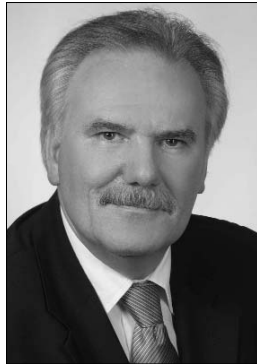


Liebe Kolleginnen und Kollegen

Brandenburg ist schon was Besonderes! Es scheint so, als würden wir hier immer Spitzenreiter oder Schlusslicht sein.

Dies bestätigte sich erneut am 14. November, dem Termin der Verhandlungen vor dem Landesschiedsamt zur Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung - kurz MGV - für das Jahr 2009. Nachdem schon in einer Reihe von Ländern der Bundesrepublik die Schiedsämter zu Ergebnissen geführt haben, andere KVen mit den Kassen sogar gänzlich ohne Schiedsamt auskamen und auch ordentliche Ergebnisse verhandelten, wurde bei der Eröffnung der Verhandlungen den Krankenkassen und dem Vorsitzenden des Schiedsamtes, Herrn Prof. Heberlein, noch einmal sehr deutlich in Erinnerung gerufen, dass in Brandenburg die ältesten und kränksten Menschen zu versorgen sind, dies von den wenigsten (und ebenso ältesten) Ärzten. Besonderer Wert wurde zudem darauf gelegt, noch einmal sehr eindringlich darauf hinzuweisen, dass all dies auch noch mit dem geringsten Finanzaufwand von uns Ärzten in sehr hoher Versorgungsqualität geleistet wird.



Und damit es nicht in Vergessenheit geriet, wurde auch noch einmal darauf verwiesen, was die Zielstellung des Gesetzgebers im WSG war, als er die Aufhebung der Budgetierung, die Angleichung der Osthonorare an die im Westen, die Rückverlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Kassen, eine Finanzmittelaufstockung zum Teilausgleich der jahrelangen Budgetierung und eine Euro-Gebührenordnung beschloss.

Aber bekanntlich hat der Mensch ja zwei Ohren: eins für „rein“ und eines für „raus“. Offenbar waren die Ohren der Kassenvertreter auf Durchgang geschaltet, denn was in der Verhandlung über 17 Stunden angeboten wurde, erschließt sich einer objektiven Bewertung nur äußerst schwer! Einerseits wird in der Öffentlichkeit den Beitragszahlern suggeriert, die Beitragssatzsteigerungen würden wegen der nimmersatten Ärzte, die von der Politik 2,7 Milliarden Euro in den Rachen geworfen bekämen, bezahlt werden müssen – und andererseits wollen die Kassen das Geld am liebsten behalten und die auf Brandenburg entfallenden lediglich 100 Millionen Euro nicht für die ambulante Medizin ausgeben.

Aber es gab auch ein Angebot der Kassen: Wir könnten ja auch mal über die Absenkung der DMP-Vergütungen verhandeln! Ob dies etwas mit der vorgerückten Stunde um 4 Uhr morgens zu tun hatte?

Ihr

Dr. med. Hans-Joachim Helming

Vorsitzender des Vorstandes der KV Brandenburg

Inhalt	Seite
Berufspolitik	
Editorial	1
“Nach 17 Stunden haben wir die Reißleine gezogen!” Aktuell im Gespräch mit MUDr./CS Peter Noack, stellvertretender Vorsitzender der KVBB, unmittelbar nach dem Scheitern im Landesschiedsamt	4
Müller versus Müller oder der Streit um die Frage: Delegation oder Substitution? “KBV-kontrovers” machte seinem Namen alle Ehre - Anmerkungen	7
Zuschläge zu Wegepauschalen	10
Neues Monopol?!	11
Praxis aktuell	
Honorarverteilung im II. Quartal 2008	12
Umverteilung - Kommentar	16
Abgabetermine der Quartalsabrechnungen 2009	17
Umfangreiche Aktualisierungen zu allen DMP-Verträgen	18
Diagnose- und Prozedurenkodierung	20
Miteinander reden ...	22
Kostenerstattung bei Schwangerschaftsabbrüchen	23
Die “KVBB-Abrechnungsmanager” - erste Schritte für ein Pilotprojekt	24

Patienten profitieren von verbesserter interdisziplinärer Zusammenarbeit - Im Gespräch mit Martin Bohl-Bühler	26
Neue Regelungen bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall	28
Probleme mit Arzneimittel-Reimporten	28
Elektronische Vernetzung - Einstieg in eine “neue Welt” Im Gespräch mit Sören Friedrich	29
Ernährungsratgeber Cholesterin - Buch-Tipp	31
Sicherstellung	
Niederlassungen im Oktober 2008	32
Zulassungen und Ermächtigungen	34
Zulassungssperren	37
Nachbesetzungen	38
Service	
Praxisbörse	39
Fortbildungen	41
“Gemeinsam für Pflege” - Modellprojekt initiiert 15. Brandenburgischer Selbsthilfetag in Strausberg	44
Glückwünsche	45
Wichtige Servicenummern der KV Brandenburg	47
Impressum	48



„Nach 17 Stunden haben wir die Reißleine gezogen!“

Aktuell im Gespräch mit **MUDr./CS Peter Noack**, stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KV Brandenburg, unmittelbar nach dem Scheitern im Landesschiedsamt

Herr Dr. Noack, früh um vier Uhr haben die Schiedsamtsteilnehmer der KV Brandenburg die Verhandlungen mit den Kassen abgebrochen. Sie waren dabei, warum ist die KVBB-Crew aufgestanden und gegangen?

Wir haben am Freitag Vormittag um 11 Uhr begonnen, das heißt, am Samstag früh um vier waren wir 17 Stunden in Verhandlungen. Da hatten wir längst den Punkt erreicht, wo sachlich-inhaltliche Diskussionen nur noch sehr schwer zu führen sind. Wir waren uns einig, dass wir gewissermaßen die Reißleine ziehen mussten.

Heißt das, die Verhandlungen sind gescheitert?

Nein, von einem Scheitern kann keine Rede sein. In einem solchen Fall muss innerhalb der kommenden 14 Tage ein neuer Verhandlungstermin anberaumt werden.

Und der ist gefunden?

Ja, wir haben uns auf den 28. November geeinigt.

Das ist sehr spät.

Früher wäre mit Blick auf die so schnell wie möglich an die Ärzte zu übermittelnden Informationen sicher besser gewesen, aber es war nicht möglich. Und so müssen wir damit leben.

Nach den mit Blick auf die verbleibende Zeit nicht unwichtigen formalen Aspekten – warum war ein inhaltlicher Kompromiss mit den Kassen so schwierig?

Es ist für beide Seiten Neuland, das wir erschließen müssen. Und der Teufel steckt gewaltig im Detail, so dass sehr schnell schon fast gefundene Kompromisse wieder zerredet wurden. Trotzdem haben wir letztlich Kompromisse durch Mehrheitsentscheidungen gefunden.

Welche?

Wir haben uns mit den Kassen im Prinzip auf die Struktur der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung für 2009 geeinigt.

Was heißt das konkret?

Ich beginne einmal mit den Kröten, die wir haben schlucken müssen. Der Bereitschaftsdienst muss weiter, so wie bisher auch, aus der Morbiditätsorientierten Gesamtvergütung finanziert werden. Das wollten wir anders, aber hier konnten wir uns nicht durchsetzen.

Wo noch nicht?

Wir mussten akzeptieren, dass die Krankenkassen nicht alle Sonderverträge in 2009 weiterführen und dass sie nicht das Risiko für die Finanzierung der Psychotherapie übernehmen.

Und welche Kröten mussten die Kassen schlucken, um einmal im Bild zu bleiben?

Nun, die Kassen mussten akzeptieren, dass die Dialyse-Sachkosten sowie alle bislang extrabudgetären Leistungen – beispielhaft nenne ich das ambulante Operieren und die Prävention – auch in 2009 extrabudgetär bleiben. Und, das ist sehr wichtig, dort, wo es notwendig ist, werden die Kassen Zusatzpunktwerte zahlen.

Wie bewerten Sie den gefundenen Kompromiss?

Mit den Dialyse-Sachkosten und den extrabudgetär finanzierten Leistungen ist uns etwas gelungen, was andere KVen so nicht verhandeln konnten. Darüber sind wir froh. Über die Kröten natürlich nicht, aber so ist das, wenn man Kompromisse schließen muss.

Sie sagten, dass es bei den arztbezogenen Regelleistungsvolumen, kurz A-RLV, zu keiner Einigung gekommen ist. Genau auf diese Information warten jedoch Ihre Kolleginnen und Kollegen.

Wir hätten natürlich auch hier gern am 14. November ein Ergebnis erzielt. Aber ich sagte ja eingangs, nach 17 Stunden mussten wir die Reißleine ziehen. Vor dem Hintergrund einer möglichen Fehleinschätzung bei der Bildung der A-RLV war unser Entschluss, die Verhandlungen abzubrechen mit Sicherheit der richtige.

Was meinen Sie mit möglichen Fehleinschätzungen?

Es geht im Kern um das komplizierte Verhältnis von zu bildenden Rückstellungen einerseits und der Auszahlung von festgesetzten Fallwerten innerhalb der A-RLV sowie der Auszahlung von abgestaffelten Preisen bei Leistungen, die das RLV überschreiten, andererseits.

Das klingt in der Tat kompliziert.

Um stabile Preise im A-RLV zu behalten, benötigen wir auch einen stabilen Verrechnungsmechanismus zwischen den Rückstellungen und dem abgestaffelten Leistungsbereich. So etwas wie eine Finanzmenge zum Jonglieren, um ausgleichen zu können ...

Das klingt stark nach Risikomanagement. Sollte das nicht auf die Kassen übergehen?

Eigentlich ja, zumindest ist das immer wieder politisch behauptet worden. Im Gesetz ist jedoch geregelt, dass die vereinbarte Morbiditätsorientierte Gesamtvergütung durch die Kassen mit befreiender Wirkung gezahlt wird.

Wir konnten in den Verhandlungen hier auf Landesebene vereinbaren, dass die Gelder, die durch nicht ausgeschöpfte RLV auch nicht ausgezahlt werden kön-

nen, trotzdem bei uns als KV bleiben und eben nicht an die Kassen zurückfließen, wie diese es eigentlich wollten.

Also letztlich doch ein aus unserer Sicht positives Ergebnis?

Unter den gegebenen Umständen sicherlich. Etwas sarkastisch könnte man sagen, wir sind es ja seit Jahren gewohnt, mit diesem Risiko zu leben.

Nun einmal Butter bei die Fische: Wieviel Geld wird im Jahr 2009 mehr für die Honorierung zur Verfügung stehen? Die KBV hatte ja rund 13 Prozent für Brandenburg avisiert.

Es wird definitiv mehr Geld zur Verteilung zur Verfügung stehen. Nach jetzigen Berechnungen zwischen 10 und 13 Prozent. Die erste Abrechnung 2009 wird dann zeigen müssen, wie viel es tatsächlich ist.

Sie hatten es schon erwähnt – Ihre Kolleginnen und Kollegen warten auf detaillierte Informationen.

Der 1. Januar ist nicht mehr weit.

Ich gehe davon aus, dass wir am 28. November ein endgültiges Ergebnis bekommen. Erst danach können wir den Ärzten detaillierte Informationen zusenden.

Das heißt?

Jeder Arzt erhält seinen Zuweisungsbescheid für das RLV in Euro, die Euro-Gebührenordnung sowie weitere Informationen, die er für seinen Praxisalltag benötigt.

Am 6. und 13. Dezember finden zwei große Informationsveranstaltungen in Cottbus und Potsdam statt. Wie ist der Stand der Vorbereitung?

Wir haben für Potsdam über 450 Anmeldungen, für Cottbus am 6. Dezember erst rund 200. Hier, denke ich, werden sich aber noch viele Ärzte für eine Teilnahme entscheiden. Wir bereiten uns jedenfalls detailliert und sehr intensiv auf diese Veranstaltungen vor.

Apropos Vorbereitung. Die zurückliegenden Wochen und Monaten brannte in den Räumen der KV meist bis spät in die Nacht das Licht ...

Richtig, hier wurde und wird noch oft bis an die Leistungsgrenze gerechnet, wieder verworfen, neu gerechnet. Es ist einem Außenstehenden leider nur sehr schwer zu vermitteln, wie viel akribische Kleinarbeit solchen Verhandlungen vorausgeht, sie begleitet und danach weitergeführt werden muss. Hier haben die betreffenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der KV eine sehr gute Arbeit geleistet, wofür ich ihnen von dieser Stelle herzlichen Dank sage.

Herr Dr. Noack, und Ihnen vielen Dank für das Gespräch so unmittelbar nach dem 17-Stunden-Marathon.

Gefragt und notiert von Ralf Herre

Müller versus Müller oder der Streit um die Frage: Delegation oder Substitution?

„KBV-kontrovers“ machte seinem Namen alle Ehre – Anmerkungen

„AGnES und Co: Wird die Schwester bald zum Doktor?“ – das Motto des herbstlichen „KBV-kontrovers“ jüngst in Berlin versprach ein Streitgespräch, und es wurde ein Streitgespräch. Das lag – natürlich – insbesondere am Thema. Aber dann waren es vor allem die Diskutanten, die die Stimmung anheizten.

Der KBV-Chef ließ es sich nicht nehmen, ins Thema einzuleiten. Ärzte könnten nicht alles allein machen, so sein Credo, und damit spielte er nicht nur auf den Ärztemangel an. Vielmehr unterlegte er seine These mit aufrüttelnden Zahlen: Lediglich 14 Prozent der 55- bis 64-Jährigen leide nicht an chronischen Krankheiten, bei den über 65-Jährigen seien es gerade einmal 7 Prozent.

Um auch in den kommenden Jahren eine gute medizinische Versorgung zu organisieren, bedürfe es neuer Versorgungsstrukturen. Wer macht was? Sollte es eine Neuaufteilung der Leistungen geben? Und welcher Qualifikationen bedürfen diese dann?

Während der KBV-Vorsitzende Dr. Köhler ebenso wie sein Vize Dr. Müller die Zukunft in der Delegation bestimmter bislang ärztlicher Leistungen sieht, also letztlich in einer Arzt-Entlastung,

plädiert die Präsidentin des Deutschen Pflegerates, Marie-Luise Müller, vehement für einen Paradigmenwechsel.

Die Ärzteschaft sei „längst nicht mehr die Alleinherrschende“ im Gesundheitswesen. „Die Verordnungshoheit allein beim Arzt ist ein Relikt aus der Vergan-

Rettenversuch!

„AGnES“ retten oder untergehen lassen? So zugespitzt muss die Situation beschrieben werden, wenn es um den aktuellen Zustand dieses Modell-Prestige-Projektes des brandenburgischen Gesundheitsministeriums geht. Fördermittel fließen keine mehr, und auch die Überbrückungsfinanzierung durch die Landesregierung ist ausgefallen.

Genau aus diesem Grund hat das MASGF enormen, auch öffentlichen Druck auf die Selbstverwaltung aus Ärzteschaft und Kassen ausgeübt, wurde das Projekt als solches schon fast glorifiziert, wohl wissend, dass dem so nicht ist und viele Baustellen noch zu beenden sind, eh eine solche oder ähnliche Struktur auf eigenen Beinen stehen könnte.

Dabei ist der Ansatz durchaus sinnvoll; in Problemregionen mit wenig Ärzten, vielen älteren, überwiegend chronisch kranken Menschen und weiten Wegen zwischen Patient und Arztpraxis, die Struktur einer medizinisch qualifizierten Person, die den Hausarzt direkt unterstützt, ihn entlastet, vorzuhalten. Ist dies eine Schwester aus der Praxis des Hausarztes – umso besser, denn dann kennt sie die Patienten, deren Umfeld und in der Regel auch die jahrelange Genese so mancher Erkrankung.

genheit. Es ist überlebt!“ – so die streitbare Präsidentin. Benötigt werde eine „Familien-Gesundheitsschwester“, die bereits frühzeitig den Menschen zur Seite stehe. Der Heilkunstvorbehalt sei kein Modell, um die Gesundheitsversor-

gung in den nächsten Jahrzehnten sicherzustellen. Nein, es gehe nicht um Delegation, sondern um Substitution.

Es entwickelte sich ein emotional ausgeprägter Streit, bei dem das eigentliche Thema – „Wird die Schwester bald zum

Doktor“ – auf der Strecke blieb. Leider. Denn der Ansatz jener Modelle, die seit geraumer Zeit in den neuen Bundesländern erprobt werden, hat eben nichts mit der Einbeziehung der Pflege zu tun, sondern setzt vielmehr auf die enge Verflechtung von Arzt und Praxispersonal.

Was durchaus Sinn macht. Denn die Schwester oder Arzthelferin kennt in der Regel bestens die Patienten und deren häusliches Umfeld und hat kurze Kommunikationswege zum Arzt. Hier neue Schnittstellen zu etablieren durch eigenständig agierende Pflegekräfte, macht in der Praxis wenig Sinn.

Doch so einfach dies auch klingen mag – die Wirklichkeit sieht anders aus. Denn es geht eben nicht nur um neue Versorgungsstrukturen, es geht auch und vor allem um viel Geld, um Macht und Einfluss auf zukünftige Strukturen.

Eine solche Struktur muss jedoch finanziert werden. Von Anbeginn des Modellprojektes hatte die KV, hatte die Hausärzteschaft klar gesagt: Die Finanzierung dieser Leistungen kann nicht aus dem Honorartopf der Ärzte erfolgen. Soll sie auch nicht, lassen Sie uns erst einmal anfangen, es wird eine Lösung gefunden – so die damals gegebenen Antworten der Verantwortlichen im MASGF.

Nun sind die zweieinhalb Jahre „Probelauf“ vorbei, doch in Sachen Finanzierung haben wir die gleiche Situation wie vorher; sie ist unklar. Projekt beenden? Sicher wäre das eine Möglichkeit. Allein, sie scheint dann doch nicht die sinnvollste. Denn auch die Probleme gerade in den ländlichen Regionen werden nicht geringer, sondern spitzen sich hier und da sogar noch zu.

Deshalb haben sich die KV Brandenburg und die Hausärzteschaft entschlossen, für die Weiterführung dieses Modellprojektes – und nur dieses! – als Übergangslösung gemeinsam mit den Landes-Krankenkassen eine Teilfinanzierung vorzunehmen.

Diese Bereitschaft, dieses „In-die-Bresche-Springen“ der Ärzteschaft sollte jedoch nicht missverstanden werden. Es ist definitiv kein Präjudiz dafür, in Zukunft eine solche Struktur aus ärztlichen Honoraren zu finanzieren. Selbst wenn sich auf Bundesebene der Spitzenverband Bund der Krankenkassen noch mit der KBV auf eine Position im EBM verständigen sollten, muss dafür erst zusätzliches Geld durch die Kassen bereitgestellt werden, um dann solche Strukturen zu finanzieren.

Dieses Ja der Ärzteschaft zu einer begrenzten Teilfinanzierung ist also der Versuch einer Rettung. Er ist nicht die Rettung, wenn es in 2009 nicht zur finanziellen Untersetzung dieser Leistungen kommt. Dann wäre das Prestige-Modell-Projekt endgültig gescheitert! **R.H.**

Und so konnte man sich des Eindrucks nicht erwehren, dass insbesondere die Pflegerats-Präsidentin ihren Auftritt mehr als Lobbyistin denn als Sachwalter von Patienteninteressen verstand.

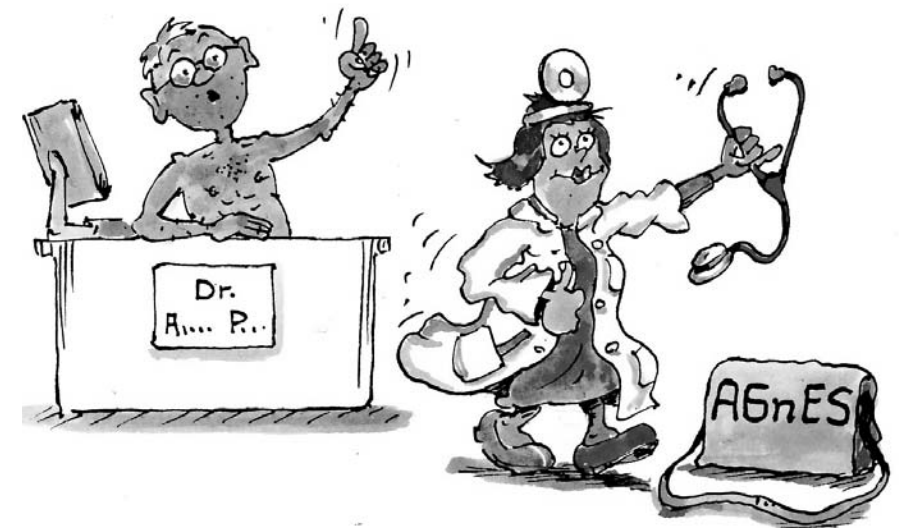
Schade, dass bei dieser Diskussion die praktischen Beispiele so gar keine Rolle spielten. Wie sind die „AGnES“, „MoPra“ und „Verah“ in der Modell-Wirklichkeit angekommen? Welche Verallgemeinerungen lassen sich daraus ableiten? Wo liegen die Unterschiede, die Vor- und Nachteile der einzelnen Modelle?

Die Diskussion im Auditorium verdeutlichte, dass außer Marie-Luise Müller alle die Ausgangsfrage, ob die Schwester bald den Doktor ersetze, mit einem

klaren Nein beantworteten. Und auch die Präsidentin des Pflegerates ließ sich nicht zu einem Ja hinreißen, favorisiert sie doch den Einsatz bestens geschulter Pflegekräfte. Woher sie diese jedoch nehmen wolle – darüber schwieg die ansonsten Redselige.

Angesichts der Tatsache, dass das Gros der in Deutschland tätigen Pflegekräfte aus dem Ausland kommt und noch nicht einmal 10 Prozent über die von Frau Müller gepriesene akademische Qualifikation verfügt, bleibt der bittere Beigeschmack dieser eigentlich so wichtigen Diskussion; es war leider eine eher theoretische. Schade.

R.H.



“Nach Ihrem Einsatz kriege ich aber alles wieder, Schwester!”

Zeichnung: **A. Purwin**

Zuschläge zu Wegepauschalen

900.000 Euro zweckgebunden als Zuschläge zu den Wegepauschalen für Hausbesuche im hausärztlichen Bereich im Jahr 2008 – dieses Ergebnis brachten die intensiven Verhandlungen der KVBB mit der AOK Brandenburg.

Verhandelt wurde noch einmal die gleiche Summe für den fachärztlichen Bereich. Sie wird anteilmäßig auf die einzelnen Honorartöpfe verteilt.

Diese Verhandlungen wurden begleitet durch energische Proteste vieler Ärzte insbesondere in den ländlichen Regionen. Lange Wege und die hohen Sprit-

preise hatten für viele Ärzte die Hausbesuche zum Zuschussgeschäft werden lassen. Angesichts dieser Entwicklung hatte ein Großteil der Ärzte in einer Fax-Aktion an die KVBB angekündigt, die Hausbesuche auf ein Minimum zu reduzieren.

Andere Kassen wie die IKK und BKK zahlen die Zuschläge zu den Wegegebühren in 2008 so weiter wie in 2007. Allein die Ersatzkassen sehen keine Veranlassung, die Wegepauschalen 2008 in relevanter Höhe anzupassen, sondern beharren auf einer Steigerungsrate von 0,64 Prozent.

Jeder zweite Medizinstudent ins Ausland?

Über 70 Prozent der Medizinstudenten an deutschen Universitäten tragen sich mit dem Gedanken, das Land nach dem Ende des Studiums zu verlassen. Dies ergab eine aktuelle, bislang noch nicht veröffentlichte Umfrage der Uni Bochum unter 4.000 Medizinstudenten in ganz Deutschland.

Als Hauptgründe wurden die hohe Arbeitsbelastung (80 Prozent), die geringe Bezahlung (60 Prozent) sowie der Stress am Arbeitsplatz (58 Prozent) genannt.

Angesichts der Tatsache, dass in den kommenden drei bis fünf Jahren allein in Brandenburg rund 400 Haus- und noch einmal so viele Fachärzte das 65. Lebensjahr erreichen und ein Großteil von ihnen aufhören wird, ist das ein alarmierendes Umfrageergebnis. Es verdeutlicht, dass intensive Anstrengungen im

gesellschaftlichen Konsens unternommen werden müssen, um den ärztlichen Nachwuchs in Deutschland zu halten und für eine aktive Tätigkeit am Patienten zu gewinnen.

Neben einer, insbesondere im Osten, endlich der erbrachten Leistungen adäquaten Vergütung, gilt es vor allem auch, die bürokratischen Belastungen in den Arztpraxen zu reduzieren. Zugleich sollte intensiver über neue Versorgungsformen gerade in den ländlichen Regionen nachgedacht werden.

Der Frage, welche Leistungen zukünftig von wem erbracht werden, ist dabei wachsende Aufmerksamkeit zu schenken. Dabei kann es jedoch nicht so sein, dass allein die preiswerteste Variante der Versorgung das Ziel ist. Der hohe Qualitätsstandard in deutschen Praxen darf auf keinen Fall nivelliert werden! **-re**

Neues Monopol?!

Unterschätze mir die Bayern nicht! Geschick eingefädelt – prompt umgesetzt. Die Zeit war extrem günstig und das haben die hausärztlichen Strategen um ihren umtriebigen Geschäftsführer Mehl erkannt.

So platzierten sie geschickt im unmittelbaren Vorfeld des bajuwarischen Landeshauptwahlkampfes ihr Thema: Flächendeckende Hausarztverträge, die nicht mit der KV-Struktur, sondern mit einem Verband abgeschlossen werden, sagen wir, abgeschlossen werden können, nicht unbedingt müssen. Letzteres tritt erst dann ein, wenn 50 Prozent der Hausärzte eines Landes im gleichnamigen Verband Mitglied sind – dann nämlich müssen die Kassen mit dieser Gruppierung einen Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung abschließen. Bis spätestens zum 30. Juni kommenden Jahres.

Die Bayern haben diese Gesetzesänderung eingebracht, der Bundestag hat sie beschlossen. Soweit die nüchterne Wahrheit. Was jedoch bedeutet dies für die Versorgungslandschaft?

Erstmals in der Geschichte wird einem freien Verband ein Sicherstellungsauftrag außerhalb der Körperschaft übertragen. Was so trocken klingt wie der Name des oben genannten Geschäftsführers, hat jedoch für die Versorgung fatale Folgen. Es ist der Beginn eines sich rasch ausbreitenden Flickenteppichs in der ambulanten medizinischen Versorgung.

Statt einer einheitlichen flächendeckenden Versorgung entsteht eine lückenhaf-

te, die je nach Gustos sich jedes Jahr aufs Neue verändern wird, zumindest kann. Denn anders als Körperschaften öffentlichen Rechts, wie die KVen, sind freie Verbände nicht in die Pflicht zu nehmen.

Die Krankenkassen, mit Jahresbeginn 2009 schon bei der Festlegung der Beitragssätze enthauptet, müssen sich nun auch noch den unsicheren Verhandlungspartner vorschreiben lassen. Ganz abgesehen davon, dass die neuen Zahlenspielerereien, wie viele Hausärzte repräsentiere ich im Ländle, schon recht bald ihre Blüten zu treiben beginnen werden.

Man darf auch gespannt sein darauf, inwieweit sich unter dem verbalen Deckmantel von „Wettbewerb“, den sich die amtierende Bundesregierung permanent überwirft, das neue Monopol Hausarztverband erklären lässt.

Vielleicht jedoch ist die Vorfremde der Hausarztstrategen im Bund verfrüht. Erste Reaktionen führender Kassenvertreter signalisieren bereits jetzt deren Unbehagen. Trotz der Jahrzehnte harter Verhandlungen mit den KVen sind diese für die Kassen ein verlässlicher Partner, der kompetent die wohnortnahe, flächendeckende Versorgung ihrer Versicherten sichert.

Inwieweit diese Attribute auch von anderen in der Grundversorgung erfüllt werden (können), wird sich beweisen müssen. Skepsis ist angebracht. Und das vor allem auch aus Sicht der Versicherten!

R.H.

Honorarverteilung im II. Quartal 2008

Die Honorarverteilung II/2008 erfolgte auf der Basis der abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen für das Jahr 2007, ohne Steigerungssätze für das Jahr 2008, die mit Ausnahme der Knappschaft bisher nicht mit den Kassen verhandelt werden konnten.

Mit der Knappschaft schloss die KBV eine Vergütungsvereinbarung für 2008 ab, die größtenteils in diesem Quartal bereits umgesetzt werden konnte.

Auch im II. Quartal 2008 ist durch die Einführung des EBM 2008 eine weitere Leistungsbedarfssteigerung zu verzeichnen. Dies dürfte dazu beigetragen haben, dass im Ersatzkassenbereich erneut die Einstellung eines Betrages aus Rückstellungen in Höhe von 2,2 Mio. Euro zur Gewährleistung der Finanzierung der Mindestpunkt- werte aller fachärztlichen Honorarfonds notwendig war, und somit eine stabile Honorarsituation gewährleistet werden konnte.

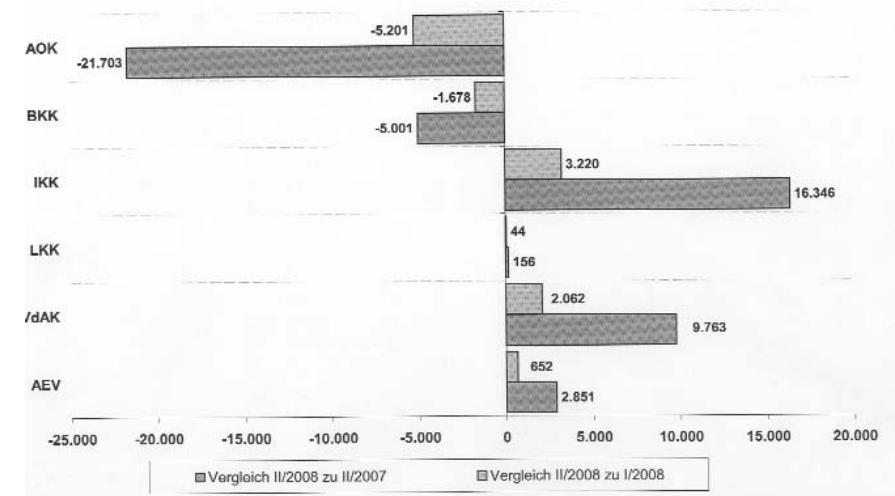
Honorarfonds II/2008		
	Primärkassen	Ersatzkassen
budgetierte Gesamtvergütung (eig.u.fremde Ärzte) <small>ohne Einstellungen/Rückstellung bzw. Stützung, inkl. FKZ Einnahmen fremde Ärzte</small>	91,0 Mio. €	73,0 Mio. €
<i>Ausgleich von Quartalsschwankungen</i>	0,0 Mio. €	2,2 Mio. €
<i>davon fremde Ärzte (Schätzung FKZ)</i>	-12,6 Mio. €	-12,6 Mio. €
<i>abzügl. budgetierte Kosten (u.a. Labor)</i>	-10,5 Mio. €	-6,8 Mio. €
<i>abzügl. Bereitschaftsdienst-Pauschalen</i>	-1,6 Mio. €	-0,9 Mio. €
Aufteilung Honorarfonds		
Honorarfonds "Hausärzte"	36,8 Mio. €	24,2 Mio. €
Honorarfonds "Fachärzte"	28,4 Mio. €	28,7 Mio. €
<small>- davon 0,25 Mio. € PK für Ergänzungsvereinbarung DMP AOK</small>		
Honorarfonds "Psychotherapie"	2,2 Mio. €	2,8 Mio. €
<small>- davon 0,78 Mio. € PK und 0,75 Mio. € EK Stützg. gem. Protokollnotiz HVV</small>		
nicht budgetierte Vergütung	32,3 Mio. €	15,0 Mio. €
<i>darunter</i>		
Dialysesachkosten	12,0 Mio. €	3,0 Mio. €
DMP	4,8 Mio. €	2,1 Mio. €
Strukturvertrag Diabetes (inkl. Erg.-Vereinb.)	1,0 Mio. €	0,5 Mio. €
Prävention/ Substitution/ Schutzimpf.	6,8 Mio. €	5,4 Mio. €
neue Leistungen	1,6 Mio. €	1,5 Mio. €
Strahlentherapie	0,91 Mio. €	0,68 Mio. €
Belegärztliche Leistungen	0,07 Mio. €	0,05 Mio. €
Sonstige n.b. Leistungen		
<small>inkl. amb. Operieren, sofern nicht aus AG-HF finanziert</small>	5,1 Mio. €	1,7 Mio. €

Die ab 2008 neu in den EBM aufgenommenen Leistungen der Beratung gemäß Chroniker-Richtlinie und Chlamydien-Screening werden von fast allen Kassen vor- erst mit dem jeweiligen Präventionspunktwert vergütet. Ausnahmen bilden die BKKn, die für die Beratung gem. Chroniker-Richtlinie nur 4,0 ct zahlen, sowie die Ersatzkassen, die für beide Leistungen mit 4,2 ct einen geringeren Punktwert ange- boten haben. Diese Punktwerte können demzufolge auch nur zur Auszahlung gelan- gen.

Bezüglich der Bundesempfehlung zur Vergütung der Leistungen der Strahlentherapie wurden für die IKKn und BKKn sowie für die Knappschaft bereits höhere als im HVV vereinbarte Punktwerte verhandelt und der aktuellen Honorarverteilung zu Grunde gelegt.

Wie bereits in „KV-intern“ 6/2008 informiert, ist der Mindestpunktwert für antrags- pflichtige Leistungen des Abschnittes 35.2 EBM der ausschließlich psychotherapeu- tisch tätigen Vertragsärzte und -therapeuten gemäß der 151. Sitzung des Bewer- tungsausschusses ab diesem Quartal auf eine Höhe von 3,95 ct angepasst worden.

Mitgliederentwicklung Brandenburger Krankenkassen
- Vergleich II/2008 zu I/2008 und II/2007 -



Die Mitgliederentwicklung über alle Kassen im Bereich der KV Brandenburg verläuft insgesamt konstant. Der bei der AOK und den BKKn zu verzeichnende Mitglie- derrückgang wird auch in diesem Quartal durch den jeweiligen Mitgliederzuwachs bei den Ersatzkassen und den IKKn ausgeglichen.

Punktwerte der KV Brandenburg (in Cent) - II/2008 -

1. Punktwerte im Honorarfonds "Präventionen, Einzelleistungen"										
	AOK	BKK	IKK	LKK	KN	VdAK/ AEV (EK)	übrige KT- EGO *)			
Kinderfrüherk. (GNRn 01710 - 01719, 01721 - 01722)	4,2	4,5	4,6	5,11	4,7	4,25	4,25			
J 1 ²⁾ (GNR 01720)		4,2	40,39 €							
Gesundheitsunters. (GNR 01732)		4,0								
Beratung Chroniker RILJ (GNR 01735)		4,35	4,6							
Präventionen ohne GNRn 01710 - 01722, 01732, 01735		4,5								
präventive Koloskopie		4,25								
Substitution		4,2								
Photodynamische Therapie		4,5								
Mamma MRT		4,2								
Soziotherapie		4,2	4,6					4,7	4,7	4,25
ICSI	4,2	4,2	4,6	4,7	4,7	4,25	4,25			
Immunapherese										
med. Reha (GNR 01611)										
Polysomnographie										
Psychiatr. häusliche Krankenpflege										
MRT- Angiographie										
Neugeborenen Screening										
Schmerztherapie										
Akupunktur										
Phototherapeutische Keratektomie										
Chlamydien-Screening	4,2		5,11	4,7	4,2					
Belegärztliche Leistungen	4,2	4,3	4,2	4,7	4,7	4,2				
Strahlentherapeutische Leistungen	2,5	3,4	3,5	2,5	4,7	3,5				
Mammographie-Screening				4,9						
AOP gem. Vertrag § 115b Abs. 1 SGB V Abschn. 31.2 EBM gem. Anlage 1 und Anästhesien in Zshg. hiermit, sowie GNRn der Abschn. 2 Anlage 1 ³⁾ GNRn der Abschn. 3 Anlage 1	4,2	4,3	4,2	4,3	4,7	4,0 + 0,2	-			
Leistungen nach Abschn. 31.1, 31.3 + 31.4 EBM					4,7					
sonstige vom Krankenhaus veranlasste Leist. ⁴⁾					3,7					
Begleitleistungen Pathologie und Radiologie ^{2) 4)}					4,7					
2. Punktwerte im Honorarfonds "Labor"										
Punktzahlleistungen	3,5									
3. Punktwerte im Honorarfonds "Hausärzte"										
	RLV	RPZV gem. § 7 Abs. 3 HVV	RLV	RPZV gem. § 7 Abs. 3 HVV	nicht im RLV					
	PK		EK							
Hausärzte	4,1	1,23	4,52	0,41	3,3					
4. Punktwerte im Honorarfonds "Fachärzte"										
	RLV	RPZV gem. § 8 Abs. 4 HVV	RLV	RPZV gem. § 8 Abs. 4 HVV	nicht im RLV					
	PK		EK		PK EK					
Anästhesie	4,01	0,01	4,10	0,10	3,3					
Augenheilkunde		0,01	4,10	0,10						
Chirurgie (inkl. Neuro- und MKG-Chirurgie)		0,01	4,10	0,10						
Gynäkologie		0,01	4,10	0,10						
HNO-Heilkunde		0,10	4,10	0,13						
Dermatologie		0,23	4,10	0,13						
Innere Medizin		0,01	4,10	0,10						
Nervenheilkunde (inkl. Kinder- und Jugendpsychiatrie)		0,01	4,10	0,10						
Orthopädie		0,05	4,10	0,10						
Urologie		0,08	4,10	0,11						
Physikalisch-Rehabilitative-Medizin		0,01	4,10	0,10						
Radiologie / Nuklearmedizin		0,02	4,10	0,12						
Teilbereich Histologie/Zytologie gem. § 8 Abs. 2 HVV								2,5	3,5	

¹⁾ gem. Vertrag: Entscheidungsausschuss Berlin: 5,7 Ct., Postbeamten (Mitgliedergruppe A): 7,41 Ct., Asylbewerber Landkreis Potsdam-Mittelmark: 5,11 Ct.

²⁾ KKK: Pauschale gem. vertraglicher Regelung

³⁾ bei Knappschaft: zwingend Kernzeichnung 115b erforderlich

⁴⁾ nur für berechnete Kostenträger, ansonsten gelten die Regelungen des HVV

Punktwerte der KV Brandenburg (in Cent) - II/2008 -

5. Punktwerte im Honorarfonds "Psychotherapie"					
	PTLV	RPZV gem. § 8 Abs. 4 HVV	PTLV	RPZV gem. § 8 Abs. 4 HVV	nicht im PTLV
	PK		EK		PK EK
antragspflichtige PT-Leistg. gem. § 65 Abs. 4 SGB V	3,95	-	3,95	-	
sonstige Leistg. der ärztl. und psychol. PT	4,01	0,01	4,1	0,10	3,3
6. Kassenspezifische Punktwerte für ausgewählte Leistungen					
Krankenkasse	Art der Förderung				PW
AOK für das Land Brandenburg	Leistungen AOP Kap. 31.1 bis 31.5 EBM und kleine operative Eingriffe, ohne Vertrag § 115b Abs. 1 SGB V				4,2
	Punktwert für ambulant erbrachte Linksherzkatheter-Messungen ⁵⁾				4,1
	Punktwert für GNRn 01620 - 01622				4,2
IKK	Zusatz-Punktwert für förderungswürdige Leistung - Sozialpsychiatrie für FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie GNRn 14220-14222, 14310, 14311, 35113, 35202, 35203, 35222-35225, 35300-35302				RPZV: 1,11
	Leistungen entsprechend AOP-Katalog				4,6
LKK Mittel- und Ostdeutschland	Leistungen AOP Kap. 31.1 bis 31.5 EBM, ohne Vertrag § 115b Abs. 1 SGB V				3,83
	Punktwert für GNRn 01610, 01620 - 01622				4,6
	Leistungen AOP Kap. 31.1 bis 31.5 EBM, ohne Vertrag § 115b Abs. 1 SGB V				4,3
	Punktwert für GNR 01612				5,11
Ersatzkassen im Land Brandenburg	Punktwert für GNRn 01610, 01620 - 01622				4,7
	Stützung auf Punktwert für förderungswürdige Leistung von Vertragsärzten, Ärzten in Einr. nach § 311 Abs. 2 SGB V und MVZ n. § 96 SGB V im fachärztl. Versorgungsbereich: übrige förderungswürdige Leistungen: GNRn 01831, 01902, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33080, 33081, 33090, 13551, 33022, 02320, 02400, 02401, 09317, 13400 bis 13402, 13410, 13411, 13424, 13430, 13431, 26330, 34240 bis 34242, 34246 bis 34248, 34251, 34270, 34280 bis 34282, 34293 bis 34297, 34500, 34501, 17311, 17312, 17320, 17330, 17331, 17382, 17383, 14310, 14311, 14220 bis 14222, 16340, 21220, 21221, 21340, 22220, 22221, 23220, 35113, 35202, 35203, 35222 bis 35225, 35300 bis 35302, 01628, 19310 bis 19332, 11310 bis 11322				4,7
BKK	Zusatz-Punktwert für Leistungen des amb. Op. gem. Kap. 31.2, 31.3 und 31.5 EBM von Vertragsärzten, Ärzten in Einr. nach § 311 Abs. 2 SGB V und MVZ n. § 96 SGB V ohne Vertrag § 115b Abs. 1 SGB V				0,43
	Punktwert für GNRn 01610, 01620 - 01622				4,1
Knappschaft	Leistungen AOP Kap. 31.1 bis 31.5 EBM, ohne Vertrag § 115b Abs. 1 SGB V				4,3
	Punktwert für GNRn 01610, 01620 - 01622				4,7
	Vakuumstanzbiopsie (GNR 34274)				4,7

⁵⁾ nur für Ärzte die an der Vereinbarung der AOK teilnehmen

Rechte Tasche – linke Tasche. Der Risikostrukturausgleich zwischen den Krankenkassen, kurz RSA, ist ein äußerst kompliziertes Monstrum und soll ausschließlich dem Zwecke dienen, die sogenannten Risiken unter den über 220 noch in Deutschland

vorhandenen Krankenkassen gerechter zu verteilen. Ein riesiger Verschiebebahnhof, auf dem Milliardensummen von A nach B und C bewegt werden.

Im Jahr 2007 insgesamt satte 18,5 Milliarden und damit noch einmal 1,3 Milliarden Euro mehr als im Jahr 2006. Im Einzelnen sah das so aus: Mit 8,5 Milliarden waren die BKKn diejenigen Kassen, die am meisten abgeben mussten, gefolgt von den Ersatzkassen mit insgesamt 4,3 Milliarden. Hier jedoch zeigt sich ein differenziertes Bild. Während vor allem die Techniker Krankenkasse zur Kasse gebeten wurde, erhielten klei-

nere Ersatzkassen auch den einen oder anderen Euro aus dem RSA-Topf.

Gewinner oder wie es im offiziellen Sprachgebrauch heißt, Empfängerkassen, waren die Allgemeinen Ortskrankenkassen. Rund 14,3 Milliarden Euro „spendierten“ die anderen Kassen via

RSA-Tropf an die Länder-AOKn, weitere etwa 1,7 Milliarden an die Knappschaft.

Interessant in diesem ganzen Zahlensalat: Der Geld-Transfer aus dem sogenannten Rechtskreis West in den Rechtskreis Ost betrug lediglich 4,3 Milliarden Euro. Das ist angesichts der weitaus größeren Zahl an Älteren und chronisch kranken Menschen, die im Osten zu versorgen sind und angesichts der ohnehin um rund 20 Prozent geringerer Einnahmen in der GKV geradezu ein Schnäppchen.

R.H.

Umverteilung

Neuaufgabe des EBM

Im Dezember 2008 erscheint im Deutschen Ärzte-Verlag die Neuaufgabe des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in 2 Bänden.

Der **Band 1** der Neuaufgabe des EBM (Stand 1.1.2009), der die Allgemeinen Bestimmungen und Kapitel 1 bis 40 umfasst, wird im Auftrag der KV Brandenburg direkt über den Deutschen Ärzte-Verlag **an alle Mitglieder** zur Auslieferung gebracht.

Der Versand wird im Dezember erfolgen. Ein genauer Termin konnte durch den Ärzte-Verlag zurzeit jedoch noch nicht benannt werden.

Der **Band 2** (OPS-Codes) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes kann von den **ambulant operierenden Ärzten** direkt bei der KV Brandenburg angefordert werden und wird sofort nach Eingang durch die KV Brandenburg umgehend versandt.

Die **ambulant operierenden Ärzte** richten ihre **Bestellung per Fax oder Mail** unter Angabe von Name, BSNR und Lieferanschrift bitte **bis zum 10.12.2008** an die

KV Brandenburg Fax: **0331/23 09 384** E-Mail: **cgramowski@kvbb.de**

Abgabetermine der Quartalsabrechnungen 2009

02.01.2009	Freitag	7.00 bis 18.00 Uhr
05.01.2009	Montag	7.00 bis 18.00 Uhr
06.01.2009	Dienstag	7.00 bis 18.00 Uhr
07.01.2009	Mittwoch	7.00 bis 20.00 Uhr
08.01.2009	Donnerstag	7.00 bis 18.00 Uhr
01.04.2009	Mittwoch	7.00 bis 20.00 Uhr
02.04.2009	Donnerstag	7.00 bis 18.00 Uhr
03.04.2009	Freitag	7.00 bis 18.00 Uhr
06.04.2009	Montag	7.00 bis 18.00 Uhr
07.04.2009	Dienstag	7.00 bis 18.00 Uhr
01.07.2009	Mittwoch	7.00 bis 20.00 Uhr
02.07.2009	Donnerstag	7.00 bis 18.00 Uhr
03.07.2009	Freitag	7.00 bis 18.00 Uhr
06.07.2009	Montag	7.00 bis 18.00 Uhr
07.07.2009	Dienstag	7.00 bis 18.00 Uhr
01.10.2009	Donnerstag	7.00 bis 18.00 Uhr
02.10.2009	Freitag	7.00 bis 18.00 Uhr
05.10.2009	Montag	7.00 bis 18.00 Uhr
06.10.2009	Dienstag	7.00 bis 18.00 Uhr
07.10.2009	Mittwoch	7.00 bis 20.00 Uhr

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

Für den **Postweg** verwenden Sie bitte folgende Anschrift:

**Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Friedrich Engels Straße 103, 14473 Potsdam**

An den oben genannten Tagen sowie bereits einen Tag vor der Annahme ist folgende **telefonische Hotline von 8.00 bis 18.00 Uhr** geschaltet:

01801/5822 433*

Formularbestellungen richten Sie bitte rechtzeitig **per Fax 01801/5822 434*** oder **telefonisch 01801/5822 435*** an die zentrale Formulareausgabe in Potsdam, Herrn Kramm.

Bitte vergessen Sie nicht Ihre Absenderadresse (mit Arztnummer).

Formularbestellungen sind auch außerhalb der Annahmewoche jederzeit möglich.

Umfangreiche Aktualisierungen zu allen DMP-Verträgen

Rückwirkend zum 1.7.2008 konnten zu allen DMP-Verträgen mit den Verbänden der Krankenkassen zwischenzeitlich Nachträge vereinbart werden. Darin wurden insbesondere zahlreiche Aktualisierungen aufgrund der 17. RSAV-Änderungsverordnung vereinbart, die im Kern zu einer **Vereinfachung der Abläufe in der Arztpraxis** führen. Ein Großteil der Änderungen, wie die neuen Dokumentationen und Teilnahme- und Einwilligungserklärungen für Versicherte, werden in den Praxen bereits angewendet. Darüber hinaus konnte eine **Anpassung der Vergütungssätze** verhandelt werden.

Zunächst sollen im Folgenden die für alle Verträge gleichermaßen zutreffenden Änderungen dargestellt werden.

So sind bei allen Verträgen die sogenannten „b-Datensätze“ (verkürzter Datensatz für die Krankenkassen) und zusätzlich bei den DMP-Verträgen zu internistischen Diagnosen die inhaltliche Trennung zwischen Erst- und Folgedokumentation formal weggefallen.

Die Pflicht zur elektronischen Dokumentation war in den Verträgen mit den brandenburgischen Krankenkassen bereits mit Wirkung ab 1.4.2008 vereinbart worden (siehe „KV-intern“ 10/2007). Da eine flächendeckende Umsetzung im II. Quartal nicht erreicht werden konnte und auch die RSAV einen „Aufschub“ gewährte, hat die KVBB eine Übergangsregelung mit den Krankenkassen vereinbart. Sie sieht vor, dass für die

internistischen DMP im II. Quartal 2008 auch papiergebundene Dokumentationen akzeptiert und vergütet werden. Beim DMP Brustkrebs gilt dies sogar bis 30.6.2009.

Aus den neuen Dokumentationsbögen resultieren auch Änderungen der für die ärztlichen Feedback- und Qualitätsberichte maßgeblichen Parameter der Anlagen „Qualitätssicherung“.

Aufgrund des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes wurden Regelungen zur Teilnahme angestellter Ärzte sowie zur Möglichkeit der Tätigkeit in mehreren Betriebsstätten vereinbart. Die Teilnahmevoraussetzungen gemäß den jeweiligen Verträgen sind arzt- und betriebsstättenbezogen nachzuweisen. In einer Neufassung der Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes werden diese „neuen“ administrativen Daten abgefragt. Inhaltliche Veränderungen gegenüber der bisherigen Verfahrensweise resultieren daraus aber nicht.

Eine weitere Neuerung betrifft die Tatsache, dass nach dem Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes keine neue Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten erstellt werden muss. Die Verbände der Krankenkassen haben jedoch zugesichert, dass im Falle des Arztwechsels alle im jeweiligen Quartal für den Versicherten erstellten Dokumentationen vergütet werden, wenn die zuständige Krankenkasse den Arzt nicht über den Wechsel informiert hat. Bei allen DMP-Verträgen, mit Aus-

nahme des DMP Diabetes mellitus Typ 2, bringen Sie als neuer koordinierender Arzt lediglich die Symbolnummer für die „Folgedokumentation“ zum Ansatz und übersenden die Dokumentation an die Datenstelle. Im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 können Sie, wie gewohnt, eine „Erstdokumentation“ abrechnen.

Wie bereits in der Juli-Ausgabe von „KV-intern“ berichtet, kommen neue Einschreibeformulare zum Einsatz (Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten, Patienteninformation und Datenschutzinformation). Der Schriftform bedarf die Kündigung des Versicherten im Übrigen nicht mehr.

Die **indikationsspezifischen Änderungen** gestalten sich wie folgt:

DMP Diabetes mellitus Typ 1

Vom koordinierenden Arzt wird als Teilnahmevoraussetzung gefordert, dass dieser eine Genehmigung zur Abrechnung der GNR 02311 EBM (Behandlung des diabetischen Fußsyndroms) als Nachweis für die Erfahrung in der Behandlung des diabetischen Fußsyndroms nachweisen kann. Zudem soll künftig eine Kooperation mit einem Orthopädienschuhmacher/-techniker erfolgen. Zum Nachweis der Kompetenz des nichtärztlichen Personals in der lokalen Wundversorgung ist eine Hospitation in einer Fußambulanz lt. DDG oder eine spezifische Fortbildung in lokaler Wundversorgung zu belegen.

DMP Diabetes mellitus Typ 2

Es ist nunmehr möglich, die angiopathische Basisdiagnostik (z.B. bidirektionale Doppler) als Auftragsleistung zu vergeben.

Die Schulungsvergütung für Hypertonieschulungen konnte von 18,00 Euro auf 20,00 Euro je Patient und Schulungseinheit erhöht werden.

DMP KHK

Im Rahmen des DMP KHK wird künftig die Erst- und Folgedokumentation in voller Höhe vergütet, unabhängig davon, ob der Patient an weiteren DMP teilnimmt. Die bisherige Vergütungsreduzierung entfällt somit. Zudem ist es gelungen, für alle Fachärzte, welche für eigene Patienten gleichzeitig die Koordinierungsfunktion wahrnehmen, eine Facharztpauschale in Höhe von 10,00 Euro pro Kalenderjahr und Versicherten zusätzlich zur Koordinierungspauschale (SNR 96434) zu vereinbaren. Zur Abrechnung verwenden Sie bitte die für die Facharztpauschale bereits geltende SNR 96435; die abweichende Bewertung wird intern durch die KVBB vorgenommen.

Darüber hinaus konnte mit den Krankenkassen ein Verzicht auf die nach Teilnehmerzahlen gestaffelte Vergütung der Patientenschulungen vereinbart werden. Patientenschulungen für Diabetiker ohne Insulinbehandlung und Hypertonieschulungen werden nun für alle Patienten mit 20,00 Euro je Schulungseinheit vergütet. Für Patientenschulungen für Diabetiker mit Insulinbehandlung werden alle Schulungseinheiten einheitlich mit 22,00 Euro vergütet. Dies führt bereits ab einer Gruppenstärke von 3 zu schulenden Patienten zu einer Verbesserung der Vergütung. Da diese Regelung rückwirkend zum 1.7.2008 in Kraft getreten ist, haben die Krankenkassen zugesichert, alle bis zum Bekanntwerden der Änderung durchgeführten Pati-

entenschulungen nach der SNR 96022 (für die ersten beiden Patienten) wie bisher mit 25,00 Euro zu vergüten.

DMP Asthma

Die Strukturanforderungen an die teilnehmenden Fachärzte bei Behandlung von Kindern und Jugendlichen wurden an die Geltung des EBM 2008 angepasst. Erforderlich ist nunmehr, dass der behandelnde Facharzt eine Genehmigung zur Abrechnung pulmologischer Leistungen nach Abschnitt III Kapitel 4.4 gemäß dem bis zum 31.12.2007 gültigen EBM innehatte und eine Übergangsgenehmigung bis zum 31.12.2008 zur weiteren Abrechnung erhalten hat.

DMP COPD

Hier konnte die Anhebung der Schulungsvergütung für Schulungen nach dem Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis (AFBE) von 22,50 Euro auf 25,00 Euro je Patient und Einheit mit den Krankenkassen vereinbart werden.

DMP Brustkrebs

Eine Sonderstellung nimmt der DMP-Vertrag Brustkrebs ein, wo bisher lediglich die sogenannte „Anlage 4b“ der Dokumentation entfallen ist (Wegfall der „b-Datensätze“, s.o.). Die Erst- und Folgedokumentationen kommen hier weiterhin unverändert zum Einsatz, so dass sich für die teilnehmenden Vertragsärzte zu-nächst keine Umstellungen ergeben. Durch die RSAV wird hinsichtlich der Pflicht zur elektronischen Dokumentation ein Aufschub bis 30.6.2009 gewährt, welcher auch im DMP-Vertrag vereinbart wurde.

Die modifizierten Verträge werden Ihnen mit der beigefügten Ergänzungslieferung zum Vertragsordner zur Verfügung gestellt.

Ansprechpartner:

Fachbereich Verträge
 Fachbereich Qualitätssicherung
 Abrechnungshotline 01801/58 22 433*
 (*3,9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz. Preise aus Mobilnetzen ggf. abweichend)

Diagnose- und Prozedurenkodierung

Mit der Einführung einer morbiditätsorientierten Vergütung kommt der vollständigen und korrekten Kodierung von Diagnosen enorme Bedeutung zu. Gleiches gilt für Prozeduren nach dem OPS-Schlüssel. Als Datengrundlage der morbiditätsorientierten Vergütungsstruktur werden die Daten vorhergehender Abrechnungsquartale einschließlich des Jahres 2008 herangezogen.

Nach der aktuell geltenden Fassung von § 295 SGB V sind von den ambulant

tätigen Vertragsärzten **Diagnosen** nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom DIMDI herausgegebenen Fassung (derzeit ICD 10) zu verschlüsseln.

Dabei sind von Vertragsärzten zu kennzeichnen:

- ⇒ Seitenlokalisierung (R, L, B)
- ⇒ Zusatzkennzeichen (A, G, V, Z)
- ⇒ Schlüsselnummern mit „*“ oder „!“ dürfen ausschließlich als Sekundär-

kodes, d.h. zusätzlich zu einer Schlüsselnummer verwendet werden.

In der ambulanten Versorgung kann derzeit auf die fünfstellige Verschlüsselung verzichtet werden:

- ⇒ in der hausärztlichen Versorgung
- ⇒ im organisierten Notfalldienst
- ⇒ in der fachärztlichen Versorgung für Diagnosen **außerhalb des Fachgebietes.**

Ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte sind für ihre Auftragsfälle von der Verschlüsselungspflicht ausgenommen. (Ersatzschlüsselnummer UUU), z. B. Laborärzte, Pathologen, Radiologen und Nuklearmediziner.

Generell empfehlen wir jedoch allen Vertragsärzten, die terminalen Schlüsselnummern, also die am weitesten unterteilten, spezifischen Kodes, zu verwenden.

den. Dies ist von Vorteil, um Praxisbesonderheiten besser darzustellen (z.B. im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung) oder um die Vorteile einer guten Dokumentation für eigene Zwecke zu nutzen.

Eine allmähliche Steigerung von Dokumentationsanforderungen ist im Rahmen der Plausibilitätsprüfung nach § 106a SGB V nicht auszuschließen.

Insofern kann jetzt schon vorhergesagt werden: In jedem Fall werden die Bedeutung der Dokumentation und die Qualität der Kodierung zunehmen. Eine „Gewöhnung“ und Umstellung der eigenen Praxisabläufe beizeiten ist dringend zu empfehlen.

Die Qualität der Kodierung wird weiter an Bedeutung zunehmen. Die Praxisabläufe darauf einzustellen wird dringend empfohlen.

Ansprechpartner: Abrechnungsberater

Miteinander reden ...

Was fällt Ihnen zum § 116 b SGB V ein? Richtig, ein aktueller Aufreger für viele niedergelassene Ärzte. Er regelt die Öffnung der Krankenhäuser für bestimmte hochspezialisierte Leistungen, die wie folgt aussieht: Ein Krankenhaus stellt für eine solche Leistung einen Antrag beim zuständigen Gesundheitsministerium des Landes, und dieses erteilt dann die Genehmigung oder verweigert sie.

Gut beraten sind zweifellos jene Ministerien, die sich über den Sachverhalt detailliert schlau machen und dabei die jeweilige KV in ihre Entscheidung mit einbeziehen. In Brandenburg verfährt das hiesige MASGF genau nach diesem Prinzip. Die KV wird in den Findungsprozess einbezogen, auch wenn sie dann bei der eigentlichen Entscheidung gewissermaßen außen vor ist.

Bislang gab es in den zurückliegenden Monaten weit über 20 solcher Anträge von Krankenhäusern an das brandenburgische MASGF. Die KV Brandenburg hat nach Rücksprache mit den ambulant tätigen Ärzten in den Regionen in ihren Stellungnahmen alle diese Anträge zurückgewiesen und damit der Tätigkeit der Vertragsärzte den Rücken gestärkt.

Nun hat im August das Helios Klinikum Bad Saarow einen Antrag zur spezialisierten Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz gestellt – und

ihn jüngst, mit Schreiben vom 6. Oktober 2008, wieder zurückgezogen. Zur Begründung heißt es: „Im Zuge der Beteiligung der niedergelassenen Kollegen bzw. des vertragsärztlichen Bereiches haben wir zwischenzeitlich Gespräche mit niedergelassenen Kollegen geführt und die Versorgungssituation und Logistik tiefgreifend erörtert.

Im Ergebnis dieser Erörterungen und im Interesse einer weiteren guten, gedeihlichen und einvernehmlichen Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen unserer Versorgungsregion zum Wohle unserer gemeinsamen Patienten erklären wir an dieser Stelle, den gestellten Antrag nach § 116 b SGB V vorerst nicht weiter verfolgen zu wollen.“

Letztlich die richtige Entscheidung und der Beleg dafür, dass (vorher) miteinander reden eben durch nichts ersetzt werden kann und auch nicht sollte. Und es ist zugleich der Beleg für die Leistungsfähigkeit der niedergelassenen Ärzte vor Ort. Einer Leistungsfähigkeit, die durchaus auch mit viel Selbstbewusstsein nach außen sichtbar gemacht werden sollte.

R.H.

Schwangerschaftsabbrüche in besonderen Fällen - Kosten

Nach Auffassung der IKK Berlin/Brandenburg ist die GNR 08211 EBM (Grundpauschale) bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen nur einmal im Quartal pro Behandlungsfall abrechenbar – egal wie viele Ärzte an der Behandlung beteiligt sind.

Nach Auffassung der KV Brandenburg ist diese Auslegung mit dem EBM nicht gegeben und eine solche Verfahrensweise rechtswidrig.

Nach einer entsprechenden Anfrage der KVBB an das zuständige brandenburgische MASGF erhielten wir als Antwort, dass die Sicht der Kassen als die richtige angesehen wird. Zur Begründung heißt es in dem Schreiben:

„Dem § 24 b Abs. 4 Satz 3 SGB V ist darüber hinaus die Intention des Bundesgesetzgebers zu entnehmen, dass die Kostenerstattungspflicht für den Kalendertag des Abbruchs, nicht aber darüber hinaus besteht. Direkt durch das Land und damit außerhalb des regelmäßigen ärztlichen Vergütungssystems erstattungspflichtig sind deshalb die Kosten, die gemäß § 24 Abs.3 und 4 SGB V unmittelbar durch die Vornahme des Abbruchs am Tag des Abbruchs entstehen.“

Die KVBB hat sich in dieser Angelegenheit noch einmal an die KBV gewandt, um deren rechtliche Sichtweise zu erfahren. In einem Schreiben bekräftigte die KBV die Auffassung der KVBB und stellte klar: „Prinzipiell gilt nach der EBM-Systematik, dass – sofern von einem Arzt entsprechende Grundleistungen aus dem Anhang 1 erbracht werden – die Grundpauschale zur Abrechnung kommt. Im Zusammenhang mit ambulanten Operationen gilt dies sowohl für den Operateur als natürlich auch für den nachbehandelnden Arzt, sofern dieser nicht gleichzeitig der Operateur ist.

Das heißt, beide Ärzte können in der Regel die Grundpauschalen abrechnen, um hiermit die darin enthaltenen Leistungen wie symptombezogene Untersuchungen, Blutentnahmen, Verordnungen, Erörterungen etc. zu vergüten. Im § 24 Abs. 3 ist bestimmt, dass die Nachsorge in den Behandlungsumfang nach Schwangerschaftsabbruch fällt. Demnach wäre für die entsprechende Nachsorge auch die Gebührenordnungsposition 08221 nach unserem Ermessen zu berechnen.“

Die „KVBB-Abrechnungsmanager“ – erste Schritte für ein Pilotprojekt

Die Abrechnung ist das zentrale Thema für Ärzte und Psychotherapeuten, denn sie legt die finanzielle Grundlage für den Betrieb der Praxis – jedes Quartal von neuem.

Aber die sich ständig wandelnden Abrechnungsziffern und -vorgaben, neue Honorarverträge und Pauschalierungen erschweren erheblich die Abrechnung. Der Austausch mit der KV ist daher ausgesprochen intensiv, verteilt sich jedoch auf mehrere Ansprechpartner. Und nun steht wieder eine Reform ins Haus, die neue Fragen mit sich bringt.

Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand der KVBB im Sommer beschlossen, ein Pilot-Projekt auf den Weg zu bringen, das bislang einmalig in der Bundesrepublik ist: Den „KVBB-Abrechnungsmanager“.

Ziel ist es, den organisatorischen und zeitlichen Aufwand der Vertragsärzte und -psychotherapeuten, die an diesem Projekt teilnehmen, bei der Abrechnung zu verringern. Für Sie soll zukünftig bei allen Fragen rund um das Thema Abrechnung nur noch ein Ansprechpartner bei der KVBB zur Verfügung stehen. Dieser Abrechnungsmanager unterstützt die Mitglieder, eine höhere Verlässlichkeit in der Finanzplanung zu erzielen und letztlich auch Prüfverfahren zu vermeiden. Dazu kommt er sogar in die

Praxen der Mitglieder, berät persönlich vor Ort.

Am 10. Oktober startete das Pilot-Projekt mit einer Auftaktveranstaltung im Bereitschaftsdienstbezirk Neuruppin-Nord. Nach anfänglicher Skepsis begrüßten die Ärzte nachhaltig dieses Serviceangebot, entspricht es doch einem lang gehegten Wunsch, dass die KV ihre Unterstützung in Abrechnungsfragen direkt anbietet und vor Ort berät. Es folgte eine angeregte Diskussion über die Umsetzung des Projektes vor Ort. Dabei ging es um die Problematik Blitzabrechnung bei unterschiedlichen Softwares, Übertragungen von Diagnosen und Überweisungsprobleme zwischen Praxen. Erstaunt zeigten sich die Teilnehmer, dass es noch eine Vielzahl von Praxen gibt, die ihre Budgets nicht ausschöpfen. Mit Blick auf die neue Vergütungswelt stellten die KVBB-Mitarbeiter dar, ist es jedoch besonders wichtig, dass Morbidität abgebildet, Leistungen und vor allem Diagnosen ausführlich dokumentiert werden. Es gilt also, alle Abrechnungsmodalitäten und -möglichkeiten detailliert zu kennen und gezielt umzusetzen. Auf die Unterstützung dabei freuten sich die Ärzte sehr und vereinbarten gleich Termine.

Die Pilotphase des Projekts läuft bis Ende des ersten Quartals 2009. In diesem Zeitraum erhalten die teilnehmen-

den Ärzte Analysen zu ihrem Abrechnungsverhalten, Beratung und Information über Abrechnungsdaten und Honorarunterlagen und Vergleiche mit ihren jeweiligen Fachgruppen zu unterschiedlichen Aspekten.

Ende März wird das Projekt evaluiert und die Ausweitung auf eine weitere

Testregion geprüft. Sind die Ergebnisse aus beiden Projekten positiv, will der Vorstand entscheiden, ob der „KVBB-Abrechnungsmanager“ landesweit zum Einsatz kommen kann und soll.

Verena Lehmann-Spalleck

ANZEIGE

Patienten profitieren von verbesserter interdisziplinärer Zusammenarbeit

Im Gespräch mit **Martin Bohl-Bühler**, in Potsdam niedergelassener Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie

Herr Bohl-Bühler, was macht diesen Integrierten Versorgungsvertrag zur Rheumatoiden Arthritis aus Ihrer Sicht so besonders?

Eine Vorbemerkung bitte: Rheumatoide Arthritis verläuft häufig aggressiv, geht potentiell mit schweren Destruktionen und Gelenkfehlstellungen einher und führt hierüber oft zu schweren Behinderungen. Eine sehr frühe Einleitung der Therapie und die sogenannte „Tight Control“, also vor allem initial eine sehr engmaschige Erfolgskontrolle, geht mit einer drastisch verbesserten Prognose einher. Und hier setzt der IV-Vertrag mit der DAK an.

Inwiefern?

Dieser Vertrag stellt ein Instrument dar, in dem einerseits die Selektion durch den Hausarzt verbessert ist, so dass die Patienten vorzeitig und dringlich einbestellt werden, die davon tatsächlich prognostisch profitieren. Zum anderen ist er so kalkuliert, dass sich wiederholte Vorstellungen und engmaschigere Kontrollen auch finanziell für den Arzt lohnen.



Seit 1. April 2008 ist Herr Martin Bohl-Bühler Teilnehmer des Integrierten Versorgungsvertrages „Früherkennung Rheumatoide Arthritis“.

Aber auch die Krankenkasse profitiert letztlich davon ...

... stimmt. Infolge der besseren Prognose hat sie perspektivisch geringere Ausgaben - weniger stationäre Aufenthalte, weniger AU-Tage. Ganz nebenbei profitieren im Übrigen auch die Sozialversicherungs- und Rentenversicherungsträger, ohne dass sie auch nur einen Cent investiert haben.

In Brandenburg haben wir zu wenig Rheumatologen. Wie viele Ihrer Kollegen beteiligen sich bislang an dem Projekt und wie viele der Hausärzte?

Wir haben dieses Projekt dezentral begonnen, in Potsdam, Bernau und Liebenwerda die ersten Schritte getan. Jetzt sind es mit mir vier Rheumatologen und zwölf Hausärzte, die sich in den Vertrag eingeschrieben haben.

Wie wird das Projekt angenommen?

Leider nicht so, wie erhofft. zwölf bislang eingeschriebene Hausärzte sind einfach zu wenig. Hier liegt noch eine Menge Überzeugungsarbeit vor uns.

Und mit Blick auf die Patienten?

Bei Patienten, die früh gesehen und im Sinne der oben erwähnten „Tight Control“ versorgt werden, lässt sich eine sehr deutliche Steigerung der Lebensqualität in allen Bereichen nachweisen. Außerdem kommt es seltener zu radiologisch greifbaren Zerstörungen, sie fallen nicht so oft am Arbeitsplatz aus, und die Zahl der stationären Einweisungen sinkt.

Wie sieht das ganz praktisch aus?

Ist der Hausarzt in das IV-Modell eingeschrieben, kann er den Patienten über ein spezielles Formblatt, auf dem bestimmte Befunde notiert werden müssen, beim Rheumatologen vorstellen.

Längere Wartezeiten sind leider nicht selten ...

Dem soll mit diesem Projekt entgegen gewirkt werden. Der Patient bekommt in

der Regel innerhalb von 14 Tagen einen Termin beim Rheumatologen und nach weiteren 14 Tagen ist die Diagnose entweder gesichert oder ausgeschlossen. Bei bestätigter Diagnose erfolgt die weitere Betreuung im Rahmen des IV-Vertrages in besagter „Tight Control“, ergänzt um eine Patientenschulung.

Welche Möglichkeiten bietet der Vertrag für Ihre hausärztlich tätigen Kollegen?

Im Wesentlichen profitiert der Hausarzt von der Möglichkeit einer raschen Vorstellung seiner Patienten beim Rheumatologen. Da die Ressourcen aber endlich bleiben, wird das System nur so lange funktionieren, wie dabei von den zuweisenden Kollegen darauf geachtet wird, dass die Indikation richtig ist.

Herr Bohl-Bühler, vielen Dank für das Gespräch.

ANZEIGE

Neue Regelungen bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall

Zum 01. Januar 2007 ist die Qualitätsprüfungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses in Kraft getreten. Diese Richtlinie legt Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V fest.

Infolgedessen wurden die bisher bestehenden Stichprobenprüfungsregelungen der KVBB auf den Gebieten Arthroskopie und Sonographie neu gefasst. Weiterhin wurde es für den Bereich Kernspintomographie notwendig, eine entsprechende Regelung zu beschließen.

In der Vertreterversammlung der KVBB am 19. September 2008 wurden die neuen Vereinbarungen beschlossen und somit wirksam.

Mit der beiliegenden Ergänzungslieferung des Vertragsordners erhalten Sie die Regelungen für Ihre Unterlagen.

Ansprechpartner:
Fachbereich Qualitätssicherung
Frau Schultze, Tel.: 0331/23 09 217

Probleme mit Arzneimittel-Reimporten

Die Verordnung von Reimporten wird von Ärzten gerne genutzt, um die Arzneimittelverordnungskosten bei noch nicht generikafähigen Präparaten zu senken. Zahlreiche dieser gelisteten Reimporte sind jedoch z.T. über Monate nicht lieferbar, z.B. Insuline. Die Verordnung eines nicht lieferfähigen Reimportes darf durch Apotheken nicht ohne Weiteres durch das entsprechende Präparat eines anderen Reimporteurs oder durch das deutsche Original ersetzt werden. Da es sich hierbei um ein anderes Präparat, also um eine sachliche Änderung auf dem Rezept handelt, muss dies durch den Arzt gekennzeichnet werden.

Ein Vermerk der Apotheke beispielsweise „nach telefonischer Rücksprache mit dem Arzt“ alleine wäre nicht ausreichend. Auch darf der Apotheker nicht einfach die Pharmazentralnummer für „nicht lieferbar“ verwenden.

Ansprechpartner:
Beratende Apotheker/-innen,
Tel.: 0331/23 09 600; -610; -607

***P.S.** Wir halten diese Regelung für praxisfremd und bürokratisch, bitten aber im Interesse der Versorgung der Patienten um Beachtung.*

Elektronische Vernetzung – Einstieg in eine „neue Welt“

Aktuell im Gespräch mit **Sören Friedrich**, 34 Jahre, Projektleiter Online-Initiative der KV Brandenburg

Herr Friedrich, das ist jetzt die Eingangs-Testfrage für den diplomierten Informatiker: Was verbirgt sich hinter Backbone und SafeNet?

Das ist nicht allzu schwierig, denn es ist quasi mein Täglich-Brot. KV-SafeNet ist eine technische Struktur, bei der die einzelnen Teilnehmer über ein virtuelles, privates Netzwerk ganz bestimmte Dienste dieses Netzes nutzen können. Backbone ist dabei ein Hochleistungsnetz, welches die Kommunikationsfähigkeit zwischen den KVen gewährleistet.

Bestanden. Und nun einmal bitte für die Nicht-EDV-Freaks: Was hat es mit diesem Netzwerk, das ja von der KBV und fast allen KVen genutzt werden soll, auf sich?

Ziel ist es, so viele Praxen wie möglich elektronisch miteinander zu vernetzen, denn das ist die Basis für die sich entwickelnde „neue Welt“ im ärztlichen Alltag. Die Mitglieder in solchen Netzen können sich sensible diagnostische und andere Befund-Daten übermitteln, sich miteinander zu einzelnen Patienten austauschen, die Abrechnungen an die KV online übermitteln, und sie können angebotene Dienstleistungen auch anderer KVen und der KBV innerhalb dieses Netzes nutzen.



Hier drängen sich sofort einige Fragezeichen auf: Datensicherheit? Kosten? Technische Voraussetzungen?

Bei SafeNet handelt es sich um einen zertifizierten, den gegenwärtig höchsten Sicherheitsstandards entsprechenden Netzwerkzugang. Die technischen Voraussetzungen sind relativ einfach. Es muss ein DSL-Anschluss vorhanden sein, unter bestimmten Umständen geht es jedoch auch mit ISDN. Dann muss sich der interessierte Arzt einen der zertifizierten Provider auswählen, von dem er eine sogenannte Blackbox erhält. Das ist die dafür notwendige Hardware.

Woher erfahre ich, welche Provider zertifiziert sind?

Wir haben auf unserer Internetseite der KVBB alle aufgelistet. Ungeachtet dessen ist es wichtig, sich vor einer Entscheidung mit den Vertrags-Details der einzelnen Anbieter vertraut zu machen. Hier gibt es doch erhebliche Unterschiede.

de sowohl bei den Anschaffungs- als auch bei den laufenden Kosten, den Wartungsverträgen und anderem mehr.

Wenn sich der Arzt entschieden hat, welchen Provider er sich nimmt, wie kompliziert ist der Anschluss in der Praxis?

Überhaupt nicht kompliziert. Viele Ärzte werden dies selbst können. Und jene, die es sich nicht zutrauen, sollten sich von ihrem Praxis-EDV-Anbieter helfen lassen. SafeNet ist im Übrigen mit allen gängigen Praxis-Software-Varianten kompatibel.

Sie erwähnten die Kosten. Was kommt da auf den Arzt zu?

Für eine Blackbox sind Kosten ab ca. 200 Euro aufwärts einzuplanen. Ebenso monatliche Belastungen, die etwa bei 20 Euro beginnen, durchaus aber auch höher sein können.

Das heißt, im ersten Jahr summiert sich das auf rund 500 Euro ...

So ungefähr. Allerdings gibt es hier eine gute Möglichkeit, genau diese Summe zu sparen.

Welche?

Um diese Initiative zu befördern, um möglichst schnell viele brandenburgische Vertragsärzte zu vernetzen, also mit SafeNet auszurüsten, hat der Vorstand der KVBB bis zu 500 Euro pro

Praxis als einmalige Förderung beschlossen. In der SafeNet-Vereinbarung der KBV und der KVen ist beschlossen worden, dass etwa 10 Prozent der Mitglieder bis Ende dieses Jahres diesem Netzwerk beigetreten sein sollten; das wären in Brandenburg rund 350 Ärzte. In den Genuss der Förderung kann der Arzt über einen formlosen Antrag, verbunden mit der Rechnungskopie eines im Jahr 2008 eingerichteten SafeNet-Zugangs kommen.

Nun hat ja die KV Brandenburg seit knapp 10 Jahren ein eigenes elektronisches Netz, „Datennerv“. Mittlerweile sind darin fast 2.000 Ärzte integriert. Wie passt das zusammen?

Es handelt sich um zwei unterschiedliche technische Möglichkeiten der sicheren Datenübermittlung. Derzeit präferiert die KV SafeNet-Richtlinie nur hardwarebasierte Sicherheitsmodelle, als Blackbox. Wir bemühen uns jedoch, auch innerhalb der angewandten Softwarelösungen eine SafeNet-Konformität herzustellen, so dass unser „Datennerv“ erhalten bleiben könnte. Im Moment kann ich über ein Ergebnis noch nichts sagen. Sobald es hier neue Erkenntnisse gibt, wird mit Sicherheit in „KV-intern“ darüber informiert.

Herr Friedrich, vielen Dank für das Gespräch.

Gefragt und notiert von Ralf Herre.

Dieser Ausgabe von „KV-intern“ liegt eine Informationsbroschüre zur „SafeNet“-Initiative der KBV und der KVen bei.

Unser Buch-Tipp

Ernährungsratgeber Cholesterin

Um Arteriosklerose, Herzinfarkt und Schlaganfall vorzubeugen, muss man nicht gleich zu Medikamenten greifen. Natürliche Cholesterinsenker sind ebenso effektiv – und ohne Nebenwirkungen: Durch eine fettreduzierte Ernährung lässt sich der Cholesterinspiegel langfristig um bis zu 30 Prozent senken. Damit können Cholesterinwerte bis 300 mg/dl allein durch Ernährungstherapie auf einen gesunden Wert gesenkt werden.

Dieser Ratgeber zeigt, wie es geht. Experten haben Rezepte entwickelt, die nicht nur cholesterinarm sind, sondern sogar aktiv Cholesterin senkende Stoffe enthalten. Mit Angaben zu Kalorien, Fett-, Cholesterin- und Ballaststoffwerten pro Portion.

Aus dem Inhalt:

- ⇒ HDL und LDL - das „gute“ und das „schlechte“ Cholesterin
- ⇒ Risikofaktor Cholesterin
- ⇒ Gesunde Ernährung – oft die beste Medizin!
- ⇒ Frühstücksideen für den leichten Genuss
- ⇒ Cholesterinsenkende Snacks und Drinks
- ⇒ Herzhafte Mittagessen
- ⇒ Leichtes für den Abend
- ⇒ Salate und pikante Brotaufstriche

2008 144 Seiten, 110 Farbfotos, 15,5 x 21,0 cm, Klappenbroschur, ISBN 978-3-89993-553-0, 12,90 Euro



Niederlassungen im Oktober 2008

Planungsbereich Barnim

Dr. med. Stefan Gurske
FA für Allgemeinmedizin
Heegermühler Str. 7, 16225 Eberswalde

Marija Morano
Psychotherapeutisch tätige Ärztin
Berliner Str. 52, 16321 Bernau b. Bln.

Dipl.-Med. Signe Lücke
FÄ für Neurochirurgie
Hauptstr. 118
16244 Schorfheide/OT Finowfurt

Planungsbereich Brandenburg Stadt / Potsdam-Mittelmark

Dr. med. Jörg Leu
FA für Augenheilkunde
Trebbiner Str. 94, 14547 Beelitz
(Übernahme der Praxis von
Dipl.-Med. Brigitte Hamann)

Dr. med. Gerhard Hafner
FA für Innere Medizin/HA
Breiter Weg 4
14793 Ziesar
(Übernahme der Praxis von
Annemarie Wendland)

Planungsbereich Cottbus

Dipl.-Psych. Dorothea Rula
Psychologische Psychotherapeutin/
Verhaltenstherapie
Karl-Liebknecht-Str. 30, 03046 Cottbus
(Übernahme der Praxis von
Dipl.-Psych. Roland Männich)

Planungsbereich Dahme-Spreewald

Irina Krizevskij
FÄ für Allgemeinmedizin
Schlossplatz 8
15711 Königs Wusterhausen
(Übernahme der Praxis von
Dr. med. Renate Klein)

Planungsbereich Märkisch-Oderland

Dr. med. Michael Horn
FA für Innere Medizin/HA
Kirchstr. 3, 15328 Küstriner Vorland/
OT Manschnow

Dr. med. Kerstin Kowalzik
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin
Wilhelm-Pieck-Str. 157-159
15370 Petershagen-Eggersdorf
(Übernahme der Praxis von
SR Dr. med. Almut Grunske)

Planungsbereich Oberhavel

Dr. med. Beate Düwel
FÄ für Innere Medizin/HÄ
Mittelstr. 18, 16515 Oranienburg
(Übernahme der Praxis von
Herrn Eckhard Linke)

Planungsbereich Oberspreewald-Lausitz

Roman Borchardt
FA für Innere Medizin/HA
Feldstr. 7, 03205 Calau

(Übernahme der Praxis von
Frau SR Waltraud Wifling)

Dr. med. Ramona Stettinisch
Psychotherapeutisch tätige Ärztin
Kreuzstr. 10, 01968 Senftenberg

Planungsbereich Ostprignitz-Ruppin

Dipl.-Med. Gabriela Weischet
Psychotherapeutisch tätige Ärztin
An der Seepromenade 16 b
16816 Neuruppin

Dipl.-Med. Heike Triebler-Rehfeld
FÄ für Psychiatrie
Rosa-Luxemburg-Str. 30
16816 Neuruppin
(Übernahme der Praxis von
Dipl.-Med. Gabriela Weischet)

Maja Mischkewitz
FÄ für Physikalische u. Rehabilitative
Medizin
Fontaneplatz 3 c, 16816 Neuruppin

Planungsbereich Potsdam

Simone Preller
FÄ für Allgemeinmedizin
Tristanstr. 47
14476 Potsdam/OT Groß Glienicke
(Übernahme der Praxis von
Dr. med. Hans-Ulrich Kiltz)

Dr. med. Katrin Wüllenkemper
FÄ für Allgemeinmedizin
Bahnhofstr. 105, 14480 Potsdam
(Übernahme der Praxis von
Dr. med. Manfred Sachse)

Dr. med. Harald Ehardt
FA für Pathologie
Friedrich-Ebert-Str. 33-34
14469 Potsdam

Planungsbereich Prignitz

Dr. med. Markus Herms
FA für Innere Medizin/HA
Putlitzer Str. 12, 16928 Pritzwalk

Planungsbereich Spree-Neiße

Dipl.-Med. Andrea Kruse
FÄ für Innere Medizin/HÄ
Robert-Koch-Str. 35, 03149 Forst

Dipl.-Med. Riad Al-Bittar
FA für Innere Medizin/HA
Kaltenborner Str. 17, 03172 Guben
(Übernahme der Praxen von
Dr. med. Siegwald Zyminski und von
MR Dr. med. Barbara-Maria Zyminski)

Planungsbereich Teltow-Fläming

Dr. med. Eberhard Marx
Praktischer Arzt
Kastanienweg 16
14947 Nuthe-Urstromtal/Stülpe

Frank-Peter Wallas
FA für Anästhesiologie
Bahnhofstr. 4
15831 Blankenfelde-Mahlow

Dipl.-Med. Brigitte Hensel
FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie
und -psychotherapie
Luckauer Chaussee 4,
15936 Dahme/Mark

Zulassungen und Ermächtigungen

Neuzulassungen

(Nachstehende Entscheidungen haben noch keine Rechtskraft erlangt, sodass dagegen noch Widerspruch eingelegt bzw. Klage erhoben werden kann.)

Gerd Bischof
Facharzt für Psychiatrie in Teltow
ab 01.01.2009

Dr. med. Oliver Klein
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
in Brandenburg a.d. Havel
ab 01.02.2009

Janett Lipsdorf
Fachärztin für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe in Cottbus
ab 01.12.2008

Chris Stephan
Facharzt für Chirurgie/Unfallchirurgie
in Hoppegarten/OT Hönow
ab 01.01.2009

Hanka Wolf
Fachärztin für Innere Medizin/Hämatologie
und Internistische Onkologie in Bernau
ab 01.04.2009

Medizinische Versorgungszentren gem. § 95 Abs. 1 SGB V

(Nachstehende Entscheidungen haben noch keine Rechtskraft erlangt, sodass dagegen noch Widerspruch eingelegt bzw. Klage erhoben werden kann.)

MVZ Belzig
Genehmigung zur Anstellung von:
Susanne Heydthausen
Fachärztin für Allgemeinmedizin
ab 02.01.2009

MVZ Amb. Operationszentrum Birkenwerder

Genehmigung zur Anstellung von:
Dr. med. Bettina Graichen
Fachärztin für Anästhesiologie
ab 23.10.2008

MVZ Dres. Thoraus, Mydlak und Kollegen GbR in Cottbus

- Labormedizin, Mikrobiologie,
Infektionsepidemiologie -
zugelassen am MVZ:
Dr. med. Karsten Mydlak
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
ab 01.01.2009

Genehmigung zur Anstellung von:
Dr. med. Anke Bühling
Fachärztin für Mikrobiologie und
Infektionsepidemiologie
ab 01.01.2009

OGD MVZ Neuruppin II

Genehmigung zur Anstellung von:
Christiane Mann
Fachärztin für Physikalische und
Rehabilitative Medizin
ab 09.10.2008

Ermächtigungen

(Nachstehende Entscheidungen haben noch keine Rechtskraft erlangt, sodass dagegen noch Widerspruch eingelegt bzw. Klage erhoben werden kann.)

Dr. med. Harry Brunzlow
Facharzt für Diagnostische Radiologie am
HELIOS Klinikum in Bad Saarow
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf
Überweisung von zugel. FÄ f. Chirurgie,
Gynäkologie, Radiologie, Strahlentherapie
und Nuklearmedizin sowie entspr. Ärzten in
zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw.
§ 311 Abs. 2 SGB V sowie von am HELIOS

Klinikum erm. Ärzten, einschl. der Instituts-
ermächtigung für Strahlentherapie auf dem
Gebiet der Mammographie für die Zeit vom
01.01.2009 bis 31.12.2010.

Dr. med. univ. Susanne Diekmann
Fachärztin für Diagnostische Radiologie in
der Praxis Dr. med. Patricia Hirsch in Beelitz
ermächtigt gem. § 31a Abs. 3 Ärzte-ZV i.V.m.
§ 29 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EK zur
Versorgung im Rahmen des Programms zur
Früherkennung von Brustkrebs durch Mam-
mographie-Screening zur konsiliarischen
Beurteilung von Mammographieaufnahmen
für die Zeit vom 09.10.2008 bis 31.12.2010.

Dipl.-Med. Bernd Döbelin
Facharzt für Anästhesiologie am Werner
Forßmann KH in Eberswalde
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf
Überweisung von zugel. Ärzten sowie Ärzten
in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw.
§ 311 Abs. 2 SGB V und von am KH Ebers-
walde erm. Ärzten auf dem Gebiet der amb.
Anästhesien in Zusammenarbeit mit Ver-
tragsärzten und auf dem Gebiet der
Schmerztherapie für onkologische Patienten
und Patienten mit starken Schmerzzuständen
für die Zeit vom 01.01.2009 bis 31.12.2010.

Dr. med. Frank Gottschalk
Facharzt für Nuklearmedizin am HELIOS Kli-
nikum Bad Saarow
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf
Überweisung von zugel. Ärzten sowie Ärzten
in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw.
§ 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der
Nuklearmedizin (hämatologische Untersu-
chung, intestinale Funktionsdiagnostik,
Radiosynoviorthese der kleinen und großen
Gelenke, Radionuklidtherapie) sowie auf
Überweisung von zugel. FÄ f. Nuklearmedizin
sowie entspr. FÄ in zugel. Einrichtungen
nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V
für die Zeit vom 01.01.2009 bis 31.12.2010.

Dr. med. Sabine Jacobi
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburts-
hilfe am Klinikum Frankfurt (Oder)

ermächtigt auf Überweisung von zugel. Ärz-
ten sowie Ärzten in zugel. Einrichtungen nach
§ 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V gem.
§ 5 Abs. 2 BMV-Ä und § 9 Abs. 2 BMV-Ä/EK
in Verbindung mit den Mutterschaftsrichtlinien
Teil B Nr. 6 zur Planung der Geburtsleitung
für die Zeit vom 01.04.2009 bis 31.03.2011.

Dipl.-Med. Rigo Meinke
Facharzt für Anästhesiologie am Städt.
Klinikum Brandenburg
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV für
Anästhesieleistungen ausschließl. im Zusam-
menhang mit der Durchführung von amb.
Operationen durch Frau Dr. Menzel,
FÄ f. Chirurgie/Gefäßchirurgie für die Zeit
vom 09.10.2008 bis 31.12.2010.

Dr. med. Dietmar Mildner
Facharzt für Innere Medizin am Ev.-Freikirchl.
KH u. Herzzentrum Brandenburg in Bernau
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf
Überweisung von zugel. Ärzten sowie Ärzten
in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw.
§ 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung endo-
skopischer Untersuchungen im oberen und
unteren Gastrointestinaltrakt und auf dem
Gebiet der präventiven Koloskopie für die
Zeit vom 01.01.2009 bis 31.12.2010.

MR Dr. med. Eckhard Moos
Facharzt für Innere Medizin am KKH
Prenzlau
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf
Überweisung von zugel. Ärzten sowie Ärzten
in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw.
§ 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung der
präventiven Koloskopie für die Zeit vom
09.10.2008 bis 31.12.2010.

Dipl.-Med. Stefan Röser
Facharzt für Innere Medizin am Werner
Forßmann KH in Eberswalde
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV am
Med.-Soz. Zentrum Uckermark/KKH Prenzlau
auf Überweisung von zugel. Ärzten sowie
Ärzten in zugel. Einrichtungen nach § 95
Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durch-
führung der Prokto-/Rektoskopie, zur Durch-

führung von gastroenterologischen Leistungen, zur konsiliarischen Beratung bei onkologischen Krankheitsbildern, zur amb. Chemotherapie gastrointestinaler Tumore für die Zeit vom 23.10.2008 bis 31.12.2010.

Dipl.-Med. Roland Stöbe
 Facharzt für Chirurgie am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus ermächtigt gem. § 116 SGB V/§ 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von Ärzten sowie Ärzten in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V für eine diagn. Spezialsprechstunde auf dem Gebiet der arteriellen Gefäßchirurgie und auf Überweisung von zugel. FÄ f. Chirurgie, Haut- u. Geschlechtskrankheiten und Innere Medizin sowie entspr. Ärzten in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V auf den Gebieten der Phlebologie und Lymphologie für die Zeit vom 01.01.2009 bis 31.12.2010.

Verlegung des Praxissitzes

Dr. med. Martin Delf
 Facharzt für Neurologie in Neuenhagen b. Berlin neue Adresse ab 01.01.2009: Lindenallee 7, Hoppegarten;

Dipl.-Med. Ellen Gruner
 Fachärztin für Innere Medizin in

Blankenfelde-Mahlow neue Adresse ab 01.04.2009: Karl-Liebknecht-Str. 32;

Dr. med. Susanne Jödicke-Fritz
 Fachärztin für Kinder- u. Jugendpsychiatrie in Fürstenwalde/Spree neue Adresse ab 01.01.2009: Petersdorfer Str. 51;

Philipp Morét
 Facharzt für Allgemeinmedizin in Hohen Neuendorf neue Adresse: Schönfließer Str. 18;

Dipl.-Med. Dietmar Vock
 Facharzt für Neurochirurgie in Neuruppin neue Adresse: Fontaneplatz 3c;

Frank-Peter Wallas
 Facharzt für Anästhesiologie in Ludwigsfelde neue Adresse: Bahnhofstr. 4, Blankenfelde-Mahlow;

Renate Wedl
 Fachärztin für Nervenheilkunde in Neuenhagen b. Bln. neue Adresse ab 01.01.2009: Lindenallee 7, Hoppegarten;

Dr. med. Christina Ziegler
 Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Neustadt/Dosse neue Adresse: Bahnhofstr. 1b

Übersicht

der Entscheidungen des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen des Landes Brandenburg zur Anordnung bzw. Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg nach § 103 Abs. 1 bis 3 SGB V i.V.m. § 16b Ärzte-ZV

Die Übersicht enthält die Entscheidungen des Landesausschusses per 07.11.2008 für die Arztgruppen in den jeweiligen Planungsbereichen bis einschließlich des Beschlusses Nr. 31/08. Die für Zulassungen gesperrten Planungsbereiche/Arztgruppen sind mit einem „x“ gekennzeichnet. Die Anzahl der möglichen Zulassungen in vormals geschlossenen Planungsbereichen ist in Klammern (...) gesetzt.

Planungsbereich/ Arztgruppen	Anäs- thesie	Augen	Chi- rurgie	Fachä. Intern.	Frauen	HNO	Haut- krank.	Kinder	Ner- ven	Ortho- pädie	Psy- choth.	Diag. Radiol	Urolo- gie	Haus- ärzte
Potsdam/Stadt	X	X	X	X	X	X	X	X	(2)	X	X	X	X	X
Brandenb. a.d. Havel/St./ Potsdam-Mittelmark	X	(1)	X	X	X	X	X	X	X	X	X 1*	X	X	
Havelland	X	X	X	X	X	X	(1)	X	X	X	X 1*	X	X	
Oberhavel	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X 4*	X	X	(9)
Ostprignitz-Ruppin	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X 1*	X	X	
Prignitz	X	X	X	X	X	X	(1)	X	X	X	X 1*	X	X	
Teltow-Fläming	X	(2)	X	X	X	X	X	X	X	X	X 4*	X	X	
Cottbus/Stadt	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X 6*	X	X	X
Dahme-Spreewald	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X 1*	X	X	
Elbe-Elster	(1)	X	X	X	X	(1)	(1)	X	X	X	X	X	X	X
Oberspreewald-Lausitz	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X 3*	X	X	
Spree-Neiße	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X 4*	X	X	
Frankfurt/Stadt/ Oder-Spree	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X 6*	X	X	X
Barnim	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X 3*	X	X	
Märkisch-Oderland	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X 5*	X	X	(20)
Uckermark	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X 3*	X	X	

In Regionen der grün gekennzeichneten Bereiche werden Zulassungen gefördert

* Zulassungsmöglichkeit ärztlicher Psychotherapeuten

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen,

dass gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie eine Überversorgung dann angezeigt ist, wenn durch einen Vergleich zwischen der für den Planungsbereich maßgeblichen allgemeinen Verhältniszahl für die Arztgruppe und der für den Planungsbereich ermittelten örtlichen Verhältniszahl eine Überschreitung von 10 v. H. festgestellt wird.

Insofern ist nicht grundsätzlich davon auszugehen, dass für die in der Übersicht noch nicht gesperrten Planungsbereiche/Arztgruppen eine Unterversorgung angezeigt ist. Wir empfehlen daher dringend jedem niederlassungswilligen Arzt, sich vor der Antragstellung in der KV Brandenburg, Geschäftsbe- reich Qualitätssicherung/Sicherstellung, über die jeweilige Versorgungssituation zu informieren.

Öffentliche Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen gemäß § 103 Abs. 4 SGB V

In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Zulassungssperre angeordnet hat, schreibt die KV Brandenburg gem. § 103 Abs. 4 SGB V nach Antragstellung folgende Vertragsarztsitze zur Nachbesetzung aus:

Bewerbungsfrist bis 07.01.2009

laufende Bewerbungs- kennziffer	Fachrichtung	Planungsbereich	gewünschter Übergabetermin
75/2008	Allgemeinmedizin	Frankfurt (Oder) St./ Oder-Spree	schnellstmöglich

Bewerbungsfrist bis 02.12.2008

laufende Bewerbungs- kennziffer	Fachrichtung	Planungsbereich	gewünschter Übergabetermin
71/2008	Allgemeinmedizin	Frankfurt (Oder) St./ Oder-Spree	01.07.2009
72/2008	Nervenheilkunde	Brandenburg an der Havel/St./Potsdam-Mittelmark	schnellstmöglich
73/2008	Nervenheilkunde	Oberhavel	schnellstmöglich
74/2008	Allgemeinmedizin	Elbe-Elster	schnellstmöglich

Nähere Auskünfte erhalten Sie beim Geschäftsbereich Qualitätssicherung/Sicherstellung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg,

Ansprechpartnerinnen: Karin Rettkowski, Tel.: 0331/2309-320
Gisela Koch, Tel.: 0331/2309-321.

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

Unter dem Stichwort „**Ausschreibung**“ sind die Unterlagen bei der KV Brandenburg, Friedrich-Engels-Str. 103/104, 14473 Potsdam, einzureichen.

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

Weitere Informationen über Angebote für Praxisübernahmen können Sie unserer Homepage unter www.kvbb.de (Stichwort: Zulassung, Praxisausschreibungen bzw. Praxisbörse) entnehmen oder unter den folgenden Rufnummern 0331/2309-320 oder -321 erfragen.

Praxisbörse

Interessenten für die
folgend aufgeführten Anzeigen wenden
sich bitte an den Geschäftsbereich

Qualitätssicherung/Sicherstellung der KV Brandenburg,
Frau Karin Rettkowski, Tel.: 0331/2309-320 oder Fax: 0331/2309-383.

Praxisangebot

Suche Nachfolger für meine seit 1990 bestehende allgemeinärztliche Praxis ab 2. Quartal 2009. Die Praxis ist modern und funktionell eingerichtet, ca. 800 Scheine/Quartal, 108 m², barrierefrei, befindet sich in unmittelbarer Nähe zum südlichen Autobahnring und hat eine gute Verkehrsanbindung an Potsdam und Berlin. Die Umgebung ist sehr wald- und wasserreich.

Ich habe ein gut eingearbeitetes freundliches Mitarbeiterteam; die Mietkonditionen sind sehr günstig. **Chiffre: 08/11/01**

Gutgehende allgemeinmedizinische Praxis am Senftenberger See ab Januar 2009 abzugeben. Günstige Verkehrsverbindung durch A13 nach Dresden und Berlin. Fachhochschule, Gymnasium, Theater sowie Ski- und Schwimmhalle am Ort. **Chiffre 08/11/08**

Suchen Nachfolger für allgemeinmed. Gemeinschaftspraxis in einem staatlich anerkannten Erholungsort nahe Frankfurt/(Oder). Die Praxisabgabe erfolgt aus Altersgründen ab dem 3. Quartal 2009.

Die Praxis ist langjährig eingeführt, hat stabile Patientenzahlen und ist wirtschaftlich sehr erfolgreich. Entsprechend an die hausärztlichen Erfordernisse angepasst ist die Praxis umfassend und modern ausgestattet. Nähere Auskünfte und detaillierte Praxisbeschreibung auf Anfrage. **Chiffre: 08/11/04**

Allgemeinmedizinische Praxen im Ärztehaus aus Altersgründen baldmöglichst abzugeben. Lage: Im Zentrum eines größeren Ortes unmittelbar am südlichen Stadtrand Berlins mit stark wachsender Bevölkerungszahl, hervorragende Infrastruktur, Parkplätze, langjähriger Patientenstamm, stabile Scheinzahl (ca. 900-1.000 Fälle/Quartal). **Chiffre: 08/11/05 und Chiffre 08/11/06**

Stellenangebot Arzthelferin

Erfahrene Arzthelferin für Allgemeinarztpraxis südlich Potsdams in Voll- oder Teilzeit, auch stundenweise (4-Tage-Woche), bevorzugt aus ungekündigter Stellung, gesucht.

Wichtig sind neben Freundlichkeit strukturierte, zügige Arbeitsweise, Engagement für die Praxisbelange, gute PC-Kenntnisse und Erfahrung in der Blutentnahme. Wünschenswert, nicht Bedingung: Kenntnisse in DMP und Hausarztmodellen.

**Tel.: 0151/17809027 oder
Pirol12@web.de**

Sonstiges

Suche in Potsdam Praxisräume – gern in bestehender Praxis zur Untermiete – für Privatpraxis Psychotherapie.

Tel.: 0151/51619246

Weitere aktuelle Informationen unter
www.kvbb.de

Praxisbörse

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

Kooperationsgesuch

Facharzt für Anästhesie und Rettungsmedizin mit langjähriger Berufserfahrung sucht Kooperation mit operierenden Kollegen.
Chiffre: 08/11/03

Kooperationsangebot

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin (VT) in eigener Praxis sucht Partner/in für Praxisgemeinschaft o.ä. Kooperation in Werder. **Tel.: 0178/3475860**

Praxisgesuch

Anästhesistin mit der Spezialisierung spezielle Schmerztherapie sucht im Bereich Potsdam-Mittelmark Praxis zur Übernahme.
Chiffre: 08/11/09

Weiterbildungsgesuch

Weiterbildungsassistentin für Allg., 36 Jahre, sucht für letzten Abschnitt für 18 Monate Tätigkeit in allgemeinmedizinischer Praxis. Bisher 18 Monate stationär Gastroenterologie / Diabetologie, 6 Monate Pädiatrie, 6 Monate Chirurgie und 12 Monate Innere Medizin ambulant. Akupunkturerfahrung. Frühester Einstieg Anfang 2009.
Chiffre: 08/11/02

Weitere aktuelle Informationen unter www.kvbb.de

Weiterbildungsangebot

Ich suche für 1,5 Jahre ab 01.01.2009 eine/n neue/n Weiterbildungsassistentin/en in meiner Praxis in Potsdam-Drewitz. Schwerpunkt meiner Praxis neben der hausärztlichen Tätigkeit ist die Sportmedizin/Schmerztherapie/Homöopathie/Akupunktur/Neuraltherapie/Chirotherapie.
Tel.: 0331/6261633

Suche Weiterbildungsassistent/in zum Fach Allgemeinmedizin zum 01.01.2009.
Tel.: 0173/4811872

Augenärztliche Gemeinschaftspraxis sucht im Umland von Berlin schnellstmöglich Weiterbildungsassistentin/en.
Chiffre: 08/11/07

Allgemeinarztpraxis südliche Nähe Potsdams mit Akupunktur, NHV, Homöopathie und teils orthomologischer Medizin sucht Weiterbildungsassistenten. Sehr verkehrsgünstig gelegen: Autobahn A 10 etwa 1 km, Regionalbahnstation R 7, RB 22 und MR 33 ca. 4 Minuten zur Praxis. Obige Verfahren können erlernt werden bzw. wären Kenntnisse darin vorteilhaft, sind aber nicht Bedingungen. Weiterbildungsberechtigung für 2 Jahre vorhanden. Die Tätigkeit kann in Voll- oder Teilzeit ausgeübt werden, die Arbeitszeit ist flexibel regelbar, Nebentätigkeiten sind möglich, ein Tag wöchentlich ist stundenfrei. **Tel.: 0151/17809027 oder Piro12@web.de**

Aktuelles Fortbildungsangebot im Auftrag der KV Brandenburg

Seminare für Ärzte

Ansprechpartner: Frau Stezaly / Frau Thiele Tel.: 01801/5822432*

Termin/Ort	Thema/Referent/Punkte	Kosten
03.12.2008 14.00-19.00 05.12.2008 09.00-18.00 Potsdam	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (ZI) Frau Dipl.-Med. M. Brun, FÄ f. Innere Medizin (5 Fortbildungspunkte)	200,00 Euro pro Team (1 Arzt, 1 AH)
06.12.2008 09.00-15.00 Potsdam	Moderatorenttraining für Qualitätszirkel - Aufbauseminar Herr Dr. W. Dalk, Kommunikationstrainer (8 Fortbildungspunkte)	für KVBB-Mitglieder kostenfrei
10.12.2008 15.00-17.00 Potsdam	Elektronische Abrechnung & Vernetzung der Arztpraxis Dipl.-Informatiker S. Friedrich, Mitarbeiter Fachbereich EDV der KVBB	30,00 Euro
10.12.2008 13.00-21.00 13.12.2008 09.00-17.00 Potsdam	Strukturiertes Schulungsprogramm für insulinpflichtige Diabetiker (ZI) Frau Dr. med. K. Pralle, FÄ f. Innere Medizin (8 Fortbildungspunkte)	200,00 Euro pro Team (1 Arzt, 1 AH)
13.12.2008 08.30-15.30 Potsdam	QEP-Modul 4 „Praxisführung und Praxisorganisation“ Frau Dr. A. Follert, lizenzierte QEP-Trainerin (8 Fortbildungspunkte)	85,00 Euro

(*3,9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz. Preise aus Mobilnetzen ggf. abweichend)

Aktuelles Fortbildungsangebot im Auftrag der KV Brandenburg

Seminare für Praxispersonal

Ansprechpartner: Frau Stezaly / Frau Thiele Tel.: 01801/5822432*

Termin/Ort	Thema/Referent/Punkte	Kosten
03.12.2008 15.00-17.00 Frankfurt/O.	Die moderne Wundversorgung Frau K. Nakonz, Lohmann & Rauscher	30,00 Euro
03.12.2008 15.00-17.00 Cottbus	Die GOÄ – Abrechnung leicht gemacht Frau U. Kallet, PVS	65,00 Euro
06.12.2008 15.00-17.00 Cottbus	Hygiene im Praxisalltag Herr MR Dr. med. L. Schulze, FA f. Hygiene im Klinikum Frankfurt/Oder	85,00 Euro
10.12.2008 15.00-18.00 Frankfurt/O.	Notfälle in der Praxis Herr M. Biedermann, Lehrrettungsassistent der Johanniter-Unfall-Hilfe Frankfurt (Oder)	30,00 Euro
17.12.2008 15.00-18.00 Cottbus	Notfälle in der Praxis Frau M. Möller, Lehrrettungsassistentin der Johanniter-Unfall-Hilfe Cottbus	30,00 Euro

Fortbildung Hautkrebs-Screening

In letzter Zeit erreichten uns verstärkt Anrufe von Hausärzten, die Interesse an Fortbildungsveranstaltungen zum Hautkrebs-Screening haben.

Um ein Seminar anbieten zu können, benötigen wir ca. 30-35 Teilnehmer.

Wir bitten daher interessierte Hausärzte, sich **bis zum 31.12.2008** bei den Mitarbeiterinnen des Bereiches Fortbildung, Tel.: 01801/58 22 432*, zu **melden**. Bei ausreichenden Rückmeldungen werden wir zum Ende des 1. Quartals 2009 ein Seminar zum Hautkrebs-Screening durchführen.

Ansprechpartner: Frau Stezaly/Frau Thiele, Tel.: 01801/58 22 432*

(*3,9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz. Preise aus Mobilnetzen ggf. abweichend)

Aktuelles Fortbildungsangebot

Externe Fortbildungsangebote für Ärzte und Psychotherapeuten

Termin	Thema	Anmeldungen
12.01.09 23.01.09 Berlin	12. Wiedereinstiegskurs für Ärztinnen und Ärzte nach berufsfreiem Intervall Industrie-unabhängige Referate renommierter Berliner Ärzte aus Klinik und Praxis mit ausgiebigen Diskussionen zur Aktualisierung des med. Wissens auf den wichtigsten Gebieten der ärztl. Grundversorgung Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. med. Jürgen Hammerstein Tagungsgebühr: 900,00 Euro (inkl. Versorgung) (Anmeldeschluss: 15.12.08)	Kaiserin-Friedrich-Stiftung Tel.: 030/30888920 Fax: 030/30888926 kfs@kaiserin-friedrich-stiftung.de

!!! Bitte vormerken !!! !!! Bitte vormerken !!! !!! Bitte vormerken !!!

Symposium für HNO-Ärzte

Termin: 6. Dezember 2008, 9.00 bis 14.30 Uhr
Ort: Charite Campus-Mitte, Bonhoeffer Weg 3, Hörsaal Neurologie
Thema: "Neue Aspekte in der Diagnostik, Therapie und Nachsorge von Kopf-Hals-Tumoren für die tägliche Praxis"
Programm: www.charite.de/hno oder www.kehlkopflose-berlin.de/symposium
Leitung: PD Dr. Sedlmaier, PD Dr. Pecher
Zertifizierung: 4 Fortbildungspunkte durch die Ärztekammer Berlin

Kehlkopferoperierte benötigen nach der Primärtherapie meistens lebenslang die Nachsorge durch einen niedergelassenen Facharzt für HNO-Heilkunde. Das Treffen ist als Vortrags- und Diskussionsforum mit FÄ für HNO-Heilkunde, Logopäden bzw. Sprachtherapeuten, Vertretern von Krankenkassen und Betroffenen zu den wichtigsten Themen rund um die Kehlkopferoperation und deren Folgen geplant. Sie können ohne Anmeldung an diesem Symposium kostenlos teilnehmen.

Ansprechpartner: KOSA, Yvonne Becker, Tel.: 01801/58 22 431*

(*3,9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz. Preise aus Mobilnetzen ggf. abweichend)

15. Brandenburgischer Selbsthilfetag in Strausberg „Gemeinsam für Pflege“ – Modellprojekt initiiert

Der 15. Brandenburgische Selbsthilfetag in Strausberg Anfang November hatte sich ein großes Ziel gesteckt: Im Landkreis Märkisch-Oderland soll das Modellprojekt „Gemeinsam für Pflege“ starten. Ziel ist es, mehr und bessere Angebote für die Pflege jener Menschen zu entwickeln, die darauf angewiesen sind.



Neben viel politischer Präsenz – zum Beispiel die Bundstagsabgeordnete Enkelmann und Brandenburgs Justizministerin Blechinger - waren fast 200 Vertreter von rund 50 Selbsthilfegruppen aus dem Land Brandenburg gekommen, um Möglichkeiten und Aufgaben des bürgerschaftlichen Engagements im Rahmen der Pflegereform zu erörtern.

In Vertretung von Sozialministerin Ziegler informierte Herr Künzel, dass die Landesregierung bis Mitte nächsten Jahres in jedem Landkreis einen Pflegestützpunkt etablieren möchte. Er wies darauf hin, dass Selbsthilfe und Ehrenamt Ressourcen darstellen, ohne die die Pflege nicht mehr realisiert werden kann.

Haben auch Sie Patienten, die Angehörige pflegen, denen Sie die Möglichkeit der Unterstützung durch eine Selbsthilfegruppe anbieten möchten, geben Sie die Rufnummer der KOSA, Kooperations- und Beratungsstelle für Ärzte/Psychotherapeuten und Selbsthilfegruppen Ihrer KV Brandenburg weiter: 01801/58 22 431*. Die KOSA wird dann den Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe herstellen.

Ansprechpartner: Yvonne Becker, KOSA, Hotline 01801/58 22 431*

(*3,9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz. Preise aus Mobilnetzen ggf. abweichend)

Herzliche Glückwünsche



Gisela Rödiger, Senftenberg

Heidemarie Wilke, Perleberg

zum 50.

Dipl.-Med. Simone Aland, Nauen

Dr. med. Majed Arab, Eberswalde

Dipl.-Med. Sigrid Blisse, Königs Wusterhausen

Dr. med. Gerold Böcking, Cottbus

Dr. med. Heike Brandenburg, Cottbus

Dr. med. Frank Günther, Brandenburg an der Havel

Dipl.-Med. Alexander Hilbrich, Schwedt/Oder

Dr. med. Annemarie Schlimpert, Nauen

Dipl.-Med. Bettina Tietsche, Oranienburg

Dr. med. Birgit Weidner, Cottbus

Dipl.-Med. Dirk Wickmann, Gransee

Dr. med. Ute Wolter, Eberswalde

zum 60.

Manfred Küchen, Schwedt/Oder

zum 65.

Dr. med. Rosmarie Böhm, Brandenburg an der Havel

MR Dr. med. Klaus-George Döhler, Halbe

Dr. med. Kristine Konzack, Cottbus

Dr. med. Barbara Peters, Mühlberg/Elbe

Dr. med. Brigitte Poguntke, Senftenberg

MR Dr. med. Rainer Pörtner, Königs Wusterhausen

Dr. med. Hartmut Schirlitz, Nauen

Dipl.-Med. Helga Schubbert, Wittenberge

Jutta Zimmermann, Luckau

zum 66.

Dr. med. Renate Glombitza, Straupitz

Dr. med. Ingrid Hahn, Brandenburg an der Havel

MUDr. Peter Janata, Ahrensfelde

Dr. med. Günter Schulze, Cottbus

*SR Dipl.-Med. Marianne Trenner,
Meyenburg*

Dr. med. Rainer Wenkel, Erkner

zum 67.

Dipl.-Med. Jörg Forner, Treuenbrietzen

*Dr. med. Rainer Kunze,
Heideblick/OT Walddrehna*

*Dr. med. Lutz Paul,
Doberlug-Kirchhain*

*Dr. med. Günther Scheinig,
Belzig*

*Christine Warda,
Rüdersdorf b. Bln.*

Gerda Zimmermann, Neutrebbin

zum 68.

*MR Dr. med. Klaus Borisch,
Forst (Lausitz)*

*Prof. Dr. med. Wolfgang Hammerstein,
Belzig*

*Rainer Hohnstädter,
Elsterwerda*

*MR Dr. sc. med. Fred Machan,
Rathenow*

*Dr. med. Günter Nährig,
Gransee*

*Dr. med. Horst Trenner,
Meyenburg*

*Dr. med. habil. Christian Zur,
Bad Saarow*

zum 69.

*MR Dieter König,
Neuhausen/Spree / Laubsdorf*

zum 70.

*MR Dr. med. Bernhard Fehse,
Joachimsthal*

zum 72.

*SR Dr. med. Margrit Nitschke,
Panketal*

zum 73.

*Dipl.-Med. Brigitte Paulick,
Peitz*

zum 74.

Horst Redel, Oberuckersee

zum 78.

Dr. med. Reiner Matthes, Kyritz



**Wichtige Servicenummern
der KV Brandenburg:**

Zentrale Service-Einwahl	01801/58 22 43-0*
Informationsdienst	01801/58 22 43-1*
Fortbildung	01801/58 22 43-2*
Abrechnungsberatung	01801/58 22 43-3*
Formularbestellung	01801/58 22 43-5*
Formularbestellung FAX	01801/58 22 43-4*
Betreuung Beiräte und neue Mitglieder	01801/58 22 43-7*
Bereitschaftsdienst-Management	01801/58 22 43-9*
Bereitschaftsdienst-Management FAX	01801/58 22 43-8*
Beratung zu Verordnungen und Wirtschaftlichkeitsprüfungen	0331/23 09-602
Betriebswirtschaftliche Beratung	0331/23 09-280
Niederlassungsberatung	0331/23 09 320
Bereich Kommunikation	0331/28 68-196

(*3,9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz.
Preise aus Mobilnetzen ggf. abweichend)

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>

E-Mail: 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:

19. November 2008

Satz und Layout:

KV Brandenburg
Bereich Kommunikation
Telefon: 0331/28 68 196
Telefax: 0331/28 68 197

Druck:

Druckerei Stein
Berliner Str. 42, 16540 Hohen Neuendorf
Telefon: 03303/21 65 90
Telefax: 03303/21 65 92

Anzeigenverwaltung:

Druckerei Stein
Berliner Str. 42, 16540 Hohen Neuendorf
Telefon: 03303/21 65 90
Telefax: 03303/21 65 92

Anzeigenannahmeschluss:

Jeder 5. des Monats

Zur Zeit gilt die Preisliste Nr. 3 vom
2. Januar 2002

Erscheinungsweise: Monatlich

Auflage: 4.500 Exemplare

Unbedingt vormerken Unbedingt vormerken

Info-Veranstaltungen zur „Neuen Vergütungswelt 2009“ am 6. und 13. Dezember

Der Vorstand der KV Brandenburg hat beschlossen, zusätzlich zu den regelmäßigen, aktuellen Informationen über „KV-intern“, das Internet sowie „Info aktuell – Neue Vergütungswelt 2009“ zwei zentrale Informationsveranstaltungen speziell zu diesem Thema anzubieten.

**Am 6. Dezember in Cottbus und am 13. Dezember
in Potsdam.**

Beginn jeweils um 10.00 Uhr.

Während dieser Veranstaltungen sowie im Nachgang besteht die Möglichkeit, konkrete Fragen zu stellen. Als Gesprächspartner stehen Ihnen dafür neben dem Vorstand auch die Fachleute aus den einzelnen Bereichen der KVBB zur Verfügung.

Die Info-Veranstaltungen finden an folgenden Orten statt:

- | | |
|-------------------|--|
| 6.12.2008 | Cottbus, 10 bis 13 Uhr,
Messehallen, CMT Cottbus Congress,
Messe & Touristik GmbH,
Vorparkstraße 3, 03042 Cottbus |
| 13.12.2008 | Potsdam, 10 bis 13 Uhr,
Seminaris Seehotel Potsdam,
An der Pirschheide 40, 14471 Potsdam |