

### **Liebe Leserinnen, liebe Leser**

**D**ie Praxisgebühr kommt. Sie ist Gesetz. Ab dem 1. Januar 2004 ist sie durch die Patienten zu entrichten und von den Ärzten einzukassieren. Dass die Praxisgebühr eigentlich eine Kassengebühr ist, ändert an besagten zwei Tatsachen jedoch erst einmal nichts. Nur: Wir sollten sehr deutlich auf genau diesen Unterschied immer wieder hinweisen. Denn diese zehn Euro sind kein zusätzliches Honorar für ärztliche Leistung, sie sind im Gegenteil Bestandteil der Kassenbeiträge, wenn auch in verkappter Form.

**U**nd genau dort setzt unsere massive Kritik an; dass die Ärzteschaft benutzt wird, um Beiträge für die Krankenkassen einzuziehen. Dass allein ist schon zu kritisieren. Doch dass die Ärzteschaft nun auch noch das Inkassorisiko übernehmen soll und für den mit Sicherheit nicht kleinen bürokratischen Aufwand nicht einen einzigen Cent an Bearbeitungsgebühr erhalten soll, ist schon ein starkes Stück.

**I**n mehreren Verhandlungsrunden haben die Vertreter der Spitzenverbände der Kassen und jene der KBV verhandelt, besser gerungen. Denn der Gesetzgeber hat es sich wieder einmal allzu leicht gemacht, in dem er schlichtweg zur Umsetzung, zum Wie im Zusammenhang mit der Einziehung der Praxisgebühr geschwiegen und auf die gemeinsame Selbstverwaltung verwiesen hat. Nachdem diese sich nun in mühseligen Gesprächen auf annähernde Positionen verständigt hatte - das war am 7. November diesen Jahres - sagte das Bundesgesundheitsministerium: So nicht! Das Inkassorisiko hätten gefälligst die Ärzte zu tragen, schließlich seien die zehn Euro ja Bestandteil des Honorars.

**Z**ynischer geht es kaum. Dass die Krankenkassen diese Steilvorlage des Ministeriums natürlich sofort aufnehmen und von ihrer signalisierten Konsenswilligkeit wieder abrückten, ist zumindest nachvollziehbar. Alles in allem - es ist infam!

**W**enn Sie diese Ausgabe in den Händen halten, ist vielleicht das Schiedsamt auf Bundesebene angerufen, sich der Klärung dieses Sachverhaltes anzunehmen. Vielleicht ist aber auch das "Problem" auf die Landesebene "weg-delegiert" und wir in Brandenburg müssen mit den Kassen eine Lösung finden. Gleich wie, die Zeit drängt. Und dies sehr. Zumindest was die praktische Umsetzung für Sie in der Praxis betrifft.

Etwas einfacher sollte hingegen - und das ist allerdings nur ein ganz, ganz schwacher Trost - die Information Ihrer Patienten sein. Dieser Ausgabe von "KV-intern" liegen zwei Plakate und Handzettel bei. Sie sollen Ihnen diese Information erleichtern. Wohl wissend, dass trotzdem mit Sicherheit das Gespräch geführt werden muss. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang, dass wir im unmittelbaren Vorfeld des 1. Januar 2004 über die Medien eine breite Informationskampagne starten werden.

Viele, sehr viele Gespräche in den zurückliegenden Tagen und Wochen haben verdeutlicht, dass die Sinnhaftigkeit einer solchen Praxis-, besser Kassengebühr, von Ihnen sehr unterschiedlich beurteilt wird. Es sollte jedoch unstrittig sein, dass sie ein Schritt in die richtige Richtung ist und die Patienten für das Thema Eigenverantwortung zumindest sensibilisieren kann. Ob dies auch zum Erfolg führt, ist jedoch nicht abzuschätzen. Noch nicht.

Die KV Brandenburg wird alles in ihren Kräften Stehende tun, Sie rechtzeitig über die Umsetzungsprozedere zu informieren. Entweder es gelingt uns schon mit dieser Ausgabe - dann werden Sie neben den Plakaten und Patienten-Informationen auch Anleitungen zur Umsetzung finden. Oder wenn die dafür verbleibende Zeit zu kurz ist, werden wir Sie spätestens mit der Dezember-Ausgabe von "KV-intern" informieren.

**Ralf Herre**

Pressesprecher der KV Brandenburg

## Von A bis Z - was bringt uns das GMG?

Die Unklarheiten über die Neuerungen ab dem kommenden Jahr sind groß. Was wird sich wie ändern? Und vor allem: Was hat das für Auswirkungen auf die ärztliche Tätigkeit in der ambulanten Versorgung?

Nach wie vor liegt der Wortlaut des Gesetzes noch nicht vor. Das heißt, es ist noch nicht im Bundesanzeiger veröffentlicht. Trotzdem ist die Richtung insgesamt und bei einer Reihe von Details klar - mehr Prüfung, mehr Bürokratie, mehr Zertifizierung! Der Aufwand an Verwaltung wird steigen; sowohl in jeder einzelnen Arztpraxis als auch in der KV.

Was das letztlich bedeutet, ist ebenso unstrittig. Der einzelne Arzt wird weniger Zeit für seine eigentliche Profession haben, die KV als Körperschaft wird noch mehr an reglementierenden Maßnahmen ausüben müssen.

Im Folgenden möchten wir Sie, ohne dabei das Vollständigkeitsprinzip zu bemühen, auf einige wichtige Neuerungen aufmerksam machen. Die Betonung liegt dabei auf "aufmerksam machen", denn sehr oft kann die allzu wichtige Frage nach dem Wie der Umsetzung im Moment noch nicht beantwortet werden. Leider.

Hier eine erste Auswahl an Informationen, die wir mit freundlicher Genehmigung aus der Publikation **"Arzt und Wirtschaft"** in gekürzter Form entnommen haben.

### Abrechnungsprüfung (§ 106 a Abs. 2 SGB V)

Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden verpflichtet, die Prüfung der ärztlichen Abrechnungen zu intensivieren. Im Hinblick auf die Einführung des Systems Regelleistungsvolumen wird den Krankenkassen jetzt eine weitergehende Verantwortung für die Prüfung der ärztlichen Leistungsabrechnungen übertragen. Bei mangelnder Plausibilität kann die KV eine Wirtschaftlichkeitsprüfung oder parallele Prüfinitiativen veranlassen.

### Abrechnungsprüfung der Krankenkassen (§ 106 a Abs. 3 SGB V)

Die Krankenkassen prüfen künftig die Abrechnungen der Vertragsärzte insbesondere hinsichtlich

- des Umfangs ihrer Leistungspflicht,
- der Plausibilität von Art und Umfang abgerechneter Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose,
- der Plausibilität der in Anspruch genommenen Vertragsärzte, unter Berücksichtigung ihrer Fachgruppenzugehörigkeit,

- der vom Versicherten an den Arzt zu zahlenden Zuzahlung.

Die Kassen unterrichten die Kassenärztlichen Vereinigungen über die Prüfungen und deren Ergebnisse.

### **Arzneimittelausschuss (§ 34 SGB V)**

Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel sind ab 1. Januar 2004 von der Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen. Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in den Arzneimittel-Richtlinien erstmals bis zum 31. März 2004 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, ausnahmsweise und mit Begründung von den Vertragsärzten verordnet werden dürfen.

Der Gemeinsame Bundesausschuss nimmt in die Arzneimittel-Richtlinie jene Fertigarzneimittel auf, die nicht der Verschreibungspflicht unterliegen, sofern diese unverzichtbare Standardwirkstoffe für die Behandlung schwerwiegender Erkrankungen, etwa in der Onkologie, für die Nachsorge nach einem Herzinfarkt oder zur Behandlung des Klimakteriums enthalten.

Bis zum In-Kraft-Treten dieser Liste soll der Vertragsarzt im Einzelfall entscheiden, welches nicht verschreibungspflichtige Medikament er zur Behandlung schwerwiegender Erkrankungen verordnet. Er muss dabei die Kriterien berücksichtigen, die auch der Gemeinsame Bundesausschuss zugrunde gelegt hat. Der Verordnungsausschluss gilt nicht für:

- versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und

- versicherte Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr mit Entwicklungsstörungen.

### **EDV in der Arztpraxis (§ 295 SGB V)**

Die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und medizinischen Versorgungszentren werden verpflichtet, ihre Abrechnungen gegenüber den KVen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zu übermitteln. Die Abrechnung mittels EDV in der Arztpraxis wird mit dieser gesetzlichen Regelung zur Pflichtaufgabe der Vertragsärzte. Die KBV hat den Auftrag, Näheres dazu zu bestimmen.

### **Fehlverhalten im Gesundheitswesen (§§ 81 a und 197 a SGB V)**

Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen werden verpflichtet, innerhalb ihrer Organisationen selbständige Ermittlungs- und Prüfungsstellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen einzurichten.

Die Stellen haben die Aufgabe, Sachverhalten nachzugehen, die auf Unregelmäßigkeiten oder auf rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln hindeuten. Die KVen und Krankenkassen sollen die Staatsanwaltschaft unverzüglich unterrichten, wenn ihre Prüfungen ergeben, dass ein Anfangsverdacht auf strafbare Handlungen mit nicht nur geringfügiger Bedeutung für die gesetzliche Krankenversicherung bestehen könnte.

### **Fortbildung (§ 95 d SGB V)**

Der Vertragsarzt muss alle fünf Jahre

gegenüber der KV den Nachweis erbringen, dass er seiner Fortbildungspflicht nachgekommen ist.

Er ist verpflichtet, sich fachlich so fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen.

Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein. Erbringt ein Vertragsarzt den Fortbildungsnachweis nicht, ist die KV verpflichtet, das an ihn zu zahlende Honorar aus der Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit für die ersten vier Quartale, die auf den Fünfjahreszeitraum folgen, um zehn Prozent zu kürzen, ab dem darauf folgenden Quartal um 25 Prozent.

### **Hausarzttarife (§ 73 b SGB V)**

Versicherte können sich gegenüber ihrer Krankenkasse schriftlich verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung des von ihnen gewählten Hausarztes zu nehmen (hausarztzentrierte Versorgung):

Der Versicherte ist an die Wahl seines Hausarztes mindestens ein Jahr gebunden; er soll den gewählten Hausarzt nur wegen eines wichtigen Grundes wechseln.

Die Krankenkassen haben zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung mit besonders qualifizierten Hausärzten Verträge zu schließen. Die Verträge können abgeschlossen werden

mit:

- zugelassenen Hausärzten, die die Qualitätsanforderungen erfüllen,

- Gemeinschaften dieser Hausärzte sowie

- zugelassenen medizinischen Versorgungszentren, die die Erbringung der hausärztlichen Leistungen unter Beachtung der Qualitätsanforderungen gewährleisten.

Ein Anspruch auf Vertragsschluss besteht nicht; die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben. In den Gesamtverträgen ist das Nähere über den Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die die gesetzlichen Anforderungen übersteigenden besonderen sächlichen und personellen Anforderungen an eine hausarztzentrierte Versorgung zu vereinbaren.

Dabei sind Regelungen zu treffen, wie die hausarztzentrierte Versorgung zu vergüten ist und ob und auf welche Weise die Vergütung auf die in den Gesamtverträgen vereinbarten Vergütungen anzurechnen ist.

### **Honorarverteilungsmaßstab (§ 85 Abs. 4 SGB V)**

Bei der Verteilung der Gesamtvergütung haben die KVen keine Satzungsautonomie mehr. Der Honorarverteilungsmaßstab der KV muss künftig vertraglich mit den Krankenkassen vereinbart werden. Er muss spezielle Regelungen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen treffen.

Es sind Verfahrensregelungen zu ver-

einbaren, die sicherstellen, dass die hausärztliche Grundvergütung nur durch einen Vertragsarzt im Quartal erfolgt.

Im Honorarverteilungsmaßstab müssen arztgruppenspezifische Grenzwerte festgelegt werden, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (Regelleistungsvolumina).

Für den Fall, dass die Grenzwerte überschritten werden, sind abgestaffelte Punktwerte vorzusehen, mit denen diese Leistungsmenge vergütet wird.

### **Integrierte Versorgung (§ 140 d SGB V)**

Zur Förderung der integrierten Versorgung dürfen die Krankenkassen in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu einem Prozent der ärztlichen Gesamtvergütungen sowie der Rechnungen der Krankenhäuser für die voll- und teilstationäre Behandlung einbehalten.

Diese Mittel sind ausschließlich zur Finanzierung der in Verträgen zur integrierten Versorgung vereinbarten Vergütungen zu verwenden. Sie sollen in dem Bezirk der KV, an die die verringerten Gesamtvergütungen gezahlt wurden, verwendet werden.

Mit dieser gesetzlichen Regelung soll sichergestellt werden, dass die vorgesehene Anschubfinanzierung nicht als zusätzliche Finanzreserve von der Krankenkasse zeitweise einbehalten, sondern tatsächlich zur Förderung der integrierten Versorgung verwendet wird.

Für den Fall, dass die zur Förderung der integrierten Versorgung aufgewendeten Mittel das einbehaltene Finanzierungsvolumen übersteigen, sind die Vertrags-

partner verpflichtet, die Gesamtvergütungen in den Jahren 2004 bis 2006 entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem vereinbarten Versorgungsvertrag zu bereinigen.

### **Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V)**

Neben den Vertragsärzten können künftig auch medizinische Versorgungszentren als zugelassene Leistungserbringer an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen.

Angelehnt an die Polikliniken in der ehemaligen DDR werden als "Medizinische Versorgungszentren" fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen verstanden, in denen Ärzte, die in das Arztregister (Approbation und Weiterbildung) eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Die Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen (etwa als GmbH).

Medizinische Versorgungszentren können nur von Leistungserbringern gegründet werden, die an der medizinischen Versorgung der GKV-Versicherten teilnehmen.

Der Antrag eines medizinischen Versorgungszentrums auf Zulassung muss abgelehnt werden, wenn in dem betreffenden Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind. Die in solchen Zentren angestellten Ärzte werden KV-Mitglieder.

In der Begründung des Gesetzentwurfs wird darauf hingewiesen, dass Vertragsärzte mit den medizinischen Ver-

sorgungszentren zusammenarbeiten und Einrichtungen des Zentrums mitnutzen können, soweit dies mit den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen vereinbar ist. Die Kassen können - an den Kassenärztlichen Vereinigungen vorbei - Verträge mit Medizinischen Versorgungszentren zur "integrierten Versorgung" abschließen (§ 140 b SGB V).

### **Medizinisch-technische Leistungen (§ 135 SGB V)**

Medizinisch-technische Leistungen dürfen auf Fachärzte beschränkt werden,

für die diese Leistungen zum Kerngebiet ihres Fachs gehören. Mit dieser Regelung soll den Vertragspartnern auf Bundesebene eine Leistungssteuerung ermöglicht werden, die trennt zwischen Diagnosestellung und Befundbewertung durch den therapeutisch tätigen Arzt einerseits und Durchführung der diagnostischen Maßnahmen (medizinisch-technische Leistungen) durch den lediglich diagnostisch tätigen Facharzt andererseits.

Der Reformvorschlag bezieht sich auf ein Urteil des Bundessozialgerichts vom 31. Januar 2001 (Az.: B 6 KA 24/00 R),

ANZEIGE

in dem es als zulässig bezeichnet wird, bestimmte medizinisch-technische Leistungen auf Ärzte zu konzentrieren, die für diese Tätigkeit besonders qualifiziert sind.

### **Ost-West-Angleichung (§ 85 SGB V)**

Zur Angleichung der Vergütungen werden in den neuen Bundesländern die Gesamtvergütungen in den Jahren 2004 bis 2006 zusätzlich zur Erhöhung nach Maßgabe des Grundlohnanstiegs schrittweise um insgesamt 3,8 Prozent erhöht und in den alten Bundesländern die Gesamtvergütungen im gleichen Zeitraum schrittweise um insgesamt 0,6 Prozent gesenkt.

Der Angleichungsprozess soll in den Jahren 2004 bis 2006 in Schritten vollzogen werden, deren Höhe von den Vertragsparteien zu bestimmen ist. Die jeweils vereinbarte Veränderung der Gesamtvergütung ändert entsprechend die Basis für die Vergütungsvereinbarung im Folgezeitraum.

### **Plausibilitätsprüfungen (§ 106 a Abs. 1 SGB V)**

In der Abrechnungsprüfung soll verstärkt die Plausibilität der abgerechneten Leistungen in Bezug auf die angegebene Diagnose und die Plausibilität der Zahl der von den Versicherten in Anspruch genommenen Vertragsärzte unter die Lupe genommen werden.

Gegenstand der arztbezogenen Plausibilitätsprüfung ist insbesondere der Umfang der je Tag abgerechneten Leistungen im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand des Vertragsarztes. Dabei wird ein Zeitrahmen für das

pro Tag höchstens abrechenbare Leistungsvolumen zu Grunde gelegt; zusätzlich können auch Zeitrahmen für die in längeren Zeitperioden (zum Beispiel: pro Quartal) abrechenbaren Leistungsvolumina berücksichtigt werden.

Bei den Prüfungen soll ausgegangen werden von dem Punktzahlvolumen, das der Vertragsarzt angefordert hat, unabhängig von honorarwirksamen Begrenzungsregelungen (aus den Honorarverteilungsmaßstäben). Soweit es für die jeweilige Prüfung erforderlich ist, werden auch die Abrechnungen vorangegangener Abrechnungszeiträume einbezogen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind verpflichtet, die Verbände der Krankenkassen "unverzüglich" über die Prüfungen und deren Ergebnisse zu unterrichten.

### **Richtgrößenprüfung (§ 106 SGB V)**

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung mit Regressgefahr startet erst bei einer Überschreitung des Richtgrößenvolumens um 25 Prozent. Bei einer Überschreitung des Regelleistungsvolumens in Höhe von 15 Prozent erfolgt eine Beratung des Arztes durch den Prüfungsausschuss.

Es wird klargestellt, dass sich die Richtgrößenprüfung auf den Zeitraum eines Jahres bezieht. Ein vom Arzt zu erstattender Mehraufwand wird nicht festgesetzt, soweit der Prüfungsausschuss mit dem Arzt eine individuelle Richtgröße vereinbart, die eine wirtschaftliche Verordnungsweise des Arztes unter Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten gewährleistet. In dieser Vereinbarung muss sich der Arzt verpflichten, ab dem

Quartal, das auf die Vereinbarung folgt, jeweils den sich aus einer Überschreitung dieser individuellen Richtgröße ergebenden Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten.

### **Sicherstellung der Versorgung (§ 75 SGB V)**

Den Krankenkassen wird das Recht eingeräumt, die vereinbarten Vergütungen teilweise zurückzubehalten, sofern die Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Verpflichtungen zur Sicherstellung nicht nachkommen.

### **Sicherstellungsauftrag (§ 140 a SGB V)**

Innerhalb der integrierten Versorgung wird der Sicherstellungsauftrag der KVen eingeschränkt. Krankenkassen und Leistungserbringer schließen autonom Verträge über die Versorgung der Versicherten außerhalb des Kollektivvertragssystems.

Abweichend von den übrigen Regelungen im Vertragsrecht können die Kassen Verträge abschließen über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag eingeschränkt.

Die Vertragspartner können vereinbaren, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn das Erbringen dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt ist (§ 140 b Abs. 4 SGB V)

### **Sicherstellungszuschläge (§ 105 SGB V)**

Bei regionaler Unterversorgung können den Ärzten Sicherstellungszuschläge gezahlt werden. Der zuständige Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen entscheidet über die Höhe der zu zahlenden Sicherstellungszuschläge je Arzt, über die Dauer der Maßnahme sowie über die Anforderungen an den berechtigten Personenkreis.

Die Kassenärztliche Vereinigung und die Krankenkassen tragen die Kosten dieser Maßnahmen je zur Hälfte. Die Höhe der insgesamt von einer KV in einem Jahr aufzubringenden Mittel ist auf insgesamt ein Prozent der von den Kassen gezahlten Vergütungen begrenzt.

### **Versorgungsaufträge (§ 73 c SGB V)**

Die Krankenkassen können mit KVen oder einzelnen Vertragsärzten spezielle Versorgungsaufträge vereinbaren. Zur Lösung besonderer Versorgungsprobleme können die Krankenkassen und die KVen auf regionaler Ebene spezielle Versorgungsverträge schließen, die sich von der Regelversorgung durch besondere Anforderungen an die Strukturqualität oder die Art und Weise der Leistungserbringung unterscheiden.

Dabei kann von Regelungen auf Bundesebene oder von den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschuss abgewichen werden.

Es ist zulässig, dass die für die Erfüllung der besonderen Versorgungsaufgaben zu zahlende Vergütung zusätzlich zur Gesamtvergütung, bzw. ohne Anrech-

nung auf die Regelleistungsvolumina gezahlt wird. Wenn KV-Verträge nicht zustande kommen, können die Kassen Einzelverträge mit Vertragsärzten schließen.

Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebotes an die Vertragsärzte ist dann unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben.

### Wirtschaftlichkeitsprüfung (§106 SGB V)

Das GKV-Modernisierungsgesetz verpflichtet die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen verbindliche Richtlinien zum Inhalt der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu erlassen.

Die Wirtschaftlichkeitsprüfung bezieht sich künftig auch auf die Beratung und Information der Ärzte. Sie obliegt einer unabhängigen Geschäftsstelle, die bei der Kassenärztlichen Vereinigung oder bei einem Krankenkassenverband angesiedelt wird.

Die Entscheidung über die Ausstattung mit Personal und Sachmitteln wird nicht mehr von der KV, sondern gemeinsam mit den Krankenkassen vom Prüfungs- und Beschwerdeausschuss getroffen.

Den Vorsitz in den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen führt ein unparteiischer Vorsitzender, dessen Stimme bei Stimmgleichheit zwischen den Mitglieder der Ärzteseite der Krankenkassen den Ausschlag gibt.

**E**ine Kollegin in der Stuttgarter Zeitung formulierte in diesen Tagen: "Die Ministerin wird allmählich eine Zumutung." Gemeint ist Ulla Schmidt, die Gesundheitsministerin. Es ist eine harsche Kritik, doch sie trifft den Nagel auf den Kopf.

Es allein auf die rheinische Frohnatur zu beschränken, dass die Ministerin jede noch so falsche, halb richtige oder irreführende Information mit dem hinlänglich bekannten Lächeln serviert, wäre an der Realität vorbei. Nein, die Ministerin ist dazu verdammt, gute Miene zu noch so bösem Spiel zu machen. Kanzler-Vorgabe!

"Keine Prognose, die sie in ihrer Amtszeit getroffen hat, hat bislang gestimmt", so noch einmal die Kollegin aus Stuttgart. Null Treffer sozusagen. Das betrifft

## Zumutung!

die Finanzgrundlagen der GKV ebenso wie die vielgepriesenen Einsparpotenziale, den angeblich notwendigen Strukturwandel oder die Mär von der bürokratischen Entlastung der im Gesundheitswesen Tätigen.

Nein, Frau Schmidt, über Absichtserklärungen sind Sie kaum hinausgekommen. Die Realität hat sie stets eingeholt und buchstäblich überrollt.

Nun könnte man sich hinstellen und schadenfroh frohlocken, dass es mit der jetzigen Ministerin nicht mehr so lange halten wird. Allein, wie sehen denn die Alternativen aus? Was kommt nach Frau Fischer und Frau Schmidt? Eigentlich kann es nur besser werden. Sollte man meinen. Bleibt das Prinzip Hoffnung - darauf, dass sich Kompetenz auch wieder einmal in der Politik durchsetzt. Schön wär's, meint Ihr ...

... spricht



## Die Ärzte-Union Brandenburg informiert

### Es ist vollbracht - und nun?

Anmerkungen zum GMG, seinen Auswirkungen und Unwägbarkeiten

Es ist vollbracht: Das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz hat seine "parlamentarischen Hürden" genommen und ist letztlich vom Bundesrat beschlossen worden.

Zugegeben, der Begriff einer "parlamentarischen Hürde" ist im Zusammenhang mit diesem Gesetz sicher nicht richtig gewählt. Denn gerade die Konsensverhandlungen zu den Eckpunkten dieser Gesundheitsreform haben die Hürden für die Beschlussfassung in den parlamentarischen Gremien niedrig gehängt und somit für satte Mehrheiten gesorgt.

Und wer von den Parlamentariern nicht auf Linie war, ist durch Rücktrittsdrohungen des Kanzlers oder durch innerparteiliche "Inpflichtnahme" auf Kurs gehalten worden.

Allein, weder Sozialisten noch Christ-Soziale und -Demokraten scheinen so recht zufrieden mit diesem Werk; öffentlich wird es zwar als ein richtiger Schritt gepriesen, aber schon längst haben die Streitigkeiten über die nächsten Änderungsnotwendigkeiten im Gesundheitswesen begonnen.

Bezeichnend ist, dass nur wenige der Parlamentarier überhaupt wissen, viele noch nicht einmal erahnen, welche strukturellen Auswirkungen diese Gesetzesänderungen bewirken.

Weder Krankenkassen, noch Ärzteschaft, noch Patienten sind so recht

zufrieden. Im Gegenteil. Vieles wird kritisiert. Trotzdem ist längst mit der Umsetzung dieser staatlichen Vorgaben begonnen worden. Mit Vorgaben, die vor allem auch uns Ärzte erheblich berühren.

Es ist schon fast "pervers", dass wir einen Großteil der auf uns zukommenden weitreichenden Veränderungen - sprich Belastungen - auch noch aus unseren eigenen Taschen, respektive Honoraren finanzieren werden. Dies sucht schon seinesgleichen!

Im Klartext heißt das: Weniger Einnahmen der KVen durch Bereinigungen der Gesamtvergütung für die unterschiedlichen, gesetzlich gewollten Strukturänderungen!

Dafür aber mehr Ausgaben durch gesetzliche Verpflichtung zu mehr Aufgabenübernahme!

Wir werden also beispielsweise für die im Gesetz vorgegebene integrierte Versorgung, für die Prüfung der wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie, für die hausarztzentrierte Versorgung, für die Überwachungsorgien im Prüfwesen und - wie pikant - für "Anti-Korruptionsstellen" uns das Geld selbst zahlen.

Ganz zu schweigen von unserer neuen Funktion als "Kassierer der Praxisgebühr für die Krankenkassen", die dem Einzelnen leider jede Menge Arbeit, wahrscheinlich auch viel Bürokratie und

## Die Ärzte-Union Brandenburg informiert

Ärger macht, aber kaum Vorteile bringt. Schließlich werden die 10 Euro durch die Kassen von unserem Honorar wieder abgezogen.

Die "Praxisgebühr" hat aber - hoffentlich! - einen steuernden Effekt, den wir Ärzte immer eingefordert haben, um nicht sinnlos in Anspruch genommen zu werden. Vielleicht ist sie auch ein erster Schritt in Richtung Kostenerstattung, welche von uns als politischer und struktureller Lösungsansatz der Probleme im Gesundheitswesen vorgeschlagen wird.

Aber letztlich bedeutet sie Arbeit in den Praxen. Deshalb wäre eine ärztliche Gebühr - zu zahlen von den Krankenkassen, die ja auch das Geld erhalten - nur angemessen. Und da sie das Geld erhalten, müssen die Kassen auch das Risiko und den Aufwand eines Inkassoverfahrens tragen.

In diesen Punkten benötigt die KBV als Verhandlungsführer gegenüber den Kassen die Unterstützung aller Verbände, Fachschaften und Organisationen der Ärzteschaft.

Obwohl die Praxisgebühr als eine Auswirkung des GMG in den Medien in den zurückliegenden Wochen Thema Nr. 1 ist, ist ihre Auswirkung hinsichtlich der Wichtigkeit der Veränderungen, die dieses neue Gesetz mit sich bringt, eher "zwergenhaft".

"Riesiger" wird es dann schon, wenn man daran denkt, dass nunmehr die Krankenkassen zum "Player" auf einer nicht näher definierten gesundheitspolitischen Spielwiese - der integrierten Ver-

sorgung - gemacht werden. Das Spielgeld dazu wird aus der Kasse der Krankenhäuser und der Landes-KVen entnommen, in dem die jeweiligen Gesamtvergütungen mal kurz um 1 Prozent gekürzt werden.

Dabei sind die Landes-KVen noch nicht einmal potenzieller Vertragspartner, können also auch kaum darüber entscheiden, ob dieses Geld, welches ja aus der Gesamtvergütung requiriert wurde, auch medizinisch sinnvoll verwendet wird.

Vielleicht aber ist das - die medizinisch sinnvolle Verwendung - auch gar nicht das Hauptziel. Denn integrierte Versorgung soll sich in aller erster Linie rechnen. Anders ausgedrückt, es soll Geld gespart werden! Also als Input ein ökonomischer Anreiz der Kassen von den Konten der Ärzte, der als Output eine weitere Ökonomisierung bei ärztlichen oder ärztlich veranlassten Leistungen zur Folge hat. So ökonomisch durchdacht können Gesundheitsgesetze sein!

Nach welchen Kriterien werden übrigens die hausärztlich tätigen Kollegen von den Krankenkassen unter Direktvertrag in der hausarztzentrierten Versorgung genommen? Steht hier die medizinische Versorgung der Patienten durch den jeweiligen Hausarzt im Vordergrund oder eher die ökonomisch determinierte Behandlung von Versicherten?

Nur zwei Beispiele für "schlummernde Riesen", die, wenn sie falsch "wachgeküsst" werden, die ambulanten medizinischen Rahmenbedingungen erheb-

## Die Ärzte-Union Brandenburg informiert

lich nachteilig für uns, aber auch für unsere Patienten verändern können.

Genau deshalb brauchen wir weiter starke KVen, die auf diesen und anderen "Spielwiesen" die Spielregeln noch mitbestimmen können.

Genau deshalb brauchen wir noch stärkere Organisationen außerhalb der KV, welche die "Spielwiesen" mitgestalten, auf denen eine KV nicht mehr tätig sein darf.

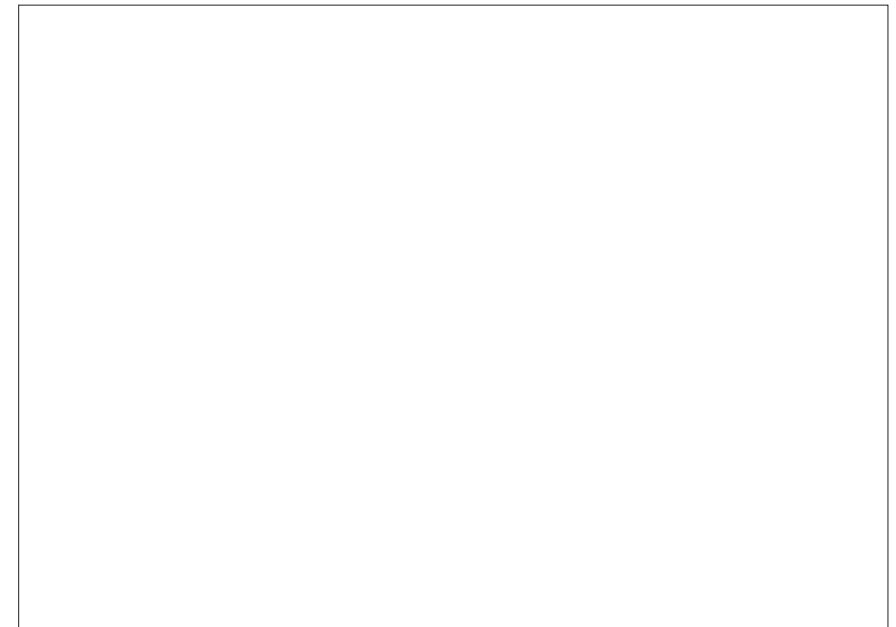
Der Trumpf in unserer Hand wird weiter

die ärztliche Geschlossenheit sein, die in unserer Ärzte-Union Brandenburg gewahrt werden kann. Diese ergänzt durch eine viel freiere Meinungsäußerung, als es eine Körperschaft tun kann, und durch das Recht auf Aktionen ohne staatliche Verbote kann Garantie sein für die Sicherung unserer freiberuflichen Interessen.

**Peter Noack**

Vorsitzender der  
Ärzte-Union Brandenburg

ANZEIGE



## Nicht Versorgungssicherheit, sondern nur Kostendämpfung ist das Ziel!

Auszüge aus dem Referat des Vorsitzenden des Hartmannbundes, Dr. Thomas, auf der Hauptversammlung des ältesten deutschen Ärztebundes 2003 in Baden-Baden

"Dieses Gesetz offenbart in großen Teilen dirigistische Tendenzen in Richtung Staatsmedizin. Neue bürokratische Hemmnisse werden damit im Gesundheitswesen aufgebaut. Dieses Gesetz zeugt von einem kaum noch überbietbaren Misstrauen der Politik gegenüber uns Ärztinnen und Ärzten. Nicht Versorgungssicherheit, sondern nur Kostendämpfung ist das Ziel. Nicht Entbürokratisierung und Stärkung der Freiheits- und Wahlrechte der Bürgerinnen und Bürger ist die Absicht, sondern Entmündigung und staatlicher Dirigismus."

### Mogelpackung, deren Verfallsdatum abgelaufen ist!

"Hier, meine sehr verehrten Damen und Herren, wird uns eine Mogelpackung verkauft, deren Verfallsdatum jetzt schon abgelaufen ist.

Wir haben - und dies ist ein Novum - in diesem Jahr auf dieser Hauptversammlung Arbeitsgruppen eingerichtet, die sich mit einzelnen Segmenten des neuen Gesetzes beschäftigen werden.

Ohne den Ergebnissen dieser Arbeitsgruppen vorzugreifen, will ich einiges hier grundsätzlich feststellen. Es muss klar sein, dass wir nicht Kritik um der Kritik Willen betreiben, sondern durchaus auch die wenigen positiven Elemente des neuen Gesetzes zu würdigen wissen.

So bewerten wir sicherlich positiv die stärkere Betonung der Eigenverantwortung der Versicherten, eine alte Forderung des Hartmannbundes. Auch die Bereinigung des Leistungskataloges, insbesondere die Ausgliederung versicherungsfremder Leistungen, begrüßen wir.

Sicherlich ist auch zu begrüßen, dass das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit jetzt - entgegen ersten Überlegungen - unter dem Dach der gemeinsamen Selbstverwaltung angelegt ist. Die ausgeprägte Misstrauenskultur, die gerade bei der größten Regierungspartei immer wieder durchschimmert, ist aber dennoch nicht beseitigt. Denn die Besetzung des Leiters dieses Instituts bedarf der ausdrücklichen Zustimmung des Ministeriums.

Grundsätzlich begrüßen wir auch die Förderung der integrierten Versorgung, müssen jedoch gleichzeitig darauf hinweisen, dass dadurch eine Aushöhlung des Kollektivvertragssystems durch die Hintertür gesetzlich festgelegt wird."

"Bei dem im neuen Gesetz vorgesehenen Hausarztmodell befürchtete ich, dass es zu erheblichen Verunsicherungen der Versicherten und zu Ungerechtigkeiten innerhalb der Hausärzteschaft

### Kollektivvertragssystem wird durch Hintertür ausgehöhlt!

kommen wird. Zwar kann die Einführung eines hausärztlich orientierten Primär-Versorgungsmodells auf - ich betone! - freiwilliger Basis akzeptiert werden, Einzelverträge in diesem Bereich jedoch

### Einzelverträge mit Hausärzten lehnen wir konsequent ab!

lehnen wir mit aller Entschiedenheit ab. Kommt es wirklich dazu, meine

Damen und Herren, wird es für die Patienten nicht einfacher, denn für sie stellt sich dann die Frage: "Hat mein langjähriger Hausarzt einen Vertrag mit meiner Kasse? Wenn nicht, muss ich den Hausarzt, die Kasse oder gar beides wechseln?"

Und auch für die Hausärzte stehen dann gravierende Veränderungen ins Haus! Es würde nämlich der Grundsatz der Gleichberechtigung zwischen den Hausärzten verletzt. Denn wenn künftig kein Anspruch auf einen Einzelvertrag mit den Kassen besteht, gibt es Hausärzte erster und zweiter Klasse."

"Hohe Wellen in der Öffentlichkeit hat die vorgesehene Praxisgebühr geschlagen.

Wir begrüßen zwar eine stärkere Selbstbeteiligung und Eigenverantwortung der Versicherten, sehen aber eine prozentuale sozial verträglich ausgestaltete Selbstbeteiligung des Versicherten an sämtlichen Kosten der Behandlung als ein wesentlich besseres Steuerungsinstrument, als es eine pauschale Praxisgebühr an.

Das vorgesehene Einzugsverfahren dieser Praxisgebühr durch die Arztpraxis lehnen wir jedoch strikt ab, weil es zu einer weiteren Belastung der niederge-

lassenen Ärzte und zu einem ungerechtfertigten Verwaltungsmehraufwand und zu noch nicht abzusehenden Problemen führen wird."

Ein Wort noch zur Ost-West-Angleichung: Auch hier begrüßen wir grundsätzlich die längst überfällige und von dieser Hauptversammlung immer wieder geforderte Anpassung des Einkommensniveaus in den neuen Bundesländern.

Doch geradezu grotesk ist allerdings das gesetzlich formulierte Ansinnen, dass dafür erforderliche Finanzvolumen durch eine Absenkung der ärztlichen Vergütung in den alten Ländern bereitzustellen. Keinesfalls kann die Anhebung der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in den neuen Bundesländern durch Vergütungsentzug in den alten Bundesländern erreicht werden.

Hier soll doch Zwietracht zwischen den Ärzten in Ost und West gesät werden, meine Damen und Herren."

"Während wir alle in den vergangenen Monaten mehr oder weniger gespannt auf das Gesetzgebungsverfahren für das Gesundheitswesen gewartet haben,

kam für die freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzte aus einem anderen

Berliner Ressort eine weitere Hiobsbotschaft. Oberkassenwart Hans Eichel plant in seiner Verzweiflung im Zuge der Gemeindefinanzreform die Gewerbesteuerpflicht für Freiberufler ab Beginn des nächsten Jahres.

Einmal mehr beweist ein Mitglied der Bundesregierung seine Geringschät-



zung, ja seine Ignoranz gegenüber der Tatsache, dass "der Arztberuf ein freier Beruf ist und kein Gewerbe" wie es in der Bundesärzteordnung heißt. Diese Auffassung ist vom Bundesverfassungsgericht mehrfach bestätigt worden."

"Nur der unabdingbare Zusammenhang zwischen sozialer Bindung und ärztlicher Freiheit lässt auf der Basis der freien Arztwahl das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt entstehen: Es gibt dem Patienten die Gewissheit, dass der ihn betreuende Arzt in allen seinen den Patienten betreffenden Entscheidungen frei und unabhängig ist, am Wohl des Patienten interessiert ist und für dieses Handeln persönlich die Verantwortung übernimmt.

Es ist eine bewusste Irreführung der Öffentlichkeit, wenn von interessierten Politikern, die von uns immer wieder mit größtem Nachdruck geforderte Garantie der Freiberuflichkeit des Arztes als Ausdruck eines speziellen Gruppenegoismus abgetan wird.

Unsere Freiberuflichkeit ist vielmehr der Garant für eine bestmögliche gesundheitliche Versorgung aller Bürger! Jede Einschränkung der beruflichen Entscheidungsfreiheit des Arztes beinhaltet zugleich eine Beschneidung des Freiheitsraumes jedes einzelnen Patienten in unserer Gesellschaft."

Pünktlich am 11.11. um 11 Uhr 11 hat sie wieder einmal begonnen, die närrische Zeit. Gewissermaßen als vor-

fristiges Schman-

kerl hat sich, ebenfalls wieder einmal, ein Bayer zu Wort gemeldet. Hausarzt ist er. Und ein bedeutender zugleich. Schließlich steht er dem bajuwarischen Hausärzterverband, einer Trutzburg fundamentaler Interessenvertretung, vor.

Besagte Bayer, der pikanterweise auch noch stellvertretender Vorsitzender in Deutschlands größter KV ist, ließ seiner Phantasie freien Lauf und schoss eine Karnevalskanonade erster Güte ab. Überweisungen sollten erstens nur noch von Hausärzten ausgestellt werden kön-

## Strafe muss sein!

nen und zweitens sollten alle Patienten, die sich dem widersetzen, mit einer Strafgebühr von 30 Euro belegt werden.

So viel Strafe muss schon sein. Ich hätte da noch einen Ergänzungsvor-

schlag: Diese Strafgebühr von 30 Euro müsste der Facharzt kassieren und danach dem Hausarzt überweisen. Und das hopp, hopp, hopp - oder etwa nicht, Herr Hoppenthaler?

Darauf ein kräftiges Helau oder Alaaf oder was man in München auch immer sagt. Die närrische Zeit ist eröffnet, meint Ihr ...

... specht



## "Polikliniken auf dem Land ein Witz!"

Lächerlich findet der Brandenburger Ärztekammerpräsident Dr. Udo Wolter die Idee, mit Gesundheitszentren oder Polikliniken gegen den Ärztemangel in den ländlichen Gebieten Brandenburgs vorzugehen.

Das hatte Brandenburgs Gesundheitsminister Günter Baaske (SPD) vor kurzem vorgeschlagen. Wolter: "Polikliniken

sind nicht schlecht, aber man kann sie nicht dazu benutzen, den Ärztemangel auf dem Land zu beseitigen."

Eine Poliklinik in einem uckermärkischen Dorf mit 300 Einwohnern sei ein Witz, so Wolter.

(Gefunden in der *ÄrzteZeitung* vom 30.10.2003, Ost-Ausgabe)

## Rahmenvereinbarung über die Durchführung rheumatologischer Sprechstunden in Konsultationsstützpunkten mit der AOK

Zwischen der KVBB und der AOK für das Land Brandenburg konnte eine Rahmenvereinbarung über die Durchführung rheumatologischer Sprechstunden in Konsultationsstützpunkten vereinbart werden.

Ziel dieser Vereinbarung ist die Schaffung eines sektorübergreifenden Versorgungskonzeptes zur rheumatologischen Betreuung von Versicherten der AOK Brandenburg, wobei die Sprechstunden außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung stattfinden.

Vertragsärzte haben ab sofort die Möglichkeit, Versicherte der AOK für das Land Brandenburg bei Vorliegen von folgenden Indikationen in der rheumatologischen Sprechstunde vorzustellen:

1. Alle unklaren Gelenkschwellungen und Schmerzzustände (mon-, oligo-, polyarticular)
2. Alle unklaren Muskelschmerzzustände, lokal als auch systemisch mit humoralen Entzündungszeichen.
3. unklare Labor- oder Röntgenbefunde, die einer weiteren Bewertung bedürfen und im Zusammenhang mit rheumatologischen Erkrankungen stehen könnten.
4. fragliche szintigraphische Befunde, die nicht mit dem klinischen Befundmuster übereinstimmen.
5. Unklare Rückenschmerzen mit humoralen Entzündungsaktivitäten (BSR-Anstieg, vermehrtes CrP).
6. Alle Beschwerden und Erkrankungen

des Bewegungs- und Stützsystems, die mit internistischen oder anderen Erkrankungen im Zusammenhang auftreten (z.B. Lungen-, Magen-Darm-, Nieren-, Augen-, Hauterkrankungen sowie urologische und gynäkologische Erkrankungen), des weiteren auch ZNS- und Nervenkrankungen, bei denen der Verdacht auf einen Zusammenhang besteht.

7. Alle Patienten mit bereits bekannten rheumatischen Erkrankungen

- zur Therapieoptimierung bei Krankheitsexacerbation

- bei ineffektiver medikamentöser Therapie

- bei Patienten mit der Notwendigkeit lokaler Therapiemaßnahmen

8. Wesentliche rheumatische Erkrankungen im Einzelnen, die ggf. der Vorstellung bedürfen

- palindromer Rheumatismus

- chronische Polyarthritiden (Rheumatoidarthritiden)

- reaktive Arthritiden durch Chlamydien, Yersinien, Salmonellen, Shigellen, Viren, Pilze u.a.

- Lyme-Erkrankungen mit rheumatologischen Symptomen

- undifferenzierte Spondylarthropathie

- Enteropathische Arthropathie

- Gelenkentzündungen im Rahmen der Colitis ulcerosa, des Crohn usw.

- Psoriasis arthropathie

- Spondylitis ankylosans (Morbus Bechterew)

- Juvenile Spondylarthropathie

- Juvenile idiopatische Arthritis

- akute Sarkoidose (Löfgren-Syndrom)

- Hydrops intermittens

- Paraneoplastische Arthritis und Arthropathie

- Metabolische Arthropathie (Gicht, Chondrokalzinose, Hämochromatose u.a.m.)

- Fibromyalgie zur Erstdiagnostik und Therapiefestlegung

- Lokalisierte Enthesiopathie und Enthesitiden zur Erstdiagnostik und Therapiefestlegung

- Pannikulose zur Erstdiagnostik und Therapiefestlegung

Die Durchführung der Sprechstunden, die durch das Johanniter-Krankenhaus im Fläming - Rheumazentrum des Landes Brandenburg - sichergestellt wird, erfolgt zunächst in den Räumlichkeiten der folgenden Vertragsarztpraxen:

- Medizinische Einrichtungsgesellschaft mbH Wildau, Tel. 03375 / 50 12 22

- Frau Dr. Uta Merkel, König Wusterhausen, Tel. 03375 / 29 09 87

- Frau Dr. Evelyn Geschke, Erkner, Tel. 03362 / 75041

Diese Einrichtung bzw. diese Vertragsärzte beteiligen sich durch die Bereitstellung von Räumen und nichtärztlichem Personal an dem Konzept der Versorgung. Mit ihnen ist eine telefonische Terminvereinbarung durch den Vertragsarzt möglich.

Für die Teilnahme an der Konsultation, welche die Vorstellung und Untersuchung des Patienten entsprechend der Fragestellung des Vertragsarztes ent-

hält, sind dem Patienten ein Vorstellungsbogen (Blatt 1 bis 3 des Durchschreibesatzes), den Sie bei Ihrer KVBB-Serviceestelle erhalten können, sowie gegebenenfalls relevante Befunde mitzugeben (keine Überweisung).

Das Original dieses Bogens erhalten Sie dann mit entsprechenden Therapievor schlägen von dem die Konsultation durchführenden Arzt zurück. Gleichzeitig mit dem Vorstellungsbogen wird Ihnen ein Informationsblatt für Ihre Patienten zur Verfügung gestellt, wobei aus Datenschutzgründen von diesen eine Einwilligung zur Weitergabe der benötigten Angaben und Befunde eingeholt werden muss.

Bei Fortsetzung der medikamentösen Therapie im Ergebnis der rheumatologischen Konsultation sollte darauf geachtet werden, auf dem Behandlungsausweis des Patienten die entsprechenden Symbolnummern für Immunsuppressiva bei Kollagenosen, entzündlichen Nierenkrankungen und Autoimmunerkrankun-

gen aus dem rheumatischen Formenkreis (9302) bzw. für Tumor-Nekrosen-Faktor die SNR (9325) zwecks Anerkennung als Praxisbesonderheiten im Rahmen der Richtgrößenprüfungen anzugeben. Zu Ihrer Entlastung in möglichen Prüfverfahren wird weiterhin empfohlen, die sich aus der Therapie ergebenden Kosten abzuschätzen in den Patientenunterlagen oder auf einem Dokumentationsbogen zur Geltendmachung von Praxisbesonderheiten bei Richtgrößenprüfungen zu vermerken.

Mit dem Abschluss der Vereinbarung besteht eine ergänzende Möglichkeit, durch die mit dieser Vereinbarung geschaffenen Sprechstunden möglichst vielen Patienten die Gelegenheit zu geben, wohnortnah rheumatologische Untersuchungen in Anspruch nehmen zu können.

**Ansprechpartner:**

Fachbereich Verträge

Geschäftsbereich Mitgliederservice

ANZEIGE

## Weitere Anerkennungsvereinbarungen zur "Home-Care"-Vereinbarung mit der IKK

In "KV-intern" 10/2003 informierten wir über den Abschluss von Anerkennungsvereinbarungen im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Bremen, Hamburg, Koblenz und Saarland und der somit bestehenden Abrechnungsmöglichkeit der Symbolnummer 9055 für die Vertragsärzte, welche eine Genehmigung zur Abrechnung dieser Pauschale erhalten haben.

Dies betrifft Versicherte der IKK Brandenburg und Berlin mit Wohnort in diesen KV-Bereichen.

Weitere Vereinbarungen konnten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen

Berlin und Hessen getroffen werden. Für Versicherte, die in Berlin wohnen, besteht nach der Vereinbarung die Möglichkeit (wie dies auch für Versicherte mehrbezirklicher Innungskrankenkassen mit Wohnort im Land Brandenburg der Fall ist) der Inanspruchnahme dieser Leistungen und damit der Abrechnung auch dann, wenn diese Versicherten Mitglied einer anderen mehrbezirklichen Innungskrankenkasse als der IKK Brandenburg und Berlin sind.

**Ansprechpartner:**  
Fachbereich Verträge  
Geschäftsbereich Mitgliederservice  
Fachbereich Abrechnung

## Rahmenvereinbarung "Rehabilitationssport und Funktionstraining"

Die KBV informiert in einem Rundschreiben, dass am 1. Oktober 2003 eine Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining in Kraft getreten ist. In dem Schreiben heißt es unter anderem:

"Die zwischen den Rehabilitationsträgern einerseits und den "Leistungserbringern" (Deutscher Behindertensportverband e.V., Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankheiten e.V., Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.) andererseits getroffene Rahmenvereinbarung soll sicherstellen, dass Rehabili-

tationssport und Funktionstraining als ergänzende Leistungen nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX im Rahmen der für die einzelnen Rehaträger geltenden Vorschriften nach einheitlichen Maßstäben erbracht werden.

Dementsprechend sind insbesondere Leistungsumfang, -dauer und -ausschlüsse neu geregelt worden. Ebenso sind die Vorschriften zur Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining überarbeitet worden. Die Krankenkassen finanzieren Rehabilitationssport nunmehr längstens für die nachfolgenden Zeiträume:

- 50 Übungseinheiten in einem Zeitraum von 18 Monaten;
- 120 Übungseinheiten innerhalb eines Zeitraumes von 36 Monaten bei schwerer Beeinträchtigung der Beweglichkeit/Mobilität (Cerebralparese, Querschnittslähmung, Doppelamputation, schwere Lähmung, schwere Schädel-Hirn-Verletzung), organischer Hirnschädigung, geistiger Behinderung, schwerer chronischer Lungenkrankheit, Morbus Parkinson, Morbus Bechterew, Multiple Sklerose und in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung erworbener Blindheit.
- Bei chronischen Herzkrankheiten finanzieren die Krankenkassen 90 Übungseinheiten innerhalb eines Zeitraums von 24 Monaten. Unter bestimmten Voraussetzungen sind Folgeverordnungen möglich.

Funktionstraining wird in der Regel für 12 Monate verordnet. Bei besonderen Indikationen, insbesondere bei schweren Beeinträchtigungen der Beweglichkeit/Mobilität, auch für 24 Monate."

Diese neuen Regelungen machten eine Modifizierung des bisherigen Formulars zur Verordnung von Rehabilitationssport und Funktionstraining notwendig. Die neuen Formulare, so die Information der KBV, sind in Vorbereitung, jedoch noch nicht abschließend konsentiert. Sie werden so schnell wie möglich zur Verfügung gestellt.

Bis dahin soll das bisherige Formular zur Verordnung von Rehabilitationssport/Funktionstraining weiter verwendet werden.

## Potsdam-Mittelmark: Wechsel der Sozialhilfe-Träger!

Der Landrat von Potsdam-Mittelmark teilt in einem Schreiben mit, dass sich für die Gemeinden des Amtes Fahrland sowie die Gemeinden Golm, Gollwitz, Wust und Seeburg mit der Kommunalwahl am 26. Oktober 2003 die Verwaltungszuständigkeit des Landkreises Potsdam-Mittelmark verändert hat. In dem Schreiben heißt es:

"In Bezug auf die sich daraus ergebende Rechtsfolge ergibt sich zum 27. Oktober 2003 nachfolgend genannte Situation:

- **Gemeinden des Amtes Fahrland**  
Eingliederung in die Stadt Potsdam

- **Gemeinde Seeburg des Amtes Fahrland.**  
Eingliederung in die Gemeinde Dallgow-Döberitz (Landkreis Havelland)
  - **Gemeinde Golm des Amtes Werder**  
Eingliederung in die Stadt Potsdam
  - **Gemeinden Gollwitz und Wust des Amtes Emster-Havel**  
Eingliederung in die Stadt Brandenburg
- Mit Beendigung der kommunalen Zugehörigkeit o. g. Gemeinden zum Landkreis Potsdam-Mittelmark erlischt für dort wohnhafte bzw. wohnhaft

gemeldete Leistungsempfänger der Anspruch auf Bewilligung und Gewährung von Leistungen der Sozialhilfe gegenüber dem Landkreis.

Die Leistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG) werden zum 26.10.2003 per Bescheid eingestellt.

Das bedeutet bezogen auf die Krankenhilfe nach § 37 BSHG und § 4 AsylbLG, dass der Landkreis Potsdam-Mittelmark für diese Leistungsempfänger die Krankenhilfekosten nur noch bis einschließlich dem 26. Oktober 2003 übernehmen kann.

Die Ansprüche auf Kostenübernahme zur Krankenhilfe, die ab 27.10.2003 entstanden sind, müssen gegenüber den ab diesem Zeitpunkt örtlich zuständigen Sozialämtern der Städte Potsdam, Brandenburg bzw. des Landkreises Havelland / der Gemeinde Dallgow-Döberitz geltend gemacht werden.

Sie erreichen Mitarbeiter / -innen des für Sie künftig zuständigen Sozialamtes unter der nachfolgend genannten Adresse:

#### **Stadtverwaltung der Landeshauptstadt Potsdam**

FB: Jugend, Soziales und Wohnen /  
Bereich Sozialhilfe  
Hegelallee 6 - 8, 14467 Potsdam  
Tel.: 0331 / 289210

#### **Stadtverwaltung Brandenburg a. d. Havel**

Amt für Soziales und Wohnen  
Potsdamer Str. 18, 14770 Brandenburg  
Tel.: 03381 / 58-5001

#### **Landkreis Havelland**

Dezernat II - Amt 50 / Sozialamt  
Platz der Einheit 1, 14712 Rathenow

#### **Allgemeine Informationen:**

Zum Amt Fahrland gehören die Gemeinden Fahrland (Cartzow, Krampnitz), Groß Glienicke, Marquardt, Neu Fahrland, Satzkorn, Uetz/Paaren"

Für Fragen oder weitere Informationen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Amtes für Soziales und Wohnen des Landkreises Potsdam-Mittelmark gern als Ansprechpartner in Fragen Sozial-/Krankenhilfe zur Verfügung.

## Leistungsdifferenzierung bei der Manuellen Lymphdrainage

Bei der Manuellen Lymphdrainage wurde zwischen den Krankengymnasten und Physiotherapeuten und den Krankenkassen eine Klassifizierung bezüglich des Behandlungsumfanges und der Behandlungsdauer vertraglich festgelegt.

Diese Einteilung ist im gültigen Heilmittelkatalog nicht beschrieben. Der Zen-

tralverband der Physiotherapeuten/ Krankengymnasten, Landesverband Brandenburg, stellte uns eine Leistungsbeschreibung der einzelnen Kategorien zur Verfügung:

### **1. MLD-Teilbehandlung**

#### **Indikationen:**

leichtgradige einseitige Lymphödeme,

sekundäre Lymphödeme, Ödeme

#### **Schwellungen:**

- posttraumatische und postoperative  
- sympathische Reflexdystrophien bei rheumatischen Erkrankungen, einschließlich Kollagenosen  
- bei Halbseitenlähmung im Bereich der Hand

#### **Leistungen:**

- Behandlung eines Armes oder Beines oder  
- Behandlung des Kopfes oder  
- Behandlung des Bauches oder  
- Behandlung der Wirbelsäule oder eines Wirbelsäulenabschnittes,  
Regelbehandlungszeit: Richtwert 30 Minuten

Die Verordnung einer Teilbehandlung wurde nur mit den Ersatzkassen ausgehandelt.

### **2. MLD-Großbehandlung**

#### **Indikationen:**

- schwergradige einseitige bzw. leichtgradige beidseitige Lymphödeme -Lipödeme und Kombinationsformen  
- phlebolymphatisches Ödem bei chronischer Beinveneninsuffizienz

#### **Leistungen:**

- Behandlung eines Armes und eines Beines oder  
- Behandlung beider Arme oder  
- Behandlung beider Beine  
Regelbehandlungszeit: Richtwert 45 Minuten

### **3. MLD-Ganzbehandlung**

#### **Indikationen:**

- schwergradige beidseitige Arm-/ Beinlymphödeme, primäre und sekundäre Lymphödeme

- schwergradige einseitige sekundäre Lymphödeme mit Komplikationen durch Strahlenschädigung (mit z.B. Schultersteife, Hüftsteife oder Plexusschädigung)

#### **Leistungen:**

- Behandlung eines Armes und eines Beines oder  
- Behandlung beider Arme oder  
- Behandlung beider Beine  
Regelbehandlungszeit: Richtwert 60 Minuten

Der Arzt sollte auf der Verschreibung den gewünschten Behandlungsumfang entsprechend der Leistungsbeschreibung festlegen.

Wird eine Kompressionsbandagierung gewünscht, muss diese auch verordnet werden.

#### **Indikationen:**

- Lymphödeme  
- phlebo-lymphostatische Ödeme  
- Lipödeme

#### **Leistungen:**

- Vorbereiten und Anlegen der Kompressionsbandage an der jeweiligen Extremität, einschließlich Hand bzw. Fuß

#### **Beratung des Patienten**

Der Vergütungssatz für den Krankengymnasten und Physiotherapeuten beinhaltet die Kosten für das Polstermaterial und Trikofix. Die Kompressionsbinden werden vom Vertragsarzt gesondert verordnet.

#### **Ansprechpartnerinnen:**

Marianna Kaiser, Birgit Henschel  
Beratende Apothekerinnen

## Bürokratisch? Nicht bürokratisch!

In einigen Regionen wird noch heftig diskutiert über die Neugliederung der Notfalldienstbereiche, über die Neustrukturierung im kassenärztlichen Notfalldienst generell. Täglich erreichen die KV Brandenburg mehrere Anrufe, in denen Vertragsärzte ihren Unwillen kundtun ("Es musste doch nichts verändert werden, alles klappte wie am Schnürchen.", "Die Pauschale ist viel zu gering!" "Die neuen Bereiche sind nicht vergleichbar." usw.), aber auch Vorschläge unterbreiten.

Insbesondere was die Neuaufteilung der Notfalldienstbereiche betrifft, scheiden sich in einigen Regionen Brandenburgs die Geister. Doch genau das war voraus zu sehen und genau aus diesem Grund haben wir die Mitarbeit der Verantwortlichen in den Regionen eingefordert und auch erhalten; in engagierter und konstruktiver Form. Dafür herzlichen Dank!

Dabei darf vor allem nicht das Gesamtanliegen außer Acht gelassen werden. Selbst wenn die Ärzteschaft in einigen Bereichen der Ansicht ist, es klappe doch alles reibungslos, muss sehr nachhaltig darauf hingewiesen werden, dass es eben doch viele Bereiche gibt, wo dies ganz anders aussieht. Leider. Vor allem in den kleineren Notfalldienstbereichen haben die dort tätigen Ärzte seit Jahren weitaus höhere Belastungen auf sich nehmen müssen.

Nun müssen die jetzt auf den Tischen liegenden Vorschläge nicht unbedingt die abschließenden sein. Vielmehr besteht auch in Zukunft die Möglichkeit, Veränderungen vorzunehmen. Nämlich dann, wenn die Notfalldienst-Praxis andere,

bessere Lösungen als die bisherigen hervorbringt. Nur eines steht fest: Die Anzahl der Notfalldienstbereiche darf 75 nicht überschreiten. Sonst reichen die Finanzmittel nicht aus.

Apropos Finanzmittel. Mancherorts wird lautstark eine Anhebung der Pauschale für den 12-Stunden-Bereitschaftsdienst gefordert. Die 250 Euro seien lächerlich, heißt es in einem Schreiben, bestenfalls geeignet, um den Arzt zu motivieren, überhaupt am Notfalldienst teilzunehmen. Ähnlich, nur weniger drastisch, argumentieren andere Vertragsärzte.

Diese Diskussion entpuppt sich allerdings als eine Scheindiskussion, wenn man die Frequenzen der Notfalldienstesätze in den zurückliegenden Quartalen analysiert. Diese ergaben, dass 250 Euro durchaus eine angemessene Pauschale sind. Die jetzt häufig zu hörende Diskussion von den 10, 12 Einsätzen pro 12-Stunden-Dienst widerspiegeln fast immer nur Einzelbeispiele an besonders "turbulenten" Tagen. Sind jedoch nicht der "Normalfall"!

Bei aller verständlichen Diskussion sollte bitte nicht vergessen werden, dass es sich, wie gesagt, um eine Bereitschaftspauschale handelt. Und das wiederum heißt auch, dass im anderen Extremfall auch für keinen Einsatz 250 Euro fließen.

Im Übrigen, um noch einmal auf die Motivation zurückzukommen: Jeder Vertragsarzt ist nach Zulassungsverordnung verpflichtet, am kassenärztlichen Notfalldienst teilzunehmen.

Auch die heftige Kritik an der definierten

An- und Abmeldepflicht erscheint bei näherer Betrachtung dann doch eher vorgeschoben.

Denn schließlich sind sowohl Anruf als auch Fax oder E-mail oder sogar das Versenden einer SMS möglich. Hier sollte doch für jeden das Richtige dabei sein - Richtige im Sinne von unkompliziert und schnell.

Dass dies auch so ist, belegen im Übrigen die ersten Erfahrungen aus jenen Notfalldienstbereichen in denen bereits seit dem 1. Oktober nach der neuen Systematik verfahren wird. Hier ist bislang fast nur Positives zu hören gewesen. Das sollte auch alle Kritiker zumindest zum Nachdenken anregen.

**Dr. med. Edeltraud Milz**

### An- und Abmelden zum ärztlichen Notfalldienst

Die Auswertung der bis jetzt vorliegenden Daten ergab: Das An- und Abmeldesystem zum ärztlichen Notfalldienst funktioniert! Hier die Fakten:

Oktober 2003: 881 Anrufe; 456 Faxe und 42 Mails,  
bis 11.11.2003 288 Anrufe; 145 Faxe und 8 Mails.

Von den 1.169 Anrufern erhielten lediglich zwei (2!) Anrufer ein Besetztsymbol und drei Anrufer brachen den Anruf selbst ab. **Das heißt: 99,6 % aller Anrufe führten im ersten Versuch zum Erfolg.**

Aus den eingegangenen Meldungen wurden bis dato 1.571 Datensätze erstellt. Dies bedeutet, dass ca. 76 % aller Ärzte, denen ab 01.10.2003 Pauschalen gezahlt werden, ihrer Verpflichtung zum An- und Abmelden nachkamen.

Hier nochmals die Rufnummern:

**Anrufbeantworter 01805 / 00 74 24**  
(12 Cent/Minute aus dem Festnetz der Deutschen Telekom)  
**Fax 0331 / 23 09-599.**

Wir bitten folgende Hinweise zu beachten:

Häufig liegen die gemeldeten Zeiten außerhalb der lt. Notfalldienstordnung geltenden An- und Abmeldezeiten für den allgemeinen kassenärztlichen Notfalldienst (§ 9 Abs. 2). Diese sind:

**Montag, Dienstag, Donnerstag 19:00 Uhr - 07:00 Uhr**  
**Mittwoch, Freitag 13:00 Uhr - 07:00 Uhr**  
**Sonnabend, Sonntag, Feiertag, 24.12., 31.12. 07:00 Uhr - 07:00 Uhr**

Die Zahlung der Dienstpauschalen im allgemeinen Notfalldienst kann nur für Dienste im o.g. Zeitrahmen erfolgen. Bitte beachten Sie diese Zeitenangaben auch auf Ihrer Teilnahmeerklärung.

Die Dienst- und Fallpauschalen können sowohl monatlich als auch quartalsweise zur Auszahlung kommen. Sofern Ihre Teilnahmeerklärung bis zur Monatsmitte in der KV vorliegt, wird der entsprechende Betrag im Folgemonat zusammen mit der Abschlagszahlung überwiesen. Die Teilnahmeerklärung muss spätestens mit der Quartalsabrechnung bei der KV eingereicht werden.

**Ansprechpartner:** Ihre Servicestelle

Eine gewisse Beschäftigungstherapie mag in manchen Fällen durchaus von Nutzen sein. Im knallharten Vertragsgeschäft der gemeinsamen Selbstverwaltung ist sie jedoch fehl am Platze.

Insofern ist es schon mehr als verwunderlich und schlicht eine Verschwendung von Ressourcen, wenn man sich auf Spitzenebene über Eckpunkte möglicher Verträge verständigt, die danach, auf Arbeitsebene, wieder ad absurdum geführt werden.

Um es unmissverständlich zu sagen: Diese Zeilen sind keinesfalls gedacht, dass Klima zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg zu vergiften. Allein, manchmal sollten gewisse Wahrheiten auch öffentlich gemacht werden, um nicht zuletzt in der eigenen Klientel ein gewisses Verständnis für das Erreichen oder Nicht-Erreichen von Verträgen, Vereinbarungen oder Absprachen zu erzielen.

Die Rede ist von den Verhandlungen über die Ausgabenobergrenzen im Arznei- und Heilmittelbereich für die Jahre 2003 und 2004. Gewissermaßen (ab)klärend waren den Verhandlungen ob der Brisanz der Thematik Gespräche auf Spitzenebene vorausgegangen, bei denen sich die Vorsitzenden der Kassensverbände und der KV über die Eckpunkte der Vereinbarung(en), deren

grundlegenden Inhalte und der zugrundeliegenden Systematik verständigt haben.

Die danach notwendigen Feinarbeiten sollten dann, wie immer, auf der sogenannten Arbeitsebene umgesetzt und ausformuliert werden. So weit, so gut.

Im konkreten Fall kann man sich jedoch des Eindrucks nicht erwehren, dass es den dort tätigen Vertretern der Kassen-Arbeitsebene nicht im Entferntesten um die Realisierung dieser Eckpunkte ging. Immer wieder wurden neue Aspekte, Lösungen, Zahlen ins Gespräch gebracht, die letztlich kaum noch etwas - und das ist eine sehr wohlwollende Bewertung - mit den eigentlichen Zielen und Absprachen zu tun hatten.

Daraufhin hat die KV die Reißleine gezogen. Die Gespräche auf Arbeitsebene sind erst einmal beendet worden. Vorerst. Der bislang geleistete Zeitaufwand, die manpower, die Bindung von Know how - all das regelrecht zum Fenster hinaus geworfen.

Das, so meine ich, können sich weder die Kassen noch die KV leisten. Ganz abgesehen davon, dass derartige Verhandlungen alles andere als hilfreich für das Miteinander im Jetzt und in der Zukunft sind. Solche "Verhandlungen" sind schlicht unerquicklich und sollten schnellstens der Vergangenheit angehören. **R.H.**

## Unerquicklich!

## Zahlungstermine!

### Die Abschlagszahlungen im Jahr 2004 erfolgen an folgenden Tagen:

Januar:	09.02.2004
Februar:	08.03.2004
März:	07.04.2004
April:	06.05.2004
Mai:	08.06.2004
Juni:	07.07.2004

Juli:	09.08.2004
August:	07.09.2004
September:	07.10.2004
Oktober:	08.11.2004
November:	08.12.2004
Dezember:	06.01.2004

Die Restzahlung für das Quartal III/2003 erfolgt am 29.01.2004

## Hohe Qualität - vorhanden und überprüfbar!

Erste Erfahrungen mit der Qualitätssicherung Mammographie \*) in der KV Brandenburg

Am 28.10.2002 fand in den Räumen der KV Brandenburg die erste Prüfung an der Mammographie-Fallsammlung der KBV statt. Hierbei mussten 200 Mammographien mit einer festgelegten Anzahl pathologischer Befunde innerhalb von 6 Stunden beurteilt werden.

Damit wurde erstmals ein Verfahren umgesetzt, das in Zukunft in jährlichen Abständen einen Qualifikationsnachweis vom Arzt erfordert, damit die die Mammographie durchführenden Ärzte diese auch weiterhin abrechnen dürfen.

Einerseits stehen solche Rezertifizierungsprüfungen ständig im Kreuzfeuer der Kritik, da sie oft als Zumutung empfunden werden und einen erheblichen Aufwand fordern. Andererseits bieten sie eine exzellente Möglichkeit, die Qualität der eigenen Leistung zu verifizieren und zu demonstrieren.

Vor diesem Hintergrund ist die erste Auswertung nach einem Jahr von großem Interesse.

Zuerst einmal die nackten Zahlen:  
Mammographie-Genehmigungen:  
67 Ärzte;  
Fallsammlungsprüfung durchgeführt:  
64 Ärzte;  
nicht bestanden bis 30.09.2003:  
5 Ärzte.

Interpretiert man diese Zahlen, ergibt sich folgendes Bild:

Drei Ärzte mit Mammographie-Genehmigung sind nicht zur Prüfung angetreten, möglicherweise weil die Zahl der durchgeführten Mammographien in keinem angemessenen Verhältnis zum Prüfungsaufwand steht oder weil eine Beendigung der Kassenärztlichen Tätigkeit bevorsteht.

Von den geprüften 64 Ärzten wird 5 Ärzten die Genehmigung zur Durchführung von Mammographien entzogen, dies sind 7,81 %. Nach Entzug der Genehmigung kann erneut ein Antrag auf Genehmigung gestellt werden, dieser setzt aber eine bestandene Prüfung an der KBV-Fallsammlung voraus.

Bemerkenswert ist, dass über 92 % diese sehr hohe Qualifikationshürde genommen haben. Ein Indiz dafür, dass die in letzter Zeit so häufig in Frage gestellte Qualität in der ambulanten Medizin eben doch sehr wohl vorhanden und überprüfbar ist.

Ein interessanter Aspekt stellt auch das Interesse stationär tätiger Radiologen dar, sich diesem Prüfungsverfahren zu unterwerfen. Es scheint so zu sein, dass hier der ambulante Bereich einen Standard definiert hat (und diesen erfüllt),

den die Krankenhäuser auch gerne belegen würden.

Vielleicht können die ersten Erfahrungen im Bereich der Mammographie dazu beitragen, Ängste bezüglich der Einführung objektiver Qualitätsindikatoren abzubauen.

#### Jürgen Staub-Lambrecht

Beratender Arzt der KV Brandenburg

\*)

#### Vereinbarung

##### von Qualifikationsvoraussetzungen

gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie

(Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie)\* vom 10. Februar 1993 in der ab 1. April 2002 geltenden Fassung

(Anlage zum BMV [3] und EKV [3])

## Evidence-Based-Medicine - schlagkräftiges Werkzeug ärztlichen Handelns oder reines Totschlag-Instrument?

Schon vor der Vereinbarung erster sogenannter Disease-Management-Programme (DMP) wurde über Evidence-Based-Medicine (EbM) diskutiert, allerdings in der Regel eher in elitären Kreisen, welche sich zu Vordenkern der ärztlichen Versorgung aufgeschwungen hatten.

Durch die Disease-Management-Programme wurde über die in der Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) definierten Versorgungsinhalte erstmals Evidence-Based-Medicine als Vorge-

hensweise in der ambulanten ärztlichen Versorgung festgeschrieben.

Seither gibt es eine zunehmende, teilweise mit fast religiöser Verbitterung geführte Auseinandersetzung über EbM.

Wie so häufig bei engagierten Diskussionen bleibt die sachliche Annäherung an ein Thema hierbei leider auf der Strecke.

Hilfreich ist es, erst einmal den englischen Begriff zu übersetzen. Evidence bedeutet in der deutschen Übersetzung

Beweis, Evidence-Based-Medicine meint also eine Art Medizin zu betreiben, welche sich auf Bewiesenes gründet.

Der im Deutschen immer häufiger verwandte Ausdruck Evidenz-basierte Medizin hat nicht die exakt gleiche Bedeutung, Evidenz entspricht hier einleuchtender Erkenntnis, Deutlichkeit.

Beide Sichtweisen entsprechen allerdings dem Umstand, dass Medizin keine "exakte Wissenschaft", sondern eine "Empiri"-basierte Wissenschaft ist. Abgesehen von naturwissenschaftlichen Teilbereichen.

Um zu verstehen, welches Gedankengut sich hinter EbM versteckt, genügt die etymologische Betrachtungsweise allerdings nicht.

EbM bedeutet nicht, ausschließlich das zu tun, was von irgendjemandem als bewiesen definiert wurde. EbM bedeutet, vereinfacht dargestellt, ärztliche Entscheidungen über die Versorgung eines Patienten daran zu orientieren, welche Vorgehensweisen wissenschaftlich belegt sind und dann diese wissenschaftlichen Aspekte mit dem Erfahrungshorizont des behandelnden Arztes und den individuellen Vorstellungen des Patienten zu verknüpfen.

Die wissenschaftlichen Belege, auch als externe Evidenz bezeichnet, werden in sogenannte Levels of Evidence von I bis V unterteilt. In Stufe I wird das Vorliegen von Metaanalysen randomisierter, klinischer Studien gefordert, am anderen Ende der wissenschaftlichen Belegbarkeit steht in Stufe V die Expertenmeinung, bzw. der Expertenkonsens.

Je höher die externe Evidenz einzustufen ist, die für eine diagnostische oder therapeutische Vorgehensweise vorliegt, umso mehr Gewicht muss dieser bei der Entscheidungsfindung beigemessen werden.

Da bei der Wahl der Vorgehensweise die persönliche Erfahrung des Arztes und die Vorstellungen des Patienten mit der externen Evidenz zusammengeführt werden, fordert EbM in strukturierter Form letztlich etwas selbstverständliches:

Ärztliches Handeln soll der jeweiligen, speziellen Situation angepasst werden, dabei werden die verfügbaren, am besten belegten wissenschaftlichen Erkenntnisse plus die individuellen ärztlichen Erfahrungen zu Grunde gelegt.

#### Jürgen Staub-Lambrecht

Beratender Arzt der KV Brandenburg

### Bitte beachten:

In der Dezember-Ausgabe von "KV-intern" erhalten Sie den Fortbildungskalender für das 1. Halbjahr 2004.

## Sparen Gesundheitsämter zu Lasten von Krankenkassen und Ärzten?

Bereits in der Ausgabe 7/2003 von "KV-intern" sind wir auf Seite 24 dieser Frage nachgegangen. Nach dieser Veröffentlichung erreichte die KV Brandenburg ein Schreiben des MASGF, indem die Behörde auf das Thema "Überweisung des Jugendgesundheitsdienstes an einen Vertragsarzt, hier: Vergütung von Anfragen" eingeht.

In diesem Schreiben heißt es unter anderem:

"Kinder und Jugendliche werden nach dem Brandenburgischen Gesundheitsdienstgesetz (BbgGDG) in Verbindung mit der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst-Verordnung (KJGDV) regelmäßig untersucht (Reihenuntersuchungen).

Bei Auffälligkeiten, die während der Untersuchungen festgestellt werden, empfiehlt der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) den Personensorgeberechtigten die Vorstellung des Kindes bei dem entsprechenden Arzt mit der Bitte um Überlassung des Befundes.

Befindet sich das Kind bereits in ärztlicher Behandlung, bittet der KJGD um Übersendung des vorliegenden Befundberichtes.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst benötigt die Befunde zur Erfüllung seiner Pflichtaufgaben, wie Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung unter Einfluss der Bewertung von Umwelteinflüssen auf die menschliche Gesundheit und zur Gesundheitsberichterstattung.

Aufgrund der bisher praktizierten kollegialen Zusammenarbeit und des erheblichen Verwaltungsaufwandes sowohl für den jeweiligen Arzt als auch für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, wird in dem von Ihnen benannten Formblatt um eine kostenlose Übersendung des Befundberichtes gebeten. Die kostenlose Übersendung der Berichte ist eine freiwillige Leistung der niedergelassenen Ärzte.

Die letzte Untersuchung im Sinne der KJGDV durch die Ärzte des kinder- und jugendärztlichen Dienstes der Gesundheitsämter erfolgt bei Schulentlassung."

Eingehend auf die konkrete Fragestellung der KV Brandenburg stellt das MASGF fest:

"Ihren Ausführungen und dem Formblatt entnehme ich, dass es sich bei dem beschriebenen Fall um eine solche Untersuchung handelt. Diese Untersuchung ist gleichzeitig die Erstuntersuchung nach § 32 Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG).

Zur abschließenden Beurteilung des Gesundheits- und Entwicklungsstandes ist eine Ergänzungsuntersuchung bei einem niedergelassenen Arzt zu veranlassen (vgl. §38 JArbSchG i.V.m. Verordnung über die ärztlichen Untersuchungen nach dem Gesetz zum Schutz der arbeitenden Jugend").

Für die Erstellung des Gesundheitszeugnisses benötigt der Arzt des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes den

Befundbericht des niedergelassenen Arztes. Die Kosten für die ärztliche Untersuchung bei niedergelassenen Ärzten und Befunde nach § 38 JArbSchG trägt das Land. Diese Untersuchungen werden nach der Gebührenordnung für Ärzte oder Zahnärzte vergütet.

Die Erstattung erfolgt durch die Ämter für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik. Neue Formblätter zur Überweisung zur Ergänzungsuntersuchung gemäß § 38 JArbSchG, aus denen die eindeutige Zuweisung zu entnehmen ist, befindet sich derzeit im Druck."

## Redaktionelle Überarbeitung bzw. Neueinführung von BG-Formularen

In einem Rundschreiben teilt die KBV mit, dass "unter dem Gesichtspunkt der Heilverfahrenskontrolle ein Teil der vereinbarten Formulare redaktionell mit Wirkung zum 1. Januar 2004 überarbeitet wurde. Diese und zwei neue Formulare, die bisherige Berichte ersetzen, erhält der Arzt - wie bisher - in der Regel von den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften. In dem KBV-Schreiben heißt es weiter:

Die Software-Häuser sind bereits von unserem IT-Bereich über die relevanten Änderungen unterrichtet worden. Ferner können die Vordrucke als Word-Datei auch aus dem Internet unter der Adresse [www.hvbg.de](http://www.hvbg.de) abgerufen werden.

Vorhandene Altbestände geänderter Vordrucke können aufgebraucht werden. Dies gilt nicht für die Vordrucke "F 2100 Zwischenbericht" und den Vordruck

"F 1010 Ergänzungsbericht Hand", die in der bisherigen Form zum 1. Januar 2004 entfallen.

Im Hinblick auf die ersetzten Berichte sind auch Änderungen an dem Gebührenverzeichnis (UV-GOÄ) erforderlich, die durch eine schriftliche Beschlussfassung der Ständigen Gebührenordnungskommission mit Wirkung zum 1. Januar 2004 umzusetzen sind. Danach wird die Leistungslegende zur Nr. 115 "Vordruck F 2100 Zwischenbericht" ersetzt durch die Leistungslegende "Vordruck F 2100 Zwischenbericht bei besonderer Heilbehandlung"; die Vergütung für diesen Bericht beträgt dann 10,00 □.

Die Leistungslegende zur Nr. 140 "Vordruck F 1010 Handchirurgischer Erstbericht"; die Vergütung für diesen Bericht beträgt dann 15,09 □".



## Nicht die Richtgröße, sondern die Behandlung des Patienten ist Maß der Dinge!

Aktuell im Gespräch  
mit **Marianna Kaiser**,  
Beratende Apothekerin der KV Brandenburg



**Vor wenigen Tagen trafen sich über einhundert Ärzte aus Potsdam und Umgebung zu einer Veranstaltung zum Thema Wirtschaftlichkeitsprüfungen unter Richtgrößenbedingungen. Damit wurde eine ganze Serie erst einmal abgeschlossen ...**

... und dies auch recht erfolgreich. Insgesamt hatten wir sechs dieser Veranstaltungen in unterschiedlichen Regionen Brandenburgs, die allesamt sehr gut angenommen wurden und - davon bin ich überzeugt - auch viel für alle Beteiligten gebracht haben.

**Das Thema ist ja sehr breit gefasst.**

Das mag so aussehen, aber wir haben immer die ganz praktischen Fragen diskutiert: Was muss der Arzt beachten, wenn er einen Prüfantrag zugeschickt bekommt? Wie soll er sich dann verhalten? Was kann er vorher, im laufenden Tagesgeschäft, schon erledigen?

**Sie sagten richtigerweise, was sollte vorher beachtet werden. Müsste nicht darauf die Betonung liegen? So, das es möglichst gar nicht erst zu Prüfanträgen kommt?**

Theoretisch ja, praktisch ist das nicht machbar. Kein Arzt ist davor gefeit, nicht in eine Richtgrößenprüfung zu kommen. Denn eines ist wohl unstrittig: Nicht die Richtgröße als solche ist das Maß der Dinge, sondern das ist die Behandlung des Patienten! Es gibt nun einmal Krankheiten, die einfach eine teure Behandlung verlangen.

**Das heißt aber nicht, dass damit automatisch ein Regress folgt ...**

Natürlich nicht!

**Was also muss, was sollte der Arzt tun?**

Das A und O ist die sorgfältige Dokumentation! Man kann es eigentlich nicht oft genug wiederholen. Gerade die jetzigen Prüfanträge, die sich ja auf die Jahre 1999 und 2000 beziehen, belegen diese These. Wer damals nämlich nicht genügend dokumentiert hat, hat jetzt große Probleme.

**Sie haben bestimmt eine Empfehlung.**

Salopp gesagt, gilt es, täglich, spätestens aber am Quartalsende die Haus-

aufgaben zu erledigen. Anders ausgedrückt: Jeder sollte sich fragen: Was sind meine kostenintensiven Fälle? Und dann sollte deutlich vermerkt werden, ob die dazugehörigen Verordnungen auch als Praxisbesonderheiten entsprechend unserer Richtgrößenvereinbarung anerkannt werden können. Ist dies der Fall, sollte auch die Kennzeichnung durch sogenannte 93er Nummern auf dem Abrechnungsschein erfolgen.

**Ein Beispiel bitte.**

Nehmen Sie die Opiat-Therapie bei chronischen Schmerzzuständen. Die SNR 9321 sollte mit der Abrechnung auch der KV mitgeteilt werden.

**Das klingt sehr einfach.**

Damit sollte es der Arzt noch nicht bewenden lassen. In einer eigenen Dokumentation sollte er zusätzlich für den Patienten das verordnete Arzneimittel, Dosierung und Preis speichern, um noch nach Jahren per Knopfdruck oder Akteneinsicht die Praxisbesonderheiten aufgelistet zu bekommen. Das spart Zeit und Nerven, wenn der Prüfantrag kommt und eine Rechtfertigung innerhalb einer konkreten Frist erfolgen muss.

**Sie spielen auf die Frist von 4 Wochen an, innerhalb der ein Arzt sich nach Eingang der Prüfunterlagen zu äußern hat.**

Stimmt. Wobei die vier Wochen in Einzelfällen auch verlängert werden können. Dann muss jedoch fristgemäß eine Verlängerung bei der Geschäftsstelle des Prüfungsausschusses beantragt werden.

**Lassen Sie uns zu den Veranstaltungen zurückkehren. Die Resonanz war sehr gut ...**

**Wir sind sehr zufrieden mit der Teilnehmerzahl - immerhin fast 600 - und den Diskussionen. Es zeigte sich, dass es doch recht viele Fragen zu dieser Thematik, aber auch Unsicherheiten, Ängste, Sorgen gibt.**

**Zum Beispiel?**

Die häufigste Frage war sicher die nach der Art der Rechtfertigung. Also, wie man sich verhalten soll, wenn jetzt ein Prüfantrag, womöglich noch versehen mit einer Regressandrohung von 60.000 oder 100.000 Euro in die Praxis "flattert".

**Dabei geht es doch eigentlich nicht um Rechtfertigung, vielmehr um Erklärung, Begründung.**

Stimmt. Nur das sieht man in solch einer doch sehr angespannten Situation anders. Entscheidend ist, dass überzeugend dargelegt wird, warum gerade so und nicht anders verordnet wurde.

**Das heißt, kistenweise Papier bearbeiten ...**

Nein, eben nicht. Der Arzt sollte vielmehr die von ihm behandelten Krankheitsbilder klar strukturieren und anhand konkreter Einzelbeispiele darstellen.

**Wie sollte das aussehen?**

Beispielsweise können auf einem Dokument alle Daten für einen Patienten mit intensivierter Insulintherapie zu den verordneten Insulinen und Blutzuckerteststreifen über ein ganzes Jahr dargestellt werden. Darauf aufbauend sollte er dann formulieren, wie viele Patienten der Arzt so oder ähnlich behandelt.

### Also muss nicht jeder einzelne Fall mit allen Daten dem Prüfungsausschuss vorgelegt werden?

Richtig. Das würde letztlich auch zu weit führen. Hier sollten lediglich die Namen der anderen Patienten, wenn es überschaubar ist, aufgelistet werden.

### Ein Blick in das ab 1. Januar 2004 wirksam werdende GMG zeigt, die Prüfungen nehmen an Intensität erheblich zu. Was kommt da auf die Ärzteschaft zu?

Im Detail und im gesamten Umfang ist das zur Zeit noch nicht genau zu bewerten. Aber auf alle Fälle gilt gerade auch unter den neuen Bedingungen: Ich muss mich immer fragen, warum ich etwas tue. Also: Ich verordne dieses Medikament, weil ... Das ist die entscheidende Frage. Und dann natürlich eine nicht minder akribische Dokumentation!

### Seit Jahren ist es so, dass Kassen und Politik zum Ende eines Jahres das Klagelied von den falsch, zu viel und unnütz verordnenden Ärzten anstimmen. Wie steht es denn um die Einsparpotentiale der brandenburgischen Ärzte?

Sicher gibt es noch Einsparpotentiale. Die gilt es heraus zu filtern und zu realisieren. Nur muss es unter dem medizinischen Aspekt erfolgen und nicht allein nach monetären Kriterien!

### Aber es stimmt schon, dass in Brandenburg überproportional viel Originalpräparate verschrieben werden.

Die Frage dabei ist aber: Warum? Das hat nämlich auch etwas mit der Patienten-Klientel in den Praxen zu tun, damit, dass wir viele ältere, multimorbide Men-

schen zu versorgen haben, viele chronisch Kranke. Jeder Arzt sollte seine Verordnungen kritisch analysieren, welche Präparate er durch preiswertere ersetzen kann. Aber man kann auch nicht immer sagen, dass Originalpräparate a priori unwirtschaftlich und gleichwertig ersetzbar sind.

### Genau das wird aber immer wieder behauptet!

Sie spielen auf den Arzneiverordnungsreport an?

### Zum Beispiel.

Nun, die dort offerierten Einsparpotentiale sind doch theoretische Zahlen. Das ist nicht das wirkliche Leben! Außerdem gibt es für alle Originale gar keine Generika. Ganz zu schweigen davon, dass die Compliance, die Nebenwirkungsprofile und die konkreten Zulassungen Punkte sind, die die vollständige Ersetzbarkeit von Originalpräparaten ausschließen.

### In dieser Veranstaltungsreihe sind auch immer wieder externe Experten aufgetreten. Wird dies im nächsten Jahr so weiter sein?

Wir wollen es unbedingt, denn es wurde, wie gesagt, sehr gut angenommen. Aber nicht immer ist die Großveranstaltung das richtige Instrument. Deshalb wollen wir, so wie in den vergangenen Jahren auch, in die Stammtische, die Qualitätszirkel. Und natürlich soll auch der individuelle Beratungsbedarf befriedigt werden.

### Dafür viel Erfolg und danke für das Gespräch

Gefragt und notiert von Ralf Herre

## Änderungen der Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln durch das GMG

Ab 1. Januar 2004 werden die nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel aus der Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung ausgeschlossen.

Der Gesetzgeber hat diesen in § 34 SGB V aufgenommenen Ausschluss durch einige Ausnahmen relativiert. So bleiben nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für versicherte Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr und für versicherte Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr erstattungsfähig.

Außerdem können nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkran-

kungen als Therapiestandard gelten, vom Arzt zur Anwendung bei diesen Erkrankungen verordnet werden, wenn er seine Therapieentscheidung im Einzelfall begründet.

Bis zum 31. März 2004 entscheidet der Vertragsarzt über das Vorliegen einer solchen Ausnahme selbst. Ab 1. April 2004 besteht diese Ausnahme nur noch für diejenigen Arzneimittel, die der Gemeinsame Bundesausschuss festgelegt und in den Arzneimittel-Richtlinien veröffentlicht.

**Marianna Kaiser, Birgit Henschel**  
Beratende Apothekerinnen  
Tel.: 0331/2309-200; -210

## Vorsicht: Befreiungen von Zuzahlungen müssen im Jahr 2004 neu ausgestellt werden!

Die gegenwärtig bestehenden Befreiungen von der Zuzahlung werden von den Krankenkassen zum 31.12.2003 widerrufen.

Die Krankenkassen werden ihre Versicherten entsprechend anschreiben, wurde unlängst in einem Gespräch zwischen Deutschem Apothekerverband (DAV) und Spitzenverbänden der Krankenkassen mitgeteilt.

Das heißt, alle Versicherten sind am 01.01.2004 zuzahlungspflichtig. Erst nach Erreichen der Belastungsgrenze im Laufe des Jahres kann die Krankenkasse von der Zuzahlung befreien.

Das heißt weiter: Sämtliche Zuzahlungsbefreiungen, die vor dem 1.1.2004 ausgestellt wurden, sind ungültig! Auch, wenn sie eine Gültigkeit bis 2005 ausweisen!

Ab 01.01.2004 bitte bei allen Versicherten auf den Rezepten "zuzahlungspflichtig" ankreuzen, und zwar bis zur Vorlage des aktuellen Befreiungsausweises, der nicht aus dem Jahre 2003 stammen darf.

Für die Kosten / Ausgaben der Krankenkassen infolge der Nichtberücksichtigung dieser Regelung wird der Arzt "schadenersatzpflichtig"!

## Eine Information der Arbeitsgruppe Zielvereinbarung:

## Cave Vorzieheffekt!

Nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz), wird sich zum Beginn des nächsten Jahres einiges ändern, manches sicher zum finanziellen Nachteil bestimmter Versicherter.

Zum Beispiel ist vorgesehen, dass nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel für Versicherte über 12 Jahren (bei Entwicklungsstörungen über 18 Jahren) nicht mehr zu Lasten der GKV verordnungsfähig sind.

Dies wird den ein oder anderen Patienten dazu bewegen, seinen Arzt (oder auch seine Ärzte!) um zusätzliche Verordnungen vor Ablauf des Jahres zu bitten. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass bei weitem nicht jeder Versicherte durch den Kauf dieser Arzneimittel unverhältnismäßig belastet wird.

Die Gesetzesänderungen sollten vielleicht zum Anlass genommen werden, die Arzneitherapie nochmals auf ihre Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit zu überprüfen, vor allem wenn es sich um Medikamente handelt, deren Wirkung ohnehin umstritten ist (z.B. alpha-Liponsäure, Venentherapie).

Auch für den Bereich der verschreibungspflichtigen Arzneimittel ist ein solcher "Vorzieheffekt" denkbar, da sich die Zuzahlungsmodalitäten ändern. Hier ist zu bedenken, dass Belastungsgrenzen von 2 Prozent, bzw. 1 Prozent bei chro-

nisch Kranken der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt festgesetzt sind, die bei sehr niedrigem Einkommen schneller erreicht sind und dann für den Rest des Jahres die Zuzahlung wegfällt. Außerdem mag es die Erwartungshaltung für Arzneimittelverordnungen, die manchen Versicherten eigen ist, etwas relativieren, wenn sie nicht mehr grundsätzlich "alles frei" haben.

Bevor also nun von Seiten der Versicherten "gehamstert" wird, sollte der verordnende Arzt sich bewusst sein, dass er mit zusätzlichen Rezepten am Ende des Jahres sein Richtgrößenvolumen belastet (was möglicherweise gar eine Richtgrößenprüfung nach sich zieht) und Einspareffekte des Gesetzes verzögert.

Bei einer Therapie mit Arzneimitteln kann es zu jedem Zeitpunkt nötig sein, sie aufgrund von Nebenwirkungen oder neu auftretenden Krankheiten zu verändern oder zu beenden. Daher sollten die Brandenburger Ärzte eventuelle Bitten ihrer Patienten nach zusätzlichen Verordnungen vor 2004 äußerst kritisch hinterfragen, um die Bildung eines "Medikamentenmüllberges" und dadurch hervorgerufene Mehrkosten zu vermeiden.

**Fazit: Möglichst keine Mehrverordnungen von Arzneimitteln auf Wunsch des Patienten vor Inkrafttreten des GMG!**

## Niederlassungen im Oktober 2003

Planungsbereich Brandenburg  
Stadt/Potsdam-Mittelmark

*Dr. med. Roman Bader*  
FA für Allgemeinmedizin  
Bernhard-Kellermann-Str. 17  
14542 Werder/Havel  
(Übernahme der Praxis  
von Dr. med. Annemarie van de Kamp)

Planungsbereich  
Frankfurt Stadt/Oder-Spree

*Dipl.-Med. Jürgen Gutschmidt*  
FA für Frauenheilkunde / Geburtshilfe  
Humboldtstr. 4, 15230 Frankfurt  
(Übernahme der Praxis  
von Dipl.-Med. Heico Maschke)

## Planungsbereich Potsdam

*Dr. med. Rolf Lahr-Eigen*  
FA für Chirurgie  
Hebbelstr. 5, 14467 Potsdam  
(Übernahme der Praxis  
von Dipl.-Med. Gernot Seidel)

Planungsbereich  
Ostprignitz-Ruppin

*Dr. med. Ralf Greese*  
FA für Chirurgie  
Meyenburger Chaussee 23  
16909 Wittstock

## Planungsbereich Prignitz

*Dipl.-Med. Sonja Gericke*  
Ärztin  
Bäckerstr. 1, 19348 Perleberg  
(Übernahme der Praxis  
von Dr. med. Gerd Lengen)

Planungsbereich  
Dahme-Spreewald

*Kornelia Kaiser*  
FÄ für Allgemeinmedizin  
Bahnhofstr. 15, 15926 Luckau

*Dipl.-Psych. Birgit Bartl*  
Psychologische Psychotherapeutin  
Sonderbedarfszulassung - Verhaltenstherapie bei Kindern)  
Chaussee 8  
15755 Teupitz, OT Egsdorf

## Planungsbereich Havelland

*Christiane Horstmann*  
FÄ für Frauenheilkunde / Geburtshilfe  
Fehrbelliner Str. 28, 14612 Falkensee  
(Übernahme der Praxis  
von Frau Inge Tigör)

*Dr. med./Bulgarien Toma Boschkov*  
FA für Radiologie  
Fehrbelliner Str. 28, 14612 Falkensee  
(Übernahme der Praxis  
von Dr. med. Wolfgang Botta)

Planungsbereich  
Märkisch-Oderland

*Rainer Albrecht*  
FA für Allgemeinmedizin  
Große Str. 27, 15344 Strausberg  
(Übernahme der Gemeinschaftspraxis  
von Dres. med. Gerd Lindner und  
Manfred Rother)

*Dipl.-Med. Ralf Rahneberg*  
FA für Allgemeinmedizin  
Birkenstr. 6, 15366 Hönow  
(Übernahme der Praxis  
von MR Dr. med. Monika Dzikonski)

*Eric Ohlendorf*  
FA für Allgemeinmedizin  
Rauener Str. 48, 15517 Fürstenwalde  
(Übernahme der Praxis  
von Dr. med. Eckehard Tiedge)

*Dr. med. Ina Preller*  
FÄ für Kinder- und Jugendmedizin  
Gesundbrunnenstr. 3  
16259 Bad Freienwalde  
(Übernahme der Praxis  
von Frau Hannelore Schüle)

*Dr. med. Dirk Stockheim*  
FA für Diagnostische Radiologie  
Seebad 82-83, 15562 Rüdersdorf

*Dr. med. Monika Haas*  
FÄ für Psychotherapeutische Medizin  
Linzer Str. 8  
15345 Petershagen/Eggersdorf

#### Planungsbereich Spree-Neiße

*Dr. med. Gerd Schröder*  
FA für Innere Medizin/HA  
Bahnhofstr. 17a, 03130 Friedrichshain  
(Übernahme der Praxis  
von SR Dr. med. Joachim Matthes)

#### Planungsbereich Teltow-Fläming

*Dipl.-Med. Steffi Ring*  
FÄ für Allgemeinmedizin  
Luckauer Chaussee 4, 15936 Dahme  
(Übernahme der Praxis  
von Dipl.-Med. Brigitte Hensel)

#### Planungsbereich Uckermark

*Dipl.-Med. Manuela Andres*  
FÄ für Allgemeinmedizin  
Brandenburger Ring 24, 16303 Schwedt

*Dipl.-Med. Cornelia Lottermoser*  
FÄ für Innere Medizin/HA  
Kietzstr. 1, 17291 Prenzlau

*Dipl.-Med. Axel Wollenberg*  
FA für Innere Medizin/HA  
Schulstr. 37  
16306 Welsebruch OT Passow  
(Übernahme der Praxis  
von Dr. med. Christa Fichtmüller)

### Neuaufgabe des "Wegweisers Psychiatrie"

Das brandenburgische Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen hat eine Neuaufgabe des "Wegweisers Psychiatrie" erarbeitet.

Dieser Wegweiser, der zur Zeit noch nicht als Broschüre vorliegt, ist ins Internet eingestellt worden. Dort findet man ihn als pdf-Datei unter der Internetadresse [www.masgf.brandenburg.de](http://www.masgf.brandenburg.de) und dem Link [Gesundheit/Psychiatrische Versorgung/Wegweiser Psychiatrie](#).

## Zulassungen und Ermächtigungen

#### Neuzulassungen

*Dipl.-Psych. Birgit Bartl*,  
Psychologische Psychotherapeutin in Teupitz-Eggersdorf  
ab 01.10.2003

*Prof. Dr. sc. med. Gisela Ehle*,  
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in Wildenbruch  
ab 01.01.2004

*Dipl.-Med. Simone Sturzbecher*,  
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Frankfurt  
ab 05.01.2004

*Dipl.-Med. Kerstin Nowak*,  
Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Lübben  
ab 02.01.2004

*Dipl.-Med. Jürgen Gutschmidt*,  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Frankfurt  
ab 08.10.2003

*Dipl.-Med. Sibylle Pohle*,  
Fachärztin für Innere Medizin in Frankfurt  
ab 22.10.2003

*Dr. med. Kathrin Gottschall*,  
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Beeskow  
ab 05.01.2004

*Priv.-Doz. Dr. med. Rita Bunikowski*,  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in Belzig  
ab 19.01.2004

ANZEIGE

### Sichern Sie sich ein Stück Potsdamer Geschichte: Das "Werner-Alfred-Bad".



Hinter der historischen Jugendstilfassade des ehemaligen Werner-Alfred-Bades in unmittelbarer Nachbarschaft von Schloss Sanssouci entsteht ein medizinisches Zentrum sowie eine komfortable Anlage für betreutes Wohnen:

#### Das "Hegel Forum"

Und Sie können sich daran beteiligen. Werden Sie Eigennutzer oder Kapitalanleger! Ihre Vorteile: Sicherheit durch einen 20-jährigen Pachtvertrag und hohe Renditen! Haben Sie Interesse? Dann erhalten Sie nähere Infos unter:

## Einstellungen in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V

*Dr. med. Katrin Joch,*  
Fachärztin für Neurologie,  
KKH Oberhavel GmbH/Poliklinik am KH Hennigsdorf,  
ab 22.10.2003

## Ermächtigungen

*Dr. med. Monika Haas,*  
Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin  
in Petershagen/Eggersdorf,  
ermächtigt auf den Gebieten der Verhaltenstherapie und der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie für die Zeit  
vom 01.10.2003 bis 30.09.2005.

*Dipl.-Psych. Rosel Kraul,*  
Psychologische Psychotherapeutin am  
Gesundheitsamt Frankfurt,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie für die Zeit  
vom 01.10.2003 bis 30.09.2005.

*Dr. med. Karin Walz,*  
Fachärztin für Psychiatrie am Gesundheitsamt/Sozialpsychiatrischer Dienst in Cottbus,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie für die Zeit  
vom 01.10.2003 bis zum 30.09.2005.

*Dr. med. Ramona Stettinisch,*  
Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie am Gesundheitsamt des Landkreises Oberspreewald-Lausitz/Sozialpsychiatrischer Dienst in Senftenberg,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten

Psychotherapie für die Zeit  
vom 01.10.2003 bis zum 30.09.2005.

*Carsten Petersen,*  
Facharzt für Orthopädie am Johanniter-Krankenhaus im Fläming in Treuenbrietzen,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Orthopädie und Fachärzten für Innere Medizin/Rheumatologie sowie entsprechenden Fachärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für eine rheumatologische Sprechstunde für die Zeit  
vom 08.10.2003 bis zum 30.09.2005.

*Dr. med. Petra Reutermann,*  
Fachärztin für Orthopädie an der KMG Elbtal-klinik in Bad Wilsnack,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur konsiliarischen Tätigkeit bei orthopädischen Erkrankungen; zur Behandlung auf dem Gebiet der Rheumatologie sowie zur sonographischen Screening-Untersuchung der Säuglings Hüften für die Zeit  
vom 08.10.2003 bis 31.12.2005.

*Dr. med. Irina Blümel,*  
Fachärztin für Innere Medizin am Waldkrankenhaus Gransee,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Durchführung der präventiven und kurativen Koloskopie für die Zeit  
vom 08.10.2003 bis zum 31.12.2005.

*Dr. med. Bernd Kissig,*  
Facharzt für Radiologie am St. Josefs-Krankenhaus in Potsdam,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für ultraschall- und CT-gestützte Punktionen ggf. unter Einbringung von Kontrastmitteln, für den Schluckakt als serielle Darstellung, für Serienangiographie und für zentralen Venenkatheter durch Punktionen sowie auf Überwei-

sung des am St. Josefs-Krankenhaus für das Gebiet der Hämatologie und Onkologie ermächtigten Internisten Dr. Rupprecht zur Durchführung von radiologischen Leistungen und CT-Leistungen für die Zeit  
vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

*Dr. med. Carsten Gerhardt,*  
Facharzt für Innere Medizin am Städtischen Klinikum Brandenburg,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für duplex-sonographische Diagnostik für die Zeit  
vom 09.10.2003 bis 31.12.2005.

*Dr. med. Gudrun Schwerdfeger,*  
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Kreiskrankenhaus Belzig,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Gynäkologen und Urologen bzw. Gynäkologen und Urologen in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die urogynäkologische Diagnostik für die Zeit  
vom 22.10.2003 bis 31.12.2004.

*Dr. med. Peter Feig,*  
Facharzt für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Belzig,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von an Kreiskrankenhaus Belzig ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der Kardiologie, für die doppler- und duplex-sonographische Diagnostik und auf dem Gebiet der Pneumologie für die Zeit  
vom 22.10.2003 bis 30.09.2005.

*Dr. med. Stefan Bettin,*  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Evang. Freikirchl. Krankenhaus Rüdersdorf,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V gem. § 5 Abs. 2 BMV-Ärzte und § 9 Abs. 2 BMV-Ärzte/Ersatzkassen in Verbindung mit den

Mutterschafts-Richtlinien Teil B Nr. 6 zur Planung der Geburtsleitung sowie auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Chirurgie, Gynäkologie und Urologie sowie entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Urogynäkologie für die Zeit  
vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

*Dr. med. Annette Sillack,*  
Fachärztin für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Behandlung von Patienten mit Lippen-Kiefer-Gaumen-Segelspalten sowie auf Überweisung von Fachärzten für MKG-Chirurgie, Fachzahnärzten für Kieferorthopädie und Fachzahnärzten für Kieferchirurgie für die konsiliarische Beratung für Patienten mit Turmoerkrankungen, kieferchirurgischen und kieferorthopädischen Therapiekonzepten und komplizierten traumatologischen Verletzungen im Kiefer-Gesichtsbereich für die Zeit  
vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

*Dipl.-Med. Steffen Kirsch,*  
Facharzt für Innere Medizin am der Landesklinik Teupitz,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Kardiologie und Angiologie für die Zeit  
vom 01.01.2004 bis 31.12.2005.

## Verlegung des Praxissitzes

*Dr. phil. Klaus Munsberg,*  
Psychologischer Psychotherapeut in Falkensee,  
neue Adresse: Barnimer Str. 10a;

*Dr. med. Scott Friedberg,*  
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin in Potsdam,  
neue Adresse: Friedrich-Ebert-Str. 112;

*Dipl.-Päd. Monika Bossy,*  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin  
in Kleinmachnow,  
neue Adresse: Zehlendorfer Damm 108;

*Dipl.-Päd. Gaby Kohl,*  
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin  
in Potsdam,  
neue Adresse: Karl-Liebnecht-Str. 24;

*Dipl.-Psych. Marianne Singer,*  
Psychologische Psychotherapeutin in Pots-  
dam,  
neue Adresse: Rudolf-Breitscheid-Str. 39;

*Margret de Witt M.A.,*  
Psychologische Psychotherapeutin in Pots-  
dam,  
neue Adresse: Seestr. 31;

*Dr. med. Ulrike Theuer,*  
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Potsdam  
neue Adresse: Lennéstr. 71;

*Dipl.-Psych. Margret Kleinmanns,*  
Psychologische Psychotherapeutin in  
Rüdersdorf,  
neue Adresse: Hermannstr. 40;

*Dipl.-Psych. Kerstin Ahlborg,*  
Psychologische Psychotherapeutin in Bran-  
denburg,  
neue Adresse: Weberstr. 23;

*Dipl.-Psych. Friedel Richter,*  
Psychologische Psychotherapeutin in Guben,  
neue Adresse: Altspucke 16;

*Dr. med. Silvia Maas,*  
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburts-  
hilfe in Potsdam,  
neue Adresse: Parkstr. 4

*Dr. med. Karsten Ritter-Lang,*  
Facharzt für Orthopädie in Potsdam  
neue Adresse: Rudolf-Breitscheid-Str. 22

### Unser Info-Tipp

## "Die Arzthelferin in der Prüfung"

Lernen ist gut - Kontrolle ist besser. Dieses Buch vermittelt schnell und zuverlässig alle Ausbildungsinhalte für das Fach Verwaltungskunde - die optimale Vorbereitung für eine erfolgreiche Abschlussprüfung.

Es umfasst alle Stoffgebiete des Prüfungsfaches Verwaltung. Aufbau und Reihenfolge der Lerninhalte orientieren sich am Rahmenlehrplan und der Ausbildungsverordnung für den Ausbildungsberuf Arzthelferin.

Der übersichtliche Aufbau in Frage- und Antwortspalte ermöglicht effektives und selbständiges Lernen ohne langes Blät-

tern. Multiple-Choice-Fragen und Aufgaben zu praktischen Übungen erleichtern die Vorbereitung auf die Prüfung. Tabellen, Übersichten und Memo-Boxen helfen, sich in der Fülle des Stoffes rasch zurechtzufinden.

Inhaltliche Schwerpunkte sind u. a.:  
Gesundheitswesen und ärztliche Praxis,  
Recht am Arbeitsplatz,  
Techniken in der Praxisverwaltung,  
Betriebswirtschaftliche Praxisführung,  
Vertragsärztliche Praxis,  
Kleines Verwaltungswörterbuch für die Prüfung.

**2003. 292 Seiten, 17,3 x 24,5 cm,**  
**kartonierte, ISBN 3-87706-602-X,**  
□ **22,00 / sFr 37,00**

# Praxisbörse

Interessenten für die  
folgend aufgeführten Anzeigen wenden  
sich bitte an den Geschäftsbereich Qualitätssiche-  
rung/Sicherstellung der KV Brandenburg,

Frau Karin Rettkowski, Tel.: 0331/2309-320 oder Fax 0331/2309-383.

### Biete

Allgemeinärztliche Praxis in Kreisstadt südlich von Berlin (gute Verkehrsanbindung, ca. 50 min bis Stadtmitte) aus Altersgründen Mitte 2004 abzugeben. Praxis besteht seit über 30 Jahren an traditionsreichem innerstädtischen Standort.

**Chiffre: 03/11/01**

### Biete

Allgemeinmedizinische Praxis in ländlicher Kleinstadt, eine Autostunde vom Zentrum Berlin, zum 30.06.2004 oder eher aus Altersgründen abzugeben. Sehr günstige Konditionen, seit Jahren stabile Umsätze. Moderne Räume (Neubau 2000), Stadtzentrum, Apotheke im Haus.

**Chiffre: 03/11/02**

### Suche

gynäkologische Praxis zur Übernahme oder gemeinschaftlichen Praxisführung (Job-Sharing) ab 1. Quartal 2004 und später in Potsdam und Umgebung  
Spezialgebiete: Urogynäkologie, ambulante und plastische Operationen

**Chiffre: 03/11/06**

### Biete

Seit 1965 in den gleichen Räumen geführte allgemeinmedizinische Praxis in der Uckermark mit überdurchschnittlicher Scheinzahl von 1.300 bis 1.400 Fällen/Quartal aus Altersgründen 2004 abzugeben.

**Chiffre: 03/11/03**

### Suche

Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten sucht im Bereich Cottbus (Stadt) oder Spree-Neiße dermatologische Praxis zu Übernahme für den Zeitraum 2004 bis 2006.

**Chiffre: 03/11/04**

### Suche

Facharzt für Allgemeinmedizin zukünftig mit der Zusatzbezeichnung Diabetologe DDG sucht für Mitte 2004 Praxis mit diabetologischer Ausrichtung (Schwerpunktpraxis oder hoher Anteil an diabetologischem Patientenkontext) in Potsdam oder Umgebung zur Übernahme, Mitarbeit oder anderen Assoziation. (Einarbeitungszeit ist erwünscht)

**Chiffre: 03/11/05**

### Suche

Verhaltenstherapeutin sucht nördlich von Berlin (Oberhavel, Havelland) Psychotherapie-Praxis zur Übernahme bzw. Job-Sharing

**Chiffre: 03/11/07**

# Praxisbörse

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

## Suche

Frauenarzt sucht Übernahmemöglichkeit einer Praxis bzw. eines Labors mit Schwerpunkt gynäkologische Zytologie im Großraum Berlin für Ende 2004/Anfang 2005.

Chiffre: 03/11/08

## Suche

Orthopäde, konservativ/operativ sucht Übernahme/Beteiligung oder Assoziation mit Praxis, Potsdam und Umgebung ab Mitte 2004

Chiffre: 03/11/09

## Suche

Erfahrene Fachärztin für Diagnostische Radiologie übernimmt MRT-Praxisvertretungen tageweise (Urlaubsvertretung)

Interessenten melden sich bitte unter:  
**0170-9681542**

## Biete - Suche

Aus Übernahmebestand einer aufgelösten Arztpraxis habe ich momentan zu veräußern:

1 Höhenverstellbare  
Untersuchungsliege;

Neupreis 896,00 □,  
Verkaufspreis 400,00 □;

1 Folienschweißgerät (neuwertig),

Neupreis 517,00 □,  
Verkaufspreis 200,00 □.

Tel.: 035452/222

ANZEIGE

## Freie Praxen im Ärztehaus-West, Stadt Brandenburg:

Im Untergeschoss 57 qm, 3 Räume, oder  
im 1. Obergeschoss 116 qm, 5 Räume und Warteraum;  
Trambahnhaltestelle, Parkplätze direkt vor dem Haus;  
Sofort frei, direkt vom Eigentümer.

Tel.: 08151/6181

Abspann(en)

## 1. Ball der Freiberufler machte Appetit auf mehr

Der Landesverband der Freien Berufe Brandenburg hatte am 25. Oktober zum 1. Ball geladen und fast vierhundert Gäste waren dieser Einladung ins Potsdamer Dorint Hotel gefolgt. Ein typisch Brandenburger Buffet und Live-Musik bildeten den Rahmen für einen überaus gelungenen Abend.

Der Präsident des Landesverbandes, Thomas Schmidt, bezeichnete diese deutschlandweite Premiere als eine ausgezeichnete Gelegenheit, Kommunikation und Geselligkeit zu verbinden. In seiner Begrüßung hatte der Präsident auf die Möglichkeit hingewiesen, aus dieser Premiere eine schöne Tradition werden

zu lassen - zum Abschluss waren sich alle einig: So wird es auch kommen!

Einer der Höhepunkte war zweifellos die Tombola, deren Gesamterlös in Höhe von 2.575 Euro dem Projekt "Venus - Vereint gegen Brustkrebs in Brandenburg" zugute kommt.

Die Geschäftsführerin der Landesarbeitsgemeinschaft Onkologie (LAGO), Frau Thilking-Wagner, nahm den Erlös entgegen. Dieses Projekt zur Selbstuntersuchung der weiblichen Brust erfreut sich in Brandenburg sehr großer Nachfrage und wird ausnahmslos über Spendenmittel finanziert.

ANZEIGE

## Praxisräume

### Potsdam-Eisenhartstr./Alleestr.

Gewerbeetage 200 Quadratmeter, ehemalige orthopädische Praxis, incl. Einliegerwohnung, 2 direkt ebenerdige Straßenzugänge; Komplettwarmmiete: 2.500,00 □, 10 Jahre fest.

Tel.: 0331/297604

## Arztpraxis zu vermieten

120 m2 eingerichtete Arztpraxis, in Brandenburg/Stadt, direkt vom Eigentümer zu vermieten.

Bei Bedarf Wohnung im Haus. Preis nach Vereinbarung.

Tel.: 03381/521649

## Mieter für Ärztehaus gesucht

Für ein Ärztehaus in Bernauer Zentrallage werden im Zuge von Praxisübernahmen ein Neurologe, Augenarzt und Gynäkologe gesucht.

Tel.: 030 213 90 93; Fax.: 030 2138916

## Nachzubesetzende Vertragsarztsitze

Nach Anordnung von Zulassungssperren durch den Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ist die KV Brandenburg gem. § 103 Abs. 4 SGB V gesetzlich verpflichtet, auf Antrag Vertragsarztsitze zur Nachbesetzung auszuscheiden. Eine Garantie für eine wirtschaftliche Praxisführung nach Übernahme ist mit der Ausschreibung nicht verbunden.

**Facharzt/Fachärztin für Urologie**  
Planungsbereich: Havelland  
Zeitpunkt: schnellstmöglich  
Bewerbungskennziffer: 61/2003

**Facharzt/Fachärztin für HNO-Heilkunde**  
Planungsbereich: Frankfurt (Stadt)/Oder-Spree  
Zeitpunkt: schnellstmöglich  
Bewerbungskennziffer: 62/2003

**Facharzt/Fachärztin für Nervenheilkunde**  
Planungsbereich: Barnim  
Zeitpunkt: schnellstmöglich  
Bewerbungskennziffer: 63/2003

**Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin**  
Planungsbereich: Potsdam-Stadt  
Zeitpunkt: schnellstmöglich  
Bewerbungskennziffer: 64/2003

**Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde**  
Planungsbereich: Märkisch-Oderland  
Zeitpunkt: schnellstmöglich  
Bewerbungskennziffer: 65/2003

**Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde**  
Planungsbereich: Spree-Neiße  
Zeitpunkt: schnellstmöglich  
Bewerbungskennziffer: 66/2003

**Facharzt/Fachärztin für Chirurgie**  
Planungsbereich: Cottbus (Stadt)  
Zeitpunkt: schnellstmöglich  
Bewerbungskennziffer: 67/2003

**Facharzt/Fachärztin für Chirurgie**  
Planungsbereich: Oberhavel  
Zeitpunkt: schnellstmöglich  
Bewerbungskennziffer: 68/2003

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

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

Unter dem Stichwort "Ausschreibung" sind die Unterlagen bis zum **07. Januar 2004** bei der KV Brandenburg, Friedrich-Engels-Str. 103/104, 14473 Potsdam, einzureichen.

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



## Herzliche Glückwünsche!



### zum 50.

*Dipl.-Med. Sigrid Blisse,*  
Königs Wusterhausen

*Dipl.-Med. Ina Nowak,*  
04910 Elsterwerda

*Dipl.-Med. Karin Reisener,* Velten

*Elke Riecken,* Hennigsdorf

*Dr. med. Barbara Wawzyniak,*  
Königs Wusterhausen

*Dr. med. Rainer Wodatschek,*  
Brandenburg

### zum 60.

*Dr. med. Rosmarie Böhm,* Brandenburg

*MR Dr. med. Klaus-George Döhler,*  
Halbe

*Dr. med. Rita Güldner,* Eisenhüttenstadt

*Dr. med. Karin Igel,* Ludwigsfelde

*Dr. med. Gisela Klebbé,* Cottbus

*Dr. med. Kristine Konzack,* Cottbus

*Dr. med. Barbara Peters,* Mühlberg

*Dr. med. Brigitte Poguntke,* Senftenberg

*MR Dr. med. Rainer Pörtner,*  
Königs Wusterhausen

*Dr. med. Hans-Joachim Rüffert,*  
Königs Wusterhausen

*Dr. med. Hartmut Schirlitz,* Nauen

*Dipl.-Med. Helga Schubbert,*  
Wittenberge

*Jutta Zimmermann,* Luckau

### zum 65.

*MR Dr. med. Bernhard Fehse,*  
Jöachimsthal

*Dr. med. Dietmar Schneider,* Cottbus

*Marianne-Schulz,* Erkner

### zum 66.

*Dr. med. Hans Büchner,* Perleberg

*Gertrud Müller,* Prenzlau

### zum 67.

*SR Dr. med. Margrit Nitschke,* Zepernick

*MR Dr. med. Siegfried-Jürgen Paul,*  
Teltow

### zum 68.

*Dipl.-Med. Brigitte Paulick,* Peitz

### zum 69.

*Dr. med. Helmut Pißarek,* Spremberg

*Horst Redel,* Warnitz

### zum 71.

*MR Gerhard Sorge,* Alttreetz

### zum 73.

*Dr. med. Reiner Matthes,* Kyritz

## Karikatur

Zeichnung: **A. Purwin**

### Impressum

*KV-intern*  
Monatsschrift der Kassenärztlichen  
Vereinigung Brandenburg

### Herausgeber:

Landesgeschäftsstelle der  
Kassenärztlichen Vereinigung  
Brandenburg  
Gregor-Mendel-Str. 10 - 11  
14469 Potsdam

Telefon: 0331/28 68 100  
Telefax: 0331/28 68 191  
Internet: <http://www.kvbb.de>  
Email: [info@kvbb.de](mailto:info@kvbb.de)

### Redaktion:

Dr. med. H. J. Helming (ViSP),  
MUDr./CS Peter Noack,  
Wolf-Rüdiger Boettcher,  
Dr. rer. pol. Hans-Jörg Wilsky,  
Ralf Herre

### Redaktionsschluss:

17. November 2003

### Satz und Layout:

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

### Druck:

Druckerei Stein  
Hegelallee 53, 14467 Potsdam  
Telefon: 0331/291 103  
Telefax: 0331/292 004

### Anzeigenverwaltung:

Druckerei Stein  
Hegelallee 53, 14467 Potsdam  
Telefon: 0331/291 103  
Telefax: 0331/292 004

### Anzeigenannahmeschluss:

Jeder 5. des Monats  
Zur Zeit gilt die Preisliste Nr. 3 vom  
2. Januar 2002

### Erscheinungsweise: Monatlich

**Auflage:** 4.500 Exemplare