



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

KVIntern

8 | 2013



Im Gespräch mit KV-Vize Dr. Noack:
Neuer EBM: Die ärztliche
Grundversorgung soll gestärkt werden

EBM-Änderungen ab 1.10.:
Detailinformationen zu haus- und
fachärztlichen Kapiteln

Informationen für den Praxisalltag:
Neuerungen zu DMP-Verträgen
Aktuelles zum „DatenNerv“
4. Impfkampagne startet im September

Anzeige



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

eigentlich sollte dieses Editorial dazu dienen, Ihnen eine gute Nachricht zu übermitteln, denn nach Redaktionsschluss tagte das Landesschiedsamt das zweite Mal zur MGV 2013 am Freitag, dem 16. August.

Aber aus der Erfolgsmeldung wird nichts, weil sich auch in dieser ganztägigen Verhandlungsrunde die Krankenkassen nicht bereiterklären wollten, die nachweislich erforderlichen Finanzmittel zur ambulanten medizinischen Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung zu stellen. Der Lösungswille ist zwar bei den einzelnen Kassen unterschiedlich stark ausgeprägt – da aber sinnigerweise die im Wettbewerb stehenden Krankenkassen „einheitlich und gemeinsam“ die Honorarmittel bereitstellen, blockieren eben die Hardliner die durchaus Lösungswilligen. Und man darf ja nicht vergessen, dass eben diese Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds bundesweit die meisten Zuteilungen in Euro erhalten, weil wir die Morbidität der Versicherten dieser Krankenkassen in den zurückliegenden Jahren sehr genau dokumentiert haben.

Glücklicherweise sind wir Ärzte keine Fluglotsen, Lokführer oder Müllkutscher! Die können einfach mal keine Start-/ oder Landegenehmigungen erteilen, die Züge in den Bahnhöfen stehen lassen oder die Mülltonnen nicht leeren. Wir Ärzte „samaritern“ auch „für Gottes Lohn“.

Aber Vorsicht, meine Damen und Herren auf der Kassenbank – und das waren sage und schreibe 24 (!) an der Zahl, die auch von der Bundesebene ihren Landesvertretern buchstäblich im Nacken saßen – es gibt eine „Y-Generation“! Die ist kaum noch mit dem „Samariter-Virus infiziert“! Die sind einfach nur cool und nennen ihren Preis. Unter dem läuft nichts!

Sofern sich unter der belämmerten Honorarsituation überhaupt ein solches „Y“ nach Brandenburg verirrt: Viel Glück beim Verhandeln, liebe Krankenkassenhardliner!

Seien Sie herzlich begrüßt von Ihrem nach wie vor nicht depressiven, sondern umso konsequenteren

Dr. Hans-Joachim Helming

Vorsitzender des Vorstandes der KV Brandenburg
(immer noch praktizierender Gynäkologe)

Berufspolitik

- 4 Die ärztliche Grundversorgung soll gestärkt werden**
Aktuell im Gespräch mit Dr. Peter Noack
- 6 Detailinformationen zu EBM-Änderungen ab 1.10.2013**
- 16 Aus Therapieverantwortung gestohlen**
DGVP kritisiert Machtfülle der Krankenkassen und Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Praxis aktuell

- 18 Abgabefrist Quartalsabrechnung III/2013 endet am 8.10.2013**
- 20 Neuerungen zu den DMP-Verträgen Brustkrebs, Asthma und COPD**
- 22 Vereinbarung über Förderung von MRT-Leistungen wird fortgesetzt**
- 23 Im Blickpunkt: Bundesmantelvertrag**
- 24 Heilmittelvereinbarung für 2013 abgeschlossen**
- 25 Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie zum 1.8.2013**
- 26 Die halbe Million ist geschafft**
500.000 Frauen nahmen seit 2008 in Brandenburg am Mammographie-Screening teil
- 27 Lieber Impfen als Pillen schlucken**
KV Brandenburg und Partner starten vierte landesweite Impfkampagne
- 28 Masernimpfung - eine Herausforderung für alle Vertragsärzte**
- 30 Aufnahme der nasalen Influenza-Impfung in die Impfvereinbarung**

Praxis aktuell	31	Bestimmung von Laborparametern	
	32	Transkodierung - Datenschutz beachten!	
	33	Regelung zum Hautarztverfahren Änderung im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger	
	35	Nachgehakt ... bei Holger Rostek, Leiter des Unternehmensbereiches IT der KV Brandenburg	
	36	Aktuelles aus der EDV!	
	38	Hygiene-Info-Ecke Tauchdesinfektion für Ultraschallvaginalsonden?	
	39	Pocketcards des ÄZQ	
	40	Niederlassungen im Juli 2013	
	42	Zulassungsmöglichkeiten	
	Service	43	Praxisbörse
		44	Fortbildungen
		48	Zweites „KV RegioMed Zentrum“ eröffnet
		49	Glückwünsche
51		Rufnummern für KVBB-Service	
	52	Impressum	

Die ärztliche Grundversorgung soll gestärkt werden

Aktuell im Gespräch mit **Dr. Peter Noack**,
Stellvertretender Vorsitzender der KV Brandenburg



Zum 1. Oktober ist eine veränderte EBM-Welt in Kraft. Darauf haben sich die KBV und der Spitzenverband der Krankenkassen nach langem Tauziehen geeinigt. Was kann denn der brandenburgische Haus- und Facharzt erwarten? Fangen wir mal bitte mit dem Hausarzt an.

Für mich als Chirurgen ist dies gar nicht so leicht zu beantworten, da die neuen EBM-Änderungen in der KBV von Hausärzten konzipiert wurden. Gewollt ist wohl, dass die Einführung von Gesprächen zu Lasten der bisherigen Versichertenpauschale, Vorhaltepauschalen und die Aufspaltung der Versichertenpauschale in mehr Altersklassen zur Förderung eines „typischen“ Hausarztes führen soll. Berufspolitisch haben die „hausärztlichen EBM-Macher“ entschieden, dass sie eine Aufspaltung in diesen „typischen“ und „atypischen“ Hausarzt wollen.

Jahrelang haben die Hausarzt-Vertreter eine größere Pauschalierung der Leistungen gefordert. Jetzt kommt die Kehrtwende, Pauschalen werden aufgesplittet. Warum?

Die Hausarzt-Vertreter werden mittlerweile erkannt haben, dass selbst eine auskömmliche Pauschale zur Honorierung ärztlichen Handelns eher leistungsfeindlich ist und bei einer eigenständigen Weiterentwicklung der hausärztlichen Vergütungen somit das Leistungsgeschehen nicht mehr darstellt. Wenn ich ärztliche Arbeit auch abrechnungstechnisch differenziert darstellen will, geht das nicht mit Pauschalierung.

Kommt durch diese neue Struktur auch mehr Geld ins System?

Nur für die neuen Leistungen der Geriatrie, hausärztlichen Palliativversorgung und sozialpädiatrischen Kindermedizin. Hier sind für Brandenburg ca. 3,9 Mio. Euro verhandelbar. Alles andere wird zu Lasten der Versichertenpauschale kostenneutral kalkuliert.

Der Hausärzteverband hat den Hausarzt-EBM massiv kritisiert und damit auch bei den Ärzten an der Basis für Verunsicherung gesorgt. Gibt es schon Modellrechnungen über die möglichen oder gewollten Auswirkungen auf die Honorierung?

Es gibt ein Simulationstool der KBV, das unter bestimmten Annahmen eine statische Simulation hausärztlicher Abrechnungen zulässt. Das ist jedoch immer nur sehr vage. Bei aller Ungenauigkeit ziehen wir daraus die Erkenntnis, dass es zu der von den hausärztlichen Protagonisten gewollten Umverteilung bei den Hausärzten in geringem Maße kommen wird. Eine Härtefallregelung zur Abfederung dieser Umverteilung über den HVM erscheint uns jedoch nicht notwendig.

Wie realistisch sind unsere Berechnungen, da wir ja noch keine Gesamtvergütung in Brandenburg vereinbart haben?

Ein statisches Modell kann immer nur auf die Vergangenheit aufsetzen und die Vergangenheit - hier das Quartal IV/12 - unter neuen Abrechnungsbedingungen mit zusätzlichen Annahmen modellieren. Deshalb kann man immer nur Grundtendenzen feststellen. Oder anders ausgedrückt: Es gibt immer Einzelfälle, die sich nicht danach richten. Auch diese werden wir aber analysieren.

Im Vergleich zum Hausarzt-EBM sind die Neuerungen im Facharztbereich marginal. Eine Fachärztliche Grundpauschale wird eingeführt ...

... so marginal nun auch wieder nicht, da auch hier die Grundversorgung gestärkt werden soll. Damit wirkt sich diese Verbesserung nicht auf alle Facharztgruppen aus und hat ebenfalls schon zu Diskussionen geführt. Ich halte das aber für richtig, da in den letzten Jahren eher die „fachärztlichen Spezialisten“ systematisch über den EBM besser gestellt waren.

Abschließend ein Blick ins nächste Jahr. Wird es weitere EBM-Änderungen geben oder erleben wir einmal ein Jahr ohne Neuerungen?

Weit gefehlt! Im nächsten Jahr wird der EBM betriebswirtschaftlich überprüft und neu kalkuliert. Übrigens auch unter der Prämisse der Kostenneutralität. Das beinhaltet jede Menge berufspolitischen „Sprengstoff“ und wird zu erheblichen Diskussionen in der Ärzteschaft führen.

Herr Dr. Noack, vielen Dank für das kurze Gespräch.

Gefragt und notiert von Ralf Herre

Detailinformationen zu EBM-Änderungen ab 1.10.2013

In „KV-Intern“ 7/2013 haben wir Ihnen einen Überblick zu den EBM-Neuerungen vermittelt, die vornehmlich das hausärztliche und pädiatrische, teilweise aber auch die fachärztlichen Kapitel des EBM umfassen.

Wichtigste Botschaft:

Die Struktur des EBM bleibt im Wesentlichen unverändert.

Es ist avisiert, dass alle Ärzte im September automatisch eine **neue EBM-Dienstauflage** mit allen zum 1.10.2013 geltenden Änderungen **kostenfrei** vom Deutschen Ärzte-Verlag Köln per Post erhalten.

Mit den Änderungen geht eine Neuberechnung aller Punktbewertungen des EBM einher. **Hintergrund:** Der Bewertungsausschuss hat ebenfalls mit Wirkung zum 1.10.2013 beschlossen, den Orientierungswert (OW) und den kalkulatorischen Punktwert ausgabenneutral auf 10 Cent anzuheben.

Um die Finanzneutralität zu wahren, werden im Gegenzug die Punktzahlen entsprechend abgesenkt. Die Eurobeträge für die im EBM mit Punkten bewerteten Gebührenordnungspositionen (GOP) bleiben unverändert. Davon abhängige Regelungen, wie die Höhe des Laborwirtschaftlichkeitsbonus, der Laborbudgets und die Höchstwertregelung wurden ebenfalls angepasst.

Beispiel: Der Besuch eines Kranken (GOP 01410) ist aktuell mit 600 Punkten bewertet. Unter Zugrundelegung des „alten“ OW von 3,5363 Cent entspricht dies einem Betrag von 21,22 Euro. Ab dem 1.10.2013 wird diese GOP mit 212 Punkten bewertet sein, was bei einem OW von 10 Cent 21,20 Euro bedeutet.

- **Hausärztliches Kapitel**

Die Änderungen des Hausarztkapitels des EBM betreffen Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnungen sowie Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung, die ihre Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung (Hausärzte) erklärt haben.

Die zentralen Änderungen des hausärztlichen Kapitels des EBM im Überblick:

Änderung	Neue GOP
Neuregelung der Versichertenpauschalen	03000, 03010, 03030
Neue Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages	03040
Neuregelung der Chronikerpauschalen	03220, 03221
Neue Gesprächsleistungen im Zusammenhang mit lebensverändernden Erkrankungen	03230
Neue Leistungen der geriatrischen Versorgung	03360, 03362
Neue Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung	03370 - 03373

Mit den Änderungen der Leistungsinhalte sind auch die Prüfzeiten im Anhang 3 des EBM entsprechend geändert worden. Bitte beachten Sie im Anhang 3 zum EBM, dass die in Spalte 1 mit einem Stern (*) gekennzeichneten GOP nicht der Grundversorgung zuzurechnen sind.

1. Versichertenpauschalen

Die Versichertenpauschale ist nunmehr die GOP 03000. Durch die Ausgliederung einzelner Bestandteile und der o. g. Umbewertung aufgrund der kostenneutralen Anhebung des OW folgt eine insgesamt niedrigere Bewertung der Versichertenpauschale.

Um eine bessere Abbildung der Morbidität zu erreichen, wird die vom Patientenalter abhängige Gliederung der Versichertenpauschale um zwei Altersstufen erweitert und wie folgt bewertet:

Altersgruppe	Bewertung	
	in Punkten	in Euro
bis 4 Jahre	236	23,60
5 bis 18 Jahre	150	15,00
19 bis 54 Jahre	122	12,20
55 bis 75 Jahre	157	15,70
ab 76 Jahren	210	21,00

In Ihre Abrechnung ist als Versichertenpauschale allein die GOP 03000 aufzunehmen. Die altersentsprechende Differenzierung erfolgt automatisch über Ihre Praxissoftware.

Die Regelungen zur **Versichertenpauschale bei Überweisungen** durch einen Hausarzt **oder** einer Behandlung **im Vertretungsfall** (GOP 03010) besteht mit entsprechenden Änderungen der Altersgruppen und Umbewertungen weiter.

Auch die **Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme** (GOP 03030) wird es weiterhin geben.

Fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und fachgleiche Praxen mit angestellten Ärzten erhalten weiterhin einen Aufschlag auf die Versichertenpauschalen der GOP 03000, 03010 und 03030 (Präambel 3.1 Nr. 9). Dieser erhöht sich von bisher 10 Prozent auf 22,5 Prozent.

2. Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags (Vorhaltepauschale)

Die Vorhaltung von notwendigen Strukturen zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung wird künftig über eine Zusatzpauschale zu den Versichertenpauschalen der GOP 03000 und 03030 vergütet. Diese sogenannte Vorhaltepauschale (GOP 03040) ist mit 14,00 Euro bewertet.

Bei Praxen mit weniger als 400 Behandlungsfällen je Arzt erfolgt ein zehnprozentiger Abschlag auf die Vorhaltepauschale, Praxen mit mehr als 1.200 Behandlungsfällen je Arzt erhalten einen zehnprozentigen Aufschlag auf diesen Wert.

Für diabetologische und HIV-Schwerpunktpraxen gelten auch künftig Ausnahmen zur Abrechnung der Zusatzpauschale neben der Versichertenpauschale 03010. Die Bewertung der Zusatzpauschale erfolgt mit einem Abschlag von 50 Prozent.

Bei der Abrechnung der Zusatzpauschale (GOP 03040) neben der Versichertenpauschale bei unvorhergesehener Inanspruchnahme (GOP 03030) erfolgt die Bewertung der Zusatzpauschale ebenfalls mit einem 50-prozentigem Abschlag. Hiervon ausgenommen sind die Behandlungsfälle mit zweimaligem Ansatz der Versichertenpauschale nach GOP 03030.

Ausnahme: Die Zusatzpauschale ist nicht berechnungsfähig, wenn in einem Behandlungsfall eine Behandlung auf einem der folgenden Gebiete erfolgt:

- GOP entsprechend § 6 Anlage 5 Bundesmantelvertrag (KO-Liste)
- Behandlung krebskranker Patienten nach der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 BMV-Ä)
- GOP 35111 bis 35113 (Übende Verfahren, Autogenes Training)
- GOP 35120 (Hypnose)
- GOP 35130, 35131 (Bericht an den Gutachter)
- GOP 35140 bis 35142 (Biographische Anamnese)
- GOP 35150 (Probatorische Sitzung)
- Kapitel 30.5 (Phlebologie)
- Kapitel 30.7 (Schmerztherapie)
- Kapitel 30.9 (Schlafstörungsdiagnostik)
- Kapitel 35.2 (Antragspflichtige Leistungen der Psychotherapie)

Die Pauschale wird durch die KVBB für die entsprechenden Behandlungsfälle automatisch zugesetzt.

3. Zuschlag zur Versichertenpauschale: die Chronikerpauschalen

Künftig wird es zwei Chronikerpauschalen als Zuschlag zur GOP 03000 geben (GOP 03220 und 03221). Die GOP 03220 ist bereits bei einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.

Liegen mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall vor, kann **stattdessen** die höher bewertete GOP 03221 berechnet werden. Zur Vereinfachung der Prüfung setzen Sie bitte die GOP 03221 an den zweiten Arzt-Patienten-Kontakt.

Zwingende Abrechnungsvoraussetzung ist die Beachtung der Präambel des Abschnitts 3.2.2. EBM: Es muss mindestens eine lang andauernde und lebensverändernde Erkrankung und die Notwendigkeit einer kontinuierlichen ärztlichen Behandlung und Betreuung vorliegen. Eine solche liegt vor, wenn im Zeitraum der letzten vier Quartale in mindestens drei Quartalen wegen derselben gesicherten chronischen Erkrankung(en) jeweils mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt pro Quartal in derselben Praxis stattgefunden hat. Hierbei müssen in mindestens zwei Quartalen persönliche Arzt-Patienten-Kontakte erfolgt sein.

Der Ansatz der Chronikerpauschalen kann auch bei einem Hausarztwechsel erfolgen. In diesem Fall müssen sowohl der Name des bisherigen Hausarztes als auch die stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentiert werden. Vertretungsfälle sind **nicht** mit einem Hausarztwechsel gleichzusetzen.

Die Chronikerpauschalen sind nicht berechnungsfähig, wenn in einem Behandlungsfall eine Behandlung auf einem bestimmten Gebiet erfolgt (siehe Vorhaltepauschale). Es gilt die **Faustregel: keine Vorhaltepauschale = keine Chronikerpauschalen.**

Die Chronikerpauschalen können bei Überweisungen von Hausärzten zur spezialisierten Behandlung von Diabetikern bzw. HIV-Patienten in eine entsprechende Schwerpunktpraxis neben der GOP 03010 abgerechnet werden. Die entsprechende ICD-10-Kodierung ist auf der Überweisung anzugeben.

4. Gespräch im Zusammenhang mit einer lebensverändernden Erkrankung

Hausärzte können das ausführliche Gespräch mit einem Patienten und/oder einer Bezugsperson von mindestens zehn Minuten bei einer lebensverändernden Erkrankung künftig als neue Einzelleistung (GOP 03230) abrechnen. Es ist mit 90 Punkten, d. h. 9,00 Euro je vollendete 10 Minuten, bewertet.

Die Vergütung der Gesprächsleistungen wird begrenzt. Je Quartal wird ein praxisbezogenes **Gesprächskontingent** ermittelt. Es beträgt 45 Punkte (4,50 Euro) je kurativ-ambulanten Behandlungsfall der Praxis gemäß Präambel 3.1 Nr. 11.

Beispiel: 1.000 Behandlungsfälle der Praxis im Quartal bedeuten ein Gesprächskontingent von insgesamt 4.500 Euro (= 1.000 x 4,50 Euro) für dieses Quartal. Sofern 500 ausführliche Gespräche je Quartal durchgeführt und abgerechnet werden, wird jedes Gespräch mit 9,00 Euro vergütet. Bei höherer Anzahl der Gespräche verringert sich die Vergütung entsprechend.

Bei der Nebeneinanderberechnung mit den Versichertenpauschalen ist eine längere Gesprächsdauer von mindestens 20 Minuten (GOP 03000) bzw. 15 Minuten (GOP 03010) Voraussetzung für die Abrechnung.

Im Falle einer Plausibilitätsprüfung wird die Einhaltung der Mindestzeitvorgaben der Leistungslegende überprüft.

5. Geriatrische Versorgung

Die hausärztliche geriatrische Versorgung für Patienten mit einem besonderen geriatrischen Behandlungsaufwand wird künftig über zwei GOP im EBM abgebildet. Hierfür wurde das maximal zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähige Basisassessment (GOP 03360) angepasst. Zusätzlich wurde ein darauf aufbauender hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex (GOP 03362) neu in dem EBM aufgenommen. **Ein zusätzlicher Qualifikationsnachweis für die Abrechnung dieser GOP ist nicht erforderlich.**

6. Palliativmedizinische Versorgung

Als komplett neue GKV-Leistung (GOP 03370 – 03373) wurde die palliativmedizinische Versorgung mit vier GOP in den Abschnitt 3.2.5 aufgenommen. Vorgeesehen sind dabei Vergütungen für die palliativmedizinische Ersterhebung, ein Zuschlag zur GOP 03000 und Zuschläge auf Hausbesuchsleistungen bei der palliativmedizinischen Betreuung des Patienten.

Grundsätzlich sind diese GOP auch für Patienten berechnungsfähig, die gleichzeitig in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) betreut werden. Bei einer Vollversorgung in der SAPV entfällt die Berechnungsfähigkeit der GOP 03371 bis 03373. Die GOP 03370 bis 03373 sind nicht berechnungsfähig, wenn der Arzt selbst äquivalente Behandlungen im Rahmen der SAPV durchführt.

Über die Neuerungen des Hausarzt-EBM informiert die KBV auf ihrer Homepage und in einer Praxisinformation. Die Informationen können Sie auf <http://www.kbv.de/43707.html> abrufen. Die Volltexte der Änderungsbeschlüsse des Bewertungsausschusses finden Sie auf <http://www.kbv.de/8157.html>.

- **Pädiatrisches Kapitel**

Die Grundsystematik des hausärztlichen Kapitels des EBM gilt für die Pädiater entsprechend und ist im Kapitel 4 enthalten. Die einzelnen Ausführungen zur Versicherten-, Vorhalte- und Chronikerpauschale sowie zu den Gesprächsleistungen, der palliativmedizinischen Versorgung, den Änderungen der Prüfzeiten und den Abrechnungsausschlüssen gelten analog.

Die Änderungen im Überblick:

Änderung	Neue GOP
Neuregelung der Versichertenpauschalen	04000, 04010, 04030
Neue Zusatzpauschale für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrages	04040
Neuregelung der Chronikerpauschalen	04220, 04221
Neue Gesprächsleistungen im Zusammenhang mit lebensverändernden Erkrankungen	04230
Neue Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung	04355
Neue Leistungen der palliativmedizinischen Versorgung	04370 - 04373

Künftig ist der erhöhte Aufwand der Betreuung chronisch kranker und/oder behinderter Kinder mit der neuen GOP 04355 (Sozialpädiatrie) im EBM abgebildet.

Diese GOP setzt einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt von mindestens 15 Minuten Dauer als Einzelsitzung sowie die Berücksichtigung von weiteren Faktoren voraus. Neben der Erfüllung des obligaten bzw. fakultativen Leistungsinhalts gilt für eine Abrechnungsfähigkeit einmal im Behandlungsfall, dass eine der im EBM genannten Erkrankungen mit entsprechender Diagnosever Schlüsselung vorliegen muss.

Über die Neuerungen des pädiatrischen Kapitels des EBM informiert die KBV auf ihrer Homepage und in einer Praxisinformation. Diese Informationen können Sie auf <http://www.kbv.de/43707.html> abrufen. Die Volltexte der Änderungsbeschlüsse des Bewertungsausschusses finden Sie auf <http://www.kbv.de/8157.html>.

- **Fachärztliche Kapitel**

Zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung wird mit Wirkung zum 1.10.2013 die Pauschale zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung (PFG) neu eingeführt.

Die PFG wird einmal im Quartal für jeden Behandlungsfall gewährt, sofern der Arzt ausschließlich konservativ tätig ist und keine spezialisierten ärztlichen Behandlungen vornimmt.

Bitte beachten Sie diesbezüglich den Anhang 3 zum EBM: Mit einem Stern (*) an den jeweiligen GOP ist in Spalte 1 explizit gekennzeichnet, dass es sich um spezialisierte ärztliche Tätigkeiten handelt. Der Ansatz dieser GOP schließt die Berechnungsfähigkeit der PFG in diesem Behandlungsfall aus.

Die PFG gilt für nachfolgende Fachgruppen mit folgendem Wert je Behandlungsfall:

Abrechnungsgebiet	Höhe der PFG in Euro
Anästhesiologie	7,00
Augenheilkunde	1,60
Chirurgie	2,70
Gynäkologie	2,50
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde; Phoniatrie und Pädaudiologie	2,20
Dermatologie	1,30
Innere Medizin, FA ohne Schwerpunkt	3,60
Kinder- und Jugendpsychiatrie	8,00
Neurologie, Nervenheilkunde und Psychiatrie	3,50
Orthopädie	2,60
Physikalische und Rehabilitative Medizin	6,00
Psychosomatik und Psychotherapie, Psychotherapie (ärztlich und psychologisch), Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten	15,90
Urologie	3,00

Die Praxisinformation der KBV zu den Änderungen in den fachärztlichen Kapiteln des EBM können Sie auf <http://www.kbv.de/43708.html> abrufen. Die Volltexte der Änderungsbeschlüsse des Bewertungsausschusses finden Sie auf <http://www.kbv.de/8157.html>.

Die EBM-Abrechnungsberatung beantwortet Ihre Fragen zu den Änderungen des EBM unter der Rufnummer 0331/98 22 98 03.

Typisch Kommentar

Bald werden wir ihn sehen und erkennen, den „typischen“ Hausarzt. Der KBV-Hausarzt-Spitze sei Dank. Sie unternimmt damit den Versuch, den Sumpf, den der Hausärzteverband mit seinem Drang nach Pauschalen (an)gelegt hat, wieder auszutrocknen. Zurück in die Zukunft – typisch, leider, für so manche Entscheidung aus der Funktionärskaste, die der Arzt an der Basis eh nie richtig verstanden hatte, besser: verstehen konnte.

Denn selbst wenn Pauschalen die eine oder andere Abrechnung eventuell einfacher machen (sollten), so sind sie intransparent, vor allem aber leistungsfeindlich. Dass diese Erkenntnis ganz offensichtlich nun auch von den einstigen Befürwortern verinnerlicht wurde, ist daher nur zu begrüßen. Da ist auch die Begrifflichkeit vom „typischen“ und „atypischen“ Hausarzt zu verschmerzen.

Die Entwicklung des „Hausarzt-EBM“ zeigt aber noch etwas anderes: Die Kluft zwischen Haus- und Fachärzten unter dem (einenden) Dach der KVen wird verfestigt. Was mit „separater Weiterentwicklung der einzelnen Ver-

sorgungsbereiche“ be- oder besser umschrieben wird, führt unweigerlich zu einem weiteren Auseinanderdriften von haus- und fachärztlicher Versorgung.

Es scheint nur noch eine Frage der Zeit, wann es dann ganz offiziell eine Haus- und eine Facharzt-KV geben wird, die mit den Kassen jeweils ihre separaten Verträge schließt. Dann hätten die machtbesessenen Hausarztverbandsvertreter, die ja schon seit Längerem ein eigenes Verhandlungsmandat und die Aufnahme ihres Verbandes in das Sozialgesetzbuch V fordern, ihr Ziel erreicht.

Inwieweit dies letztlich aber tatsächlich ein „Sieg“ – gegen wen eigentlich? – ist, wird sich zeigen. Die Kassen jedenfalls werden sich freuen, denn je kleiner die Partner am Verhandlungstisch, beispielsweise zum Honorar sind, desto größer ihre Chancen, sich durchzusetzen. Man kann ja so wunderbar den einen gegen den anderen ausspielen ...

R.H.

Auf das Machbare besinnen

Kommentar

In Regionen, in denen überdurchschnittlich viele ambulant tätige Ärzte praktizieren, ist die Rate der vermeidbaren Krankenhausaufenthalte geringer. Das ist jüngst durch eine Studie des ZI, des Zentralinstituts für die kasernenärztliche Versorgung in Deutschland, nachgewiesen worden. Dazu hat das ZI 21 sogenannte „Best-practice-Regionen“ ausgemacht, in denen im ambulanten Bereich genau diese, wie Krankenkassen und auch Politiker immer wieder lautstark postulieren, „Überversorgung“ existiert.

Die ZI-Studie kommt zu dem Schluss, dass diese überdurchschnittliche Anzahl von ambulant tätigen Ärzten das Gesamtsystem effizienter macht. Denn Behandlung im Krankenhaus oder aus dem Krankenhaus heraus, ist weitaus kostenintensiver. In konkreten Zahlen des ZI: Rund vier Milliarden Euro könnten bis 2030 eingespart werden, wenn der ambulante Sektor weiter ausgebaut und der stationäre entlastet würde.

Eingerechnet sind da Mehrausgaben der Kassen aufgrund steigender Demographie und Morbidität, die im ambulanten Bereich weitestgehend aufgefangen würden. Diesen Mehrausgaben stünden jedoch erhebliche Einsparungen im stationären Bereich entgegen.

Die Kassen sehen dies gänzlich anders. Für sie ist die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Medizin nach wie vor der Schlüssel zum Erfolg. Der GKV-Spitzenverband zweifelt die ZI-Studie an. Das Credo der Kassen lautet unverändert: Überversorgung im ambulanten Bereich muss abgebaut werden! Und sie verweisen darauf, dass hier die KVen gefragt seien. Diese müssten freiwerdende Praxen in überversorgten Regionen aufkaufen und so eine Nachbesetzung verhindern.

Dabei steht fest: Was heute überversorgt erscheint – beispielsweise ein Balgungszentrum wie Potsdam in einigen Fachgruppen – benötigt in wenigen Jahren aufgrund der Bevölkerungsentwicklung diese Praxen und mit hoher Wahrscheinlichkeit weitere Ärzte. Denn der Trend in die Städte ist ungebrochen.

Insofern ist der Ansatz, freiwerdende Praxen in aktuell statistisch gesehen „überversorgten Regionen“ zu eliminieren, der falsche. Viel wichtiger ist es, bereichsübergreifende Konzepte zu entwickeln, die die Versorgung insgesamt im Blick haben. Und da hat der alte Grundsatz, so viel ambulant wie möglich und so viel stationär wie nötig, nichts, aber auch gar nichts von seiner Aktualität eingebüßt. Im Gegenteil. Er ist aktueller denn je. **R.H.**

Aus Therapieverantwortung gestohlen

DGVP kritisiert Machtfülle der Krankenkassen und Ökonomisierung des Gesundheitswesens

Eine Kursänderung im deutschen Gesundheitswesen forderte der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten (DGVP), Wolfram-Arnim Candidus. Bei einer Pressekonferenz Anfang August in Berlin zeichnete er ein düsteres Bild vom Gesundheitssystem, das die Patienten aus den Augen verloren habe.

Den Krankenkassen etwa warf er vor, stetig Macht und Einfluss anzuhäufen, die Interessen ihrer Versicherten dabei aber außen vor zu lassen. „Die Krankenkassen haben sich weitgehend aus der Therapieverantwortung entzogen“, monierte Candidus. Diese hätten sie an Ärzte und Krankenhäuser delegiert. Stattdessen schauten sie nur noch auf den Preis und behinderten durch – gesetzlich fundierte – Prüf- und Verweigerungsgebaren eine individualisierte Behandlung der Patienten. „Die Krankenkassen müssen wieder Dienstleister der Bürger sein“, betonte der DGVP-Chef. Ihre Macht, wie sie beispielsweise im GKV-Spitzenverband konzentriert sei, müsse mindestens um die Hälfte beschnitten werden.

Geduldet von Politik und unterstützt von den Krankenkassen habe sich in den vergangenen Jahren die Ökonomisierung im Gesundheitswesen breit gemacht. Über Praxis-Budgets, Rabattverträge, Ausschreibungen oder Selektivverträge werde versucht, in allen Bereichen die Kosten zu senken. Bei der Aushandlung derartiger Verträge säßen die Krankenkassen aufgrund ihrer Machtfülle oft am längeren Hebel, so Candidus.

Doch auch die Menschen gelte es wachzurütteln. Politik und Kassen täuschten ihnen vor, dass genug Geld da sei und sie für ihren Krankenkassenbeitrag eine Rundum-Behandlung bekämen. Weil das Gesundheitssystem insgesamt sehr komplex und intransparent sei, falle dies auch leicht. Zumal sich der Durchschnittsbürger, solange er nicht krank sei, in der Regel auch nur für die Höhe seines Versicherungsbeitrages interessiere. Doch die Menschen sollten laut Candidus mehr Verantwortung bekommen. Deswegen müsste das Gesundheitssystem für sie transparent gemacht werden. **ute**

Wahlkampfgetöse Kommentar

In den Wochen vor einer (Bundestags)wahl ist es schwierig, den einschlägigen Wahlkampfrenden zu entkommen. Ob Talkshows im Fernsehen, Interviews in der Zeitung, Blogs im Internet oder der gute alte Info-Stand auf dem Marktplatz – über alle Kanäle streuen Wahlkämpfer aller Parteien ihre Botschaften unters Volk.

Auch die AOK Nordost sprang auf diesen Zug auf und lud im Rahmen ihrer Gespräche am Nauener Tor am 12. August zu einem Wahlkampf-Special Gesundheitspolitik nach Potsdam ein. Zur Diskussion gebeten waren Vertreter von CDU, FDP, SPD, Die Grünen, Die Linke sowie der Piratenpartei.

Der Titel der Veranstaltung klang durchaus vielversprechend: „Gesundheitspolitik nach der Wahl – Innovation, Reform oder Stagnation?“. Allein er wurde der Runde nicht gerecht. Die Diskussion fokussierte sich leider – wie so oft – fast ausschließlich auf die Finanzierung.

Sicher, Geld ist ein ganz wichtiger Aspekt der Gesundheitspolitik. Die Positionen der einzelnen Parteien zur Finanzierung des Gesundheitswesens dürften jedoch dem Fachpublikum und gesundheitspolitisch Interessierten inzwischen hinlänglich bekannt sein. Neu mag für den einen oder anderen in diesem Zusammenhang vielleicht gewesen sein, dass die Piraten über diese Frage einen Volksentscheid durchführen wollen.

Über innovative Ideen, über Reformansätze, über tatsächliche Inhalte der Gesundheitspolitik – Stichwort Prävention, Stichwort Kooperation, Stichwort Pflege ... - wurde jedoch nur sehr sparsam geredet. Als die Fragerunde fürs Publikum geöffnet wurde, brachte ein Zuhörer das Manko der Veranstaltung gut auf den Punkt: zu wenig Inhalte, zu viel Diskussion über ordnungspolitische Strukturen.

Schade, es hätte ein spannender Abend werden können.

Ute Menzel



Abgabefrist Quartalsabrechnung III/2013 endet am 8.10.2013

Ungeachtet der verpflichtenden Online-Abrechnung sind weiterhin einige Unterlagen auch in Papierform mit der Abrechnung einzureichen. Die ergänzenden Unterlagen wie:

- Erklärung zur Vierteljahresabrechnung,
- Mitteilung der Vertragskasse über ihre Leistungspflicht für Psycho-/Verhaltenstherapie (Anerkennungsbescheid),
- Dokumentationsvordrucke gemäß den vertraglichen Regelungen (z. B. Gestationsdiabetes),
- Abrechnungsscheine für Polizei und Feuerwehr (sofern keine Versichertenkarte vorlag),
- Abrechnungsscheine für Asyl- und

Sozialämter (sofern Abrechnung über die KVBB),

- Abrechnungsscheine für Bundesversorgungsgesetz (BVG) und verwandte Rechtskreise (sofern keine Versichertenkarte vorlag)

können zu den unten benannten Zeiten entweder persönlich, mittels Kurier oder auf dem Postweg abgegeben werden.

Für die **persönliche Beratung** mit unseren Abrechnungsmanagern bieten wir Ihnen **einen Tag in Cottbus und Frankfurt/Oder** an. Wir bitten um **vorherige Terminvereinbarung**.

Abgabetermine für ergänzende Unterlagen zur Quartalsabrechnung III/2013

Termine	Potsdam	Frankfurt/O.	Cottbus im Ärztehaus Thiem-Str. 112 Eingang über Leipziger Str.
Dienstag, 1.10.2013	9 bis 17 Uhr	9 bis 15 Uhr	9 bis 15 Uhr
Mittwoch, 2.10.2013	9 bis 18 Uhr		
Freitag, 4.10.2013	9 bis 17 Uhr		
Montag, 7.10.2013	9 bis 17 Uhr	9 bis 17 Uhr	9 bis 17 Uhr
Dienstag, 8.10.2013	9 bis 17 Uhr		

Postweg: KV Brandenburg, Friedrich-Engels-Straße 103, 14473 Potsdam
Bitte senden Sie Ihre **Erklärung zur Vierteljahresabrechnung**
an die Fax-Nr. 0331/23 09 545.

Bitte beachten Sie die **Abgabefrist**. Sie endet am Dienstag, dem **8.10.2013**.
Gemäß der Abrechnungsordnung ist die Abrechnung vollständig und
quartalsgerecht zu den festgesetzten Terminen einzureichen.

Anträge auf **Verlängerung der Abgabefrist** sind vor Fristablauf schriftlich und
begründet an die KV Brandenburg
(FB Abrechnungsprüfung, FAX: 0331/23 09 382) zu richten.

Zentrale Formularbestellung in Potsdam

Fax: 0331/98 22 98 04 Tel.: 0331/98 22 98 05

- auch außerhalb der Annahmewoche
- Angabe der Absenderadresse mit Betriebsstättennummer

Vorherige Terminvereinbarung

für Montag, den **7.10.2013**

unter der KVBB-Service Nummer der Abrechnungshotline: 0331/98 22 98 03

Anzeige

Neuerungen zu den DMP-Verträgen Brustkrebs, Asthma und COPD

Mit Wirkung ab 1.7.2013 treten Neuerungen zu den DMP-Verträgen Brustkrebs, Asthma und COPD in Kraft. Aufgrund der neuen DMP-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), welche die bisher in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) geregelten Versorgungsinhalte und Dokumentationen für die eingangs genannten Indikationen neu regelt, mussten zahlreiche Aktualisierungen der entsprechenden DMP-Verträge vorgenommen werden.

Für alle o.g. DMP-Verträge wurden die Teilnahmeerklärungen der Vertragsärzte, die Teilnahme- und Einwilligungserklärungen der Versicherten und die Patienteninformationen aktualisiert. Für Neueinschreibungen verwenden Sie bitte **nur noch die neuen Formulare**, die Sie auf gewohntem Wege über die KVBB beziehen können. Alte Formulare, insbesondere für die **Neueinschreibung der Versicherten**, sind **ab sofort nicht mehr** zu verwenden.

Der Geltungsbereich wurde aufgrund einer Änderung bei der Krankenversicherung der Landwirte dahingehend klargestellt, dass sich alle Versicherten der Landwirtschaftlichen Krankenkasse unabhängig von ihrem Wohnsitz in die DMP-Verträge einschreiben können.

Die vom G-BA aktualisierten Versorgungsinhalte und Dokumentationsbögen wurden in die DMP-Verträge integriert. Daraus folgend ergeben sich auch Änderungen der jeweiligen Anlagen Qualitätssicherung. Darüber hinaus wird in allen o.g. DMP-Verträgen künftig auf das Qualitätsziel „Sicherstellung von Vollständigkeit und Plausibilität der Dokumentation“ verzichtet, da dies durch die verpflichtende elektronische Dokumentation bereits sichergestellt ist. Außerdem erfolgten die formalen Umsetzungen der DMP-Aufbewahrungsrichtlinie (welche die Verlängerung der Aufbewahrungsfristen der Datensätze bei der Datenstelle von 7 auf nun 15 Jahre beinhaltet) sowie des bereits bekannten Wegfalls der Bestätigung des Datums der Erstellung der Erstdokumentation auf der Versandliste.

Daneben wurden zahlreiche redaktionelle Änderungen, Klarstellungen und Aktualisierungen vorgenommen.

Vertragsspezifische Änderungen

Im **DMP COPD** wurden für die Qualitätsziele „Vermeidung stationärer notfallmäßiger Behandlungen wegen COPD“ und „Vermeidung von Exazerbationen“ die Zielwerte jeweils auf höchstens 10 Prozent festgelegt.

Zum **DMP Asthma** wurden die Qualitätsziele „Steigerung des Anteils der Patienten mit guter Symptomkontrolle“ (kein Zielwert definiert) und „Erhöhung des Anteils geschulter Patienten“ (Zielwert mindestens 50 Prozent) aufgenommen. Der Zielwert für Patienten mit inhalativen Glukokortikosteroiden als Bestandteil der Dauermedikation wird auf mindestens 90 Prozent festgelegt. Auf das Qualitätsziel „Erhöhung des Anteils der Patienten, die bei Beginn einer notwendigen Dauertherapie mit

systemischen Steroiden zum Facharzt überwiesen werden“ wird künftig verzichtet.

Weitreichende Änderungen wurden in den Anlagen „Versorgungsinhalte“ und „Dokumentation“ des **DMP Brustkrebs** vorgenommen. Aus diesen vom G-BA vorgeschriebenen Aktualisierungen resultieren wiederum umfassende Änderungen zur Anlage Qualitätssicherung – hier wurden einige neue Ziele aufgenommen oder bereits vereinbarte Ziele umformuliert.

Neue Ziele:

QS-Ziel	Zielwert
Angemessener Anteil Sentinel-Lymphknoten-Biopsie	nicht definiert
Adäquater Anteil von Patientinnen mit adjuvanter Chemotherapie bei nodalpositivem und hormon-rezeptor-negativem Tumor	nicht definiert
Adäquater Anteil von Patientinnen mit einer adjuvanten Trastuzumab-Therapie bei HER2/neu-positiven Tumoren und Lymphknotenbefall	nicht definiert
Adäquater Anteil von Patientinnen mit Bisphosphonat-Therapie bei Knochenmetastasen	≥ 75 Prozent
Niedriger Anteil Neuauftreten eines Lymphödems im Arm	nicht definiert

Zum Ziel „Hoher Anteil an Patientinnen mit Nachbestrahlung nach brusterhaltender Therapie bei invasivem Tumor“ wurde der Zielwert auf min-

destens 80 Prozent erhöht. Das bisherige Ziel „adäquate Lymphknotenentfernung bei Axilladisektion und invasivem Tumor“ ist entfallen.

Ansprechpartner:

Abrechnungshotline 0331/98 22 98 03
Fachbereich Qualitätssicherung
Fachbereich Verträge

Vereinbarung über Förderung von MRT-Leistungen wird fortgesetzt

Die KVBB und die AOK Nordost haben sich auf eine unbefristete Weiterführung der Vereinbarung zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Bereich der MRT-Leistungen verständigt. Die neue Vereinbarung ist rückwirkend zum 1.1.2013 in Kraft getreten. Sie schließt damit nahtlos an die vorherige Vereinbarung an.

Die Regelungen des bisherigen Vertrages wurden nahezu vollständig übernommen. So können niedergelassene und angestellte Vertragsärzte, denen eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen aus Kapitel 34.4 EBM durch die KVBB erteilt wurde, ihre Teilnahme an diesem Vertrag gegenüber der KVBB erklären. Bereits an dem im Jahr 2012 gültigen Vertrag teilnehmende Ärzte nehmen ohne erneute Erklärung bzw. Genehmigung weiterhin am Vertrag teil.

Die Förderung gilt weiterhin für Behandlungsfälle mit MRT-Untersuchungen aus Abschnitt 34.4 EBM und den zugehörigen Leistungen nach den GOP 24210 bis 24212 EBM, die über die Behandlungsfälle eines Vergleichsquartals (das entsprechende Quartal des Jahres 2009) hinausgehen. Für Praxen, die ab dem Jahr 2009 neu zugelassen wurden, gilt dies für Behandlungsfälle über dem Durchschnitt der Behandlungsfallzahlen der

letzten vier Abrechnungsquartale. Die Zahl der Behandlungsfälle des Vergleichsquartals teilt Ihnen die KVBB mit. Die teilnehmenden Praxen kennzeichnen wie bisher die darüber hinausgehenden Fälle mit der SNR 99800.

Voraussetzung für die Förderung ist die Einhaltung der vereinbarten Wartezeit. Für Versicherte der AOK Nordost sind Termine innerhalb von 4 bis 6 Wochen zu vergeben. Die Realisierung dieses Zeitfensters hat für die AOK Nordost höchste Priorität, weshalb wir Sie nochmals darum bitten, dies entsprechend umzusetzen. Sollte die o.g. Wartezeit im Einzelfall überschritten werden, informieren Sie bitte die KVBB mit einem gesonderten Schreiben zur Quartalsabrechnung.

Die Wirkung des Vertrages werden AOK und KVBB in jedem Herbst gemeinsam bewerten.

Den Vertragstext finden Sie auf der Homepage der KVBB www.kvbb.de unter der Rubrik Verträge. Die Vereinbarung steht noch unter dem Vorbehalt der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde.

Ansprechpartner:

Abrechnungshotline 0331/98 22 98 03
Fachbereich Verträge

Im Blickpunkt: Bundesmantelvertrag

Nach einer ersten Information der KBV hat sie sich mit dem GKV-Spitzenverband vor dem Bundesschiedsamt nach monatelangem Tauziehen zum neuen Bundesmantelvertrag geeinigt.

Eine für den ärztlichen Alltag sehr wichtige Entscheidung ist jene, dass es künftig keine formlosen Anfragen der Kassen mehr geben wird. Die Kassen hatten hier lange keinen Handlungsbedarf gesehen. Jetzt ist es so, dass die Krankenkassen für bislang formlose Anfragen ein Rahmenformular verwenden müssen, das jetzt entwickelt werden wird. Damit wird auch für den Arzt mehr Rechtssicherheit geschaffen.

Eine andere, ebenfalls wichtige Entscheidung, ist jene, dass die Kassen ungültige elektronische Gesundheitskarten (eGK) einziehen müssen. Sie wollten bislang diese lediglich nur sperren und auf diesem Weg die Ärzte „zwingen“, online den Stammdatenabgleich durchzuführen. Für ungültige Versichertenkarten können im Übrigen jetzt die Kassen in Regress genommen werden.

Alle weiteren Änderungen und Neuerungen werden wir Ihnen in einer der nächsten Ausgaben von „KV-Intern“ vorstellen.

Erreichbarkeit der EBM-Hotline

In den vergangenen Wochen war auf Grund technischer Ausfälle die EBM-Hotline nur eingeschränkt erreichbar. Ursächlich waren technische Fehler an der Telefonanlage, die behoben sind.

Die entstandenen Unannehmlichkeiten bitten wir zu entschuldigen.

Sie erreichen die **EBM-Hotline** jetzt wieder mit gewohnter Kompetenz unter der **Rufnummer 0331/98 22 98 03**.

Heilmittelvereinbarung für 2013 abgeschlossen

Nachdem sich die KVBB und die Verbände der Krankenkassen bereits Ende des vergangenen Jahres zu den Eckpunkten der Heilmittelversorgung für das Jahr 2013 geeinigt hatten, konnten nun die zugehörigen Vereinbarungen unterzeichnet werden.

In der Heilmittelvereinbarung ist es trotz der für das Jahr 2012 zu erwartenden Unterschreitung gelungen, das Ausgabenvolumen des Vorjahres auch als Ausgabenvolumen des Jahres 2013 zu vereinbaren. Demzufolge steht im Jahr 2013 für Heilmittel wiederum ein Betrag von ca. 121,6 Mio. Euro zur Verfügung.

Im Ergebnis der Verhandlungen hatten wir im Dezember des vergangenen Jahres darüber informiert, dass aufgrund der Vereinbarung über Praxisbesonderheiten für Heilmittel unter Berücksichtigung des langfristigen Heilmittelbedarfs auf Bundesebene die Brandenburger Praxisbesonderheiten abgelöst werden und damit die Heilmittel-Richtgrößen in diesem Jahr ihre Gültigkeit verlieren. Neben den als Praxisbesonderheiten zu berücksichtigenden Heilmitteln nach Anlage 1 werden Verordnungen des langfristigen Heilmittelbedarfs nach Anlage 2 der Vereinbarung auf Bundesebene nicht in die Wirtschaftlichkeitsprü-

fung einbezogen. Die Anlagen 1 und 2 der Bundesvereinbarung sind bekanntermaßen unter der Rubrik Verordnungen abrufbar. Bitte beachten Sie die bekannte Kennzeichnung bei der Heilmittelverordnung, damit die Verordnungen in einem möglichen Prüfverfahren berücksichtigt werden können.

Durch den Wegfall der Richtgrößen mussten sich die Vertragspartner auf eine **Übergangsregelung für die Wirtschaftlichkeitsprüfung** verständigen. Diese erfolgt auf Basis des Arztgruppendurchschnitts, wobei die weiteren für die Richtgrößenprüfung geltenden Regelungen, beispielsweise der Grundsatz „Beratung vor Regress“, auch auf diese Prüfungen angewandt werden.

Darüber hinaus haben sich die Vertragspartner darauf verständigt, dass die Prüfungsstelle vor der Festsetzung der eben genannten Prüfmaßnahmen zu Fragen der Wirtschaftlichkeit und zur Umsetzung der Praxisbesonderheiten beraten kann.

Die Regelungen werden mit einem Nachtrag in die Prüfvereinbarung integriert.

Ansprechpartner:
Beratende Apotheker
Fachbereich Verträge

Änderungen der Arzneimittel-Richtlinie zum 1.8.2013

Seit 2004 hat der Gesetzgeber die sogenannten Life style-Präparate aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen (§ 34 SGB V).

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat diese gesetzliche Vorgabe in der Anlage II zur Arzneimittel-Richtlinie konkretisiert (siehe www.kvbb.de/praxis/verordnungen/arzneimittel). Dort sind alle betroffenen Präparategruppen, wie Appetitzügler, Haarwuchsmittel oder Mittel gegen erektile Dysfunktion, mit den dazugehörenden Arzneistoffen aufgelistet. Bisher stellte die Regelung einen Absolutausschluss dar, der aber zum 1.8.2013 eine Aufweichung erfährt.

Beispiel erektile Dysfunktion. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat den Auftrag bekommen, eine Formulierung für die Arzneimittel-Richtlinie zu entwickeln, die den Ausnahmefall konkretisiert. In Diskussion ist eine Eingrenzung auf jüngere, **verheiratete** Paare mit Kinderwunsch, die bestimmte diagnostische Maßnahmen durchlaufen haben. Ein anderes Denkmodell sieht eine Verfahrensweise in Analogie zur kieferorthopädischen Behandlung von Kindern vor, sodass die Interessenten zunächst über ein Privatrezept in Vorleistung gehen müssten. Im Erfolgsfall werden die Auslagen bis zu einer festzulegenden Gesamtdosis erstattet. Eine Dauerversorgung ist nicht vorgesehen.

Anzeige

Die halbe Million ist geschafft

500.000 Frauen nahmen seit 2008 in Brandenburg am Mammographie-Screening teil

Vera Hlawa ist die 500.000ste Frau, die seit der Einführung des Mammographie-Screenings in Brandenburg 2008 daran teilgenommen hat. Nach ihrer Untersuchung am 15. August im Mammobil in Ludwigsfelde erwartete sie die märkische Gesundheitsminis-

terin dankte zudem allen Mitarbeitern der Screening-Einheiten, den programmverantwortlichen Ärzten, der KV Brandenburg und den märkischen Krankenkassen für ihr Engagement im Mammographie-Screening-Programm.



terin Anita Tack mit einem Blumenstrauß. „Ich freue mich, dass die Brandenburgerinnen das Mammographie-Screening als zusätzliches Angebot zur Brustkrebsfrüherkennung so gut annehmen“, sagte die Ministerin. Sie

Seit dem Start des Mammographie-Screenings in der Mark wurden von der Zentralen Stelle 856.291 Einladungen verschickt. Davon ging Mitte August die 500.000ste Frau zur Untersuchung. Das entspricht einer Teilnahmequote von 58,3 Prozent.

Allein im vergangenen Jahr gingen insgesamt 112.384 Brandenburgerinnen zwischen 50 und 69 Jahren zum Mammographie-Screening. Davon wurde bei 609 Frauen ein Karzinom diagnostiziert.

Text und Foto: Ute Menzel

Lieber Impfen als Pillen schlucken

KV Brandenburg und Partner
starten vierte landesweite Impfkampagne

„Besser: Rechtzeitig impfen!“ – unter diesem Motto organisiert die KV Brandenburg vom 16. September bis zum 4. Oktober ihre mittlerweile vierte landesweite Impfkampagne.

„Was soll das? Wir impfen doch sowieso“, wird sich manch einer von Ihnen denken. Aber: Nur 39,1 Prozent aller Kleinkinder in Brandenburg sind beispielsweise entsprechend den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) zeitgerecht und zweifach gegen Masern geimpft. Dies brachte Mitte Juli eine bundesweite Studie vom KBV-Versorgungsatlas zu Tage.

Lässt man die STIKO-Maßgabe außen vor, erhalten demnach immerhin 88 Prozent der märkischen Kinder die erste Masern-Impfung vor ihrem zweiten Geburtstag. Das ist im Vergleich zum bundesweiten Wert von 85,8 Prozent überdurchschnittlich. Den notwendigen zweiten Pikser bekommen jedoch nur noch 59,4 Prozent der kleinen Brandenburger vor Ende ihres zweiten Lebensjahres (bundesweit 62 Prozent). Es gibt also Nachholbedarf!

Doch nicht nur die Masern-Impfung soll im Mittelpunkt der Kampagne stehen – im Gegenteil. Es geht um das Impfen insgesamt als effektivste Präventionsmaßnahme gegen gefährliche Infektionskrankheiten. Vereinbaren Sie deshalb mit Ihren Patienten gezielt Impf-Termine, besprechen Sie den aktuellen Impfstatus und impfen Sie.

Zur Unterstützung packen wir Ihnen ein „Impf-Paket“. Dieses bekommen Anfang September all jene Praxen, in denen am meisten geimpft wird: bei den Haus- und Kinderärzten sowie den Gynäkologen. Das Paket ist gefüllt mit Info-Materialien rund ums Impfen: Impfkalender, Impfausweis, Checklisten für den Arzt und das Praxisteam, Terminblöcke sowie Flyer für die Patienten. Und wie in 2007, 2009 und 2011 gibt es auch wieder ein Plakat fürs Wartezimmer.



Wenn Sie sich die Materialien anschauen, werden Sie vielleicht feststellen, dass diese in einem ganz anderen „Gewand“ als in vorangegangenen Kampagnen daherkommen. Wir dachten, es wäre an der Zeit für etwas Neues und haben uns für die knallroten Lippen und den bunt gefüllten Pillen-Löffel als „Hingucker“ entschieden. Wir hoffen, es gefällt Ihnen.

Um möglichst viele Brandenburger für das Impfen und unsere Kampagne zu sensibilisieren, gibt es zum Auftakt eine Pressekonferenz in Potsdam. Geplant sind darüber hinaus Beiträge rund um das Thema in den drei großen Brandenburger Tageszeitungen

„Lausitzer Rundschau“, „Märkische Allgemeine“ und „Märkische Oderzeitung“ sowie in den kostenlosen Anzeigenblättern. Wie wichtig das Impfen gerade auch für Kinder und Jugendliche ist, wollen wir mit Schülern in Gransee und Herzberg diskutieren.

Unterstützt wird unsere Impfkampagne von den Pharmafirmen Glaxo-SmithKline, Novartis, Pfizer und Sanofi Pasteur MSD.

Übrigens: Ihre Fragen rund ums Impfen beantworten Ihnen gerne die KVBB-Beratungsapotheker. Sie erreichen sie unter 0331/98 22 98 11.

Masernimpfung – eine Herausforderung für alle Vertragsärzte

Das erklärte Ziel der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Masern und Röteln in Europa auszurotten, wurde bisher noch nicht umgesetzt. Die dafür notwendigen Voraussetzungen, zu denen für Masern zwei Impfungen mit einer Impfquote von mindestens 95 Prozent gehören, konnten in Deutschland und in anderen Staaten bisher nicht geschaffen werden.

Auch Brandenburg hat hier Nachholbedarf. Zwar können wir stolz auf eine Steigerung der Imp fzahlen bei Mumps/Masern/Röteln (MMR) im

Jahr 2012 von 8.800 auf 20.500 verweisen, doch sind noch lange nicht alle Bevölkerungsgruppen ausreichend geimpft. Kinder und Jugendliche sollten bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres (am 18. Geburtstag ist Schluss!) zwei MMR-Impfungen im Abstand von 4 Wochen erhalten. Erwachsene, die in der Kindheit keine oder nur eine MMR-Impfung erhalten haben oder keinen Impfnachweis besitzen und nach 1970 geboren sind (ab 1.1.1971!) erhalten eine MMR-Impfung zu Lasten der GKV.

Der Impfstoff ist als Sprechstundenbedarf über AOK Nordost bzw. Barmer/GEK zu beziehen und als Abrechnungs- und Dokumentationsnummer gilt die 89301 B.

Auf der Gesundheitsplattform des Ladesamtes für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (www.lugv.de) können die aktuellen Durchimpfungsraten für die Altersgruppen Kleinkinder, Schulkinder und Zehntklässler abgerufen werden. Impfdokumentationen in diesen Altersgruppen werden überprüft und ausgewertet:

Im Zeitraum von 1999 bis 2012 steigerten sich bei den Brandenburger Einschülern die Quoten der zweimaligen MMR-Impfung von 38 Prozent auf 95 Prozent. Damit ist für die Einschüler das WHO-Ziel auf Landesebene erreicht. Regional bestanden Impflücken jedoch weiterhin in Potsdam (89 Prozent), Frankfurt (Oder) (92 Prozent) und Cottbus (93 Prozent) sowie in dem Landkreis Potsdam-Mit-

telmark (93 Prozent). Die Impfdaten des Jahres 2011 zeigten für die untersuchten Zehntklässler bzw. Schulabgänger, dass das Ziel für Masern auch im Land Brandenburg nicht vollständig erreicht werden konnte: 98,8 Prozent der Jugendlichen wurden einmal gegen Masern geimpft und 94,4 Prozent konnten zwei Impfungen aufweisen.

Masern-Ausbrüche in Berlin und Bayern zeigen, was passieren kann, wenn der Impfschutz nur unzureichend aufgebaut ist. Wenn Brandenburger Vertragsärzte die Impfdokumentation zur Masernimpfung entsprechend Schutzimpfungs-Richtlinie konsequent kontrollieren würden, gäbe es noch den einen oder anderen Piks ...

Marianna Kaiser

Ansprechpartner:
Beratende Apotheker

Anzeige

Anzeige

Aufnahme der nasalen Influenza-Impfung in die Impfvereinbarung

Die Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg haben zum 1.7.2013 der Aufnahme der nasalen Influenza-Impfung in die Impfvereinbarung zugestimmt. Diese Änderung der Impfvereinbarung erfolgt in Anlehnung an die entsprechende Regelung in der Schutzimpfungs-Richtlinie. Der zugehörige Vertrag befindet sich derzeit im Unterschriftsverfahren.

Die für Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 24 Monaten und 17 Jahren vorgesehene Impfung ist unter der **Dokumentationsnummer 89112N** abrechenbar. Sie wird wie die übrigen Influenzaimpfungen mit 7,28 Euro vergütet.

Im „KV-Intern“ Heft 10/2012 hatten wir umfassend zur Verwendung des Impfstoffes Fluenz® informiert und bitten nochmals, die in der STIKO (Epidemiologisches Bulletin Nr. 37/2012) angeführten Kontraindikationen zu beachten. Dort wird darauf hingewiesen, dass Fluenz® laut Fachinformation bei einzelnen Grunderkrankungen kontraindiziert ist (Immunschwäche aufgrund von

Erkrankungen oder infolge einer immunsuppressiven Therapie) bzw. dass vor der Anwendung bei bestimmten Erkrankungen gewarnt wird (schweres Asthma, akutes Giemen). Ferner dürfen Kinder unter Salicylatbehandlung nicht mit Fluenz® geimpft werden, weil wie bei einer Infektion mit Influenza-Wildviren unter Salicylatbehandlung das Risiko eines Reye-Syndroms bestehen könne.

Zudem wurde auch die Legende der Pneumokokken-Impfung an die Schutzimpfungs-Richtlinie angepasst. Sie lautet nun „Pneumokokken (Standardimpfung)“.

Die aktualisierte Fassung der Impfvereinbarung wird nach Abschluss des Unterschriftsverfahrens auf der Homepage der KVBB www.kvbb.de unter der Rubrik Verträge veröffentlicht.

Ansprechpartner:

Abrechnungshotline 0331/98 22 98 03
Beratende Apotheker
Fachbereich Verträge

Bestimmung von Laborparametern

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Haus- und Fachärzten bei der Behandlung der Patienten nimmt einen hohen Stellenwert ein. Dies schließt u.a. die kollegiale Absprache ein, wer die Bestimmung von Laborparametern veranlasst.

Zum Wohle der Patienten und unter Wahrung der rechtlichen Rahmenbedingungen sollte eine Abstimmung zwischen dem fachärztlich behandelnden Arzt mit dem betreuenden Hausarzt erfolgen, wer die fortlaufenden Laborkontrollen veranlasst bzw. durchführt, sofern aus medizinischen Gründen nicht die Notwendigkeit besteht, dass neben dem Hausarzt auch der Facharzt den Patienten in engen zeitlichen Abständen behandelt.

Grundsätzlich kann jeder Vertragsarzt durch Überweisung an einen anderen Vertragsarzt die Durchführung erforderlicher diagnostischer Maßnahmen veranlassen. Der Ablauf der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Fachärzten bei der gemeinsamen Behandlung von Patienten bzw. zur Abstimmung über die jeweilige Therapie ist nicht bezogen auf alle Einzelheiten und möglichen Fallkonstellationen durch vertragliche Bestimmungen oder andere Normierungen streng reglementiert.

Nach den rechtlichen Rahmenbedingungen (EBM, Bundesmantel- bzw. Ersatzkassenvertrag) ist die Bestimmung von Laborparametern von demjenigen Vertragsarzt zu veranlassen, für dessen Diagnostik sie bestimmt ist. Im Hinblick auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Behandlung der Patienten sollte hierbei berücksichtigt werden, dass die Laborparameter sowohl für die hausärztliche als auch für die fachärztliche Betreuung der Patienten wichtig sind.

Ein auf Überweisung eines Hausarztes, insbesondere zur Mit- bzw. Weiterbehandlung tätiger Facharzt, z.B. ein Rheumatologe, darf zur Überprüfung einer Indikation oder Durchführung einer Therapie Laborparameter selbst bestimmen (lassen).

Für die Bestimmung von Laborparametern bei radiologischen Untersuchungen bestehen eindeutige Vorgaben für die Radiologen. Hierzu haben wir u.a. in „KV-Intern“ 8/2012 umfassend informiert.

Ansprechpartner:

Abrechnungshotline 0331/98 22 98 03

Transkodierung – Datenschutz beachten!

Im Vorfeld des zum 1. Oktober dieses Jahres in Kraft tretenden Hausarzt-EBM erreichen Brandenburger Arztpraxen vermehrt Angebote verschiedener Dienstleister zur Durchführung einer Transkodierung der Abrechnung eines alten Quartals nach den Regelungen des Hausarzt-EBM 2013.

Ein Interesse daran wäre durchaus nachvollziehbar, da sich die praxisindividuellen Auswirkungen auf das Honorar unter Geltung der neuen EBM-Regelungen möglicherweise besser abschätzen lassen könnten. Vor der Annahme eines derartigen Angebotes sollte jedoch bedacht werden, dass die Ergebnisse einer solchen Transkodierung lediglich einen Anhaltspunkt für die künftige Honorarentwicklung unter den Bedingungen eines Hausarzt-EBM 2013 geben können.

Ein Grund dafür ist, dass eine Vielzahl neuer Leistungen, wie das ausführliche Gespräch nach der GOP 03230 EBM, in den EBM aufgenommen werden. Auch ist die Behandlung in Vorquartalen oder das Fehlen spezieller Leistungen bei einigen Ziffern Bedingung der Abrechnungsfähigkeit. Die KVBB hat die Möglichkeit der Transkodierung für die einzelnen

Praxen bewertet (s. auch Interview auf Seite 4 in dieser Ausgabe) und sich mangels belastbarer Prognosen gegen die Durchführung einer Transkodierung entschieden.

Ärzte, die einen Dienstleister mit der Durchführung einer Transkodierung beauftragen wollen, sollten auch die Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB), für die ausschließlich der Arzt verantwortlich ist, nicht aus den Augen verlieren, denn die Durchführung der Transkodierung setzt die Übermittlung der Abrechnungsdaten eines Quartales voraus. Hier bleibt der Praxisinhaber in der Pflicht, die Zulässigkeit der Datenübermittlung an den Dienstleister nach den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) zu prüfen und dabei sicherzustellen, dass die Abrechnungsdaten unter Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und bestenfalls anonymisiert verarbeitet werden.

Entsprechende Nachweise sollten von dem jeweiligen Dienstleister unbedingt eingefordert werden.

Rechtsabteilung derKVBB

Ansprechpartner:

Rechtsabteilung, 0331/23 09 206

Regelung zum Hautarztverfahren

Änderung im Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger

Die Partner des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger haben die Regelung zum Hautarztverfahren in Paragraph 41 geändert. Es wird jetzt klargestellt, dass sich das Hautarztverfahren derzeit **ausschließlich** auf Berufskrankheiten bezieht, die in der Berufskrankheiten-Verordnung BK 5101 aufgeführt sind, teilt die KBV in einem Rundschreiben mit.

Darin heißt es: „Paragraph 41 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger regelt das sogenannte Hautarztverfahren. Hierbei handelt es sich um ein Präventionsverfahren für Versicherte mit krankhaften Hautveränderungen, bei denen eine Hauterkrankung durch eine berufliche Tätigkeit entstehen, wieder aufleben oder sich verschlimmern kann: **Jeder Arzt**

Anzeige

ist verpflichtet, einen Verletzten mit krankhaften Hautveränderungen, die im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit stehen könnten, unverzüglich einem Hautarzt vorzustellen.“
Dafür müsse das unten stehende Formular „Formtext F 2900“ verwendet werden.

Die Regelung in Paragraph 41 bezieht sich auf Hauterkrankungen nach Nr. 5101 der Anlage 1 zur Berufskrankheiten-Verordnung BK 5101.

Die KBV weist in dem Schreiben darauf hin, dass sie unverzüglich Vertragsverhandlungen über ein neues Hautarztverfahren aufnehmen wird, wenn der Gesetzgeber eine neue Berufskrankheiten-Verordnung verabschiedet. Eingeschlossen seien dabei auch Verhandlungen über eine angemessene Vergütung.

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knapp- schaft
(Name d. Verletzten)		(Vorname)		(geb. am)		
(Arbeitgeber/Unfallbetrieb)						
(Wohnung des Versicherten)						
(UV-Träger)						

Überweisungs-Vordruck zur Vorstellung beim

- D-Arzt Augenarzt
 HNO-Arzt
 Hautarzt

nach einem Arbeitsunfall/Schulunfall

Unf.-Tag: _____

Der/Die Verletzte ist wegen der Unfallfolgen nicht in der Lage, Sie aufzusuchen
Gegen Tetanus wurde von mir verabreicht:

_____ Einheiten menschl. Tet.-Serum, _____ ccm Tetanus-Toxoidimpfstoff, am _____

Datum: _____

(Anw. Stempel d. UV-Trägers)	(Stempel d. D-Arztes)

(Kassenarztstempel) (Unterschrift)
des zuweisenden Arztes



Nachgehakt

... bei **Holger Rostek**, Leiter des Unternehmensbereiches IT der KV Brandenburg

Online-Kommunikation ist ein zentrales Zukunftsthema auch für die Arztpraxis. Wir haben in Brandenburg seit vielen Jahren für eine sichere Abrechnung unseren „DatenNerv“. Ist er noch up to date?

Mit der Umstellung auf „DatenNerv 2.0“ in den vergangenen Wochen sind wir technisch auf dem neusten Stand und bieten eine sichere und bewährte Lösung für die Praxis an. Mit dem „DatenNerv 2.0“ wird die Kommunikation zwischen dem PC und der KVBB über einen sogenannten „Tunnel“ aufgebaut, in dem die Daten extrem verschlüsselt übertragen werden – somit ist ein „Abhören“, ein „Mitlesen“ nicht möglich.

Was ist der Vorteil unseres Systems, was kann es und was nicht?

Ein gewichtiges Argument: Wir stellen unseren Mitgliedern den „DatenNerv“ kostenlos zur Verfügung. Mit dieser Lösung kann von einem PC eine sichere Verbindung via Internet oder ISDN zu uns aufgebaut werden. Der „DatenNerv“ schützt aber nicht vor Angriffen aus dem Internet in das Praxisnetzwerk bzw. auf den PC in der Praxis. **Daher darf er – entsprechend Datenschutzrichtlinie - nur von einem separaten, sogenannten Stand-alone-PC genutzt werden, der keine direkte Verbindung zur Praxis-EDV hat.**

Die KBV hat „KV-SafeNet“ entwickelt. Einige KVen schreiben ihren Mitgliedern dieses System verbindlich vor. Was kann es besser als „DatenNerv“?*

„KV-SafeNet“ ist eine Hardwarelösung, ein kleines Gerät, das zwischen dem Netzwerk der Arztpraxis und dem Internet geschaltet wird. Es schützt die Praxis vor Angriffen aus dem Internet und baut bei Bedarf eine verschlüsselte Verbindung zur KVBB auf. Somit kann die gesamte Praxis das Internet und das Angebot der KVBB über sichere Wege nutzen. Wir empfehlen „KV-SafeNet“, um die Praxis zum Internet hin abzusichern und von mehreren Arbeitsplätzen aus auf das sichere Netz der KVen und deren Anwendungen zuzugreifen.

Stichwort Kosten ...

... sie unterscheiden sich je nach Anbieter und Leistungsumfang. Das hier aufzuzählen, wäre zu detailliert. Im Internet ist dies alles unter http://www.kbv.de/media/sp/Preisuebersicht_fuer_Aerzte.pdf einzusehen. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere „DatenNerv“-Hotline 0331/98 22 98-06 oder per Mail an online@kvbb.de.

Disclaimer: Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

Aktuelles aus der EDV!

Neues „DatenNerv“- Programm erfolgreich eingeführt!

In den vergangenen Monaten wurde die Software „DatenNerv“ bei Ihnen in der Praxis und in der KVBB auf eine neue Version „DatenNerv 2.0“ umgestellt. Hierdurch wird die Verbindung zwischen Ihrer Praxis und der KVBB noch sicherer und entspricht nun den hohen Anforderungen des Datenschutzes für medizinische Daten. Leider war es technisch notwendig, diese neue Version und Verschlüsselungssoftware per CD zu versenden und in jeder Praxis einzuspielen. Für ISDN-Nutzer gibt es noch ein kleines Folgeupdate, dieses wird automatisch bei der Einwahl installiert (aktuell erkannte ISDN-Probleme werden damit behoben).

Vielen Dank für Ihre Unterstützung bei dieser wichtigen Maßnahme.

Anmeldung im „DatenNerv“ wurde angepasst!

Eine weitere Neuerung im „DatenNerv“ ist, dass bei der Einwahl nicht wie bisher die gekürzte BSNR (z.B. 7912345) anzugeben ist, sondern der Benutzername der "VPN-Einwahl" (z.B. A00013) verwendet werden muss. Hintergrund dieser Änderung ist das System des Föderativen Identitätsmanagement (FIM), das die KV Brandenburg nun bei den hausinternen Anwendungen umsetzen wird.

Einigen Ärzten wird dies schon aus der ePrüfung für Gynäkologen und aus der eDokumentation für Hörgeräteakustiker, der Sozialpsychiatrie oder der Molekulargenetik bekannt sein. Dieses System bietet den Vorteil, dass nur eine Anmeldung nötig ist, um alle Anwendungen im bundesweiten „KV-SafeNet“ durchführen zu können.

Das System der personenbezogenen Benutzernamen auf LANR-Basis werden wir in den nächsten Monaten weiter ausbauen und Ihnen einen individuellen Benutzernamen mit einem dazu gehörenden Kennwort zusenden.

Neues Online-Portal aufgebaut!

Vielleicht haben Sie es bei der letzten Anmeldung in unserem Portal schon bemerkt oder sogar ausprobiert:

Wir haben unser Abrechnungsportal überarbeitet und bieten diese neue Version beim Start auf unserer Abrechnungsseite an. Sie können also wählen, ob Sie das gewohnte „alte“ Abrechnungsportal nutzen oder unsere neue Version. Die technische Basis unseres bisherigen Abrechnungsportales ist veraltet und muss zum Jahresende abgeschaltet werden, daher haben wir uns entschlossen eine technisch neuere Version aufzubauen. Wir würden uns freuen,

wenn Sie diese neue Version nutzen würden. Die bisherige steht Ihnen weiterhin aber noch bis zum Jahresende zur Verfügung. Für Rückmeldungen, Anregungen oder Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Sollten Sie zu diesen, als auch zu anderen Themen Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden. Telefonisch erreichen Sie uns unter der „DatenNerv“-Hotline 0331/98 22 98 06 oder per Mail an online@kvbb.de.

Anzeige



Hygiene-Info-Ecke

Tauchdesinfektion für Ultraschallvaginalsonden?

Immer häufiger wird bei der Begehung durch die Gesundheitsämter, besonders in gynäkologischen Praxen, die Tauchdesinfektion für Ultraschallvaginalsonden gefordert. Nur, ist dieser Forderung in jedem Fall nachzukommen?

Transvaginale Ultraschallsonden werden definitionsgemäß als „semikritisch A“-Medizinprodukt eingestuft. Diese Sonden müssen nach jeder Patientin aufbereitet und zusätzlich vor der Anwendung mit einer Schutzhülle versehen werden. Nach den neuesten RKI/BfArM-Empfehlungen (Bundesgesundheitsblatt 10/2012) wird für die Aufbereitung semikritischer Medizinprodukte ein Desinfektionsverfahren gefordert, welches nachweislich **bakterizid, fungizid und viruzid wirken muss**. Eine Alternative zur kostenintensiven Wischdesinfektion (z. B. Tristel-Wipes-Tücher) bietet dann nur die Tauchdesinfektion.

Doch nicht immer wird eine Tauchdesinfektion vom Hersteller auch empfohlen oder es mangelt an den dafür notwendigen technischen Apparaturen. Nach unseren Recherchen wird bisher nur für Sonden der Firma GE ein entsprechender „Einweichbehälter“ angeboten.

Worauf Sie achten sollten:

Die Hersteller von Ultraschallsonden zur transvaginalen Anwendung sind verpflichtet, mit der Gebrauchsanweisung Angaben zu mindestens einem **wirksamen** und **materialverträglichen** Desinfektionsverfahren zu machen. Liegen diese Angaben nicht vor, lassen Sie sich schriftlich vom Hersteller bestätigen, welches Desinfektionsverfahren mit welchem Mittel für Ihre Sonde angewendet werden darf. Wichtig bei diesen Angaben ist, dass die Desinfektionsmittel **VAH-gelistet** sind und in diesem Fall **bakterizid, fungizid und viruzid** wirken. Ebenfalls sind die **Anwendungskonzentration** und **Einwirkzeit** zu beachten. Für Sie als Praxisinhaber sind diese Angaben des Herstellers maßgebend, um Garantieansprüche nicht zu verlieren.

Ansprechpartner:

Claudia Kintscher,

FBL Qualitätssicherung/Ärztin,

Tel.: 0331/23 09-377

Petra Bernhardt,

Mitarbeiterin Qualitätssicherung,

Tel.: 0331/23 09-375

Pocketcards des ÄZQ

Unser Info-Tipp

Auf den Punkt gebracht, handlich und leicht lesbar. Zu Ihrer Unterstützung in der Praxis für eine leitliniengerechte Diagnostik und Therapie hat das Ärztliche Zentrum für Qualität (ÄZQ) in Zusammenarbeit mit dem Börm Bruckmeier Verlag Kurzfassungen (Pocket-Bücher) und Kitteltaschenversionen für vorerst 4 Nationale Versorgungsleitlinien (NVL) entwickelt.

Zu den Themen:

- „chronische Herzinsuffizienz“
- „unipolare Depression“
- „Kreuzschmerz“
- „Nierenerkrankungen bei Diabetes im Erwachsenenalter“

sind die Pocket-Versionen jetzt im Buchhandel zum Preis von 3,95 Euro bzw. 4,95 Euro pro Exemplar erhältlich. Begleitend sind zu diesen NVL außerdem entsprechende Patientenratgeber erschienen, ebenfalls im Pocketformat.

Über die Internetseite

<http://www.media4u.com/de/category/leitlinien/> können Sie sich bei Interesse die Angebote anschauen.

Ansprechpartner:

Claudia Kintscher,

FBL Qualitätssicherung,
0331/23 09-377

Anzeige



Niederlassungen im Juli 2013

Planungsbereich Mittelbereich Cottbus

Heike Weber

FÄ für Innere Medizin/HA
J.-Curie-Str. 30, 03050 Cottbus
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Roselies Schön)

Planungsbereich Cottbus/St.

Dzina Raffeld

FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
An der Priormühle 15, 03050 Cottbus
(Übernahme der Praxis
von Siegrid Groß)

Julia Musikowski

FÄ für Kinder- und Jugendmedizin
Werner-Seelenbinder-Ring 4a,
03048 Cottbus

Dr. med. Alexander Linke

FA für Neurologie
Schillerstr. 21, 03046 Cottbus

Planungsbereich Mittelbereich Schönefeld-Wildau

Nora-Anneliese Gorecki-Blassmann

FÄ für Allgemeinmedizin
Rudolf-Breitscheid-Str. 8,
15732 Schulzendorf b. Eichwalde

Planungsbereich Havelland

Claudia Wolf

FÄ für Kinder- und Jugendmedizin
Adlerstr. 48, 14612 Falkensee
(Übernahme der Praxis
von Dipl.-Med. Wolfgang Schwarz)

Dr. med. Christine Gabriel

FÄ für Psychiatrie und Psychotherapie
Steinstr. 1, 14712 Rathenow

Planungsbereich Märkisch-Oderland

Dr. rer. medic. Oliver Ungerer

Psychologischer Psychotherapeut/
Verhaltenstherapie
Lindenallee 22, 15366 Hoppegarten/
Dahlwitz-Hoppegarten
(Übernahme der Praxis von
Dr. phil. Dipl.-Psych. Christine Hanke)

Planungsbereich Raumordnungs- region Prignitz-Oberhavel

Dr. med. Ute Storbeck

FÄ f. Innere Medizin und Nephrologie
Marwitzer Str. 91, 16761 Hennigsdorf
(Übernahme der Praxis
von Thomas Lindner)

**Planungsbereich
Mittelbereich Potsdam**

Dr. med. Uwe Kalinka

FA für Allgemeinmedizin
Hans-Marchwitza-Ring 1,
14473 Potsdam
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Hans-Peter Hoffmann)

Planungsbereich Potsdam/St.

Claudia von Grabe

FÄ für Frauenheilkunde und
Geburtshilfe
Berliner Str. 41, 14467 Potsdam

Dr. med. Christoph Krell

FA für Urologie
Lennéstr. 71, 14471 Potsdam

**Planungsbereich
Mittelbereich Guben**

Ines Riedel

FÄ für Innere Medizin/HA
Berliner Str. 12, 03172 Guben

**Planungsbereich Raumordnungs-
region Lausitz-Spreewald**

Dr. med. Romy Ziegenhardt

FÄ für Diagnostische Radiologie
Karl-Marx-Str. 80, 03130 Spremberg

Planungsbereich Teltow-Fläming

Dr./RUS Alexandra Böttcher

FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Str. der Jugend 63-65
14974 Ludwigsfelde
(Übernahme der Praxis
von Veronika Lützwow)

Planungsbereich Uckermark

Dipl.-Psych. Tillman-David Schneider

Psychologischer Psychotherapeut/
Tiefenpsychol. fundierte u. analyt.
Psychotherapie
Markt 3, 16278 Angermünde

Nächste Beratung der Vertreterversammlung

Die nächste Beratung der Vertreterversammlung der KV Brandenburg findet am **6. September 2013** in der Landesgeschäftsstelle der KVBB, Gregor-Mendel-Str. 10 in Potsdam statt.

Beginn ist 15 Uhr.

Die Veranstaltung ist für Mitglieder der KVBB öffentlich.

Zulassungsmöglichkeiten

Ab sofort finden Sie alle Details zur Zulassung, wie offene und gesperrte Bereiche, Fördermöglichkeiten, Ausschreibungsfristen, Formulare oder Checklisten rund um die Niederlassung auf unserer Website.

Darüber hinaus werden vom Landesausschuss aktuell gefasste Beschlüsse an dieser Stelle des „KV-Intern“ veröffentlicht.

Übersicht

Eine Übersicht der Anordnung bzw. Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen im Bereich der KV Brandenburg findet sich auf der Internetseite der KVBB unter www.kvbb.de/praxis/zulassung/bedarfsplanung/zulassungsmoeglichkeiten-ausschreibungen/. Detaillierte Informationen erhalten Sie auch von der Niederlassungsberaterin Karin Rettkowski unter 0331/23 09 320.

Zulassungsförderungen

In nachstehenden Mittelbereichen werden aufgrund Feststellung drohender bzw. bestehender Unterversorgung durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen des Landes Brandenburg nach § 100 Abs. 1 Satz 1 SGB V Zulassungen gefördert:

- **Kinderärzte:** Pritzwalk-Wittstock/Dosse, Eisenhüttenstadt, Spremberg
- **Frauenheilkunde:** Lauchhammer-Schwarzheide
- **Hausärzte:** Bad Freienwalde, Finsterwalde, Forst (Lausitz), Guben, Kyritz, Lauchhammer-Schwarzheide, Pritzwalk-Wittstock, Schwedt/Oder, Spremberg.

Alle notwendigen Details finden Sie unter www.kvbb.de.



Praxisbörse

Praxisabgabe

- Welche junge Ärztin möchte ihren Start in die Selbständigkeit mit einem halben KV-Sitz beginnen?
Hausärztliche Praxis im Elbe-Elster-Kreis bietet ab 2014 Möglichkeit des Praxiseinstiegs in Form einer halben Zulassung. Praxisräume: 150 qm zur Miete, 6 Räume, 2 WC, Personalküche
Kontakt: 01744472065

Anstellungs- und Kooperationsangebote und -gesuche

- Hausärztliche Praxis in Herzberg bietet ab 2014 Möglichkeit des Praxiseinstiegs in Form einer Anstellung. Praxisräume: 150 qm zur Miete, 6 Räume, 2 WC, Personalküche
Ausstattung: u.a. EKG, LZ-RR, Inhalationsgerät
Kontakt: 01744472065
- Große Kinderarztpraxis in Falkensee bietet ab Oktober 2013 die Möglichkeit der Kooperation. In den letzten 5 Jahren gute Zusammenarbeit mit Allgemeinmediziner in der Praxis, so dass auch diese Konstellation vorstellbar ist.

Kontakt:
Kinderarzt-Lindner@email.de

- Hausarztpraxis bei Trebbin (Praxispektrum: ganzheitliche Medizin, Naturheilkunde, Homöopathie, Palliativmedizin) sucht umgehend ärztliche/n Mitarbeiter/in; gern auch als angestellte/n Arzt/Ärztin oder versierte/n Weiterbildungsassistentin/en.

Kontakt: Katharina Schröder;
0172 835 90 87; Kontakt@Arztpraxis-
im-Heilinstitut.de

Sonstiges

Suche Gerät für 24-Stunden-Blutdruckmessung.

Für den Neubeginn als Allgemeinmedizinerin im östlichen Brandenburg suche ich ein Langzeit-Blutdruckmessgerät und auch noch einige Praxismöbel (Sideboard, Medikamentschrank ...).

Tel.: 030/821 49 34 (bitte ggf. Nachricht hinterlassen) oder
0162/90 88 755



Aktuelles Seminarangebot

für Ärzte und Praxispersonal

Termin Ort	Thema Referent Punkte	Kosten
11.09.2013 15.00-17.30 Potsdam	Die GOÄ-Abrechnung leicht gemacht Daniela Bartz, PVS berlin-brandenburg GmbH	30 Euro
11.09.2013 14.00-20.00 14.09.2013 09.00-17.00 Cottbus	Strukturiertes Schulungsprogramm für nichtinsulinpflichtige Diabetiker (ZI) Michela-Doreen Gereke, FÄ f. Innere Medizin Fortbildungspunkte 8	100 Euro pro Arzt, 150 Euro pro Praxismitarbeiter (Teampreise auf Anfrage)
20.09.2013 14.00-19.00 21.09.2013 09.00-18.00 Potsdam	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (ZI) Dr. med. Ingo Herbst, FA f. Innere Medizin Fortbildungspunkte 5	100 Euro pro Arzt, 150 Euro pro Praxismitarbeiter (Teampreise auf Anfrage)
18.10.2013 14.00-18.00 Potsdam	Öffentlichkeitsarbeit für die Arztpraxis Elke Best, Rechtsanwältin/Fachanwältin für Medizinrecht, Raffelsieper & Partner GbR Dipl.-Ing. Anja Ninnemann, Architektin, 47ig Agentur für interdisziplinäre Gestaltung	65 Euro

AUSGEBUCHT

Ansprechpartner: Frau Thiele Tel.: 0331/23 09 459 Fax: 0331/23 09 288
Frau Stezaly Tel.: 0331/23 09 426

Aktuelles Seminarangebot

für Ärzte

Termin Ort	Thema Referent Punkte	Kosten
11.09.2013 15.00-19.00 Potsdam	Qualitätssicherung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes Dr. med. Antje Nimtz-Talaska, FÄ f. Kinder- u. Jugendmedizin Holger Marschner, FA f. Nervenheilkunde	85 Euro
21.09.2013 09.30-15.00 Blankenfelde-Mahlow	Kombinierte DMP-Fortbildungsveranstaltung KVBB & Partner Fortbildungspunkte 5	85 Euro
19.10.2013 15.00-18.00 Potsdam	Gynäkologische Zytologie - Zytomorphologie und Molekularbiologie Dr. med. Peter Ziemke, FA f. Pathologie, Potsdam Dr. med. Katrin Marquardt, FÄ f. Pathologie, Schwerin Dr. Miriam Reuschenbach, Institut f. Pathologie, Heidelberg Dr. med. Ilka Ruschenburg, FÄ f. Pathologie, Einbeck Fortbildungspunkte 8	200 Euro pro Arzt 100 Euro pro MTA
23.10.2013 15.00-18.00 Cottbus	Praxisabgabe/Praxisveräußerung Michael Stillfried, Betriebswirtschaftlicher Berater der KVBB Karin Rettkowski, Niederlassungsberaterin der KVBB	für Mitglieder der KVBB kostenfrei Nichtmitglieder 40 Euro
25.10.2013 16.00-19.30 26.10.2013 09.00-17.30 Potsdam	Moderatorentaining für Qualitätszirkel Dr. Sven Sebastian, Coach und Trainer für integratives Stress- u. Gesundheitsmanagement DINM Fortbildungspunkte 15	für Mitglieder der KVBB kostenfrei Nichtmitglieder 100 Euro

Aktuelles Seminarangebot für Praxispersonal

Termin Ort	Thema Referent	Kosten
18.09.2013 14.00-19.00 Potsdam	Kritikgespräche - Wie Kritik, richtig eingesetzt, eine Praxis stärken und persönliche Verletzungen vermeiden kann Dipl.-Phil. Joachim Hartmann, Personal- u. Persönlichkeitsentwicklung	65 Euro
18.09.2013 15.00-17.00 Brandenburg	Der anaphylaktische Zwischenfall Lehrrettungsassistent der Johanniter-Unfall-Hilfe e. V.	40 Euro
18.09.2013 15.00-17.00 Cottbus	EBM-Schulung für das Praxispersonal Abrechnungsmanagerinnen der KVBB	30 Euro
25.09.2013 14.00-19.00 Bad Saarow	Sag nicht „Ja“, wenn Du „Nein“ denkst Torsten Klatt-Braxein, Praxis- u. Unternehmensentwicklung, Coach u. Dozent	65 Euro
16.10.2013 15.00-18.00 Potsdam	Steril und validiert oder wie? - Praktisches Hygienemanagement für das Praxispersonal Petra Bernhardt, Mitarbeiterin Qualitätssicherung der KVBB; Stefan Krüger, LUGV	40 Euro
23.10.2013 15.00-17.00 Frankfurt (O.)	Der anaphylaktische Zwischenfall Lehrrettungsassistent der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.	40 Euro
23.10.2013 15.00-19.00 Prenzlau	Zeitmanagement für Praxismitarbeiter Torsten Klatt-Braxein, Praxis- u. Unternehmensentwicklung, Coach u. Dozent	65 Euro

AUSGEBUCHT

Ansprechpartner: Frau Thiele Tel.: 0331/23 09 459 Fax: 0331/23 09 288
Frau Stezaly Tel.: 0331/23 09 426

Externe Fortbildungsangebote

für Ärzte und Psychotherapeuten

Psychoanalyseausbildung für Ärzte und Psychologen

Termin: 23.11.2013
Ort: St. Johanneshaus Cottbus, Adolph-Kolping-Str. 16
Leitung: Dr. med. Roger Kirchner

Zusatzbezeichnung Psychotherapie Tiefenpsychologie (fachgebunden)

Termin: Beginn: 18.1.2014
Ort: St. Johanneshaus Cottbus, Adolph-Kolping-Str. 16
Leitung: Dr. med. Roger Kirchner

Anmeldung für beide Seminare:

www.batap.de; Mail: mail@batap.de; Tel.: 0355/47 28 45; Fax: 0355/47 26 47

Komorbiditäten bei chronischen Erkrankungen

Der Zustand vieler Patienten, die unter einer chronischen Erkrankung wie Niereninsuffizienz, Herzinsuffizienz, Krebs oder entzündliche Darmerkrankungen leiden, wird häufig verkompliziert durch das Auftreten von Komorbiditäten. Eine häufig auftretende Komorbidität ist die Anämie, die zur Verschlechterung der Symptomatik, erhöhter Morbidität und sogar erhöhter Mortalität der Patienten führen kann. Häufig ist der Grund der Anämie ein Eisenmangel, mit oder ohne Mangel an den Vitaminen B12 und Folsäure. Bei Frauen häufiger als bei Männern. Aufgrund neuer Erkenntnisse im Eisenmetabolismus und der Entwicklung neuer Präparate kann Patienten mit schwerer Symptomatik geholfen werden.

Themenschwerpunkte:

- Leistungsmangel und Erschöpfungszustände – immer gleich „Burnout“?
- Müdigkeit, Erschöpfungszustände, Fatigue – Begleiterkrankungen bei chronischen Erkrankungen
- Einem Begleitphänomen chronischer Erkrankungen auf der Spur – neue praktische Optionen für die Praxis

Referenten: Dr. Dr. med. Stephan von Haehling, FA für Innere Medizin, Berlin
Dr. med. Georg Heinrich,
FA f. Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Fürstenwalde

Termin: 13. November 2013 15.00 – 18.00 Uhr

Teilnahmegebühr: 40 Euro pro Person

Ort: Landesgeschäftsstelle der KVBB, Gregor-Mendel-Straße 10/11,
14469 Potsdam

Ansprechpartnerin: Frau Stezaly Tel.: 0331/23 09 426

Zweites „KV RegioMed Zentrum“ eröffnet



Guben, 8. August 2013. Journalisten von Antenne Brandenburg, „Brandenburg aktuell“ und der regionalen Printmedien gaben sich die Klinke in die Hand. Der Grund: Das landesweit zweite „KV RegioMed Zentrum“ der KV Brandenburg hat in der Neißestadt in Räumen des Naemi-Wilke-Stifts eröffnet.

Dr. Leszek Lacheta als Hausarzt und seine Frau Malgorzata Babczynska-Lacheta als HNO-Ärztin sind als bei der KVBB angestellte tätige Ärzte quasi die neuen Hausherrn. Damit wird eine weitere Lücke in der ambulanten medizinischen Versorgung der Neißestadt geschlossen. Auch mit Blick auf die zahlreichen polnischen Frauen und Männer, die in der Region Guben arbeiten und ärztlich versorgt werden

müssen, ist die Eröffnung des „KV RegioMed Zentrums“ und seine Besetzung mit einem polnischen Arztehepaar von großer Bedeutung.

Grundlage war die sehr gute und enge Zusammenarbeit der KVBB mit der Stadt Guben und dem Wilke-Stift und dessen Medizinischer Einrichtungsgesellschaft (MEG).

Mit den Ärzten aus der MEG wird es eine enge Kooperation geben, die die



Etablierung eines ambulanten Operationsangebotes in der HNO-Heilkunde, das bislang fehlt, ermöglicht.

-re

Fotos: Julia Herrmann

Herzliche Glückwünsche

50

Dr. med. Dirk Bandt,
Frankfurt (Oder)

Dr. med. Frank Biemelt,
Cottbus

Dr. med. Michaela Gühlow,
Petershagen-Eggersdorf

Dr. med. Margit Inacker,
Kleinmachnow

Dipl.-Med. Steffen Kirsch,
Teupitz

Dr. med. Ingolf Kreyer,
Spreenhagen

Peter Pickert,
Frankfurt (Oder)

Dr. med. Almuth Piest,
Hennigsdorf

Dr. med. Olga Taganow,
Senftenberg

60

Dipl.-Med. Birgit Görnitz,
Potsdam

Dipl.-Med. Annemarie Kühne,
Großbeeren

Dipl.-Med. Dagmar Langer,
Werder (Havel)

Dr. med. Christian Rößner,
Rathenow

Dr. med. Hartwig Andree,
Neuenhagen b. Berlin

Betis Ekteshafi,
Cottbus

Manfred Heiken,
Beeskow

Dipl.-Med. Gisela Hohlfeld,
Neuruppin

Dr. med. Christina Klinkenstein,
Frankfurt (Oder)

Dr. med. Anto Krizic,
Luckenwalde

Dipl.-Psych. Marianne Ladwig,
Trebbin

Dipl.-Med. Klaus-Dieter Möller,
Rüdersdorf b. Bln.

Dr. med. Angelika Otto,
Bad Saarow

Dipl.-Med. Ursula Rawolle,
Rathenow

Dr. med. Ernst-Otto Denk,
Bad Freienwalde

Dr. med. Wolfgang Salditt,
Gumtow

Dr. med. Rolf Schöpfung,
Oranienburg

65

67

Herzliche Glückwünsche

68

Prof. Dr. med. habil. Kurt Gräfenstein,
Nauen

Dr. med. Wolf-Dieter Wagner,
Gransee

OMR Dr. med. Jürgen Rühlmann,
Panketal

MR Dr. med. Ursula Sachse,
Hohenbocka

72

69

Margret de Witt M. A.,
Potsdam

Dr. med. Sulaiman Kassir,
Luckenwalde

Dr. med. Wolf-Dieter Pusinelli,
Cottbus

Dr. med. Liane Schuster,
Petershagen-Eggersdorf

Dr. med. Christa Winkler,
Falkensee

MR Dr. med. Friedhelm Drope,
Petershagen-Eggersdorf

Ingrid Gesper,
Dahme/Mark

MR Dr. med. Karl-Heinz Schröder,
Bad Saarow

74

75

76

70

MR Dr. sc. med. Ulrich Horn,
Fürstenwalde/Spree

Dr. med. Reinhold Schrambke,
Schorfheide/OT Groß Schönebeck

71

Dr. med. Volker Melchert,
Buckow/Märk. Schweiz

Dipl.-Med. Lutz Mühlisch,
Brandenburg an der Havel

Dipl.-Med. Theodora Pistiolis,
Frankfurt (Oder)

Rufnummern für KVBB-Service

Funktion	KVBB-Service-Rufnummer neu
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
Beratung Beiräte und neue Mitglieder	0331 98 22 98 07
Bereitschaftsdienst-Management FAX	0331 98 22 98 08
Bereitschaftsdienst-Management	0331 98 22 98 09
Beratung zu Verordnungen und Wirtschaftlichkeitsprüfung	0331 98 22 98 11
Betriebswirtschaftliche Beratung	0331 23 09 280
Niederlassungsberatung	0331 23 09 320
Patiententelefon	0331 98 22 98 51
Mahnwesen/Praxisgebühr	0331 98 22 98 52



**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. August 2013

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

Da war dann noch

... eine Delegation aus dem fernen Japan bei uns in der KVBB. Ihr Anliegen - sich in Deutschland über die „sehr erfolgreiche“ Einführung der eGK zu informieren. In Japan steht eine ähnliche „Gesundheitskarte“ vor der Einführung, die aber von den Ärzten sehr kritisch gesehen wird

Nach sehr positiven PowerPoint Präsentationen im Gesundheitsministerium und bei den Krankenkassen waren Herr Jun Yoshimura, Frau Nanako Ushio und der Dolmetscher Herr Takashi Nakagawa doch sehr überrascht, dass es kritische Stimmen aus den Arztpraxen zur eGK gibt. „Das hörte sich in den Ministerien und bei den Krankenkassen doch etwas anders an“ war einer der Kommentare – worauf eine konstruktive Diskussion über den Nutzen und Sinn der eGK entstand. Vielleicht konnten wir mit diesem Informationsaustausch den Ärzten in Japan die eine oder andere Erfahrung mitgeben, damit dort die Einführung der eGK tatsächlich ein „voller Erfolg“ wird.



Text und Foto: Holger Rostek, Unternehmensbereichsleiter IT