampmann,
Oberkrämer/OT Schwante

Dipl.-Med. Christine Kissig, Potsdam

Dipl.-Med. Barbara Kneist, Schlieben

Dr. med. Annette Pioch, Perleberg

Dipl.-Med. Regina Richter, Angermünde

Dr. med. Harald Schultz, Wustermark

Dipl.-Med. Ulrike Stöß, Werder

zum 60.

Dipl.-Med. Johannes Jurga, Kyritz

Dr. med. Bärbel Krause, Potsdam

Dipl.-Med. Dietlind Sandmann,
Finsterwalde

Dr. med. Eva Scamoni, Potsdam

zum 65.

Dr. med. Edith Deutscher, Breddin

Dr. med. Dieter Klausnitzer, Potsdam

Dr. med. Margitta Krüger, Falkensee

Dr. med. Gustav-Adolf Küster,
Luckenwalde

Monika Oala, Frankfurt

Dr. med. Bernd Pichelbauer,
Brandenburg an der Havel

Dr. med. Elisabeth Rosenberg, Beelitz

Dr. med. Rainer Scholz, Letschin

Dr. med. Heinz-Rüdiger Wachs, Lychen

Dr. med. Bernd Wegner, Cottbus

Dr. med. Ute-Monika Wilde, Guben

zum 66.

Irene Gerner, Schwarzheide

Dr. med. Bernhard Stähr, Falkensee

Kristin Vetter, Potsdam

zum 67.

Dieter Mittag, Hohenleipisch

zum 68.

Dr. med. Hartwig Bach,
Neuzelle OT Möbiskrüge

Dr. med. Dieter Janke, Wittenberge



Dr. med. Sieghard Scholz,
Brandenburg an der Havel

zum 69.

Dr. med. Konrad Prumbs, Angermünde

Dr. med. Manfred Thiel,
Werder OT Glindow

zum 70.

Dr. med. Klaus Kretzschmar,
Senftenberg

zum 71.

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

zum 74.

Dr. med. Dietrich Bismark, Welzow

zum 76.

MR Dr. med. Christa Meier,
Hohen Neuendorf

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. Juli 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

Kennzeichnung von Leistungen zur künstlichen Befruchtung ab 01.07.2005

Gemäß der Regelung § 27 a (3) SGB V übernimmt die Krankenkasse 50 % der laut genehmigtem Behandlungsplan entstehenden Kosten. Hierunter sind nicht nur die im EBM 2000plus Kapitel III b, Abschnitt 8.5 aufgeführten Leistungen der Reproduktionsmedizin zu fassen, sondern auch entsprechende Begleitleistungen, die einer zusätzlichen Kennzeichnung bedürfen und nicht auf Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe beschränkt sind.

Die betreffenden Leistungen wurden wie folgt festgelegt und sind mit dem Buchstabenanhang "X" direkt an die Gebührennummer zu versehen:

01510X	Beobachtung und Betreuung mehr als 2 Stunden
01511X	Beobachtung und Betreuung mehr als 4 Stunden
01512X	Beobachtung und Betreuung mehr als 6 Stunden
02100X	Infusion
02341X	Punktion II
05310X	Präanästhesiologische Untersuchung
05330X	Anästhesie/Narkose
05340X	Überwachung der Vitalfunktion
05341X	Analgesie
08510X	Erstellung eines Behandlungsplans
08530X	Intrazervikale, intrauterine oder intubare homologe Insemination im Spontanzyklus
08531X	Intrazervikale, intrauterine oder intubare homologe Insemination nach hormoneller Stimulation
08540X	Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermas
08541X	Ultraschallgezielte u/o laparoskopische Eizellentnahme
08542X	Zuschlag zu Nr. 08541X bei ambulanter Durchführung
08550X	In-vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryo-Transfer ggf. als Zygotentransfer u/o als intratubarer Embryo-Transfer
08551X	Maßnahmen zur IVF entsprechend der Leistung nach Nr. 08550X bis zum Ausbleiben der Zellteilung
08552X	Maßnahmen zur IVF entsprechend der Leistung nach Nr. 08550X bis frühestens zwei Tage vor der geplanten Follikelpunktion, vom ersten Zyklustag bis zum Tag des Abbruchs
08560X	In-vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryo-Transfer, einschl. intrazytoplasmatischer Spermieninjektion, ggf. Zygotentransfer u/o als intratubarer Embryo-Transfer
08561X	Maßnahmen zur IVF einschl. intrazytoplasmatischer Spermieninjektion entsprechend der Leistung nach Nr. 08560X bis zum Ausbleiben der Zellteilung

08570X	Humangenetische Abklärung
08571X	Ausführliches schriftliches wissenschaftlich begründetes humangenetisches Gutachten
08572X	Humangenetische Beratung und Begutachtung
08573X	Chromosomenanalyse aus Zellen des hämatopoetischen Systems
08574X	Zuschlag zur Leistung nach Nr. 08573X für die spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen
11311X	Chromosomenanalyse aus Fibroblasten
11312X	Zuschlag zu den Leistungen nach den GNRn 11310 und 11311 für die spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen durch die Anwendung besonderer Techniken
31272X	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2
31503X	Postoperative Überwachung unter Berücksichtigung der Leistungslegende EBM2000plus
31608X	Postoperative Behandlung unter Berücksichtigung der Leistungslegende EBM2000plus
31609X	Postoperative Behandlung unter Berücksichtigung der Leistungslegende EBM2000plus
31822X	Anästhesie und/oder Narkosen unter Berücksichtigung der Leistungslegende EBM2000plus
32354X	Lutropin (LH)
32356X	Östradiol
32357X	Progesteron
32575X	HIV-1- u/o HIV-1/2-Antikörper-Nachweis mittels Immuno-assay
32576X	HIV-2-Antikörper-Nachweis mittels Immunoassay
32577X	HIV-Antikörper-Nachweis mittels Immunfluoreszenz
32660X	HIV-1- u/o HIV-2-Antikörper (Westernblot)
32781X	Hepatitis B-Oberflächenantigen (HbsAG)
32851X	Chromosomenanalyse aus Fibroblasten
32852X	Zuschlag zu den Leistungen 32850X und 32851X
32855X	Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten genomischen Mutation mittels Hybridisierung menschl. DNA
32856X	Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten genomischen Mutation mittels Amplifikation menschl. DNA
32857X	Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten genomischen Mutation mittels Sequenzierung menschl. DNA
33043X	Sonographie Uro-Genital-Organen mittels B-Mode-Verfahren
33044X	Sonographie weibliche Genitalorgane
33090X	Zuschlag bei transkavitärer Untersuchung unter Berücksichtigung der Leistungslegende EBM 2000plus

“Vielleicht klappt es im nächsten Jahr besser mit einer
Urlaubsvertretung!”

Zeichnung: **A. Purwin**