



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

KVIntern

3 | 2012



KBV-Vertreterversammlung:

Dr. Köhler: Jede Menge Arbeit
und viele Herausforderungen

Zertifikate für 30 “agnes zwei”:

Start für vielversprechenden
Versorgungsansatz zum 1. April 2012

Informationen für den Praxisalltag:

116 117 startet am 16. April 2012
Impfvereinbarung angepasst
Infos zu Heilmittelverordnungen



Liebe Leserinnen, liebe Leser

Vorstand on Tour, oder anders ausgedrückt: aktive Basisarbeit. Wittstock, Perleberg, Neuruppin hießen die Stationen für die Teilnahme von Vorstandsmitgliedern und leitenden Mitarbeitern der KV-Verwaltung an regionalen Ärztstammtischen im Februar.

Es war gewissermaßen die Auftaktrunde für eine sich hoffentlich zu einer guten Tradition entwickelnden neuen Diskussionskultur, die so neu eigentlich nun auch wieder nicht ist. Zum Jahresausklang 2011 beschloss der Vorstand der KV Brandenburg, dass der unmittelbare Dialog zwischen den gewählten Vertretern der KV und der ärztlichen Basis intensiviert werden sollte.

Der Grund: Die neuen, in den kommenden zehn, fünfzehn Jahren zu bewältigenden Herausforderungen, vor denen die Ärzteschaft gerade bei der Sicherstellung der ambulanten Medizin steht. Das zu Jahresbeginn in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz bietet eine Reihe positiver Ansätze; neue Versorgungsstrukturen, modifizierte, weil wieder in die Hände der KVen gegebene Honorarverteilung, ärztliche Nachwuchsgewinnung, Qualitätssicherung. Um nur einige Schwerpunkte zu benennen.

Diese ersten drei Diskussionen zeigten, wie wichtig dieser Dialog, besser, die Intensivierung dieses Dialogs ist. Einmal mehr wurde deutlich, dass in Zeiten von Internet und modernen elektronischen Kommunikationsmedien der unmittelbare Gedankenaustausch, der persönliche Kontakt nicht an Bedeutung verloren haben. Im Gegenteil. Das Für und Wider in der Diskussion, die Art und Weise der direkten Argumentation sind nicht zu ersetzen.

In 2012 wird der Vorstand noch drei Mal im Anschluss an Klausurtagungen jeweils mehrere Stammtische im Südosten, Nordosten und Südwesten Brandenburgs aufsuchen. Wann und wo das sein wird, entnehmen Sie bitte dem Infokasten auf Seite 18 dieser Ausgabe. Es wäre sehr gut, wenn auch diese Diskussionsrunden gut besucht und reichlich Stoff für konstruktive, durchaus auch kontroverse Diskussionen bieten würde. Die Älteren unter Ihnen werden sich sicher noch an die neunziger Jahre erinnern, in denen es regelmäßig, mit viel Engagement und Emotionen „zur Sache“ ging. Lassen Sie uns das wieder neu beleben.

Ralf Herre

Pressesprecher der KV Brandenburg

Berufspolitik

- 4** **KBV-Vertreterversammlung:**
Mehr Informationen von der Zentral-Baustelle
- 7** **Gleiche Behandlung für alle Patienten**
KV Westfalen-Lippe argumentiert vor
Petitionsausschuss des Bundestages
- 10** **GKV-Versorgungsstrukturgesetz - Änderungen**

Praxis aktuell

I

- 12** **KBV informiert: Kostenerstattung bei neuen Leistungen in der GKV**
- 13** **Gestationsdiabetes-Screening in Kraft**
- 14** **Viele Fälle für “agnes zwei”**
- 18** **Start der 116 117 erst zum 16. April**
- 18** **Hotline für Online-Annahme der Quartalsabrechnung**
- 18** **Diskussionsrunden mit dem Vorstand - Termine**
- 19** **Änderung des EBM zum 1.4.2012**
- 19** **Hausärzteverband Brandenburg gegründet**
- 21** **Hygieneverordnung des Landes**
- 23** **MRSA: Neue Regelungen für Untersuchung und Behandlung**
- 24** **Nur jeder Fünfte geht zur Darmkrebsvorsorge**
- 25** **Neuer Patientenratgeber “Brustkrebs”**
- 26** **Impfvereinbarung an Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie angepasst**

Praxis aktuell	28	Impfzahlen 2010
	30	Heilmittelverordnungen - welche Fehler treten auf?
	31	Gesundheits-IT Messe in Berlin
	32	Workshop für “Systembetreuer in der Arztpraxis” war ein voller Erfolg!
	33	Gesundheitsminister Daniel Bahr auf der KBV-Versorgungsmesse
	36	Informationstag für Existengründer und Praxisabgeber am 21.4.2012 in Potsdam
	38	Neuzulassungen und Ermächtigungen
	43	Zulassungssperren
	44	Nachbesetzungen
<hr/>		
Service	46	Praxisbörse
	48	Fortbildungen
	52	Die Beratungsstelle “Pflege in Not Brandenburg” stellt sich vor
	54	Leserpost
	56	(Auf)gelesen
	57	Neue Rufnummern für KVBB-Service
	58	Glückwünsche
	60	Impressum

KBV-Vertreterversammlung:

Mehr Informationen von der Zentral-Baustelle

Dr. Köhler über das Versorgungsstrukturgesetz und
die Ergebnisse einer Image-Befragung

Humor ist, wenn man trotzdem lacht. Deshalb kann Dr. Andreas Köhler der nicht immer erquicklichen öffentlichen Diskussion um Vorstandsgehälter und -posten dieser Tage auch etwas Gutes abgewinnen: Wenn die Presse etwas verwundert feststellt, dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) trotzdem business as usual betreibt, dann sehe er, der KBV-Vorstandsvorsitzende, das als Kompliment. „Trotz Knüppel zwischen den Beinen konzentrieren wir uns auf die Sacharbeit“, konstatierte er auf der jüngsten KBV-Vertreterversammlung am 2. März in Berlin. Sprach's und ging zur Tagesordnung über.

Die Umsetzung des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes stehe derzeit im Mittelpunkt der Arbeit. Zu den wichtigsten drei Baustellen gehörten dabei die Reform der Bedarfsplanung, die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) und die Vergütung.

Die KBV-Pläne zur Neuordnung der Bedarfsplanung liegen auf dem Tisch.

Derzeit, so Köhler, würden sie den Kassenärztlichen Vereinigungen und Berufsverbänden vorgestellt. Als positiv seien dabei die Berücksichtigung der Mitversorgereffekte in der wohnortnahen Facharztversorgung sowie eine kleinräumigere hausärztliche Planung bewertet worden. Kritik gäbe es an dem stärkeren Zuwachs an Zulassungsmöglichkeiten, insbesondere weil es dafür kein zusätzliches Geld gibt. Im Sommer soll die neue Bedarfsplanungs-Richtlinie beschlossen werden, am 1. Januar 2013 in Kraft treten.

Viel zu tun ist auch bei der ASV, ehe die entsprechende Richtlinie zum Jahresende steht. Obwohl das Jahr noch jung ist, nannte der KBV-Chef den Zeitplan „sehr ambitioniert“. Denn bis dahin müssten unter anderem die betroffenen Krankheiten und der Leistungsumfang konkretisiert, Vergütung, Abrechnung und Qualitätssicherung geregelt sowie Vorgaben für Kooperationsvereinbarungen erarbeitet werden. Erst wenn die ASV-Richtlinie stehe, könnten Ärzte

und Krankenhäuser ihre Teilnahme erklären. Und so rechnet Köhler nicht damit, dass es vor dem Sommer 2013 mit dem neuen Versorgungsbereich losgehen wird.

Dicke Bretter gelte es in Sachen Vergütung zu bohren: dreiseitige Vereinbarungen mit der Krankenhausesellschaft und dem GKV-Spitzenverband über Inhalte des Abrechnungsverfahrens, die Übergangsvergütung im EBM, Grundsätze der Kalkulationssystematik und eine Zielregelung für die Gebührenordnungspositionen für die ASV. Zudem müssten KBV und Kassen die Bereinigungsmodalitäten der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Zusammenhang mit der Übergangsvergütung verhandeln.

Eine Menge Arbeit, in der Tat. Und eine, die nach Köhlers Worten auch nicht immer „vergnügungssteuerpflichtig“ ist. Dennoch lohne sie sich, bekräftigte er, denn sie werde von den Ärzten an der Basis wahrgenommen und geschätzt. Dies habe jetzt eine Umfrage des Meinungsforschungsinstitutes infas im Auftrag der KBV gezeigt. Dafür wurden im Dezember und Januar 1002 zufällig ausgewählte Ärzte und Psychotherapeuten telefonisch nach ihrem Bild von der KBV befragt. „Die Ergebnisse haben mich überrascht – und zwar positiv“, verkündete der oberste Kassenarzt.

So konnten neun von zehn Befragten mit der KBV etwas verbinden – das Thema Honorar wurde dabei am häufigsten genannt (39 Prozent). Insgesamt hätten die Befragten der KBV eine wichtige und notwendige Rolle attestiert, insbesondere mit Blick auf den Kollektivvertrag und die zentrale Interessenvertretung auf Bundesebene.

Auch das Informations- und Serviceangebot der KBV läuft nicht ins Leere. 93 Prozent der Befragten nutzen mindestens ein Angebot, etwa die Internetseite oder die Praxisinformationen. Ganz oben auf der Liste stehen dabei die Informationen für Patienten. 76 Prozent der Befragten gaben an, damit zufrieden oder sehr zufrieden zu sein. Allerdings wünschten sich auch knapp die Hälfte mehr direkte Informationen von der Bundesebene. Beispielsweise würden sie über anstehende Gesetze oder sonstige Änderungen gerne früher informiert werden. Auch solle die Basis öfter beteiligt werden, etwa per Befragungen.

Bei aller Kritik, das KV-System werde nicht infrage gestellt. Nur jeder Elfte würde aus dem System aussteigen, wenn er könnte. Von den befragten Hausärzten sprachen sich 58 Prozent für den Verbleib in der KV aus, bei den Fachärzten 53 Prozent. Im Vergleich zur ersten bundesweiten Befragung in 2006 habe sich damit die Treue zum System sogar verbessert, stellte Köhler zufrieden fest.

Sein Fazit: „Die Ärzte und Psychotherapeuten vertrauen darauf, dass wir etwas für sie erreichen können. Wir sollten dies als Bestätigung sehen und Kritik dort, wo sie geäußert wird,

als Ansporn verstehen. Und wir müssen unsere Arbeit, und das betrifft insbesondere die KBV, noch besser kommunizieren und die Ärzte aktiv einbinden.“

ute

Anti-Bürokratie-Plattform

Die KBV will von den Ärzten wissen, wo zuviel Bürokratie herrscht und wie man diese abbauen könnte. Dafür soll eine spezielle Internet-Plattform eingerichtet werden, kündigte Dr. Köhler auf der KBV-Vertreterversammlung an. Neben der Ideensammlung soll sie auch dem Austausch untereinander dienen. So sollen Ärzte sie nutzen können, um sich gegenseitig Tipps zu geben, wie im Praxisalltag Bürokratie minimiert und Abläufe effizienter gestaltet werden können.

Ärzte-Umfrage läuft

Eine Umfrage zur beruflichen Situation der Niedergelassenen haben KBV, NAV-Virchow-Bund und Brendan-Schmittmann-Stiftung gestartet. Das Meinungsforschungsinstitut infas befragt dafür bis Mitte Mai telefonisch rund 11.000 zufällig ausgewählte Ärzte und Psychotherapeuten. Im Mittelpunkt stehen Fragen rund um Arbeitszeit, Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, die Teilnahme an Selektivverträgen, den Anteil von Privatpatienten und IGeL am Praxisumsatz, die wirtschaftliche Situation der Praxis oder die persönliche Einschätzung der künftigen Entwicklungen im Gesundheitswesen.

Die Befragung werde, so Dr. Köhler auf der KBV-Vertreterversammlung, künftig regelmäßig wiederholt. Ziel sei ein „Ärztemonitor“, der helfe, Entwicklungen in der Ärzteschaft aufzuzeigen und Anforderungen an die berufspolitische Verbandsarbeit zu ermitteln.

Gleiche Behandlung für alle Patienten

KV Westfalen-Lippe argumentiert vor Petitionsausschuss des Bundestages für bundesweite Angleichung der Vergütung

Obwohl Bundesregierung und Bundestag es versäumten, die Angleichung der Gelder für die ambulante medizinische Versorgung zwingend im Versorgungsstrukturgesetz (VStG) festzuschreiben, bleibt die Arbeitsgemeinschaft LAVA – „Länderübergreifender Angemessener Versorgungsanspruch“ am Ball.

Vor dem Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages am 5. März begründete der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Dr. Wolfgang-Axel Dryden, warum eine bundesweite Angleichung der ärztlichen Vergütungen notwendig ist. Die KVWL hatte im vergangenen September eine entsprechende Petition gestartet. Die KV Brandenburg unterstützt diese als eines von insgesamt acht LAVA-Mitgliedern.

Rund **170.000** Unterstützer aus der gesamten Bundesrepublik haben die Petition bisher gezeichnet. „Ich freue mich, dass sich derart viele Menschen für die zukünftige ambulante Versorgung engagieren und hier Gerechtigkeit für alle gesetzlich Versicherten einfordern“, betonte Dr. Dryden.

Die deutliche Unterfinanzierung der ambulanten Medizin in Westfalen-Lippe, aber auch in den anderen LAVA-KVen, gefährde die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen wohnortnahen Versorgung, warnte er. Noch sei sie gegeben, doch die



Belastungsgrenze liege nahe. 321 Euro zahlten die Krankenkassen in Westfalen-Lippe im Rahmen der MGV pro gesetzlich Versichertem in 2011; 348 Euro waren es im Bundesdurchschnitt. Ein Minus von acht Prozent, rechnete der KVWL-Chef exemplarisch vor. Die Morbidität hingegen liege zwei Prozent **über** dem Bundesdurchschnitt.

Dabei hätten alle gesetzlich Versicherten, egal wo sie in Deutschland versorgt werden, Anspruch auf eine

gleichwertige medizinische Behandlung. Dieser Anspruch werde jedoch durch die Unterfinanzierung in Frage gestellt. „Ich fordere Gleichheit für alle gesetzlich Versicherten“, so Dr. Dryden. „Und ich fordere Chancengleichheit im Kampf um den medizinischen Nachwuchs.“

Denn nicht nur die derzeitige ambulante Versorgung leide durch die Unterfinanzierung, sondern auch die künftige. Bereits jetzt sei es schwierig, Ärzte-Nachwuchs zu finden. 180 Hausärzte beispielsweise würden derzeit pro Jahr als Nachwuchs in Westfalen-Lippe gebraucht, erläuterte er. Dieser Zahl stünden 90 Medizin-Absolventen im Kammerbezirk gegenüber. Die schauten natürlich auch nach den wirtschaftlichen Rahmenbedingungen. Und da hätten gerade grenznahe Regionen im Vergleich mit den holländischen Nachbarn das Nachsehen.

Dryden unterstrich, dass die Anhebung der ärztlichen Vergütung auf den Bundesdurchschnitt nicht zu Lasten der Versicherten gehen würde. Aus dem Gesundheitsfonds erhielten die Krankenkassen bereits jetzt die Gelder entsprechend der Morbidität. Nur würden diese das Geld nicht entsprechend der Morbidität ihrer Versicherten an die Ärzte auszahlen. „Hier ist ein Bruch im System.“ Die Politik habe es versäumt, diesen mit dem GKV-VStG zu kitten.

Diesen Vorwurf wollte Ulrike Flach, Parlamentarische Staatssekretärin des Bundesgesundheitsministeriums,

nicht unkommentiert im Raum stehen lassen. Sie erinnerte daran, dass der Bewertungsausschuss aufgefordert wurde, zur Konvergenz Vorschläge zu liefern. Dies sei nicht erfolgt. Deshalb wurde die Regionalisierung der Honorarverteilung im Gesetz verankert – eine Chance, die die KVen nutzen sollten, so die FDP-Politikerin.

Eine abschließende Entscheidung wurde in dieser Sitzung noch nicht getroffen. Der Ball jedenfalls liege jetzt in Berlin, stellte Dr. Dryden fest. Nun sei er gespannt auf die weitere Arbeit des Petitionsausschusses sowie daraus resultierende Handlungsempfehlungen an Parlament oder Bundesregierung. **ute**

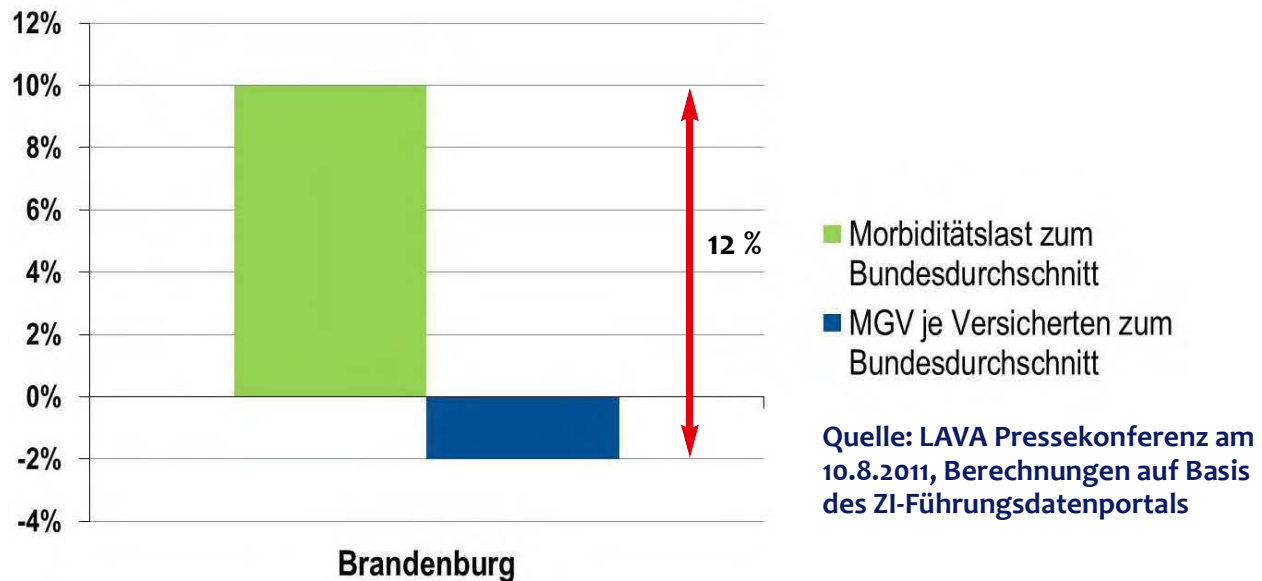
Tendenz steigend

Übrigens scheinen derweil die Überschüsse der Gesetzlichen Krankenkassen im Monatsrhythmus anzusteigen. War zu Jahresbeginn noch von 9,5 Milliarden Euro die Rede, standen die Kassen schon im Februar vor der Frage, wie sie 16 Milliarden Euro gegen wachsende Begehrlichkeiten schützen können.

Mittlerweile scheint auch diese Zahl schon wieder überholt – titelte doch die „Frankfurter Allgemeine“ am 5. März: „Krankenversicherung mit 20-Milliarden-Reserve“. Und weiter schreibt das Blatt: „Kassen stocken Rücklagen auf über 10 Milliarden Euro auf / Gesundheitsfonds bunkert 9,5 Milliarden Euro.“ Fortsetzung folgt?

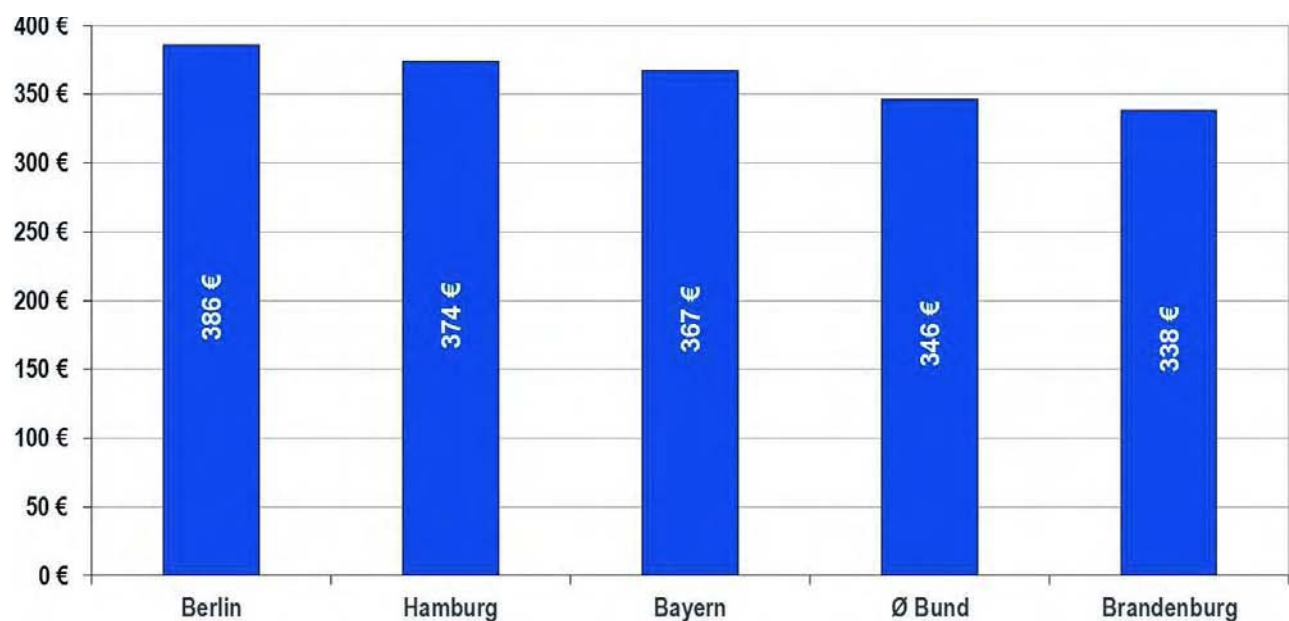
Bedarf der Versicherten und verfügbare Mittel je Versicherten

Die verfügbaren Mittel je Versicherten liegen unter dem Bundesdurchschnitt (verfügbare Mittel decken Versorgungsbedarf nicht = Unterfinanzierung)



M-GV 2011 je Versicherten

Stand: 5.10.2011



Quelle: KBV

GKV-Versorgungsstrukturgesetz (VStG)

Nähere Erläuterungen zu den wichtigsten Änderungen (Teil 2)

II. Vergütung/Honorar



Rückverlagerung der Honorarverteilungskompetenz an die KVen (§ 87b SGB V)

Die KVen haben durch das VStG wieder die Möglichkeit erhalten, die Honorarverteilung in eigener Hoheit festzulegen. Die bisherige Vorgabe, nach der die KVen Vereinbarungen mit den Krankenkassen zur Honorarverteilung zu schließen hatten, ist entfallen. Die KVen wenden ab 2012 wieder einen Honorarverteilungsmaßstab an, der im Benehmen mit den Krankenkassen festzusetzen ist. Zu beachten sind jedoch bundesweite Vorgaben der KBV u. a. für die Trennung der Gesamtvergütung und die Vergütung für psychotherapeutische Leistungen. Derzeit gilt die bisherige Honorarverteilungssystematik auf der Grundlage von RLV im Wesentlichen fort.

MGV Im Jahr 2012

Für das Jahr 2012 sind die Vorgaben zur Entwicklung der Vergütung unverändert geblieben. So ist die Finanzierung der Steigerung des Behandlungsbedarfs vom Gesetzgeber auf 1,25 Prozent begrenzt worden. Diese Festlegung geht bereits auf das GKV-Finanzierungsgesetz zurück und ist durch das VStG nicht revidiert wor-

den. Nach wie vor ist im Jahr 2012 eine Anpassung des Orientierungspunktwertes nicht vorgesehen. Positiv ist dagegen die Änderung durch das VStG zu bewerten, nach der die im Vorjahr eingeführte Begrenzung für außerhalb der MGV zu vergütende Leistungen - wie ambulante Operationen - wieder aufgehoben wurde (§ 87d Abs. 4 SGB V entfällt). Das bedeutet, dass diese Leistungen wieder ohne Deckelung zu festen Preisen durch die Krankenkassen zu vergüten sind.

MGV im Jahr 2013

Erst im Jahr 2013 erhalten im Rahmen der Verhandlungen zur Höhe der Gesamtvergütungen die Vertragspartner mehr Gestaltungsspielräume (§ 87a SGB V). Auf der Grundlage von Empfehlungen und Vorgaben des Bewertungsausschusses sind Veränderungen der Zahl der Versicherten der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der KV, der Morbiditätsstruktur der Versicherten, von Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, des Umfangs auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen stationärem und ambulantem Sektor und des Umfangs auf Grund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven regional zu berücksichtigen.

Fortsetzung folgt im nächsten Heft zum Thema: Bedarfsplanung

KBV informiert:

Kostenerstattung bei neuen Leistungen in der GKV

In einem Rundschreiben informiert die KBV über die Vorgehensweise bei der Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, wenn der Bewertungsausschuss noch keinen Beschluss zur Aufnahme der Leistung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gefasst hat. Anlass ist der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur neuropsychologischen Therapie und Einführung eines Screenings auf Gestationsdiabetes als neue Leistungen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Versicherter hat mit G-BA-Beschluss Anspruch auf neue Leistung

In dem Schreiben der KBV heißt es: „Mit der Beschlussfassung durch den G-BA nach § 135 Abs. 1 SGB V (beziehungsweise der Veröffentlichung der Richtlinie des G-BA im Bundesanzeiger) entsteht ein Anspruch des Versicherten auf diese Leistung. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wird der Umfang einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode durch die Richtlinien des G-BA verbindlich festgelegt. Nach § 91 Abs. 6 SGB V gilt zudem, dass die

Beschlüsse des G-BA unmittelbar für den Versicherten verbindlich sind. Er hat folglich ein Recht darauf, dass die Leistung auch in Anspruch genommen werden kann, die der G-BA anerkannt hat.

Der Anspruch besteht auch dann, wenn der Bewertungsausschuss diese Leistungen noch nicht im EBM geregelt hat und die Partner der Bundesmantelverträge noch keine Vereinbarungen zu Qualifikations- und Qualitätsanforderungen vereinbart haben.

Noch keine EBM-Regelung: Anspruch auf Kostenerstattung

Solange keine Gebührenordnungsposition vorliegt, kann der Vertragsarzt die ärztliche Leistung nicht über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen. In diesen Fällen hat der Versicherte einen Anspruch auf Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V gegen seine Krankenkasse. Dabei hat die Krankenkasse die Kosten in der tatsächlich entstandenen Höhe zu erstatten. Eine Begrenzung auf die sonst von der Krankenkasse im Rahmen der Gesamtvergütung zu leistenden Beträge ist nicht zulässig.

Arzt stellt Rechnung nach GOÄ aus

Für den Vertragsarzt bedeutet das, dass er gegenüber dem Versicherten eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) stellt, wenn der Versicherte diese Leistung wünscht. Der Versicherte ist darüber

zu informieren, dass eine Abrechnung als Sachleistung nicht möglich ist. Mit der Aufnahme der neuen Leistungen im EBM entfällt diese Möglichkeit. Der Vertragsarzt rechnet die Leistungen wie üblich über seine Kassenärztliche Vereinigung ab.“

Gestationsdiabetes-Screening in Kraft

Der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur bundesweiten Einführung eines Screenings auf Gestationsdiabetes ist durch das Bundesgesundheitsministerium nicht beanstandet worden. Darüber informierte die KBV in einem Rundschreiben. Der Beschluss wurde im Bundes-

anzeiger (Nr. 36, Seite 194) am 2. März veröffentlicht und ist damit seit 3. März in Kraft.

In Brandenburg gilt bis zum Beschluss einer GKV-Vergütung im Bewertungsausschuss die derzeitige vertragliche Vereinbarung fort.

Anzeige

Viele Fälle für „agnes zwei“

Foto: KVBB



Herzlichen Glückwunsch! 30 „agnes zwei“ haben am 3. März bei der KV Brandenburg den ersten Teil ihrer Schulung erfolgreich abgeschlossen und ihre Zertifikate erhalten. Zu den ersten Gratulanten gehörten der KVBB-Vorstandsvorsitzende, Dr. Hans-Joachim Helming, der Landesgeschäftsführer der BARMER GEK, Hermann Schmitt, sowie der Geschäftsführer des Bereiches Versorgungsmanagement der AOK Nordost, Harald Möhlmann.

Im Mittelpunkt des ersten Moduls der zweiteiligen Schulung standen unter anderem Themen wie geriatrisches Assessment, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Präventionsmanagement, häusliche Krankenpflege, Fahrtkosten, Schwerbehindertengesetz und Landespflegegeld. Das zweite Schulungsmodul startet voraussichtlich in einem halben Jahr.

Foto: KVBB

Die einjährige Pilotphase ist gut gelaufen, der erste Teil der Fortbildung erfolgreich absolviert, die Verträge sind unterschrieben – ab 1. April nehmen 30 Fallmanagerinnen „agnes zwei“ zwischen Perleberg und Schwedt, Bad Liebenwerda und Forst ihre Arbeit auf.

Als Brandenburger Original und „Erfolgsgeschichte“ lobte Gesundheitsministerin Anita Tack (Linke) „agnes zwei“ Ende Februar vor der Presse in Potsdam. Sie dankte den Partnern der Arbeitsgemeinschaft

„IGiB – Innovative Gesundheitsversorgung in Brandenburg“ für ihr Engagement, haben doch KV Brandenburg (KVBB), AOK Nordost und BARMER GEK die „agnes zwei“ entwickelt. „Das innovative Angebot nutzt die Möglichkeiten zur Delegation ärztlicher Leistungen, die erstmals im neuen Versorgungsstrukturgesetz verankert wurden“, so Frau Tack.

Brandenburger Vertragsärzte versorgten bereits jetzt überdurchschnittlich viele chronisch kranke und multimorbide Patienten, die sehr viel

Betreuung bedürften – Tendenz steigend, beschrieb der KVBB-Vorstandsvorsitzende Dr. Hans-Joachim Helming die aktuellen Herausforderungen und die künftigen. Und da in absehbarer Zeit in der Mark nicht mit einer Ärzteschwemme zu rechnen sei, habe die IGiB mit „agnes zwei“ „... eine Struktur entwickelt, die den Arzt unterstützt und zugleich dem Patienten bei der Koordinierung von Terminen bei anderen Ärzten, beim Ausfüllen von Formularen oder dem Stellen von Anträgen behilflich ist“. Sie entlaste den Arzt von Papierarbeit, Koordinierungs- und Organisationsaufgaben, damit dieser mehr Zeit für seine Patienten habe.

Im Gegensatz zum Vorläufer, der nichtärztlichen Praxisassistentin (nPA), AGnES, ist der Einsatz von „agnes zwei“ nicht an eine unterversorgte Region gebunden. Sie kann sowohl in einer Haus- als auch in einer Facharztpraxis arbeiten. Darüber hinaus können Ärztehäuser, Medizinischen Versorgungszentren oder Ärztenetze sie anstellen. Diese vielfältigen, teils interdisziplinären, teils gar intersektoralen Einsatzmöglichkeiten seien während der Pilotphase getestet worden und hätten sich bewährt, so Dr. Helming.

„Die Pilotphase von ‚agnes zwei‘ hat gezeigt, dass die von den IGiB-Partnern angestrebten Ziele erreicht wurden: Arztentlastung sowie individuelles Fallmanagement. Durch die

persönliche Betreuung fühlen sich unsere Versicherten gut aufgehoben und profitieren von einer intensiven und besser abgestimmten Versorgung“, resümierte AOK Nordost-Vorstandsvorsitzender Frank Michalak. Deshalb sei es für die Kasse logisch, diesen „vielversprechenden Versorgungsansatz“ auch brandenburgweit zu fördern. Und dafür greift sie auch in die Tasche. 480 Euro koste die „agnes zwei“-Betreuung eines Versicherten pro Jahr, so der AOK-Chef, also 40 Euro monatlich.

Obwohl „agnes zwei“ nun landesweit startet, können noch nicht die Versicherten aller Krankenkassen davon profitieren. Denn bislang unterstützen nur AOK Nordost und BARMER GEK das Projekt. Die Versicherten beider Kassen machen rund die Hälfte der Patienten in Brandenburg aus. Schade, dass die andere Hälfte „agnes zwei“ noch nicht in Anspruch nehmen könne, so der Tenor von Gesundheitsministerin und IGiB-Partnern. „Wir würden uns freuen, wenn andere Kassen dem Projekt beitreten würden“, bekräftigte Michalak. Oder es über Brandenburgs Landesgrenzen hinaus Schule machen würde.

Ein Wunsch, den der Landesgeschäftsführer der BARMER GEK, Hermann Schmitt, teilte. „Wir beobachten dieses Modell hier im Brandenburger Flächenland und sind zuversichtlich, diese Erfahrungen bundesweit vermitteln zu können.“ **ute**

Nach der Prüfung ist vor der Prüfung Kommentar

Die ersten 30 „agnes zwei“ haben Teil eins ihrer Schulung erfolgreich hinter sich gebracht und können nun als Fallmanagerin loslegen. Die nächsten 30 stehen, so sagte es der KVBB-Chef, bereits in den Startlöchern. Gut so, zeigt es doch, dass „agnes zwei“ von Brandenburger Ärzten durchaus als sinnvoll empfunden wird und Bedarf für eine solche Struktur besteht.

Wichtig ist, dass die künftigen „agnes zwei“ in der obligatorischen Schulung das nötige Rüstzeug erhalten, das sie später als Fallmanagerin brauchen – um den Doktor auch spürbar unterstützen und entlasten zu können und die Patienten noch besser, punktgenauer betreuen zu können.

Deshalb sollten jetzt, nach Abschluss der ersten Schulungsrunde, die Inhalte kritisch unter die Lupe genommen werden. Stimmt die Mischung aus Theorie und Praxis? Haben wichtige Themen im Curriculum gefehlt? Gab es Punkte, die man hätte kürzer fassen oder gar komplett weglassen können? Haben die Referenten das Wissen kompetent „an die Frau gebracht“, und wie sind sie mit Fragen umgegangen?

Von einer ehrlichen Analyse und eventuell notwendigen Nachbesserungen profitieren nicht nur künftige Schulungsteilnehmerinnen, sondern letztlich die Brandenburger Ärzte und natürlich die Patienten.

Ute Leschner

Referenten gesucht

Wenn Sie Interesse haben, eine künftige „agnes zwei“-Schulung mit Ihrem Wissen oder Beispielen aus Ihrer Praxis zu bereichern, würden wir uns freuen, wenn Sie uns als Referent unterstützen würden. Egal ob Sie Haus- oder Facharzt sind, in eigener Niederlassung arbeiten oder als Angestellter in einem MVZ oder Ärztehaus. Das aktuelle Schulungskonzept finden Sie unter www.arge-igib.de.

Bei Interesse, und falls Sie Fragen oder Anregungen zur „agnes zwei“-Schulung haben, melden Sie sich bitte bei Manuela Böttcher unter 0331/7305-798.

„agnes zwei“ – die Fakten

Wer kann teilnehmen?

Ärzte, die nicht ausschließlich auf Überweisung in Anspruch genommen werden und

- die mit mindestens zwei anderen Ärzten kooperieren oder
- deren Praxis außerhalb eines Ober- und Mittelzentrums liegt und die Entfernung zur nächsten Arztpraxis der gleichen Fachrichtung 10 Kilometer oder mehr beträgt oder
- die schwerpunktmäßig betreuungsintensive Krankheiten (insbesondere in der Onkologie und Rheumatologie) behandeln.

Grundsätzlich sollen mindestens 20 Prozent der Patienten bei der AOK Nordost und/oder 10 Prozent bei der BARMER GEK versichert sein.

Hausärzte müssen am AOK-Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen; die zu betreuenden Patienten ebenfalls.

Wie wird es vergütet?

Für die Betreuung von Patienten durch eine „agnes zwei“ gibt es eine

Fallmanagementpauschale (SNR 93500) von 40 Euro – fallen auch Hausbesuche an, gilt die SNR 93501.

Die Pauschale ist monatlich, insgesamt maximal dreimal je Behandlungsfall im Quartal abrechenbar. Dafür tragen Sie die jeweilige Symbolnummer auf dem Behandlungsausweis ein.

Für welche Patienten?

Patienten, die eines Fall- oder Überleitungsmanagements bedürfen, beispielsweise

- multimorbide Patienten, die nur eingeschränkt mobil sind und/oder
- schwer chronisch Kranke und/oder
- Patienten mit besonders betreuungsintensiven Krankheiten, z. B. bösartige Neubildungen, entzündliche rheumatische Neuerkrankungen, Diabetes mellitus



Start der 116 117 erst zum 16. April

Aufgrund kleinerer technischer Probleme hat die KBV den bundesweiten Start der einheitlichen Bereitschaftsdienstnummer 116 117 auf den 16. April verschoben. Die bundesweiten „Probeschaltungen“ der neuen Rufnummer hatten ergeben, dass knapp fünf Prozent der über die Call-Center geleiteten Anrufe nicht weiter vermittelt werden konnten.

Die jetzige Verschiebung des Termins ist zwar bedauerlich, aber

in der Sache richtig. Das KV-System kann und will sich keine Fehler leisten, dafür ist das Thema zu sensibel.

In der Februarausgabe hatten wir umfassend zur Einführung dieses von der KV Brandenburg initiierten Projektes informiert und bereits ein erstes Informationspaket zugesandt. Wir werden Ihnen im April mit „KV-Intern“ weiteres Informationsmaterial zusenden; gedacht für die Patienten.

Hotline für die Online-Annahme der Quartalsabrechnung: 0331/98 22 98 06

Freitag	30.03.2012	8-18 Uhr
Montag	02.04.2012	8-18 Uhr
Dienstag	03.04.2012	8-18 Uhr
Mittwoch	04.04.2012	8-18 Uhr
Donnerstag	05.04.2012	8-18 Uhr
Dienstag	10.04.2012	8-18 Uhr

oder per E-Mail: online@kvbb.de.

Diskussionsrunden mit dem Vorstand

6. Juni 2012

Regionen: Uckermark, Oberhavel, Barnim, nördliches Markisch-Oderland

29. August 2012

Regionen: südliches Havelland, Potsdam-Mittelmark, Teltow-Fläming, nördliches Dahme-Spreewald, Oder-Spree, südliches Märkisch-Oderland, Brandenburg, Potsdam, Frankfurt (Oder)

21. November 2012

Regionen: Elbe-Elster, südliches Dahme-Spreewald, Oberspreewald-Lausitz, Spree-Neiße, Cottbus

Änderung des EBM mit Wirkung zum 1. April 2012

Der Bewertungsausschuss hat in seiner 268. Sitzung folgende Änderung zur humangenetischen Gebührenordnungsposition (GOP) 11500 beschlossen.

Änderung des vierten und fünften Spiegelstriches der ersten Anmerkung zur GOP 11500

- **Postnatal** liegen multiple angeborene Fehlbildungen vor.

- **Postnatal** liegen multiple dysmorphologische Merkmale, die zytogenetisch nicht erfassbare chromosomale Aberrationen als Ursache implizieren, vor.

Die Veröffentlichung des vollständigen Beschlusstextes entnehmen Sie bitte einem der nächsten Hefte des Deutschen Ärzteblattes.

Hausärzteverband Brandenburg gegründet

Der Hausärzteverband Brandenburg ist gegründet und wird in Zukunft die Interessen der Brandenburger Hausärzte – unabhängig davon, ob selbständig oder angestellt – kompetent und konsequent vertreten.

Der Gründungsvorstand besteht aus vier berufspolitisch erfahrenen Hausärzten: Dr. Johannes Becker, Prof. Dr. Ulrich Schwantes, Dipl.-Med. Astrid Tributh und Dr. Hanjo Pohle.

Die Geschäftsstelle befindet sich im Reiterweg 3 in 14460 Potsdam und wird von Simone Groß geleitet.

Telefonisch ist der Hausärzteverband Brandenburg unter 0331/887 152 812 zu erreichen. Die Mailanschrift lautet: mail@haevbb.de.

Guten Freunden gibt man ein ... Klägchen *Kommentar*

Wie in „KV-Intern“ 2/2012 berichtet, setzt sich die KV Brandenburg seit geraumer Zeit mit der Barmer GEK wegen der Abrechnung der Chronikerziffer auseinander. Jetzt hat diese Kasse uns verklagt. Sie will uns zwingen, auf ihre pauschalen Anträge hin die Abrechnung der Chronikerziffer gegenüber der Krankenkasse zu korrigieren.

Die Klagebegründung liest sich abenteuerlich, denn der gesamten Argumentation liegt ein sehr einfaches Prüferezept der Kasse zugrunde:

Man nehme die Leistungslegende der Chronikerpauschale, füge die Chronikerrichtlinie hinzu, siehe jeglichen medizinischen Sachverstand heraus und würze das Ganze mit freier Interpretation. Dreimal gegen den Uhrzeigersinn gerührt und fertig ist die Falschabrechnung!

So werden Worte hinzugedacht, so dass aus wenigstens einem Jahr ärztlicher Dauerbehandlung eine unmittelbar in den letzten drei Quartalen vor Abrechnung erfolgte vertragsärztliche Behandlung wird. Und da werden ganz neue Definitionen gefunden, weil die Barmer GEK es nicht einmal für erforderlich hält auszuschließen, dass die beanstandeten Fälle in einem DMP eingeschrieben sein könnten.

In ihrer Klagebegründung gesteht die Kasse übrigens zu: „Aus diesem Grund ist es sicherlich richtig, dass ein Chroniker seinen Status nicht dadurch

verliert, dass er nicht in jedem Quartal einer ärztlichen Behandlung bedarf.“ Soweit so gut, aber es geht noch weiter: „Andererseits kann man einen solchen Patienten nicht als schwerwiegend chronisch krank bezeichnen.“

Falsch! Kann „man“ doch! Denn „schwerwiegend“ ist in der Chronikerrichtlinie explizit definiert, z.B. durch eine kontinuierliche Arzneimitteltherapie, ohne die eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität zu erwarten ist. Insofern lässt sich durchaus darüber diskutieren, ob ein in ein DMP eingeschriebener Chroniker nicht auch ohne aktuelle quartalsweise Behandlung schwerwiegend chronisch erkrankt ist.

Was bleibt? Augenscheinlich wünscht die Kasse ein automatisiertes Verfahren bei der Beurteilung der ärztlichen Abrechnungen, der medizinische Sachverstand ist nur noch ein Störfaktor in der kleinen Welt der Prüfalgorithmus.

Sicherlich mag die Abrechnung der Chronikerpauschale in manch einem Fall zu überdenken sein. Doch das Gebaren der Barmer GEK, das keinerlei Sachargumenten zugänglich ist, ist nicht nur ein Affront gegen die KVBB als Vertragspartner, sondern auch ein Schlag ins Gesicht jeden Arztes, der sich Tag für Tag der Behandlung seiner chronisch kranken Patienten widmet.

K.H.

Hygiene-Info-Ecke

Hygieneverordnung des Landes

Durch das Ministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (MUGV) ist am 6. Februar eine Verordnung über die Hygiene und Infektionsprävention in medizinischen Einrichtungen (MedHygV) erlassen worden. Ausschlaggebend hierfür war die Neufassung des Infektionsschutzgesetzes vom 8.7.2011 und in dessen Folge der Infektionsschutz-Zuständigkeitsverordnung.

An der Pflicht zur Einhaltung der allgemein gültigen Hygienestandards hat sich inhaltlich nichts geändert. Auch bedeutet diese Verordnung de facto nicht, dass sich für Kommunen und Krankenhausträger die Aufgaben vermehren. Vielmehr wird der Prüfmaßstab hinsichtlich seiner Inhalte und Verbindlichkeiten konkretisiert.

Besondere Bedeutung kommt dabei der Etablierung von Hygienekommissionen zu sowie der Beschäftigung bzw. Qualifizierung von Fachpersonal und der hygienespezifischen regelmäßigen Fortbildung aller Mitarbeiter. Auch wird die Pflicht zur Dokumentation und Bewertung nosokomialer Infektionen (Infektions-Surveillance-System), zur Antibiotikaresistenz und zum Antibiotikaver-

brauch im Sinne eines Hygienemanagements für Krankenhäuser, ambulant operierende Einrichtungen und Reha-Einrichtungen festgelegt.

Für ärztliche und zahnärztliche Praxen ist die Erstellung eines Hygieneplans selbstverständlich weiterhin obligat, das aufwändige Management wie oben beschrieben nicht. Sie werden jedoch verpflichtet, sich durch einen ausgebildeten hygienebeauftragten Kollegen beraten und das Personal regelmäßig unterweisen zu lassen. Im Auftrag des Ministeriums sind entsprechende curriculäre Qualifikationsangebote bereits initiiert worden. Bis zum 31.12.2016 gilt eine Übergangsfrist, um genügend Personal entsprechend der Anforderungen an die Qualifikation ausbilden zu können. Ob es genug qualifizierte Ärzte geben wird, die dann im Auftragsverhältnis beratend auch für die ambulanten Praxen tätig werden können, wird sich allerdings noch zeigen müssen.

Ansprechpartner:

Claudia Kintscher,
FBL Qualitätssicherung/Ärztin,
Tel.: 0331/23 09 377

Darf es ein Quäntchen mehr sein?

Das Image von Qualitätsmanagement (QM) hat sich weitgehend gebessert und das Gros der Praxen hat sich des Themas mittlerweile angenommen. Man kann also sagen: Das praxisinterne Qualitätsmanagement hat sich etabliert. Welche positiven Effekte QM tatsächlich auf die Praxisabläufe, Fehlerreduktion und Patientensicherheit oder die betriebswirtschaftlichen Ergebnisse hat, ist jedoch immer noch schwer fassbar.

Zu vermuten ist, dass viele Arztpraxen bereits vor der gesetzlichen Verpflichtung zur Einführung von QM straff organisiert waren bzw. ein „intuitives QM“ betrieben haben, sodass Verbesserungen kaum wahrgenommen werden. Auch ist das Interesse für QM und damit die Intensität, mit der sich auf dieses Thema eingelassen wird, natürlicherweise sehr inhomogen. Je höher der Grad der Einführung eines QM-Systems ist, umso deutlicher wird auch die Wahrnehmung von Erfolgen und damit die Entwicklung einer positiven Einstellung zu QM. Die Stiftung Gesundheit führt jedes Jahr deutschlandweite Befragungen mit wechselnden Schwerpunkten durch. Die Studienergebnisse sind unter www.stiftung-gesundheit.de einsehbar.

Auch die KBV hat sich auf den Weg gemacht und eine Studie zur Anwendung des QM-Systems QEP® beim

Institut für Gesundheitssystemforschung der Universität Witten/Herdecke in Auftrag gegeben. Sobald uns die offiziellen Ergebnisse vorliegen, werden wir darüber berichten.

Apropos - hier noch ein Hinweis in eigener Sache:

Auf Basis des aktualisierten Schulungscurriculums möchten wir Ihnen weiterhin **QEP®-Einführungsseminare** anbieten. Aufgrund der reduzierten Nachfrage, schließlich befinden wir uns schon im 6. Jahr der Einführung, haben wir jedoch aktuell nur ein Seminar für dieses Jahr in Vorplanung, wobei ein Termin noch nicht festgesetzt wurde.

Darum: Bitte melden Sie Ihr Interesse unbedingt bei uns an, damit wir dieses und ggf. weitere Seminare umsetzen können! Sobald sich ausreichend Teilnehmer gemeldet haben, kann kurzfristig ein geeigneter Termin vereinbart werden.

Darüber hinaus bieten wir auch die Möglichkeit, sich als Gruppe bei uns anzumelden. Bei einer garantierten Anzahl von 20 Teilnehmern (Ärzte und Schwestern) können wir individuelle Termine planen. Stehen geeignete Räumlichkeiten zur Verfügung, ist es auch möglich, vor Ort in der entsprechenden Region ein QEP®-Einführungsseminar zu organisieren.

Ansprechpartner:

Claudia Kintscher, Tel.: 0331/23 09 377

MRSA: Neue Regelungen für Untersuchung und Behandlung

Resistente Keime sind nicht nur ein Problem von Krankenhäusern und Pflegeheimen. Durch die zunehmende Zahl von Patienten, die sich mit einem methicillinresistenten *Staphylococcus aureus* (MRSA) infizieren, wächst der Behandlungsbedarf auch im ambulanten Bereich.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat deshalb mit dem GKV Spitzenverband eine Vergütungsvereinbarung abgeschlossen, die eine gezielte Untersuchung und Behandlung besonders gefährdeter Patienten umfasst. Sie gilt ab 1.4.2012.

Die Honorierung der vereinbarten Leistungen erfolgt zu festen Preisen

und ohne Mengenbegrenzung außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV). Die Vereinbarung ist zunächst auf zwei Jahre befristet.

Detaillierte Informationen unter anderem zur Abrechnung, Vergütung und Qualitätssicherung finden Sie unter www.mrsa-ebm.de.

Aufgrund des großen Interesses organisiert die KVBB weitere Fortbildungsveranstaltungen in den Regionen. So unter anderem am 25.4.2012 in Cottbus. Weitere Termine finden Sie aktuell unter www.kvbb.de.

Anzeige

Nur jeder Fünfte geht zur Darmkrebsvorsorge

Die bundesweite Statistik weist es aus: Untersuchungen zur Früherkennung von Darmkrebs werden in Deutschland noch immer zu wenig in Anspruch genommen. „Erst etwa jeder fünfte Bundesbürger ab 55 Jahren war zur Darmspiegelung“, betonte KBV-Chef Dr. Andreas Köhler, zum Start des Darmkrebsmonats März. Dabei lasse sich Darmkrebs früh erkannt sehr gut heilen und durch die Behandlung von Vorstufen sogar vermeiden.

Laut Robert Koch-Institut erkranken jährlich über 70.000 Menschen an diesem Tumor, etwa 26.000 sterben daran. Damit ist Darmkrebs die zweithäufigste Krebserkrankung in Deutschland.

Die Zahlen in Brandenburg bestätigen diese bundesweite Aussage. Und sie zeigen noch etwas: Die Kurve der präventiven Koloskopien zeigt nach unten.

Die KBV hat gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine Informationsoffensive gestartet, um die Bürger stärker für das Thema Vorsorge zu sensibilisieren. Für die Wartezimmer in den Arztpraxen wurde unter anderem ein Plakat mit dem Slogan „Große Probleme

fangen oft winzig an“ erstellt sowie im Internet unter www.kbv.de Informationen bereitgestellt.

Doch allein mit Information ist dem negativen Trend der Untersuchungszahlen nicht zu begegnen. Die niedergelassenen Ärzte – und hier vor allem die Hausärzte, Gynäkologen, Urologen und Internisten, als in der Regel erster Ansprechpartner – sind aufgefordert, ihre Patienten in einem Beratungsgespräch über die Möglichkeiten der Früherkennung zu informieren.

Gesetzlich Krankenversicherte ab einem Alter von 50 Jahren haben neben einem Beratungsgespräch beim Arzt die Möglichkeit, jährlich einen Okkulttest durchführen zu lassen. Seit Oktober 2002 übernehmen die Krankenkassen für Versicherte ab 55 auch die Kosten für eine Darmspiegelung. Die Untersuchung, die nach zehn Jahren wiederholt werden sollte, gilt als sichere und wirksame Methode zur Früherkennung von Darmkrebs.

Eine aktuelle Analyse des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (ZI) hat ergeben, dass die Früherkennungsangebote noch zu wenig genutzt werden. Zwischen 2003 und 2010 haben von 20 Millionen Anspruchsberech-

tigten 4,2 Millionen das Angebot einer Darmspiegelung wahrgenommen. Das sind aus der Hauptzielgruppe der 55- bis 74-Jährigen 18,3 Prozent der Männer und 20,1 Prozent der Frauen. Seit 2005 stagnieren diese Zahlen. Ursache könnte auch sein, dass eine

motivierende Beratung (kostet Zeit!) nur 1 mal von den Kassen honoriert wird! Daher: Mehr motivierende Beratungen sparen am langen Ende Behandlungskosten für vermiedene Kolonkarzinome.

Unser Info-Tipp

Neuer Patientenratgeber „Brustkrebs“

Brustkrebs ist in Deutschland die häufigste bösartige Tumorerkrankung bei Frauen. Allein im Land Brandenburg erkranken jährlich knapp 2.000 Frauen.

Schon bei der Therapieplanung ist es sehr wichtig, dass Patienten profunde Informationen erhalten. Beispielsweise: Ist eine Chemotherapie sinnvoll, und wann soll sie stattfinden? Reicht eventuell eine Operation aus? Bestrahlung – wann und wo?

Der Patientenratgeber „Brustkrebs“ enthält neben verständlichen medizinischen Informationen auch

ganz praktische Tipps und Hilfen im psychischen und sozialen Umgang mit der Krankheit.

Ergänzt wird die Broschüre mit weiterführenden Adressen und einem kurzen Glossar.

Herausgeber ist die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. in Zusammenarbeit mit der Brandenburgischen Krebsgesellschaft e.V.

Weitere Informationen sowie diese Broschüre können Interessierte kostenlos erhalten:

E-Mail: mail@krebsgesellschaft-brandenburg.de



Impfvereinbarung an Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie angepasst

Die KVBB und die Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg haben mit Wirkung ab 1.1.2012 einen Nachtrag zur Impfvereinbarung abgeschlossen. Dieser beinhaltet Neuregelungen zur Dokumentation und Abrechnung der Impfciffern bei Pneumokokken-Impfungen (betrifft nur bisherige SNRn 89120 und 89120R) und bei Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln (bisherige SNRn 89301A und 89301B).

Über die entsprechenden Änderungen der Schutzimpfungs-Richtlinie hatten wir bereits in „KV-Intern“ 1/2010 sowie 3/2011 informiert. Empfohlen ist nun z.B. die Impfung gegen Masern im Erwachsenenalter bei entsprechender Indikation (nach 1970 geborene Erwachsene (> 18 Jahre) mit unklarem Impfstatus, ohne Impfung oder mit nur einer Impfung in der Kindheit – insbesondere wenn sie im Gesundheitsdienst, in der Betreu-

ung von Immundefizienten oder in Gesundheitseinrichtungen arbeiten). Die Impfung soll vorzugsweise mit einem MMR-Impfstoff erfolgen. Bei der Impfung gegen Pneumokokken ist eine Wiederholung der Impfung nunmehr lediglich bei weiterbestehender Indikation möglich.

Nachdem diese beiden Änderungen auch in die Anlage 2 der Schutzimpfungs-Richtlinie eingeflossen sind, ist die Impfvereinbarung entsprechend angepasst worden.

Die aktualisierte Fassung der Impfvereinbarung finden Sie auf der Homepage der KVBB www.kvbb.de unter der Rubrik Verträge.

Ansprechpartner:

Abrechnungshotline 0331/98 22 98 03
Beratende Apotheker
Fachbereich Verträge

Bitte beachten Sie bei der Abrechnung ab sofort die folgenden Regelungen - siehe nebenstehende Tabelle.

Impfung	Dokumentationsnummer			Vergütung je Impfung in Euro
	erste Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	Auffrischimpfung	
Pneumokokken <ul style="list-style-type: none"> • Kinder ab dem vollendeten 2. Lebensjahr, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung oder infolge angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion oder infolge einer chronischen Erkrankung • Bei weiterbestehender Indikation (angeborene und erworbene Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, chronische Nierenerkrankheiten/nephrotisches Syndrom) 	89120			6,35
			89120R	6,35
Masern, Mumps, Röteln (MMR) <ul style="list-style-type: none"> • Masern, Mumps, Röteln (MMR) • Masern, Mumps, Röteln im Erwachsenenalter bei entsprechender bestehender Indikation 	89301 A	89301 B		10,35
	89301			10,35

Impfzahlen 2010

Impfungen gehören zu den wirksamsten und kostengünstigsten Präventivmaßnahmen in der Medizin. Ein Satz, den alle kennen, aber nicht alle in die Tat umsetzen. Auf dem Weg zur Verwirklichung der kostengünstigsten Präventionsidee können wir heute gute wie auch nicht so gute Zahlen präsentieren.

In Brandenburg wurden im Jahre 2010 von Vertragsärzten 1.109.775 Impfungen zu Lasten der GKV abgerechnet, 77 Prozent als Monoimpfung und 23 Prozent als Kombinationsimpfung – das sind 14 Prozent weniger als 2009! Zu beachten ist dabei jedoch auch, dass in der gleichen Zeit sowohl die Geburtenraten als auch die Bevölkerungszahl insgesamt rückläufig waren.

Absolute Spitzenposition nimmt dabei die Influenza-Impfung mit 652.234 abgerechneten Gebührenpositionen (59 Prozent) ein, gefolgt von der Pneumokokken-Impfung (8 Prozent), der Diphtherie/Tetanus/Pertussis-Impfung (6 Prozent) und der 6-fach-Impfung bei Kindern (5 Prozent). Vermutlich wurden weniger Influenza-Impfungen zugunsten der Impfung gegen die Schweinegrippe durchgeführt, die nicht in die Auswertung einbezogen wurde. Das wird auch die Ursache für den Rückgang der Impfgesamtzahl sein.

Es fällt auf, dass die Vertragsärzte die Tetanus/Diphtherie-Impfung zunehmend mit der Pertussis-Impfung kombiniert haben, was laut Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) einmalig bei allen Erwachsenen möglich ist. Diese Impf-Nummer ist mehr als doppelt so oft abgerechnet worden wie 2009.

Gleichbleibend sind die Impfzahlen bei der 6-fach-Impfung und MMRV-Impfung. Der Abfall bei der Pneumokokken-Impfung könnte der Tatsache geschuldet sein, dass eine Auffrischung nur noch bei bestimmten Immundefekten und chronischer Niereninsuffizienz zu Lasten der GKV möglich ist. Mehr als verdoppelt hat sich die Abrechnung bei der Impfung gegen Tetanus/Diphtherie/Pertussis/Poliomyelitis (TdapIPV). Wir möchten darauf hinweisen, dass nur beim Vorliegen der Indikation aller 4 Impfbereiche eine derartige Kombinationsimpfung GKV-Leistung ist. Leicht ansteigend sind die Impfungen gegen Varizellen und Poliomyelitis. Vielleicht ein Hinweis einer konsequenteren Kontrolle der Impfausweise mit Nachholen fehlender Impfungen.

Es wurde auf dem Gebiet der Impfungen viel erreicht, aber es gibt auch noch zahlreiche Impflücken zu schließen.

Zu einer häufig gestellten Anfrage eine kurze Antwort. Die Zulassung für den 13-valenten Pneumokokken-Konjugatimpfstoff Previnar wurde erweitert. Zusätzlich zur Altersgruppe 2 Monate bis 5 Jahre ist er jetzt auch für Erwachsene ab 50 Jahren zugelassen. Leider ist in der Schutzimpfungs-Richtlinie für Patienten ab 60 Jahren nur ein Polysaccharidimpfstoff genannt. Solange dies nicht geändert wird, können ältere Patienten auch nur mit dem Polysaccharidimpfstoff zu Lasten der GKV geimpft werden. Die Studienlage ist für die STIKO leider noch nicht ausreichend, um eine Änderung vorzunehmen. Wer den Konjugatimpfstoff einsetzen möchte (bei Indikationsimpfung vielleicht

sinnvoll) sollte die Kostenerstattung mit der jeweiligen Krankenkasse wählen. Eine genaue Begründung können Sie im Epidemiologischen Bulletin Nr. 7/2012 auf der Internetseite des RKI nachlesen.

Im April 2012 liegen die Abrechnungen der Impfleistungen des Jahres 2011 vor. In Anlehnung an die Veröffentlichung 2009 werden wir dann Auswertungen, bezogen auf bestimmte Fachgruppen, vornehmen.
Bis dahin – Impfen ist wichtig!

Ansprechpartner:
Beratende Apotheker

Impfung	Abrechnungsziffer	Anzahl 2009	Anzahl 2010
Influenza	89111/-112	772.634	652.234
Pneumokokken	89118/-119/-120	103.321	83.176
Td	89201	96.837	37.876
FSME	89102	65.456	42.215
DTaP-IPV-Hib-HepB (6-fach-Impfung)	89600	60.619	60.606
Meningokokken	89114/-115	34.608	25.910
Tdap	89303	32.289	70.268
MMRV	89401	29.279	29.232
TdapIPV	89400	17.115	37.563
HPV	89110	16.111	11.653
Hep. B	89106/-107/-108	10.909	8.682
Varizellen	89125/-126	9.279	13.844
Poliomyelitis	89121/-122	8.796	11.571
MMR	89301	6.159	4.956

Heilmittelverordnungen – welche Fehler treten auf?

Im vergangenen Jahr führte der Landesverband Berlin-Brandenburg der Physiotherapeuten/Krankengymnasten (ZVK) e. V. unter seinen Mitgliedern eine Abfrage zu unvollständig oder fehlerhaft ausgefüllten Heilmittelverordnungen durch. Als Hintergrund für diese Auswertung wurde benannt, dass selbst kleinste formale Fehler auf der Verordnung zur kompletten Absetzung der erfolgten Behandlung durch den Kostenträger führen würden. Von den Krankenkassen würde gefordert, dass jede unvollständige oder fehlerhafte Verordnung noch vor Beginn der Behandlung korrigiert werden muss.

Von den ungefähr 800 ausgewerteten Verordnungen kamen ca. 200 von Brandenburger Ärzten. Die häufigste Reklamation (rund 80 Fälle) betraf das fehlende Kreuz zum Therapiebericht. Der Arzt muss hier eine Entscheidung treffen, ebenso beim Hausbesuch. Ein Offenlassen beider Ankreuzmöglichkeiten („Therapiebericht ja“ oder „Therapiebericht nein“ bzw. „Hausbesuch ja“ oder „Hausbesuch nein“) gilt als Unvollständigkeit, die vom Therapeuten

gemäß Heilmittel-Richtlinie nicht geheilt werden darf.

Neben den fehlenden Kreuzen, die keinen Einfluss auf die Versorgungsqualität für den Patienten haben, gibt es aber auch Verstöße gegen die Vorgaben des Heilmittelkataloges, wenn auch in deutlich geringerer Anzahl. Deshalb bitte beachten: Der Indikationsschlüssel muss bei Verordnungen von physiotherapeutischen Leistungen vierstellig angegeben werden, also einschließlich der Leitsymptomatik. Das ausgewählte Heilmittel muss zum Indikationsschlüssel gemäß Heilmittelkatalog passen. Wenn Diagnosegruppe und Leitsymptomatik festgelegt sind, gibt der Katalog das anwendbare Heilmittel vor. Nicht unter dieser Diagnosegruppe aufgeführte Heilmittel dürfen nicht verordnet und vom Therapeuten auch nicht erbracht werden.

Ansprechpartner:
Beratende Apotheker

Kommen Sie zur Gesundheits-IT Messe in Berlin!

Vom **24. bis 26. April** findet auf der Messe in Berlin die conhIT Messe statt. Ein Schwerpunkt hierbei sind aktuelle IT-Lösungen für die Arztpraxis. Alle großen Praxissoftwarehersteller sind vertreten. Speziell für niedergelassene Ärzte haben wir am 25. April, gemeinsam mit dem bvitg und dem Bundesverband Medizini-

scher Versorgungszentren ein Programm gestaltet. Alle interessierten Ärzte und Mitarbeiter aus Arztpraxen sind zum Mittwoch, dem 25. April, eingeladen. **Freikarten** für diesen Tag können Sie unter Online@kvbb.de bzw. Telefon 0331/982298-06 anfordern. Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

11.00 – 12.00 Uhr	Podiumsdiskussion „Datenschutz vs. Kooperation: Möglichkeiten und Restriktionen in MVZ und Krankenhaus“
12.00 – 13.00 Uhr	Messeführung „Effizienzsteigerung durch IT: Schwerpunkt Archivierung und papierlose Praxis“
13.00 – 14.00 Uhr	Kongress-Session „IT-Unterstützung für Versorgungssteuerung und Direktverträge in der ambulanten Versorgung“
14.30 – 16.00 Uhr	Workshop „Online-Dienste für die Arztpraxis, wie geht’s richtig und was bringt es mir?“
16.00 – 16.30 Uhr	Impulsvortrag „Erfahrungen und Erwartungen aus praktischer Sicht“
16.30 – 17.30 Uhr	Messeführung „IT in der Arztpraxis, was gibt es neues und was hilft mir im praktischen Alltag?“

Workshop für „Systembetreuer in der Arztpraxis“ war ein voller Erfolg!



Foto: Rostek

Die KVBB organisierte erstmalig am 14.2.2012 für die IT Betreuer von Arztpraxen einen Workshop in der Landesgeschäftsstelle. Aufgrund der vielen Anmeldungen wurde der Workshop gleich doppelt durchgeführt (Vormittag und Nachmittag).

Insgesamt nahmen über 80 Softwarebetreuer, Techniker und auch Geschäftsführer der Systemhäuser an den Workshops teil. Nicht nur aus Brandenburg, auch aus Berlin und den umliegenden Bundesländer reisten interessierte Teilnehmer an, um gemeinsam mit der KVBB aktuelle IT-Themen aus den brandenburgischen Arztpraxen zu besprechen/bearbeiten/erörtern.

Im Rahmen dieses Workshops wurde u.a. die Anbindung der Ärzte an das sichere Netz der KVen, (KV-SafeNet und DatenNerv), künftige Lösungen der KVBB wie Archivanbindung sowie technische Details zur Abrechnung vorgestellt und gemeinsam erörtert.

Es fand ein reger Erfahrungsaustausch statt, der für die Teilnehmer -

aber - auch für uns als KV - wichtige Hinweise und Verbesserungsvorschläge hervorbrachte.

Gemeinsames Ziel ist es, zuverlässige, einfache und praktische Lösungen für die Praxis zu ermöglichen und umzusetzen. Aufgrund der großen Resonanz und positiven Ergebnisse werden wir die Veranstaltung im Herbst wieder durchführen. Zusätzlich wird ab sofort quartalsweise ein Newsletter versandt, in dem über aktuelle Themen, Probleme und Lösungen für Systembetreuer berichtet wird.

Wir freuen uns sehr über den regen Austausch mit den „Systembetreuern aus der Praxis“ und werden diesen Austausch gerne intensiv weiterführen. Weitere Informationen zu den angesprochenen Themen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.kvbb.de - dort können Sie sich auch für den Newsletter registrieren.

Holger Rostek

Unternehmensbereichsleiter IT

Gesundheitsminister Daniel Bahr auf der KBV-Versorgungsmesse:

Kollektivvertrag braucht Wettbewerb, sonst wird er träge!

Es ist ein Gegensatz, wie er optisch an diesem Dienstagvormittag auf der KBV-Versorgungsmesse im Berliner dbb-Forum kaum größer sein kann: Auf dem Podium KBV-Chef Dr. Andreas Köhler, massig, den Sessel komplett ausfüllend, ein politisches Schwergewicht in Statur und Argumentation. Daneben Daniel Bahr, schmal, fast unscheinbar.

Im Dialog jedoch sind sie auf Augenhöhe und alles andere als die kauzigen zwei Alten, die auf dem Balkon der Muppet-Show sonst ihr verbales Unwesen zu treiben pflegen. Ein Bild übrigens, dass der KBV-Vorsitzende selbstironisch gebrauchte, als sich beide Diskutanten auf die Bühne begaben.

Zum Inhalt. Demographischer Wandel und wohnortnahe Versorgung – so das zentrale Thema. Ein brisantes, weil nach Lösungen drängendes. Und ein sehr aktuelles. Mit dem neuen Versorgungsstrukturgesetz, da waren sich beide einig, liegt ein gesetzliches Instrumentarium auf dem Tisch, das durchaus viele gute Ansätze bietet.

Dabei machte der Minister klar, dass es sich nicht, wie von vielen

Medien kolportiert, um ein Landärztegesetz handele. Nein, es ginge viel weiter. Endlich werde sinnvoller Wettbewerb möglich und es ginge nicht nur um reine Kostendämpfung, so wie in den vorangegangenen Gesetzesregelungen.

Angesprochen von Köhler, wie der Gesundheitsminister denn das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivverträgen sähe, antwortete dieser: Der Kollektivvertrag brauche den Wettbewerb, sonst werde er träge.

Regionale Besonderheiten, die in Zukunft stärker beachtet werden müssten, seien nicht durch und mit dem Kollektivvertrag zu regeln. „Hier bedarf es des Selektivvertrages, um unterhalb des KV-Bezirks regionale Versorgungsstrukturen zu entwickeln.“

Ein Verhältnis, wie von Köhler vorgeschlagen, 90 Prozent Kollektivvertrag und 10 Prozent Selektivvertrag,



lehnte der Minister ab. Ihm ginge es nicht darum, hier reglementierend in irgendeiner Weise Vorgaben zu



Foto (2): Leschner

machen. Entscheidend sei allein die Notwendigkeit. Und die könne in Bayern beispielsweise ganz anders aussehen als in Mecklenburg-Vorpommern.

Dann folgte ein ministerielles Plädoyer für Kooperation und da insbesondere für Netzstrukturen. Sie seien der Weg in die Zukunft; regional, konkret auf die Bedürfnisse der Versorgung angepasst, flexibel. Und dass beispielsweise die KVen keine Netze seien, ergebe sich aus der Pflichtmitgliedschaft ihrer Mitglieder. Netze zeichneten sich dadurch aus, dass die Teilnahme der Ärzte freiwillig sei. Änderungen in dieser Sichtweise seien mit ihm, Bahr, nicht zu machen.

Überhaupt, wieder einmal präsentierte sich der Gesundheitsminister als wortgewandter, in Argumentation und Detailkenntnissen kompetenter, in der Sache knochenharter Gesprächspartner. Mit der Einführung einer spezialfachärztlichen Versorgungsebene reiße das Versorgungsstrukturgesetz erstmalig die Mauern

zwischen ambulant und stationär ein, so Bahr.

Scharf sei er vor allem von den Krankenkassen und den Gesundheitsministern der Länder gerügt worden, dass es für diese Versorgungsebene keine Budgets und Mengenbegrenzungen gäbe. Doch genau das hätte das Ende dieser Struktur und damit einer besseren Kooperation bedeutet. Zustimmung dazu von KBV-Chef Köhler, der sich – leider – in der Diskussion ungewohnt zurückhielt.

Mit Blick auf die aktuellen Milliardenüberschüsse bei den Kassen verwies Bahr darauf, dass dies eine Momentaufnahme sei. Geräte die wirtschaftliche Entwicklung ins Stocken, seien diese „Überschüsse“ ganz schnell wieder aufgebraucht. Nein, er plädiere für einen sinnvollen Einsatz dieser Gelder durch die Kassen: „Die Krankenkassen haben die Verantwortung, jetzt in neue Versorgungsstrukturen zu investieren.“ Sie müssten nun den Mut haben, dies auch zu tun.

Im Übrigen kenne er die Begehrlichkeiten, die jetzt überall mit Blick auf diese Milliardenüberschüsse existierten. Er werde ihnen jedoch nicht nachgeben.

Dieser Dialog zweier inhaltlicher Schwergewichte ohne Moderator war ein Versuch, Gesundheitspolitik einmal anders, eben im Zwiegespräch zweier Protagonisten, verständlich zu

machen. Die Idee war sicher nicht schlecht, die Umsetzung offenbarte dann doch so einige Lücken. So war es ausgesprochen schade, dass sich der KBV-Vorsitzende mehr auf die

Rolle des Fragenden denn des streitbaren Kenners beschränkte. So wurde leider einiges an Potenzial und Austausch von Argumenten verschenkt.

R.H.

Gut gemacht *Kommentar*

Die diesjährige KBV-Versorgungsmesse ist passé. Knapp drei Tage war sie zum dritten Mal Treffpunkt all jener, die mit neuen Ideen und Projekten die medizinische Versorgung und vor allem ihre Strukturen weiterentwickeln wollen.

Das wurde deutlich in den 34 Projekten, die sich auf dieser Messe präsentierten, das wurde ebenso deutlich während der vielfältigen Diskussionsrunden und Workshops. Für ein abschließendes Fazit ist es sicher noch zu früh, denn erst die kommenden Monate werden zeigen (müssen), inwieweit die vielen guten Ideen auch in der Praxis umgesetzt und die innovativen Projekte Nachahmer finden werden.

Dass die KV Brandenburg erneut mit zwei vielversprechenden Projekten vertreten war, zeigt, wie intensiv wir uns, gemeinsam mit Partnern wie der AOK, den neuen Herausforderungen stellen. Die Messestände von „agnes zwei“ und „KV RegioMed“ waren gut besucht,

wenngleich man sich neben den offiziellen Vertretern von Organisationen, Verbänden und Körperschaften auch den einen oder anderen Arzt aus der Praxis gewünscht hätte.

Dies war und ist zweifellos ein Manko. Hier müssen sich die Veranstalter, und da zählen nun einmal die KVen dazu, schon fragen, warum das so ist. Möglicherweise wären die Veranstaltungstermine auch so zu wählen, dass wenigstens ein Tag der Messe an einem Samstag stattfindet.

Hier sollte also noch etwas Ursachenforschung betrieben werden, denn wir können es uns nicht leisten, auf die unmittelbare praktische Erfahrung des Arztes vor Ort zu verzichten. Trotzdem: Die Messe-Tage waren gut gemacht, gut organisiert und letztlich mit rund 500 Teilnehmern auch gut besucht.

R.H.

Informationstag für Existenzgründer und Praxisabgeber am 21. April 2012 in Potsdam

Am 21. April 2012 wird die KV Brandenburg ihren Informationstag für Existenzgründer und Praxisabgeber zum zweiten Mal durchführen.

Gemeinsam mit unseren langjährigen Partnern bieten wir Existenzgründern und parallel unseren Praxisabgebern an, sich anhand von Vortragsreihen zu informieren und ggf. individuell beraten zu lassen. Zudem wird es für beide Interessengruppen, Existenzgründer wie Praxisabgeber, die Möglichkeit zur persönlichen Kontaktaufnahme miteinander geben.

Teilnahmegebühr: für Existenzgründer: 30 Euro pro Person
für Praxisabgeber: kostenfrei

Wir freuen uns auf Ihr Kommen.

Ansprechpartner: Frau Thiele: 0331/23 09 459

Programm für Praxisabgeber

09.00 Uhr	Eröffnung der Veranstaltung durch den Vorstand der KVBB Grußwort durch Frau Ministerin Anita Tack, MUGV , angefragt Chancen der Niederlassung im Land Brandenburg Vorstand der KVBB
10.00 Uhr	Praxiswertsteigerung in betriebswirtschaftlicher Hinsicht Carsten Trier, Betriebswirtschaftlicher Berater der KVBB
10.45 Uhr	Kaffepause
11.00 Uhr	Formalitäten der Praxisabgabe und Praxisübernahmevertrag Karin Rettkowski, Niederlassungsberaterin der KVBB Elke Best, Fachanwältin für Medizinrecht, Rechtsanwältin bei der Raffelsieper & Partner GbR
12.15 Uhr	Mittagspause
13.30 Uhr	Steuerliche Aspekte der Praxisabgabe Jürgen Pfeilsticker, Konzept Steuerberatungsgesellschaft mbH
14.45 Uhr	Ende der Veranstaltung

Programm für Existenzgründer

09.00 Uhr	Eröffnung der Veranstaltung durch den Vorstand der KVBB Grußwort durch Frau Ministerin Anita Tack, MUGV Chancen der Niederlassung im Land Brandenburg Vorstand der KVBB
09.45 Uhr	Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für eine vertragsärztliche Tätigkeit im Land Brandenburg Karin Rettkowski, Niederlassungsberaterin der KVBB Roland Kiesche, stellv. Unternehmensbereichsleiter Qualitätssicherung/Sicherstellung der KVBB
10.15 Uhr	Kaffepause
10.30 Uhr	Änderung der Berufsordnung des Landes Brandenburg/ Perspektiven für die Niederlassung Dr. med. Udo Wolter, Präsident der Landesärztekammer Brandenburg
11.00 Uhr	Diskussionsrunde zu den Vorträgen
11.15 Uhr	Betriebswirtschaftliche Aspekte der Niederlassung Carsten Trier, Betriebswirtschaftlicher Berater der KVBB
12.00 Uhr	Mittagspause
13.30 Uhr	Finanzielle und steuerliche Aspekte der Niederlassung Jürgen Nitsche, Direktor der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer, Potsdam Frank Pfeilsticker, Geschäftsführer, Konzept Steuerberatungsgesellschaft mbH, Potsdam
14.30 Uhr	Kaffeepause
14.45 Uhr	Grundlagen der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit - Wie kommt der Arzt zum Geld? Karl Voß, Fachbereichsleiter Statistik/Honorar der KVBB
15.30 Uhr	Ende der Veranstaltung

Zulassungen und Ermächtigungen

Neuzulassungen

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

Dr. med. Jörg Hussock
Facharzt für Anästhesiologie
in Cottbus
ab 10.10.2012

Dr. med. Michael Koschlig
Facharzt für Chirurgie
in Königs Wusterhausen
ab 01.04.2012

Dr. med. Bettina Pech
Fachärztin für Innere Medizin/
Rheumatologie in Eberswalde
ab 01.10.2012

Dr. med. Sonja Runge
Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheil-
kunde in Hoppegarten/OT Dahlwitz-
Hoppegarten
ab 01.07.2012

Andreas Sobel
Facharzt für Urologie in Wittenberge
ab 01.08.2012

Dr. med. Sabine Spranger
Fachärztin für Allgemeinmedizin
in Kleinmachnow
ab 01.04.2012

Medizinische Versorgungszentren gem. § 95 Abs. 1 SGB V

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

**MVZ „An der Havel“
in Brandenburg a.d. Havel**
Genehmigung zur Anstellung von:
Margit Stein
Fachärztin für Psychiatrie
ab 01.03.2012

**Labor Dr. Berthold und Koll. MVZ GbR
in Frankfurt (Oder)**
Genehmigung zur Anstellung von:
Dipl.-Med. Elvira Schulz
Fachärztin für Transfusionsmedizin
ab 01.03.2012

OGD MVZ Neuruppin in Neuruppin
Genehmigung zur Anstellung von:
MUDr. Matthias Zänger
Facharzt für Chirurgie
ab 01.03.2012

**Asklepios Klinikum Uckermark
GmbH/MVZ in Schwedt/O.**

Genehmigung zur Anstellung von:
Dipl.-Med. Petra Gröschel
Fachärztin für Urologie
ab 01.04.2012

Prof. Dr. med. Rüdiger Heicappell
Facharzt für Urologie
ab 01.04.2012

Dipl.-Med. Gabriele Kühnl
Fachärztin für Urologie
ab 01.04.2012

Ermächtigungen

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

Dr. med. Kristina Bensch
Fachärztin für Innere Medizin am KKH Prignitz in Perleberg
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 Kontrolle von implantierten Defibrillatoren und CRT-Systemen für die Zeit vom 01.04.2012 bis zum 31.03.2014.

Dr. med. Stefan Blume
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Oberlinklinik in Potsdam

ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugel. Orthopäden, FÄ f. Kinder- u. Jugendmedizin und von Prakt. Ärzten, die über die Facharztbez. Kinder- u. Jugendmedizin verfügen, ohne als solche zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugel. zu sein, sowie entspr. Ärzten in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V für die Sonographie der Säuglingshüfte für die Zeit vom 01.04.2012 bis zum 31.03.2014.

Dr. med. Klaus-Dieter Burkhardt
Facharzt für Innere Medizin am Sana Krankenhaus in Templin
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 Prokto-/Rektoskopie und zur Durchführung der präventiven Koloskopie sowie auf Überweisung von zugel. fachärztl. tätigen Internisten, Hausärzten und FÄ für Chirurgie sowie entspr. Ärzten in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V zur konsiliarischen Ber. sowie zur Mitbehandlung ausgewählter gastroenterologischer Krankheitsbilder

- Colitis ulcerosa
- Morbus Crohn
- Malabsorptionssyndrom
- chronische Pankreatitis
- Hepatitis B und C
- Leberzirrhose

für die Zeit vom 01.04.2012 bis zum 31.03.2014.

Dr. med. Bernd Eisenschmid

Facharzt für Diagnostische Radiologie am Ev. KH Lutherstift Frankfurt(Oder)/Seelow in Seelow 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, vom KfH Seelow sowie von am Lutherstift Seelow erm. Ärzten auf dem Gebiet der radiol. Diagnostik und Computertomographie für die Zeit vom 01.04.2012 bis zum 31.03.2014.

Dr. med. Andreas Halder

Facharzt für Orthopädie an den Hellmuth-Ulrici-Kliniken in Sommerfeld ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugel. FÄ f. Orthopädie sowie entspr. FÄ in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V zur konsiliarischen Beratung in orthopädischen Problemfällen für die Zeit vom 01.04.2012 bis zum 31.03.2014.

Dipl.-Med. Ronald Hartmann

Facharzt für Innere Medizin am Elbe-Elster Klinikum in Elsterwerda 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 Herzschrittmacherkontrolle sowie auf Überweisung von FÄ, die Farbdoppler-Echokardiographien durchführen,

für die weiterführende echokardiographische Untersuchung und für die Stressechokardiographie für die Zeit vom 01.04.2012 bis zum 31.03.2014.

Dr. med. Ralf Kahl

Facharzt für Neurochirurgie am Klinikum Niederlausitz in Senftenberg ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugel. FÄ f. Chirurgie, Orthopädie und Neurologie sowie entspr. Ärzten in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen und differentialdiagnostischen Abklärung von Krankheitsbildern auf dem Gebiet der Neurochirurgie für die Zeit vom 01.04.2012 bis zum 31.03.2014.

Dr. med. Hagen Kelm

Facharzt für Innere Medizin an den Ruppiner Kliniken in Neuruppin ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugel. FÄ f. Innere Medizin/SP Pneumologie und FÄ f. Lungen- u. Bronchialheilkunde sowie entspr. Ärzten in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V für die weiterführende Diagnostik und Mitbehandlung von pneumologischen Problemfällen für die Zeit vom 01.03.2012 bis zum 31.03.2014.

Dr. med. Christina Kölmel

Fachärztin für Neurologie an der Neurologischen Rehabilitationsklinik in Beelitz-Heilstätten

ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugel. Neurologen, Psychiatern und Orthopäden sowie entspr. FÄ in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V zur Betreuung von Patienten mit Baclofen-Pumpen sowie auf Überweisung von zugel. Neurologen, Orthopäden, Neurochirurgen und Psychiatern sowie entspr. FÄ in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Neuroelektrodiagnostik für die Zeit vom 01.03.2012 bis zum 31.03.2014.

Dr. med. Peter Kroschwald

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an den Ruppiner Kliniken in Neuruppin
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugel. FÄ f. Kinder- u. Jugendmedizin und Prakt. Ärzten, die die Facharztbez. Kinder- u. Jugendmedizin erworben haben, sowie entspr. Ärzten in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V für Problemfälle ausgewählter Krankheitsbilder (gastroenterologische, rheumatologische, onkologische sowie andere singuläre Fälle) zur Beratung niedergel. Pädiater sowie auf Überweisung von zugel. FÄ f. Kinder- u. Jugendmedizin sowie entspr. FÄ in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung einer Sprechstunde für die Nachsorge für Hochrisikofrüh- und Neugeborene bis zur

Vollendung des 2. Lebensjahres für die Zeit vom 01.04.2012 bis zum 31.03.2014.

Dr. med. Tobias Lange

Facharzt für Orthopädie in Herzberg
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 für die Durchführung einer orthopädischen Sprechstunde für die Zeit vom 01.04.2012 bis zum 31.03.2014.

Dr. med. Hans-Josef Lemmen

Facharzt für Anästhesiologie 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 und von am KKH Prenzlau erm. Ärzten auf dem Gebiet der Schmerztherapie für die Zeit vom 01.03.2012 bis zum 31.03.2014.

Dr. med. Hans-Heinrich Minden

Facharzt für Innere Medizin an den Oberhavel Kliniken in Hennigsdorf
ermächtigt gem. § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugel. fachärztl. tätigen Internisten sowie entspr. Ärzten in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung der transösophagealen Echokardiographie für die Zeit vom 01.04.2012 bis zum 31.03.2014.

Priv.-Doz. Dr. med. Harald Pannwitz 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 sowie auf Überweisung von zugel. gastroenterologisch tätigen Ärzten und entspr. Ärzten in zugel. Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung der endoskopischen Sklerosierungsbehandlung für die Zeit vom 01.04.2012 bis zum 31.03.2014.

Zweigpraxen gem. § 24 Abs. 3 und 4 Ärzte-ZV

**Sana Gesundheitszentrum
Oranienburg/MVZ Oranienburg**
Zweigpraxis in Templin
durch **Dr. med. Wolfram Göhre**
Facharzt für Radiologie
ab 01.04.2012

**MVZ Märkisch-Oderland GmbH
Strausberg**
Zweigpraxis in Wriezen
durch **Dr. med. Jürgen Kuhlbars**
Facharzt für Orthopädie
ab 01.04.2012

Infos zu den Planungsbereichen auf Seite 43

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, Unternehmensbereich Qualitätssicherung/Sicherstellung, über die jeweilige Versorgungssituation zu informieren.

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. 1-3 SGB V i.V.m. § 16b Ärzte-ZV

Planungsbereich	Anästhesie	Augen	Chirurgie	Fachärztlich Internisten	Frauen	HNO	Hautkrankheiten	Kinder	Nerven	Orthopädie	Psychotherapie	Radiologie	Urologie	Hausärzte
Potsdam/Stadt	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	(2)
Brandenb./Havel/St. Potsdam-Mittelmark	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Havelland	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Oberhavel	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	(15)
Ostprignitz-Ruppin	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Prignitz	x	x	x	x	x	x	(1)	x	x	x	x	x	(1)	
Teltow-Fläming	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Cottbus/Stadt	x	x	x	x	x	x	(1)	x	x	x	1* x	x	x	(3)
Dahme-Spreewald	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	
Elbe-Elster	x	x	x	x	x	x	(1)	x	x	x	x	x	x	(10)
Oberspreewald-Lausitz	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	1* x	x	x	
Spree-Neiße	x	(1)	x	x	x	x	x	x	x	x	2* x	x	x	
Frankfurt/Stadt Oder-Spree	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	(2)
Barnim	x	(1)	x	x	x	x	x	x	x	x	1* x	x	x	
Märkisch-Oderland	x	(1)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	(24)
Uckermark	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

Die Übersicht enthält die Entscheidungen des Landesausschusses per 9.3.2012 für die Arztgruppen in den jeweiligen Planungsbereichen bis einschließlich des Beschlusses Nr. 14/12.

x gesperrte Planungsbereiche

(1) mögliche Zulassungen

* Zulassungsmöglichkeit für ärztliche Psychotherapeuten

** Zulassungsmöglichkeit für Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln

 In diesen Regionen werden Zulassungen gefördert

Zulassungsanträge für Cottbus/Stadt - Haut- u. Geschlechtskrankheiten, Frankfurt (Oder)/St./ Oder-Spree - Hausärzte, Märkisch-Oderland - Augenheilkunde und Barnim - Psychotherapeuten, die ausschließlich Kinder- und Jugendliche behandeln, sind bis zum 11.5.2012 einzureichen.

Im Auswahlverfahren werden nur die Anträge berücksichtigt, die fristgerecht und vollständig bis zu diesem Termin eingereicht werden.

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 10.5.2012

Kennziffer	Fachrichtung	Planungsbereich	Übergabetermin
14/2012	Augenheilkunde	Elbe-Elster	März 2013
15/2012	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Ostprignitz-Ruppin	01.01.2013
16/2012	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Havelland	01.01.2013
17/2012	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Prignitz	01.10.2012
18/2012	Kinder- und Jugendmedizin	Brandenburg a. d. Havel/ Potsdam-Mittelmark	01.02.2013
19/2012	Psychologischer Psychotherapeut (1/2 Vertragsarztsitz)	Brandenburg a. d. Havel/ Potsdam-Mittelmark	01.04.2013
20/2012	Psychologischer Psychotherapeut	Frankfurt (Oder) Oder-Spree	01.10.2012
21/2012	Psychologischer Psychotherapeut (1/2 Vertragsarztsitz)	Potsdam/Stadt	01.07.2012
22/2012	Orthopädie (1/2 Vertragsarztsitz)	Potsdam/Stadt	sofort

Bewerbungsfrist bis 10.4.2012

Kennziffer	Fachrichtung	Planungsbereich	Übergabetermin
08/2012	Haut- u. Geschlechtskrankheiten (1/2 Vertragsarztsitz)	Potsdam/Stadt	01.10.2012
09/2012	Innere Medizin/ SP Nephrologie	Cottbus/Stadt	01.07.2012
10/2012	Orthopädie	Cottbus/Stadt	01.01.2013
11/2012	Orthopädie (1/2 Vertragsarztsitz)	Potsdam/Stadt	01.07.2012
12/2012	Allgemeinmedizin	Frankfurt (Oder) Oder-Spree	01.04.2012
13/2012	Kinder- und Jugendmedizin	Frankfurt (Oder) Oder-Spree	sofort

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

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

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

Ansprechpartnerinnen:

Karin Rettkowski Tel.: 0331/23 09 320
Ingeborg Prößdorf Tel.: 0331/23 09 323

Weitere Informationen unter
www.kvbb.de



Praxisbörse

Praxisabgabe

- Gynäkologische Praxis im Raum Neuruppin (Nähe Berlin) in schöner Umgebung abzugeben; konservativ ausgelegt; Praxisräume gemietet; 3 Mitarbeiterinnen – 1 Vollzeit- und 2 Teilzeitkräfte; zentrale Lage, Parkplätze vorhanden.

Bewerbungskennziffer: 15/2012

- Konservative Augenarztpraxis in Süd-Brandenburg, nahe sächsischer Grenze, mit guter Verkehrsanbindung, praxisnahen ausreichenden Parkplätzen (auf dem Praxisgrundstück Parkmöglichkeiten für Schwerbehinderte und für Krankentransport) zum März 2013 abzugeben. Die Praxis befindet sich im Hoch-Parterre, 120 qm Praxisfläche, funktionelle Raumaufteilung, Krankenhaus in direkter Nachbarschaft, sehr gut harmonisierendes Praxisteam, mehr als 2.000 Abrechnungsscheine/Quartal, Wohnung über der Praxis kann voraussichtlich mit angemietet werden.

Bewerbungskennziffer: 14/2012

- Allgemeinmedizinische Praxis, zentral in Potsdam gelegen, mit stabiler und sehr treuer Patientenklientel sucht Nachfolger zum 1. Quartal 2013.

Chiffre AB/61/12

Praxissuche

- FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sucht in Potsdam die Möglichkeit der Niederlassungstätigkeit mit halbem Versorgungsauftrag.

Chiffre: 12/03/01

- Arzt sucht Hausarztpraxis zur Übernahme am Berliner Stadtrand ab Mitte 2013.

Kontakt per E-Mail:

hausarzt.berlin@googlemail.com

Im Internet ab 22.2.2012 bis 31.12.2012

- Dipl.-Psych. und Psychologische Psychotherapeutin (VT, Erwachsene) sucht einen KV-Sitz in Brandenburg. Ich bin 41 J. alt und verfüge durch meine Tätigkeit in einer Psychiatrischen Institutsambulanz über mehrjährige Berufserfahrung als ambulante Psychotherapeutin. Bei Interesse freue ich mich über eine Kontaktaufnahme.

Chiffre: 12/03/02

Stellenangebot

- Allgemeinmedizinische Praxis, 20 Minuten per Auto südlich von Potsdam gelegen, möchte gern hausärztlichen Kollegen zur Entlastung einstel-

len. Anstellungsumfang und Arbeitszeiteinteilung flexibel und verhandelbar. Würde mich sehr über ein Angebot eines älteren Kollegen freuen.

Chiffre: 12/03/03

- Suche für unsere in Potsdam befindliche gutgehende hausärztliche Doppel-Praxis ab März 2013 neuen ärztlichen Partner/in. Form der Zusammenarbeit ist offen (Zulassung/Anstellung). Alles Weitere wird im persönlichen Gespräch gemeinsam geklärt. Ich freue mich auf Ihr Interesse.

Chiffre: 12/03/04

Weiterbildungsangebot

- Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin in Dallgow-Döberitz mit breitem Spektrum (z.B. Ultraschall, kleine Chirurgie, alle DMP, EKG, Lungenfunktion, Akupunktur, etc.) bietet ab sofort eine Stelle für einen Arzt in Weiterbildung. Die Weiterbildungsbefugnis über 2,5 Jahre liegt vor. Ein nettes Team freut sich auf Sie.

Kontakt:

**Praxis Dipl.-Med. Steingräber/
Dr. med. Schulze, Tel. 03322/3540**

- Größere kardiologische Praxis im Zentrum Cottbus mit sehr guter Anbindung mit PKW oder öffentlichen Verkehrsmitteln sucht einen Assistenzarzt für Innere Medizin/Kardiologie in Ausbildung. Wir bieten das nahezu gesamte Spektrum der nicht-invasiven und im geringeren Ausmaß der invasiven Kardiologie und besitzen eine Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin und Kardiologie für 18 Monate. Ein selbständiges Arbeiten nach einer Einarbeitungszeit werden wir möglich machen.

Unsere Praxis ist 175 qm groß und wird von zwei Kardiologen geführt. Es besteht eine enge Kooperation mit dem Carl-Thiem-Klinikum und dem SANA Herzzentrum.

Kontakt: 0174/3425378



Aktuelles Seminarangebot

für Ärzte und Praxispersonal

Termin Ort	Thema Referent Punkte	Kosten
25.04.2012 15.00-17.30 Potsdam	Die BG/GOÄ richtig abrechnen Daniela Bartz, PVS berlin-brandenburg GmbH & Co. KG.	60 Euro
25.04.2012 13.00-21.00 28.04.2012 09.00-17.00 Potsdam	Strukturiertes Schulungsprogramm für insulinpflichtige Diabetiker (ZI) Dr. med. Kristina Pralle, FÄ f. Innere Medizin Fortbildungspunkte 8	100 Euro pro Arzt 150 Euro pro Praxismitarbeiter (Teampreise auf Anfrage)
04.05.2012 16.00 - 19.30 05.05.2012 09.00 - 17.30 Potsdam	Moderatorentraining für Qualitätszirkel Dr. Sven Sebastian, Coach und Trainer für integratives Stress- und Gesundheitsmanagement DINM Fortbildungspunkte 15	KVBB-Mitglieder ohne Gebühr/ Nicht-Mitglieder 100 Euro
04.05.2012 14.00-19.00 05.05.2012 09.00-18.00 Frankfurt/O.	Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) Dr. med. Andreas Huth, FA f. Allgemeinmedizin Fortbildungspunkte 5	100 Euro pro Arzt 150 Euro pro Praxismitarbeiter (Teampreise auf Anfrage)
09.05.2012 14.00-20.00 12.05.2012 09.00-17.00 Cottbus	Strukturiertes Schulungsprogramm für insulinpflichtige Diabetiker (ZI) Michela-Doreen Gereke, FÄ f. Innere Medizin Fortbildungspunkte 8	100 Euro pro Arzt 150 Euro pro Praxismitarbeiter (Teampreise auf Anfrage)

Aktuelles Seminarangebot für Ärzte

Termin Ort	Thema Referent Punkte	Kosten
21.04.2012 09.00-17.00 Potsdam	Informationstag für Existenzgründer und Praxisabgeber KVBB & Partner Zertifizierung beantragt	Existenzgründer 30 Euro/ Praxisabgeber ohne Gebühr
27.04.2012 15.00-17.00 Potsdam	Gestationsdiabetes - Diabetes-Screening bei Schwangeren Beate Schur, FÄ f. Allgemeinmedizin Fortbildungspunkte 2	40 Euro
04.05.2012 15.00 - 17.15 Potsdam	Aus der Praxis: Handchirurgie - motorische Ersatzoperationen PD Dr. med. habil. Heinz-Helge Schauwecker, FA f. Orthopädie und Unfallchirurgie Fortbildungspunkte 3	40 Euro
09.05.2012 15.00-17.00 Frankfurt/O.	Praxisabgabe/Praxisveräußerung Carsten Trier, Betriebswirtschaftlicher Berater der KVBB	KVBB-Mitglieder ohne Gebühr/ Nicht-Mitglieder 40 Euro

Aktuelles Seminarangebot für Praxispersonal

Termin Ort	Thema Referent	Kosten
18.04.2012 15.00-17.00 Frankfurt/O.	Die Arzneimittel-Richtlinie Beratende Apothekerinnen der KVBB	40 Euro
09.05.2012 15.00-17.30 Potsdam	EBM-Schulung für das Praxispersonal Abrechnungsmanagerinnen der KVBB	30 Euro

Notfall- und Krisenintervention

1. Brandenburger Palliative-Care-Tag am 21.04.2011 in Potsdam

Am **21.04.2012** findet in Potsdam der 1. Brandenburger Palliative-Care-Tag (1. BPCT) statt. Dieser 1. BPCT wird vom Hausarztbasierten Palliativnetz (HPN/IABSP) in Zusammenarbeit mit dem Palliativ-Care-Team „Potsdam und Umland GbR“ und vom BBW organisiert.

Wir möchten aus diesem Anlass neben dem Erfahrungsaustausch auch Fortbildung in Theorie und Praxis anbieten, aber auch gerne auf die Erfahrungen länger bestehender PCTs zurückgreifen. Dieses Angebot richtet sich an interessierte Ärzte und HKP des Palliative-Care-Teams. Über die Region Potsdam und Umland hinausgehend, wollen wir insbesondere die an der Palliativversorgung Interessierten zum Gedankenaustausch und zur gemeinsamen Abstimmung von palliativen Notfall- und Kriseninterventionskonzepten einladen.

Anmeldung: Fax: 03222/1606544 oder E-Mail: kontakt@iabs-netz.de

Dr. Knud Gastmeier

Vorträge zur psychoonkologischen Betreuung

Die Mitglieder des Arbeitskreises “Psychoonkologische Betreuung” (psychologische und ärztliche Psychotherapeuten) der LAGO bieten Fachvorträge zu psychoonkologischen Fragestellungen bei den Ärzttestammtischen im Land Brandenburg an. Mögliche Themen: onkologiespezifische Gesprächssituationen / Kommunikation mit Krebspatienten und Angehörigen, Krebs und Sexualität, Krebs und Paardynamik, kreative und imaginative Therapieverfahren, psychoonkologische Diagnostik.

Bei Interesse bitte wenden an:

Dr. P.H. Gudrun Thielking-Wagner M. A.

Geschäftsführerin LAGO Brandenburg e. V.

Gregor-Mendel-Str. 10/11, 14469 Potsdam

Tel.: 0331/27 07 172 Fax: 0331/27 07 171

www.lago-brandenburg.de

thielking-wagner@lago-brandenburg.de

Anzeige

Wer hilft in schwierigen Pflegesituationen?

Die Beratungsstelle “Pflege in Not Brandenburg” stellt sich vor

Etwa zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause gepflegt. In der ärztlichen Praxis haben Sie deshalb mit Angehörigen, die pflegen, oder mit gepflegten Patienten und Patientinnen zu tun. So erhalten Sie oft als erste Kenntnis von Überforderungen im Pflegealltag der von Ihnen betreuten Familien oder erfahren von Konflikten, die den Alltag und die Pflege erschweren oder die sogar eskalieren können.

Was ist dann zu tun? Oft übersteigt der Bedarf an Unterstützung Ihre Möglichkeiten. Die Beratungs- und Beschwerdestelle “Pflege in Not Brandenburg” arbeitet landesweit als Anlaufstelle bei Problemen durch Überforderung und Konflikten in der Pflege. In einem ersten Telefonat, das auf Wunsch anonym geführt wird, können die Anrufenden ihre Sorgen und Nöte schildern und über ihre Schwierigkeiten sprechen. Sie werden in praktischen Fragen neutral beraten und ggf. an fähige Partner (Pflegestützpunkte, Alzheimergesellschaft etc.) weitergeleitet. Das Gespräch entlastet und bereitet Wege für tragfähige Lösungen vor. Sind Konflikte innerhalb der Familie oder mit betreuenden ambulanten Diensten der Aus-

löser für ein Problem, bietet “Pflege in Not” begleitende Gespräche, geführte Familienkonferenzen und Mediationen an, um den Konflikt zu klären und eine gute Pflegesituation wieder herzustellen. Auch wenn sich steigende Aggressionen durch die lang andauernde Überforderung der Beteiligten durch die Pflege entwickeln, hilft “Pflege in Not” durch Klärung der Ursachen der Überforderung und regt Schritte zur Entlastung an.

Fachliche Kompetenz (Beratung, Seelsorge, Coaching, Mediation etc.) am Telefon und im persönlichen Gespräch können zur Entlastung und Unterstützung eingeholt werden. Gesprächstermine finden in der Beratungsstelle statt, Hausbesuche können bei Bedarf auch landesweit vereinbart werden.

Pflege in Not Brandenburg

Gutenbergstr. 96, 14467 Potsdam

Tel. 0180/265 55 66*

pin@dwpotdam.de

www.pflegeinnot.de

*** Pro Anruf 6 Cent im deutschen Festnetz,
Anrufbeantworter rund um die Uhr.
Persönliche Termine sind kostenfrei.**



Was für ein bürokratischer Unsinn!

(Auszüge aus einem Schreiben an die **Prüfungsstelle** der Arbeitsgemeinschaft Wirtschaftlichkeitsprüfung)

Sie könnten sich und mir viel Arbeit sparen, wenn Sie in Zukunft Regressbescheide, die bereits mehrfach im Widerspruchsverfahren abgelehnt wurden, nicht mehr verfassen würden.

Irgendwann vergeht auch mir die Lust, Ihnen in kindergartengerechter Weise medizinische Argumente vermitteln zu wollen, die die Anwesenheit des Fastjekt Injektor im Notfallkoffer begründen.

Warum schauen Sie nicht einfach mal zum „Thema Fastjekt“ in die Ihnen schon mehrfach zugesandten Unterlagen:

- „KV-Intern“ 4/1999
„Anaphylaxiebesteck im SSB“
- „Empfehlung für die Notfall-Apotheke“ aus
„Allergologie“ Jahrgang 26,
Nr. 5/2003, S. 217

Tagtäglich habe ich (wie tausende andere Ärzte in der Niederlassung und im Krankenhaus auch) schriftliche Befundberichte, ärztliche Stellungnahmen, Arztberichte, Verordnungsbegründungen, Kuranträge, ärztliche Auskünfte, Versicherungsanfragen u.ä. zu beantworten.

Es wäre schön, wenn Sie diese „Hausaufgaben“ nicht durch Ihre Bescheide weiter aufblähen würden.

Vielleicht würde es helfen, wenn in Ihrer Kommission ein in der Patientenbetreuung tätiger Arzt mitarbeiten würde.

Also zum wiederholten (und hoffentlich letzten) Mal meine Argumentation: Wie der Name schon sagt, ist dieser „Fastjekt“ das am schnellsten einsatzbereite Medikament für den Fall einer allergisch verursachten lebensbedrohlichen Situation.

Sie schreiben u.a.: „Fastjekt-Autoinjektoren ... sind nur zur Anwendung durch den Patienten selbst zugelassen.“ Wollen Sie damit ernsthaft behaupten, dass sie nicht für die Anwendung durch Ärzte zugelassen sind? Im Übrigen wurde der Beipackzettel ab dem 2. Quartal 2009 von dieser unsinnigen Erklärung bereinigt. Falls Sie sich bestimmte Notfall-Situationen wie Allergischer Schock bei strömenden Regen oder Temperaturen von unter 10 Grad vorstellen können – was wäre Ihnen persönlich lieber? Dass der Arzt unter diesen Bedingungen Adrenalin-Ampullen aufbricht, verdünnt (1:10.000!), eine passende Kanüle sucht oder in Sekundenschnel-

le helfen kann, indem er den Autoinjektor benutzt?

Mit Ihrem Regressbescheid greifen Sie (Anmerkung der Redaktion: die Prüfungsstelle) in nicht hinnehmbarer Weise in meine ärztliche Tätigkeit ein. Sie versuchen ein offiziell anerkanntes Notfallmedikament aus den ärztlichen Praxen und Notfallkoffern zu verbannen.

Die von Ihnen wiederholten Anstrengungen, eine Dominanz der Wirtschaftlichkeit über den ärztlichen Sachverstand zu erreichen, sind unethisch.

Dr. med. Wolfgang Brandt
Internist, Potsdam

Anzeige



(Auf)gelesen

- **Frankfurter Allgemeine, 17.3.2012**

Zu: Kassenärzte verlangen zehn Prozent mehr Honorar

Die Kassenärzte haben für 2013 Honorarsteigerungen um gut zehn Prozent verlangt. Andreas Köhler, der Chef der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), bezifferte die Forderungen an die Kassen am Freitag auf "rund 3,5 Milliarden Euro". 2011 zahlten die Kassen 33,7 Milliarden Euro für ambulante Behandlungen.

Der Kassenverband äußerte sich empört. "2012 wird ein spannendes Jahr für die Vertretung vertragsärztlicher Interessen", sagte Köhler, der 150 000 niedergelassene Ärzte vertritt. Er begründete die Forderung mit steigenden Kosten, die zu Lasten der Ärzte gegangen seien. Allein für den Ausgleich der Teuerungsrate seit 2009 brauche man 900 Millionen Euro. Mit weiteren 780 Millionen Euro sollten die Praxen vernachlässigte Investitionen nachholen.

Auch wollen die Ärzte für jede Leistung gleich bezahlt werden und Honorarkürzungen bei Erreichen bestimmter Mengenvorgaben nicht mehr akzeptieren.

- **Financial Times Deutschland,**

16.3.2012

Auch Kassenärzte gegen Praxisgebühr

Der KBV-Vorstandsvorsitzende, Andreas Köhler, sprach sich für die Abschaffung der Praxisgebühr aus. „aktuell wendet jeder niedergelassene Arzt und sein Praxisteam jährlich rund 120 Stunden auf, um die Praxisgebühr einzubehalten und zu quittieren. Diese Zeit brauchen die Kolleginnen und Kollegen dringend für die Versorgung der Patienten. Sie sollte daher in der jetzigen Form abgeschafft werden.“

- **ÄrzteZeitung, 12.3.2012**

Barmer GEK drückt bei E-Card aufs Tempo

Die Barmer GEK will bis Ende dieses Jahres alle 8,6 Millionen Versicherten mit elektronischen Gesundheitskarten (eGK) ausgestattet haben. Zwar habe der Gesetzgeber bis zum Jahresende nur eine Quote von 70 Prozent vorgegeben, teilte die Kasse mit. Sie wolle aber die durch Doppelstrukturen entstehenden Kosten eingrenzen. (...) Ein Patient dürfe aus den Praxen nicht fortgeschickt werden, wenn er nur noch die neue Karte habe.



Neue Rufnummern für KVBB-Service

Funktion	Service Nummern
Zentrale Einwahl	0331 98 22 98 00
Informationsdienst/KOSA	0331 98 22 98 01
Fortbildung	0331 98 22 98 02
EBM/Abrechnungsberatung	0331 98 22 98 03
Formularbestellung FAX	0331 98 22 98 04
Formularbestellung	0331 98 22 98 05
Benutzerservice DatenNerv/KV-Safenet	0331 98 22 98 06
Betreuung Beiräte und neue Mitglieder	0331 98 22 98 07
Bereitschaftsdienst-Management FAX	0331 98 22 98 08
Bereitschaftsdienst-Management	0331 98 22 98 09
Patiententelefon	0331 98 22 98 51
Mahnwesen/Praxisgebühr	0331 98 22 98 52

Herzliche Glückwünsche

50

Dipl.-Med. Thomas Bergemann,
Prenzlau

Elena Skarbunov,
Seelow

Dipl.-Med. Birgit Fischer,
Frankfurt (Oder)

Dipl.-Med. Andreas Sterzenbach,
Potsdam

Dipl.-Med. Heidrun Hegen,
Frankfurt (Oder)

Dipl.-Med. Torsten Tomalik,
Fürstenwalde/Spree

Dr. med. Krassimira Höckendorf,
Rüdersdorf b. Bln.

Dr. med. Ulrich Wolf,
Kleinmachnow

Änne Kossak M.A.,
Schöneiche bei Bln.

Dr. med. Tarik Yousif,
Velten

Dipl.-Med. Kornelia List,
Potsdam

Jürgen Ehling,
Nauen

Dr. med. Bahram Nadjari,
Cottbus

Dr. med. Horst Fiegler,
Rüdersdorf b. Bln.

Dr. med. Carola Niemann,
Brandenburg an der Havel

Dr. med. Christine
Koinzer-Adamscheck,
Cottbus

Dr. med. Dipl.-Phys. Jan Petersein,
Bad Saarow

Dipl.-Med. Ilona Lehmann,
Michendorf

Dr. med. Kristin Sari,
Cottbus

Sigrid Pinnow,
Teltow

Dr. med. Chayim Schell-Apacik,
Potsdam

Dipl.-Med. Martina Scheel,
Cottbus

Dr. med. Burkhard Schult,
Ludwigsfelde

Barbara-Maria Schelliger,
Hoppegarten/OT Hönow

Dipl.-Med. Katrin Schwanitz,
Cottbus

60

Herzliche Glückwünsche

Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz,
Brandenburg an der Havel

Frank Steinberg,
Potsdam

Prof. Dr. med. Hjalmar Steinhauer,
Cottbus

Dr. med. Rüdiger Willamowski,
Wandlitz/OT Basdorf

65

Dr. med. Wolfgang Güthoff,
Potsdam

Sonja Keßler,
Potsdam

66

Dr. med. Dietrich Bülow,
Neuruppin

67

Horst Dräger,
Teltow

Dr. med. Karin Gebert,
Rathenow

Dipl.-Psych. Gisela Marg,
Brandenburg an der Havel

MR Dr. med. Reiner Neumann,
Finstertal

Dr. jur. Klaus-Dieter Richter,
Oderberg

Dipl.-Med. Reinhard Wolff,
Brandenburg an der Havel

Dr. med. Günter Bohusch,
Templin

68

Dipl.-Med. Brigitte Hamann,
Beelitz

Dr. med. Susanne Knappe,
Cottbus

Heinz-Dieter Lange,
Havelsee/OT Fohrde

Ekkehard Schröder,
Potsdam

MR Dr. med. Hans-Peter Braun,
Cottbus

69

Dr. med. Helmut Fraatz,
Frankfurt (Oder)

MR Dr. med. Hansjörg Hahn,
Brandenburg an der Havel

OMR Prof. Dr. sc. med.
Herbert Kreibich,
Schulzendorf

Gert Matthus,
Velten

70

Dipl.-Med. Hubert Mevius,
Doberlug-Kirchhain

Herzliche

Glückwünsche

MR Dr. med. Detlef Röger,
Altdöbern

Bernd Waßmuth,
Fehrbellin

71

Dr. med. Elfriede Koster,
Müncheberg

MR Dr. med. Wolfgang Schulz,
Frankfurt (Oder)

Dr. med. Siglinde Spiegler,
Kleinmachnow

73

Dr. med. Renate Krüger,
Beeskow

74

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

77

SR Joachim Gerschner,
Guben

Dr. med. Wolfgang Heinke,
Bad Freienwalde

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 68 175

Internet: <http://www.kvbb.de>

Email: info@kvbb.de

Redaktion:

Dr. med. H. J. Helming (ViSP)

MUDr./CS Peter Noack

Dipl.-Med. Andreas Schwark

Kornelia Hintz, Ralf Herre

Redaktionsschluss:

19. März 2012

Satz und Layout:

KV Brandenburg

Bereich Kommunikation

Telefon: 0331/28 68 196

Telefax: 0331/28 68 197

Druck:

Druckerei Humburg Berlin

Zimbelstraße 26, 13127 Berlin

Telefon: 030/47 49 78 0

Telefax: 030/47 49 78 99

E-Mail: info@humburg-berlin.de

Anzeigenverwaltung:

Druckerei Humburg Berlin

Zimbelstraße 26, 13127 Berlin

Telefon: 030/47 49 78 0

Telefax: 030/47 49 78 99

E-Mail: info@humburg-berlin.de

Anzeigenannahmeschluss:

Jeder 5. des Monats

Zur Zeit gilt die Preisliste

vom 1. Januar 2010

Erscheinungsweise: Monatlich

Auflage: 4.700 Exemplare