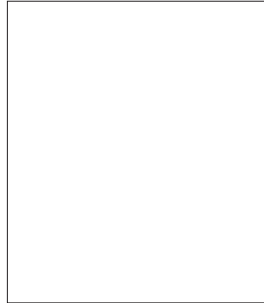


**Liebe Leserinnen, liebe Leser**

Ob "Affenzahn" oder "Schweinsgalopp" - beide Begriffe charakterisieren trefflich jenen Zustand, in dem diese Gesundheitsreform durch die Gremien des parlamentarischen Alltags gepeitscht werden (soll). Wenn Sie diese Ausgabe von "KV-intern" in den Händen halten, ist es Ende September. Und dies könnte in etwa der Zeitpunkt sein, an dem die Reformvorhaben in der heißen Diskussionsphase in den Ausschüssen des Parlaments sind. So zumindest sieht es der gegenwärtige Zeitplan der Ministerin vor.



Wird er tatsächlich eingehalten, muss dies nicht unbedingt ein positives Zeichen sein. Zu frisch sind noch die Erinnerungen an das Jahr 1998, an die Grüne Ministerin Fischer und das unter ihrer Verantwortung entstandene Desaster beim Formulieren der ersten Rot-Grünen-Reformansätze. Nun muss es ja nicht gleich wieder so chaotisch zugehen. Trotzdem ist ein kritisches Beäugen dessen, was da ausgebrütet wird, wohl dringender denn je. Denn anders als vor fünf Jahren beim allzu offensichtlichen Pleiten-, Pech- und Pannen-Gesetzeswerk, ist jetzt vor allem das Kleingedruckte haargenau zu analysieren.

Dies jedoch wird, im Moment jedenfalls, allen Interessierten ausgesprochen schwer gemacht. Fast täglich flattert ein neuer, veränderter, ergänzter, modifizierter Entwurf durch die Landschaft. Immer so um die 450 bis 470 Seiten, A4 natürlich, und immer ist nirgendwo benannt, was sich eigentlich gegenüber der Fassung vor zwei oder drei Tagen verändert hat. Chaos also.

Hinzu kommt - fast täglich fühlen sich Beamte des Bundesgesundheitsministeriums ebenso wie Berater, selbsternannte Gesundheitsexperten, Politiker und Vertreter von Verbänden offensichtlich geradezu verpflichtet, mit ihren Interpretationen, Mutmaßungen, Befürchtungen, Hoffnungen oder auch nur einer ebenso engstirnigen wie einseitigen Betrachtungsweise Einfluss auf den Gang der Dinge nehmen zu wollen. Ganz zu schweigen von den Medien, die teilweise mehrmals am Tag immer wieder neue Wasserstandsmeldungen bringen und so jedweden Spekulationen Tür und Tor öffnen.

Wollte man sich mit all diesen Informationen beschäftigen, würde man heillos versagen. Doch abwarten? Kann genauso falsch sein. Insofern ist dann Handeln, selbst auf die Gefahr hin, manches zwei oder drei Mal tun zu müssen, die bessere Variante. Mit dem nachfolgenden Leitartikel auf den Seiten 2 bis 8 soll deshalb der Diskussion um diese Reform Nahrung und Zündstoff zugleich gegeben werden.

**Ralf Herre**

Pressesprecher der KV Brandenburg

# Das Gesundheitsmodernisierungsgesetz zwischen Struktur-Chaos und Chance zur echten Systemveränderung

Leitartikel von Dr. med. Hans-Joachim Helming,  
Vorsitzender der KV Brandenburg

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) wird mittels der Stärkung der im Wettbewerb stehenden Krankenkassen das Solidar-System noch stärker zerstört und führt durch die allgegenwärtige staatliche Regulierung (Ersatzvornahme- und Kontrollpräsenz der jeweiligen Aufsichtsbehörden) quasi zu einem staatlich gesteuerten Kassendiktat.

Die GKV wird in eine Vielzahl von Kassen-, "Leistungserbringer"-, Versorgungs- und Vergütungsstrukturen, welche noch dazu im konkurrierenden Wettbewerb stehen, zergliedert.

Es gibt Stimmen, welche davor warnen, dass das deutsche Gesundheitswesen in einem staatlich verantworteten, kassenpraktizierten Versorgungs- und Struktur-Chaos versinken wird.

Andererseits bereitet das Gesetz den Boden für wirklich durchgreifende Reformen! In ihm stecken Chancen für alle Akteure - ob Patienten, Ärzte, Leistungserbringer oder Krankenkassen - alle werden mit der Umsetzung dieses Gesetzes einer völlig neuen, leistungsfähigen, deregulierten und bedarfsausgerichteten Gesundheitsversorgungsstruktur einen entscheidenden Schritt näher gebracht!

Wie passt dies zusammen?

Die Antwort ist einfacher als man vermutet: In der Überregulierung, in dem Überdrehen von Daumenschrauben, in der Überfrachtung mit Sinnwidrigem und in der Ideologisierung - kurz: in der Erzeugung eines Chaos und der Inakzeptanz entwickelt sich der Keim des Neuen, wenn man der Entwicklung den Beigeschmack von Katastrophe nimmt!

Zugegebenermaßen - verwirrend ist diese Einschätzung allemal. Nur, nach dem Studium von 3 Gesetzesentwürfen á 450 - 476 Seiten jeweils im Abstand von nur wenigen Tagen ist man offenbar soweit "geschult", den roten Faden, die wirkliche

Linie in dem politischen Vorhaben zu erkennen. Die Dialektik hilft hier weiter: Einheit und Kampf der Gegensätze ...

An dieser Stelle sollen die Ebenen beschrieben werden, welche für uns Vertragsärzte vordergründig von Bedeutung sind und ganz wesentlich unseren Praxisalltag und die Rahmenbedingungen für unsere Interessenvertretung bestimmen.

## Erneute "Nullrunde" für die niedergelassenen Ärzte

Mit einer erneuten "Nullrunde für Ärzte", einer "Anbindung an die stagnierende Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen" wird die "Dynamik" unserer Honorierung durch das Bundesministerium für Gesundheit beschrieben. In Verbindung mit einer "Intensivierung des Preiswettbewerbes führt dies zu Gewinnbegrenzungen" und dies wiederum in Verbindung mit der "Ausgrenzung bisheriger Leistungen sowie Nachfragerückgängen wegen der Zuzahlungen" zu einer Ausgabenbegrenzung für die Krankenkassen als einem wesentlichen Punkt für die Reduktion des durchschnittlichen Beitragssatzes auf 13%.

Wir Ärzte in den neuen Bundesländern werden vor dem Hintergrund der bereits erreichten 96% Umsatz (gemessen am Durchschnitt West) in den nächsten drei Jahren zu 100% angeglichen - einem persönlich größten Verdienst unseres Brandenburgischen Gesundheitsministers, wie er selbst in einem Interview mit BILD jüngst verkündete.

Der hierfür im Gesetz deklarierte Finanzierungsweg - die um 0,6% abzusenkende Gesamtvergütung in den alten Bundesländern - wird jedoch an den ostdeutschen ambulant tätigen Ärzten vorüberführen! Die aus diesem West-Ost-Transfer (2. Aufguss) resultierenden Gelder werden 1:1 von den Krankenkassen gleich einbehalten, um die Anschubfinanzierung für die Integrationsversorgung sicherzustellen (nach drei Jahren wird geprüft, ob diese Gelder auch entsprechend benötigt und verbraucht wurden).

## Krankenkassen erhalten Möglichkeit, Honorar zu reduzieren

Die Krankenkassen erhalten aber auch an anderen Stellen neue Möglichkeiten, direkt die Höhe der Gesamtvergütung zu reduzieren. Der Gesetzgeber ermöglicht es den Kassen, mit bestimmten Hausärzten Direktverträge abzuschließen und die hierfür erforderlichen Finanzmittel dem Gesamthonorar aller Ärzte zu entziehen. Gleiches ist gesetzlich legitimiert, wenn die Kassen auch mit anderen Fachärzten Einzelverträge (Versorgungsverträge) abschließen oder die Polikliniken (Versorgungszentren) unter Vertrag nehmen. Die Bereinigung der Gesamtvergütung um die hierfür notwendigen Finanzierungsvolumina sind dem Belieben der Kassen unterstellt, so dass die im System bleibenden Ärzte die Resteverwerter sind.

Sollten dennoch finanzielle Engpässe in den Kassen der Kassen auftreten, besteht auch die Möglichkeit, eine Überschreitung von Arznei- und Heilmittelausgabenvolumina geltend zu machen und sogleich entsprechende Regress-Summen von der Gesamtvergütung abzusetzen.

Aber auch wir Ärzte dürfen was: zum Beispiel auf Verlangen der Patienten eine "Kosten- und Leistungsinformation" erstellen, die Einführung der "intelligenten Chipkarte" in unseren Praxen finanzieren, in Konkurrenz zu nichtzugelassenen "Leistungsanbietern" treten, wenn unsere Patienten die Kostenerstattung gewählt haben. Das aber fällt uns nicht schwer, denn wir bewähren uns täglich im Wettbewerb mit den zur ambulanten Versorgung geöffneten Krankenhäusern, deren Investitionskosten das Land trägt und mit den Versorgungszentren, deren Investitionskosten dank der ehemaligen brandenburgischen Gesundheitsministerin Hildebrandt auch das Land getragen hat.

Wir dürfen die Kosten der neueingeführten Mitwirkungsmöglichkeit von Selbsthilfe- und sonstigen Patientenvertretungen im gemeinsamen Bundesausschuss zu 50% finanzieren sowie die den Versicherten gegebenen Wettbewerbsoptionen (Bonusregelungen, Zuzahlungsdifferenzierungen, Selbstbehalte, Zusatzversicherungen, Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung) in unseren Praxen logistisch managen.

### Vertragsärzte in der Pflicht zur unabhängigen Fortbildung

Dazu wird uns "hilfreich unter die Arme" gegriffen. Der Gesetzgeber legt fest, dass unsere Praxen zukünftig einem internen Qualitätsmanagement unterzogen zu werden haben (dann dürfen wir auch auf unserem Arztstempel auch die DIN-ISO-Zertifizierung führen!). Wir selbst haben kontinuierlich die Pflicht zur interessenunabhängigen (das kann man interpretieren, wie man möchte) Fortbildung und diese dann auch der KV gegenüber nachzuweisen. Sollte sich jemand dieser Pflicht entziehen, droht ihm zunächst ein Vergütungsabschlag beim Honorar und schließlich der Zulassungsentzug.

Was für die medizinische Versorgung evidenzbasierte Handlungsgrundlage ist, wird uns zukünftig vom "Unabhängigen Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen" vorgegeben (dessen Kosten wir uns mit den Kassen teilen dürfen). Wie unabhängig dieses Institut ist, beweist, dass die Institutsleitung nur im Einvernehmen mit dem BMG berufen werden darf und das BMG sich zudem einen Beratungssitz per Gesetz reserviert hat.

Nur Schelme glauben, dass dies die Eintrittskarte für einen fliegetragenden Professor sein soll, dessen wissenschaftliche Reputation gerade öffentlich demontiert wird, weil professorale Kollegen dem "Chefberater der Bundesregierung" die Unwissenschaftlichkeit seiner "Studien" nachweisen, was natürlich besonders peinlich für denjenigen ist, der die mangelnde Qualität im System zu seinem Lieblingsthema gemacht hat!

### Klasse: Gesetzgeber hat unseren HVM gekupfert ...

Besonders froh stimmt uns hingegen die Tatsache, dass der Gesetzgeber aus unserem HVM abgeschrieben hat! Zitat BMG: "Bedeutend ... ist, dass sich die ärztliche Vergütung ... an der Morbidität und damit am Versorgungsbedarf der Patienten

orientiert." Zitatende. Wie wahr! Vor diesem Hintergrund sind wir besonders gespannt, mit welchen kreativen Lösungsansätzen zur Weiterentwicklung unseres brandenburgischen HVM die brandenburgischen Krankenkassen auf uns zukommen werden, um die Vorgabe des Gesetzes umzusetzen, mit uns einvernehmlich einen HVM zu vereinbaren (das war bislang autonomes Recht der KV).

### Ab 2007 spannend: morbiditätsadjustierte Regelleistungsvolumen

Entlastend für die Kassen wird sein, dass sie diese Pflicht zur Übernahme von Honorarverteilungsverantwortung nur bis zum 31.12.2006 aushalten müssen, denn ab 2007 werden die HVM bundesweit abgeschafft und es gelten Regelleistungsvolumina mit festen Punktwerten! Das wird zwar für uns vom Grundsatz her nichts Neues sein - wir haben diese Systematik sehr zum Ärger der Krankenkassen bereits seit zwei Jahren in Brandenburg - spannend jedoch wird sein, wie die Vorgabe des Gesetzgebers umgesetzt werden soll, diese festvergüteten Leistungsvolumina morbiditätsadjustiert zu gestalten. Nun, warten wir es ab!

Verbunden mit dieser Honorierungssystematik wird zudem, dass bestimmte Ärzte nur bestimmte Leistungen abrechnen dürfen - sei es aus qualitativen Beweggründen oder mittels Versorgungsverträgen zur bedarfsgerechten Leistungszuweisung an die Versicherten - und dass sowohl Leistungskomplexe als auch Fallpauschalen Vorrang haben sollen.

Ärzte auf dem "platten Land" - also in unterversorgten Gebieten - werden künftig von einer Brandenburger Idee profitieren: Unser vor zwei Jahren in die politische Diskussion eingeführte Ländarztschlag ist ebenfalls ins Gesetz aufgenommen worden und soll demnächst vom Landesausschuß an entsprechende Ärzte verteilt werden, wobei aus der Gesamtvergütung 50% der erforderlichen Mittel (bis zu 0,5% der Gesamtvergütung) von den Ärzten bereitgestellt werden.

### Das Prüfgeschäft wird sich in Zukunft "orgiastisch" entwickeln

Da wir gerade Mitfinanzierungsbereiche beschreiben: Auch im Prüfgeschäft werden die Ärzte schrittweise wegen der in den letzten Jahren nachweislichen Insuffizienzen, zum Beispiel Abrechnungsbetrügereien, welche die Krankenkassen zu Hauf aufgedeckt haben (sollen), eliminiert. Wirtschaftlichkeitsprüfungen sollen nur noch "entsprechend spezialisierte Personen" durchführen, Prüfungsgremien werden außerhalb der KV-Zuständigkeit angesiedelt - bezahlen werden wird diese Strukturen dennoch. Wir sind schließlich zur Errichtung von Prüf- und Ermittlungseinheiten zur "Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen" verpflichtet, wo jeder vermutete Unregelmäßigkeiten anzeigen kann und rechtzeitig mit der Staatsanwaltschaft so kooperiert werden muß, dass entsprechende Ermittlungsverfahren auch eingeleitet werden.

In diese Neustrukturierung ärztlicher "Selbst"verwaltung reiht sich dann auch die uns vom Gesetzgeber vorgegebene Organisationsstruktur-Norm ein.

Wir werden professionalisiert. Das heißt: Störender ärztlicher Einfluß auf Entschei-

dungen wird unterbunden. Dazu wird der Vorstand der KV und KBV hauptamtlich und auf 3 Mitglieder reduziert. Seine Aufgabe besteht in der Verwaltung der KV (Interessenvertretung der Zwangsmitglieder war einmal). Die Amtsdauer beträgt 6 Jahre. Die Vertreterversammlung wird auf 30 Mitglieder gestutzt und kontrolliert den Vorstand, der jedoch auch für von ihm nicht zu verantwortende Entscheidungen der Vertreterversammlung haftet!

Dies wird ohnehin nur marginal relevant, da die maßgeblichen Entscheidungen im Honorar- und Leistungsmengensteuerungsbereich auf Bundesebene verlagert wurden. Der Bewertungsausschuss - ein Gremium auf Spitzenverbandsebene wird zukünftig derartige Bereiche normierend regeln, so dass auf Landesebene schrittweise nur noch so getan werden braucht, als ob ...

### **Verwaltungsaufwand wird nicht geringer, sondern mehr**

Dieser Ausschnitt aus dem Gesamtkunstwerk der fast 500 Seiten verdeutlicht, dass wir zukünftig mit erheblichen Umstrukturierungsprozessen rechnen müssen. Es ist nicht zu erkennen, dass wir Ärzte weniger Verwaltungsaufwand abzudecken haben - unsere Verwaltung dürfte sich über die Erweiterung von Aufgabenfeldern freuen; so wird wenigstens die Alltagsmonotonie etwas aufgelockert. Dummerweise kostet das aber alles Geld, Geld, welches wir aus unseren Honoraren aufbringen müssen. Ganz im Gegensatz zu der auch von unserem Ministerium und den Krankenkassen immer wieder fälschlich in der Öffentlichkeit verbreiteten These, es handle sich um Beitragsmittel der Krankenkassen. Schön wär's!

Seit Jahren ist unser Haushalt defizitär. Irgendwie ist es in der Verwaltungsfinanzierung wie mit unseren Honorarbudgets. Irgendwann sind die Rationalisierungsréserven ausgeschöpft und man kann mit weniger oder gleich viel Geld nicht mehr die zunehmenden Aufgabenlasten abdecken.

Auch in diesem Haushaltsjahr hätten wir zum Jahresende (wie übrigens die Krankenkassen schon seit Jahren) einen Kredit zur Finanzierung des Defizits aufnehmen müssen, wenn wir nicht eine "Notoperation" durchgeführt hätten.

### **2004 ist eine massive Unterdeckung des KV-Haushaltes zu erwarten**

In Erwartung der bereits beschriebenen Einnahmereduktionen infolge Bereinigungen der Gesamtvergütung (Honorareinbehalt durch die Krankenkassen für Integrationsversorgung, hausarztzentrierte Versorgung, medizinische Versorgungszentren, Direktverträge für Versorgungsaufträge etc.) aber auch dadurch, dass die 10,00 € Praxisgebühr ja nicht umsatzrelevante Honorare sind, welche über die KV laufen sondern in der Praxis selbst kassiert werden, wird die Summe der Honorare, auf welche 2,5% Verwaltungskostenumlage bislang zumindest vom Ansatz her, für einen ausgeglichenen Haushalt ausreichen sollten, nun definitiv nicht mehr ausreichen.

Es zeichnet sich eine massive Unterdeckung ab und derzeit ist völlig unklar, wie vor diesem Hintergrund ein geordneter Haushaltsansatz für das Jahr 2004 entwickelt

Anzeige

und der Vertreterversammlung im November zur Beschlussfassung vorgelegt werden soll.

Dies haben wir der zuständigen Aufsichtsbehörde am 10. September dargestellt und um Entscheidung gebeten, ob zur Stabilisierung des Haushaltes Vermögenswerte aufgelöst werden können (um damit auch Schulden bei den Ärzten, die damals die Sonderumlage gezahlt haben, abzutragen), ob die Verwaltungskosten auch auf Gelder erhoben werden dürfen, die nicht über die KV gezahlt werden (10,00 € Praxisgebühr) und ob ein Nothaushalt vorgelegt werden darf, welcher mit 5% Verwaltungskosten die Ertragsseite der Aufwandsseite ausgleicht.

### Geringe Chancen kompetent beim Schopfe fassen

Um die Einlassung vom Anfang dieses Artikels wieder aufzugreifen.

Dies alles auch als Chance zu begreifen, fällt zugegebenermaßen nicht leicht. Wir haben jedoch keine Alternative!

- Prüfen wir also die nutzbaren Ansätze in dem Gesetz (Zuzahlung und Praxisgebühr als Einstieg in die ohnehin kommende Kostenerstattung),
- stärken wir schnell die "außerkörperschaftlichen" Interessenvertretungen wie Ärztenunion und Hartmannbund,
- bauen wir die Verwaltung zu flexiblen Dienstleistungsstrukturen um, die auch wirtschaftlich eigenständig sein können,
- entwickeln wir ärztlich dominierte Kooperationsstrukturen als Alternative zum Kasernenmodell bzw. Klinikmodell der Integrationsversorgung und
- versuchen wir die Entwicklung einer Zentralmacht auf Bundesebene zu verhindern.

Wegen des erheblichen Diskussionsbedarfs hinsichtlich der sich aus den Reformen ergebenden Folgen für die Umstrukturierung der ärztlichen Selbstverwaltung, hat die Vertreterversammlung beschlossen, im November ganztägig in Klausur zu gehen. Es müssen die Auswirkungen auf die Satzung und Wahlordnung beraten werden, die Wahlordnung muß schnellstens den neuen Bedingungen angepasst werden - im September muß die neue VV gewählt werden.

Das Selbstverständnis der ärztlichen Selbstverwaltung muß neu definiert werden.

Und - es muß begonnen werden, nach geeigneten Kandidaten zu suchen, welche bereit sind, unter diesen Bedingungen Verantwortung zu tragen, ihre Praxis aufzugeben und zu riskieren, nach sechs Jahren Amtszeit nur noch so wenig von Medizin zu verstehen, dass selbst die Ausstellung eines Rezeptes zum unlösbaren Problem wird ....

Nichts ist einfach - aber einfach wäre auch langweilig. Oder?

## Einstieg in den Ausstieg?!

### Vertreterversammlung der KV Brandenburg diskutiert über die Zukunft der ärztlichen Selbstverwaltung

Die "große Politik" bestimmte maßgeblich die jüngste Vertreterversammlung der KVBB am 12. September. Es war gewissermaßen ein erster Gedankenaustausch der gewählten Vertreter der brandenburgischen Vertragsärzteschaft. Ein Gedankenaustausch, der geprägt war von vielen Fragen, einer nicht zu übersehenden Ratlosigkeit, aber auch von der Sorge um die Zukunft ärztlichen Tuns, nicht zuletzt der ärztlichen Selbstverwaltung.

Ist das Gesundheitsmodernisierungsgesetz, kurz GMG genannt, das zur Zeit in den parlamentarischen Ebenen diskutiert wird, der Einstieg in den Ausstieg? Der KV-Vorsitzende, Dr. Helming, wählte diese Formulierung als Aufhänger für seinen Bericht zur Lage, der sich diesmal ausschließlich mit der Gesundheitsreform befasste. Ob hinter dieser Formulierung eine Frage - oder doch eher ein Ausrufungszeichen steht, stehen sollte, konnte an diesem Abend nicht geklärt werden. Für viele der gewählten Vertreter wohl eher beides.

Nach dem jetzigen Stand der Diskussion scheint es unstrittig, dass auf die Vertragsärzte - entgegen bisher geäußerter Bewertung des GMG - doch erhebliche Veränderungen zu kommen. Und diese werden weitaus tiefgreifender sein, als die in diesen Tagen allerorts so vehement diskutierte Einführung einer Praxisgebühr. Sie übrigens ist beschlossene Sache. Wohl auch, dass die Ärzte sie

in ihrer Praxis von den Patienten entgegen zu nehmen haben.

Das zum Teil sehr emotional geführte Pro und Contra dazu in der Vertreterversammlung widerspiegelte auch die unterschiedlichen Positionen in der Vertragsärzteschaft. Allein, es wird kein Weg daran vorbeiführen, dass auch - wie in allen anderen Bereichen der Gesellschaft - in das Arzt-Patienten-Verhältnis der direkte monetäre Aspekt einziehen wird. Darauf ankommen wird es, wie dies geschehen soll. Doch dazu gibt es gegenwärtig keine Aussagen.

In der gesamten Diskussion sollte, und dies kam in der VV-Diskussion deutlich zur Sprache, nicht vergessen werden, dass eine solche Praxisgebühr letztlich auch eine steuernde Funktion haben wird. Es werden sich mit Sicherheit zukünftig viele Leute genauer überlegen, ob sie wegen ein und derselben Beschwerden mehrere Ärzte aufsuchen oder bei Bagatellerkrankungen "mal schnell" zum Arzt gehen.

Angesichts der zum Teil übervollen Wartezimmer in brandenburgischen Arztpraxen, angesichts immer länger werdender Terminvergaben aufgrund steigender Patientenzahlen wäre eine solche Entwicklung sowohl im Interesse der Ärzte als auch der Patienten.

Wenn sich die "Folterinstrumente" aus dem GMG für die Ärzte nur auf den momentanen Zankapfel Praxis- oder



"Eintrittsgebühr" beschränken würde, könnte der Blick nach vorn relativ unge- trübt sein. Leider ist es nicht so.

Stichworte wie Versorgungsverträge, die die Kassenärztliche Vereinigung mit einzelnen Ärzten abschließen können und auch werden; medizinische Versorgungszentren an Krankenhäusern, die sich wohlgesonnen Niederlasse einkaufen werden; bis zur Perfektion getriebene "Prüforgiasmen" inklusive der Wiedereinführung des Kollektivregresses durch die Hintertür sind ganz andere Kaliber. Ganz zu schweigen davon, dass durch das Einzelvertragssystem, die Initiierung der integrierten Versorgung, oder besagten Kollektivregress der ambulanten medizinischen Versorgung weitere Finanzmittel entzogen werden.

(Lesen Sie dazu bitte den Leitartikel in dieser Ausgabe).

Neben dieser "großen Politik" verabschiedete die Vertreterversammlung nach intensiver Diskussion erstmalig ein Sicherstellungsstatut. Dieses Konzept verfolgt unter anderem das Ziel, den bereits bestehenden, vor allem jedoch in den kommenden Jahren zu erwartenden Defiziten in der flächendeckenden Versorgung insbesondere in den ländlichen Gebieten entgegen zu wirken.

Im Zentrum des Konzeptes: die Neustrukturierung der Notfalldienstbereiche. Die gegenwärtig rund 150 Bereiche werden reduziert auf maximal 75 und anstelle der Honorierung aus den Punktzahlgrenzvolumen, so wie es zur Zeit erfolgt, wird es dann eine Pauschale geben plus Kilometergeld. Wie dies im Detail aussehen soll, erläuterte Dr. Noack vor der Vertreterversammlung. Die wichtigsten Ansätze lesen Sie auf den folgenden Seiten 11 und 12. **Bitte beachten Sie auch den diesbezüglichen Beileger in dieser Ausgabe!**

Dieses Sicherstellungsstatut ist ein ebenso eindeutiges wie unmissverständliches Signal an die Öffentlichkeit, die Politik, die Krankenkassen, dass die KV Brandenburg ihren Aufgaben kreativ und konsequent nachkommt. Und dies ungeachtet der großen Probleme, insbesondere der defizitären Honorarsituation und des sich leider immer weiter verschärfenden Ärztemangels.

Alles in allem eine sehr konstruktive Vertreterversammlung, die sich unter anderem auch darauf verständigte, im November eine Tagesklausur durchzuführen. Dann in der Hoffnung, dass auch das Kleingedruckte des Reform(mach)werkes für jedermann nachlesbar ist.

R.H.

## Sinnvolle Veränderungen im Notfalldienst in Brandenburg!

Die Vertreterversammlung der KVBB hat anlässlich ihrer Sitzung am 12.9.03 über ein Sicherstellungsstatut, über Ausführungsbestimmungen zum Sicherstellungsfond der KVBB und über ein neues Notfalldienstkonzept der KVBB beraten und mit großer Mehrheit beschlossen.

Im Folgenden einige Ausführungen zum neuen Notfalldienstkonzept, das für eine Vielzahl von Kollegen schon ab 1.10.03 gelten wird und ab 1.1.04 Grundlage einer neuen Struktur von NFD-Bezirken (Fläche und Einwohnerzahl) sowie neuer Finanzierungsmodalitäten (Bezahlung über Dienstpauschalen und Kilometerzuschläge im allgemeinen und kinderärztlichen Notfalldienst, sowie über Fallpauschalen für fachgebietsbezogene Dienste) sein wird.

Die Notwendigkeit, den Notfalldienst (NFD) in Brandenburg umzustrukturieren, ergibt sich u.a. aus:

1. dem Ärztemangel: In immer mehr derzeitigen NFD-Bezirken können unsere Kollegen den Dienst kaum mehr sicherstellen, da es durch das Ausscheiden von älteren Kollegen und die oft erfolglose Nachbesetzung an Kollegen fehlt, welche überhaupt diese Dienste leisten könnten. So mussten z.B. 3 Kollegen eines Bereiches im Wechsel ein ganzes Quartal absichern.

2. der kollegialen Meinungsbildung ihrer NFD-Beauftragten/Verantwortlichen und

ihrer Servicestellenbeiräte, welche schon vor über einem Jahr die Umsetzungsrichtung hin zu größere, aber der jeweiligen Region angepassten NFD-Bezirken vorgegeben haben.

3. der derzeit ungleichen Bezahlung für die teilnehmenden Ärzte, da NFD-Leistungen bei vielen Kollegen wegen der unterschiedlichen Kürzung der PZGV und der gesetzlich vorgeschriebenen Trennung unserer Gesamtvergütung oft

**Bitte beachten Sie unbedingt den Beileger in dieser Ausgabe von "KV-Intern" zu den Veränderungen im Notfalldienst!**

**Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre Servicestelle.**

nicht vergütet werden, jedoch der NFD von allen brandenburgischen Ärzten geleistet wird.

4. der Möglichkeit ,mit der neuen NFD-Struktur ein zukunftsicheres und weiter ausbaufähiges

System zu ent-

wickeln. Zum Beispiel wird es Ihnen leichte fallen ,wenn gewollt, Ihre Dienste durch einen zentralen Fahrdienst zu organisieren.

Grundsätzliche Voraussetzung für die Finanzierbarkeit der neuen Strukturen ist, dass 75 neue NFD-Bezirke durch Zusammenlegung kleinerer, aber regional durchaus verbundener, NFD-Bezirke entstehen.

Dafür hat der Vorstand der Vertreterversammlung und den Servicestellen-Beiräten einen Vorschlag unterbreitet, welcher Arbeits- und Diskussionsgrundlage für Ihre Entscheidung vor Ort sein sollte,

damit die Zahl 75 eingehalten werden kann.

Bringen Sie sich bitte in die Diskussion an Ihren Stammtischen ein und finden Sie damit die aus Ihrer Sicht vielleicht noch sinnvollere regionale Zusammenarbeit. Aber bedenken Sie bitte dabei, dass eine Erhöhung der Anzahl von NFD-Bezirken grundsätzlich nicht möglich ist.

Welche variablen Möglichkeiten für Sie bestehen auch alte Strukturen, wenn notwendig weil sinnvoll, zu erhalten, können Ihnen Ihre gewählten Beiratsmitglieder darlegen. Nutzen Sie deshalb diese Chance bis November 2003. Danach müssen wir die dann neuen Strukturen umsetzen, damit ab 1.1.2004 jede Kollegin / jeder Kollege seine jeweilige Zuständigkeit kennt.

Die Finanzierung der neuen Notfalldienste wird ab 2004 für alle über eine Dienstpauschale von 250,-□ für einen Dienst von 12 Stunden. für den jeweiligen neuen NFD-Bezirk und mit kostendeckend, finanzierten Kilometerpauschalen gleich sein. Fachgebietsbezogene Dienste werden über Fallpauschalen vergütet. Ein minimales Ab- und Anmeldeverfahren ist ebenfalls notwendig. Und Sie müssen Ihre Teilnahmen auf einer gesonderten Teilnahmeerklärung quittieren.

Die Mitarbeiter der Servicestellen stehen Ihnen im Übrigen jederzeit für Auskünfte zur Verfügung.

Die Verbesserungen durch die neue Dienstsyntax werden sein:

- Gleiche Bezahlung für alle Ärzte, die den allgemeinen- und kinderärztlichen Dienst leisten
- Die Vergütung im allgem. und kinderärztlichen NFD berücksichtigt den Zeitaufwand
- Fallpauschalen für fachgebietsbezogene Dienste
- Längere Wege in größeren Bereichen werden über kilometerabhängige, kostendeckende Kilometerpauschalen finanziert
- Schaffung einer Ausgangsbasis für weitere Verbesserung der Versorgung unserer Patienten im NFD
- Weniger Diensthäufigkeit für den einzelnen Kollegen

Ich glaube, dafür lohnt es sich, vor Ort im kollegialen Dialog und Miteinander eine qualitativ gesicherte "Rundumversorgung" unserer Patienten zu gestalten.

**MUDr./CS Peter Noack**

**Bitte beachten Sie die Informationen zur Neugestaltung des Notfalldienstes, die dieser Ausgabe von "KV-intern" beiliegen.**

## Klartext in eigener Sache - einige Antworten auf offene und nicht gestellte Fragen

*Liebe Kolleginnen und Kollegen,*

"Panorama", "Klartext", "Kontraste" - Boulevard-Magazine dieser Couleur haben offensichtlich Hochkonjunktur in diesen Zeiten. Es geht um Quoten und damit um Skandale. Angebliche oder wirkliche, von den Zuschauern ist dies mittlerweile kaum noch zu unterscheiden.

Dabei würde ein solch verheißungsvoller Titel wie "Klartext" - eine Sendung des RBB Brandenburg - eigentlich geradezu prädestiniert sein, tatsächlich Klartext zu reden. Das jedoch scheint nicht gewollt zu sein. Zumindest bei dem Beitrag Ende August diesen Jahres, der sich mit der Entschädigung der Vorstandsmitglieder der KV Brandenburg befasste.

Um nicht falsch verstanden zu werden: Kritischer Journalismus ist in einer Demokratie lebenswichtig. Doch nach meinem Verständnis sollte sich ein solch kritischer Journalismus, zumal in einem Magazin-Format, das die Möglichkeit für längere Beiträge bietet, mit der Sache beschäftigen. Und nicht sich allein darauf beschränken, auf der Basis von Sozialneid-Schüren einzelne Personen zu verunglimpfen.

Doch zu den Fakten.

Richtig ist, dass die Vorstandsmitglieder Helming, Noack, Milz und Zahradka neben den anderen ausgeschiedenen Vorstandsmitgliedern eine Übergangsentuschädigung für ihre Vorstandstätigkeit in den Jahren 1991 bis 2000 ausgezahlt bekommen haben, obwohl sie eine weitere Amtsperiode im Vorstand der KV sind.

Richtig ist, dass unsere zuständige Aufsichtsbehörde - das brandenburgische Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen nicht die Höhe der Zahlung an sich bezweifelt, denn dafür gibt es einen rechtlich und tatsächlich erworbenen Vertrauens- und Bestandsschutz (bisher wurden alle Haushalte der KVBB und damit die Haushaltspositionen für Entschädigungen genehmigt), sondern lediglich den Zeitpunkt der Auszahlung für nicht rechtens hält.

Falsch ist jedoch, dass es sich um Versicherungsgelder handelt, die negativ die Beitragssätze der GKV belasten. Denn: Diese Gelder für die Tätigkeit des Vorstandes finanzieren sich aus der Verwaltungskostenumlage, also aus unserem Honorar - dem mittlerweile "privaten", ärztlich erarbeiteten Geld. Oder lastet z.B. die Erhöhung der Rundfunkgebühren irgendjemand den Journalisten und Reportern an, obwohl ein solcher Zusammenhang noch fassbarer wäre?

Falsch ist die Aussage in "Klartext", dass im Vorstand eine Selbstbedienungsmoralität herrscht.

Richtig ist vielmehr, dass wir eine neue Entschädigungsordnung seit dem 01.01.2001 haben, welche einstimmig von der Vertreterversammlung der KVBB beschlossen wurde. Diese gilt übrigens für alle Kollegen, die in der KV ehrenamtlich tätig sind. Hinzu kommt, dass den Vorstandsmitgliedern und dem Präsidenten der KVBB die Finanzierung eines Praxisvertreters nach folgender Systematik gewährt wird:

Die Zahlung der monatlichen Vergütung erfolgt auf der Grundlage des BAT-O Ia, Lebensalter 39 Jahre, Tarifklasse Ib Stufe 4, 36,6 % Lohnnebenkosten bezogen auf das Brutto-Monatsgehalt und 13 Zahlungen jährlich.

Anteilig erhalten der Vorstandsvorsitzende und sein Stellvertreter je 100 %, die Vorstandsmitglieder je 30 % und der Präsident der Vertreterversammlung 15 % der sich hieraus errechnenden Vergütung für die Anstellung eines Praxisvertreters.

Bedingung für eine solche Finanzierung ist, dass tatsächlich die Anstellung eines Praxisvertreters erfolgt und die Amtsinhaber somit der KVBB zur Verfügung stehen.

Noch einmal ein Blick zurück in die Historie.

In der alten Entschädigungsregelung wurde eine sogenannte Barabfindung, die von der ärztlichen Basis immer kritisiert worden war, für die Praxis-Vertreter gezahlt - egal, ob ein solcher in der Praxis arbeitete oder nicht.

Das ist nun, ich meine, zu Recht, korrigiert worden und die Vorstandsmitglieder müssen an mehreren Tagen der Woche in der KV tätig sein.

Von der ärztlichen Basis wurde ebenfalls in der Vergangenheit die Pauschalvergütung der alten Entschädigungsregelung kritisiert. Pauschale Zahlungen lassen nun einmal schnell den Verdacht aufkommen, dass ohne Gegenwert "kassiert" wird.

Deshalb wurde diese pauschale Vergütung durch eine wesentlich geringere monatliche Grundentschädigung abgelöst, welche ihre Berechtigung in der

umfangreichen häuslichen Vorbereitung auf Vorstandssitzungen oder Verhandlungen usw. findet. Dies ist analog zu sehen zu den Mitgliedern der Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse, die ebenfalls eine Vergütung für die häusliche Vorbereitung erhalten.

#### Wie sieht die Systematik der durch die VV beschlossenen Entschädigungsordnung aus?

Der Basisbetrag für die Berechnung des Aufwandes ist seit 1993 mit 110 DM bzw. 56 € je Punkt unverändert (bis zu 3 Stunden 1 Punkt; bis zu 6 Stunden 3 Punkte, bis 9 Stunden 5 Punkte; bis 12 Stunden 7 Punkte, über 12 Stunden 9 Punkte). Der täglich maximale abrechenbare Aufwand ist damit auf höchstens 504 Euro begrenzt.

Diese Aufwandsabrechnungen sowie die Erstattung des Fahrtgeldes bei Benutzung des eigenen PKW für die KVBB, welche wieder für alle ehrenamtlich tätigen Ärzte mit 0,50 Cent/km gleich ist, werden über Reisekostenabrechnungen kontrolliert.

Richtig ist, dass diese Systematik dazu führt, dass fünf Vorstandsmitglieder insgesamt die brandenburgische Vertragsärzteschaft soviel "kosten" wie früher neun. Ein solcher Vergleich sagt allerdings noch nichts über Inhalte der Vorstandstätigkeit aus.

Und diese haben sich erheblich erhöht. DMP-Vereinbarungen, Schiedsamtstermine en masse, Vergütungs- und Vertragsverhandlungen, neue Gesetzesregelungen, ein ständig steigender Prüfaufwand sind nur einige der neuen Aufgaben.

Bei der Beurteilung der Situation darf man auch nicht vergessen, dass die Vor-

standsreform nicht vorrangig durchgeführt wurde, um Verwaltungskosten zu sparen. Vielmehr sollte die Arbeit konzentriert werden, um einheitliche Entscheidungsprozesse auch auf ärztlicher Seite zu garantieren.

Der Vorstand "kostet", bezogen auf jeden abgerechneten Abrechnungsschein, somit jeden von uns brandenburgischen Vertragsärzten 5 Cent. Der prozentuale Anteil der Vorstandsentschädigung an der Verwaltungskostenumlage beträgt 5,46 Prozent.

Oder anders ausgedrückt: Jeder von uns wendet im Monat 17,34 Euro für die Arbeit des gesamten Vorstandes auf.

Eine Beurteilung, ob dies viel ist oder nicht, angemessen oder nicht, muss letztlich jeder für sich ziehen. Unstrittig ist dabei aber, dass es preiswerter bei gleicher Qualität wohl kaum zu machen ist.

Richtig und nicht umstritten ist: Die Vorstandsmitglieder haben im Rahmen der durch die VV beschlossenen und durch das Ministerium genehmigten Entschädigungsordnung "ordentlich" Geld verdient.

## Entschädigungen sind rechtens!

### Rechtsauffassung der KV Brandenburg wurde bestätigt

**Potsdam.** Der Streit zwischen der KV Brandenburg und dem brandenburgischen Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen ist beigelegt. Am 17. September 2003 wurden die unterschiedlichen Rechtsstandpunkte zum Zeitpunkt der Auszahlung von Entschädigungen an Mitglieder des Vorstandes der KV Brandenburg am Sozialgericht Potsdam erörtert.

Der von der KV Brandenburg bevollmächtigte Rechtsanwalt Dr. Rehborn stellt Folgendes fest: "Auf Vorschlag des Direktors des Sozialgerichtes Potsdam wurde eine das Verfahren abschließende Einigung erzielt. Nach dieser verbleiben die von der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg geleisteten Zahlungen in voller Höhe bei den Vorstandsmitgliedern.

Diese Regelung bestätigt die Rechtsauffassung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg, dass die Ärzte einen solchen Anspruch aufgrund ihrer langjährigen Tätigkeit in der Vergangenheit unter hohem persönlichen Einsatz erworben haben. Im Übrigen ist klargestellt, dass diese Vorstandsmitglieder keine weiteren Ansprüche nach ihrem ehrenvollen Ausscheiden aus dem Vorstand stellen."

"Zweifelsfrei stehen den Mitgliedern des Vorstandes damit diese Zahlungen zu. Die betroffenen Ärzte haben nach Erhalt der Zahlungen den Zinsausgleich gegenüber der KV Brandenburg vorgenommen. Auch diese Verfahrensweise wurde durch den Vergleich bestätigt", so Dr. Rehborn.

Beide Seiten, sowohl das brandenburgische Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen als auch die KV Brandenburg, haben den Vergleichsvorschlag angenommen und auf weitere Rechtsmittel in dieser Sache verzichtet. Dieser Vergleich ist somit auch für das Ministerium verbindlich.



Es wurde aber dafür auch eine "ordentliche" Leistung erbracht.

Richtig ist übrigens auch: Vorstandsmitglieder haben nicht in einem einzigen Fall falsche Reisekostenabrechnungen eingereicht. Das ist bewiesen durch die umfangreiche Prüfung des MASGF. Deshalb hat der Reporter in Kontraste bewusst gelogen oder aus seiner "heißen Quelle" falsch recherchiert.

Und zum Abschluss: Völlig falsch ist, dass wir den Mantel der Verschwiegenheit über unsere Zahlungen hüllen. Richtig ist vielmehr, dass wir uns diesem Thema auf jeder ärztlichen Versammlung

mit konkreten Zahlen und Euro-Beträgen, wenn gewünscht, gestellt haben und stellen werden und der Meinung sind, dass dies vor allem ein innerärztliches Thema ist.

Oder würden Sie alle Ihre Bezüge in der jeweiligen regionalen Presse in einer monatlichen Beilage finden wollen?

**MUDr./CS Peter Noack,**  
stellvertretender Vorsitzender  
der KV Brandenburg

## Einfach tierisch!

Der "ersatzkassen-report", Ausgabe August 2003, gibt sich tierisch. Im Zusammenhang mit der Vergütung ärztlicher Leistungen - eine zugegebenermaßen schwierige Materie - und der damit verbundenen Definition von Regelleistungsvolumina hat man offensichtlich bei den Ersatzkassen erhebliche Schwierigkeiten.

Was da hilft, ist ein treffendes Bild, sozusagen als Erklärungshilfe. So machten sich also die Blattmacher auf die Suche und - richtig, wurden fündig: Eierlegende Wollmilchsau. Was so viel heißen soll wie - etwas Unmögliches zustande bringen.

Eigentlich wäre das ja ein Kompliment für die Ärzteschaft, doch so ist es denn doch nicht gemeint. Vielmehr sollen dem "ersatzkassen-report"-Leser die angebe-

lich aberwitzigen Forderungen der Regelleistungsvolumina-verrückten Vertragsärzteschaft unmissverständlich offengelegt werden.

Skandalös schon die erste Forderung der Weißkittel: Mit Regelleistungsvolumina werden - Zitat - "definierte Leistungsmengen festgelegt". Wollen Kassen für ihre Versicherten mehr Leistungen, müssen sie diese bezahlen".

Da bleiben einem schlicht die Argumente im Hals stecken ...

Skandalös auch die zweite Forderung: Bei Regelleistungsvolumina gib es - Zitat - "für festgelegte Leistungsmengen einen festen Punktwert - weg mit den von Quartal zu Quartal wechselnden Preisen".

Pfui, kann man da nur ausrufen!

Geradezu grotesk erscheint den Ersatzkassen die dritte Götter-in-Weiß-Forderung, dass - Zitat - "die Veränderung des

Ausgabenvolumens auch von der Morbiditätsveränderung der Versicherten" abhängt. Wäre doch damit -Zitat - "die Dominanz des ökonomisch geprägten Grundsatzes der Beitragssatzstabilität" gebrochen.

Diese Schlussfolgerung, liebe "ersatzkassen-report"-Macher ist nun endlich mal korrekt. Allein - was hat der ökonomisch geprägte Grundsatz der Beitragssatzstabilität eigentlich mit medizinischer Behandlung kranker Menschen zu tun?

Darauf, so meine ich, bleiben die Damen und Herren dieser Redaktionsstube die Antwort schuldig. Dass sie diese in ihrem tiefsten Innern jedoch nicht wissen, wage ich zu bezweifeln. Schließlich sind sie beim Fazit Ihrer Betrachtungen unter der Überschrift "Ein weinendes, ein lachendes Auge - Regelleistungsvolumina ante portas" noch zu einer Erkenntnis gelangt, die dem pochenden, gefiederten Selbstverwaltungspartner in die Verblüffung getrieben hat. Zitat:

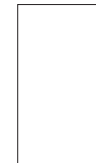
"Insgesamt also eine Entwicklung, die eine deutliche Risikoverlagerung auf die Kassen bedeutet!"

Bravo, Beifall, Vorhang! Aus dem weinenden Auge ob der anfänglich orientierungslosen Argumentationsversuche wurde nun doch noch ein lachendes. Denn die von den Ersatzkassen befürchtete Risikoverlagerung hin zu sich selbst bedeutet ja nichts anderes, als dass sie nun - endlich! - wieder dort hinkommt, wo sie auch hingehört; zum Versicherer.

Und nichts anderes ist eine Krankenkasse - egal, ob sie sich mit den Vornamen Ersatz oder Primär versieht, oder ob sie einfach aus ihrem Namen Krankenkasse "Gesundheitskasse" macht ... im Sinne einer eierlegenden Wollmilchsau eben!

Einfach tierisch, meint Ihr ...

... specht



## Knappschaft sagt Nein zur Schmerztherapie!

Kurz und eindeutig fiel sie aus, die Antwort der Knappschaft - Nein! Vorausgegangen war ein Angebot der KV Brandenburg, eine Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten mit der Knappschaft abzuschließen.

Nicht übrigens ein allgemein gehaltenes, sondern ein konkreter Entwurf einer möglichen Vereinbarung. Im Fünf-Zeilen-Brief der Knappschaft liest sich die Antwort dann wie folgt, Zitat:

"... wir bedanken uns für die Übersendung eines Entwurfes zu o.g. Vereinbarung. Leider kann eine Vereinbarung, die Vergütungsanteile außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung vorsieht, bei den jetzt gültigen Gesetzesbestimmungen von der Bundesknappschaft nicht abgeschlossen werden.

Wir bedauern, Ihnen keine positive Entscheidung mitteilen zu können."

Kommentar? Nein! Nicht notwendig.

## DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 und Strukturvertrag Diabetes mit der Bundesknappschaft treten zum 08.09.2003 in Kraft

Nach kurzer Verhandlungszeit gelang der KVBB der erfolgreiche Abschluss eines Vertrages zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) für Diabetiker des Typs 2 mit der Bundesknappschaft, so dass sich ab sofort auch Knappschafts-Versicherte in das DMP einschreiben und anschließend danach behandelt werden können.

Mit dem Tag der Einreichung zur Akkreditierung beim Bundesversicherungsamt, mithin zum September 2003 tritt der DMP-Vertrag in Kraft. Der Strukturvertrag Diabetes ist bezüglich seines Inkrafttretens an den DMP-Vertrag gekoppelt und wird zeitgleich mit diesem wirksam. Er löst damit die bisherige Diabetes-Vereinbarung ab.

Inhaltlich entspricht der DMP-Vertrag mit der Bundesknappschaft grundsätzlich dem mit der AOK abgeschlossenen Vertrag. Insoweit verweisen wir Sie auf den Artikel in KV intern 07/2003 betreffend den AOK-Vertrag. Auf wesentliche Abweichungen möchten wir Sie im Folgenden aufmerksam machen:

Der DMP-Vertrag wurde entsprechend der aktuellen Fassung der 7. Verord-

nung zur Änderung der RSAV inhaltlich angepasst.

Anders als bei der AOK können nach diesem Vertrag Knappschafts-Versicherte unabhängig von ihrem Wohnsitz nach diesem Vertrag behandelt werden, sofern sie sich in das Programm eingeschrieben haben.

Mit der Bundesknappschaft wurde in Bezug auf die Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt) vereinbart, dass vor einer diabetesbedingten geplanten Krankenhauseinweisung die Zweitmeinung eines diabetologisch qualifizierten Arztes einzuholen und zu dokumentieren ist.

Die Vergütungssätze für die Erst- und Folgedokumentation, die Schulungen und das Schulungsmaterial entsprechen den mit der AOK vereinbarten. Für die Abrechnung der o.g. Verträge finden die SNR'n des AOK-Vertrages Anwendung. Beachten Sie hierzu bitte die in "KV intern" 07/2003 beigelegten Merkblätter.

Die Vergütungen für den erhöhten Koordinationsaufwand des koordinierenden Vertragsarztes sowie für die fachärztli-

chen Mehrleistungen der Augenärzte und Nephrologen sind in einer Zusatzvereinbarung zum Vertrag festgelegt und werden von der Bundesknappschaft außerhalb der pauschalisierten Gesamtvergütung gezahlt. Folgende SNR'n sind zusätzlich zu den o.g. des AOK-Vertrages zur Anwendung zu bringen:

tes-Vereinbarung vom 09.06.1993 zur Teilnahme an der Versorgung von Diabetikern berechtigt waren (zum Führen einer Schwerpunktpraxis und/oder zur Durchführung von Schulungen), ohne weitere Genehmigung zur Teilnahme am Strukturvertrag im bereits genehmigten Umfang berechtigt sind.

SNR	Wert	Bemerkung
9612	15,00	□ Pauschale für den zusätzlichen Beratungsaufwand als koordinierender Vertragsarzt
9613	6,00	□ je Arzt-/Patientenkontakt für auf Überweisung in Anspruch genommene Augenärzte
9614	4,00	□ je Arzt-/Patientenkontakt für auf Überweisung in Anspruch genommene Nephrologen

Außerdem wurde die Zahlung einer außerbudgetären Vergütung in Abhängigkeit von Einschreibequoten vereinbart, welche die zwingende Voraussetzung für die oben genannten Vergütungen sind.

Der Strukturvertrag Diabetes gilt, wie bei der AOK, abweichend vom DMP für alle bei der Bundesknappschaft versicherten Diabetiker, mithin für Diabetiker des Typs 1 und für Diabetiker des Typs 2, die nicht im DMP eingeschrieben sind. Die im Vertrag definierten Schulungs- und Betreuungsleistungen und -vergütungen entsprechen den mit der AOK vereinbarten.

Selbstverständlich können sich am Strukturvertrag auch alle die Ärzte beteiligen, die nicht am DMP-Vertrag teilnehmen und die die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.

Wie bei der AOK wurde fixiert, dass Vertragsärzte, die bereits nach der Diabe-

Aufgrund der geringen Anzahl von knappschaftlich versicherten Schwangeren hat die Bundesknappschaft darauf verzichtet, eine separate Vereinbarung zur frühzeitigen Diagnostik des Gestationsdiabetes abzuschließen. Statt dessen lässt die Bundesknappschaft die Vereinbarung mit der AOK für das Land Brandenburg vom Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung (mit Akkreditierung des AOK-DMP-Vertrages) an gegen sich gelten. Über den genauen Zeitpunkt werden wir Sie dann gesondert informieren.

### Ansprechpartner:

Fachbereich Verträge  
Geschäftsbereich Mitgliederservice  
Geschäftsbereich Qualitätssicherung

## "Ohne Moos nichts los !"

Sinnvolle Patientenversorgung  
lässt sich nicht mit Budgetvorgaben der Kassen vereinbaren

Der Ärzte-Union Brandenburg liegen Informationen vor, dass die Gelder, die von den Ersatzkassen für die Finanzierung ärztlicher Leistungen im Rahmen der Onkologie-, Schmerztherapie-, der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung und der bisher noch anzuwendenden Diabetes-Vereinbarung für das Jahr 2003 bereitgestellt wurden, schon im August des Jahres 2003 aufgebraucht sind.

Die zur Verbesserung der Patientenversorgung in den oben genannten Bereichen erfolgte medizinisch sinnvolle Leistungsdynamik sprengt jedoch die vom Gesetzgeber zwanghaft vorgegebene Beitragssatzstabilität.

Im konkreten Fall bedeutet dies: Heilung von Krankheit wird budgetiert, wenn sich die Ersatzkassen nicht bereit erklären, die finanziellen Defizite über einen "Nachschuss" auszugleichen.

Deshalb sollten sich alle Kollegen, welche diese Leistungen noch erbringen, im Klaren sein, dass sie nach gegenwärtiger Sachlage dies quasi aus eigener Tasche bezahlen müssen.

Die Ersatzkassen sind damit "fein raus": Offiziell erkennen sie die Notwendigkeit

dieser Leistungen an, verkünden dies auch öffentlich - und hinter den Kulissen verstecken sie sich hinter dem Diktat der Beitragssatzstabilität, verweisen auf zur Verfügung gestellte Gelder, wohl wissend, dass diese hinten und vorn nicht reichen. Das allerdings heißt nichts anderes, als dass den Ersatzkassen die "heilige Kuh" Beitragssatzstabilität wichtiger ist als das Wohl der Versicherten!

In anderen "Dienstleistungsbereichen" werden solche vereinbarten Sonderleistungen nicht erbracht, solange der vertraglich gebundene Auftraggeber nicht zahlt. Nach Kassenlesart scheint das jedoch für Vertragsärzte nicht verbindlich zu sein ...

Die Ärzte-Union Brandenburg fordert deshalb: Auch für Ärzte hat zu gelten: "Ohne Moos nichts los!" Wenn Kassen ihren Versicherten Leistungen anbieten, dann müssen sie dies auch bezahlen. Und zwar alle Leistungen, nicht nur einen Teil!

**Vorstand  
der Ärzte-Union Brandenburg**

## Abgabe für Quartalsabrechnung III/2003

01.10.2003	Mittwoch	7.00 bis 20.00 Uhr
02.10.2003	Donnerstag	7.00 bis 18.00 Uhr
06.10.2003	Montag	7.00 bis 18.00 Uhr
07.10.2003	Dienstag	7.00 bis 18.00 Uhr
08.10.2003	Mittwoch	7.00 bis 20.00 Uhr

An diesen Tagen sowie bereits am 30.09.03 ist folgende telefonische Hotline von 8.00 bis 18.00 Uhr geschaltet:

### 01803/230900 (Ortstarif)

Die Annahme der Arztabrechnung erfolgt im Potsdam-Center, sowie in den Servicestellen Cottbus und Frankfurt(Oder).

**Ansprechpartner:** Bereich Mitgliederservice, 0331/2309270  
Servicestelle Cottbus, 0355/496210  
Servicestelle Frankfurt, 0335/6847540

## Neue mobile Chipkartenlesegeräte

Bis 30. September 2003 ist es noch erlaubt, mit den bisherigen mobilen Lesegeräten zu arbeiten. Ab dem 1. Oktober 2003 dürfen nur noch Modelle der neuen Generation benutzt werden (Änderung §19 Bundesmantelvertrag/Ärzte bzw. §23 Arzt/Ersatzkassen-Vertrag).

Gegenüber den alten Mobilgeräten wird bei den neuen das Einlesedatum der Krankenversichertenkarte erfasst. Nach dem Übertragen eines Patientendatensatzes an den Computer wird der Datensatz im mobilen Lesegerät gelöscht. Die Übertragung von Daten vom mobilen Lesegerät in die Praxis-EDV darf nur für

das Einlesequartal erfolgen. Neben den Daten der Krankenversichertenkarte sind auch das Einlesedatum und die Zulassungsnummer des Lesers an die Praxis-EDV zu übertragen. Eine Übertragung der Daten ist nur noch über eine serielle Schnittstelle möglich. Die Übertragung von einem mobilen Lesegerät über ein stationäres Lesegerät oder eine Tastatur ist nicht mehr möglich.

Ihr altes mobiles Lesegerät kann eventuell aufgerüstet oder umgetauscht werden. Sie können sich diesbezüglich mit dem Hersteller des Lesegerätes oder Ihrem Systemhaus in Verbindung setzen.

In diesem Zusammenhang ist der Inhalt der Vierteljahreserklärung ergänzt worden. Beginnend mit der Abrechnung des Quartals III/2003 ist zu erklären, dass ausschließlich Lesegeräte verwendet werden, die der Spezifikation der Bundesmantelverträge vom 01.01.03 entsprechen.

Die neuen Belege der Vierteljahreserklärung erhalten Sie als Beileger zu diesem Heft oder in den Servicestellen. Diese Angabe ist für alle Praxen verbindlich vorgeschrieben.

**Ansprechpartner:**  
Fachbereich EDV 0331/2309-337  
Ihre Servicestelle

## Neue Bescheinigung für den Nachweis der Heilfürsorgeberechtigung der Polizei Land Brandenburg

Polizeivollzugsbeamte werden zum Nachweis für die Anspruchsberechtigung zu Lasten der Heilfürsorge Polizei des Landes Brandenburg seit dem 01.01.2003 mit Krankenversichertenkarten ausgestattet. Anwärter erhalten als Übergangsphase zu Beginn ihrer Ausbildung eine gesonderte Bescheinigung mit eingeschränkter Gültigkeit, die als Kopie dem behandelnden Arzt zu übergeben ist.

Aufgrund dieser Bescheinigung stellt sich der manuell abrechnende Arzt einen Abrechnungsschein Muster 5 aus und rechnet die Leistungen wie gewohnt ab.

Der mittels EDV abrechnende Arzt legt einen Behandlungsausweis technisch

als Datensatz für die Quartalsabrechnung an und dokumentiert dort die erbrachten Leistungen. Die einbehaltene Kopie der Bescheinigung ist in der Patientendokumentation aufzubewahren.

Die bisher verwandten Berechtigungs- bzw. Abrechnungsscheine behalten weiterhin ihre Gültigkeit und es ist wie bisher zu verfahren. Auch hier ist ein Muster 5 für die manuelle Abrechnung und für die EDV-Abrechnung ein Datensatz zu erstellen.

In diesem Fall ist jedoch bei manueller Abrechnung der Berechtigungsschein in der Patientendokumentation aufzubewahren und bei EDV-Abrechnung dem Abrechnungspaket als Anlage beizufügen.

## Verordnungsfähigkeit von Rückbildungsgymnastik

In einem Rundschreiben informiert die KBV über eine Vereinbarung des VdAK/AEV mit den Verbänden der Leistungserbringer für den Bereich der Physikalischen Therapie. Darin heißt es: "Die Vertragspartner haben vereinbart, dass die Rückbildungsgymnastik (Gruppenbehandlung) als Leistung außerhalb der Heilmittelversorgung in die Verträge aufzunehmen ist; diese Vereinbarung gilt seit dem 01.05.2003.

Diese Leistung liegt - wie die Unterweisung zur Geburtsvorbereitung - außer-

halb der Heilmittelversorgung und **darf somit nicht auf Muster 13 verordnet werden.**

Da seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu dieser Vereinbarung Klärungsbedarf besteht, haben wir uns an den VdAK/AEV gewandt, mit der Bitte um eine Stellungnahme. Die erbetene Stellungnahme liegt leider bis heute nicht vor."

**Wenn die Stellungnahme des VdAK vorliegt, werden wir Sie umgehend informieren.**

## DMP über XML-Datenschnittstelle

Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung haben sich nunmehr darauf verständigt, den Datenaustausch zwischen Arztpraxis und Datenannahmestelle bei Disease-Management-Programmen auf Basis der von der KBV entwickelten XML-Datenschnittstelle durchzuführen. Diese Schnittstelle wird bundesweit gelten. Die DMP-Datenannahmestellen werden künftig die Daten ausschließlich in diesem Datenformat annehmen.

Die technische Richtlinie zur Umsetzung der XML-Datenschnittstelle in den Praxisverwaltungssystemen wurde von der KBV an die Systemhäuser übergeben.

Die Parteien sind sich darüber einig, dass die von den DMP-Vertragsärzten

an die Datenstellen zu übermittelnden Dokumentationsdaten vor Versand auf Vollständigkeit und Plausibilität gemäß den zwischen Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Bundesversicherungsamt abgestimmten Plausibilitätsrichtlinien geprüft werden müssen.

Die Absprachen werden in den nächsten Tagen durch eine schriftliche Vereinbarung fixiert. Weitere Informationen werden in den kommenden Ausgaben von "KV intern" erfolgen.

(siehe "KV-intern" 05/2003 und 06/2003)

**Ansprechpartner:**  
Fachbereich EDV  
Geschäftsbereich Mitgliederservice



## Achtung! Berichtigung!

Wir berichteten in "KV-Intern" 8/2003 über Zuschläge für Hausbesuche bei Patienten der AOK Brandenburg im Notfalldienst.

Im Beispiel 2 ist leider ein Fehler (Samstag) aufgetreten. Zuschläge für Hausbesuche am Samstag am Tag sind nach dem Beispiel 1 abzurechnen.

Richtig muss es also heißen:

**Beispiel 1: NFD - Montag bis Samstag - am Tag**

**Beispiel 2: NFD - Sonntag / Feiertag - am Tag**

Wir bitten um Entschuldigung.

Für Rückfragen steht Ihnen der Mitgliederservice zur Verfügung.

**Ansprechpartner:** Abrechnungsberater      Potsdam: 0331/ 2309 270  
Cottbus: 0355/ 496 210  
Frankfurt: 0335/ 68475 40

Anzeige

## Neuaufgaben ICD-10 Ausgaben

Die KBV informiert darüber, dass bedingt durch die optionale G-DRG-Einführung die ICD-10 Ausgaben für den ambulanten und den stationären Bereich wieder vereinheitlicht wurden.

Ab dem 01.01.2004 dürfen die derzeit gültigen Versionen (ICD-10-SGB V, Systematisches Verzeichnis Version 1.3 und Version 2.0 sowie ICD-10-Diagnosenthesaurus Version 3.0 und Version 4.0) nicht mehr verwendet werden. Diagnosen müssen mit den oben genannten Werken verschlüsselt werden.

Die Ausgaben des Deutschen Ärzte-Verlages verfügen zusätzlich über ein

anwenderfreundliches Layout, Griffleisten zur schnellen Orientierung, Kopfzeilen mit Informationen über die jeweiligen Kapitel und Hinweise zur Diagnoseverschlüsselung.

Der deutsche Ärzte-Verlag bietet beide Werke an. Bestellungen sind zu richten an:

**Deutscher Ärzte-Verlag GmbH**  
Buchverlag/ Vertrieb  
Frau Isabel Broich  
Dieselstraße 2  
**50859 Köln**

## Erfolgreiche Vermietung

Nach langen und intensiven Bemühungen durch die Verwaltung der KV Brandenburg zur Verwertung der Immobilien in Potsdam-Babelsberg und Frankfurt (O) ist es nunmehr gelungen, längerfristige Mietverträge mit solventen Mietern für reichlich zwei Drittel der Mietfläche abzuschließen.

Somit werden leerstehende Räumlichkeiten der KVBB wieder einer optimalen und angemessenen Nutzung zugeführt und Mieteinnahmen, in diesen Fällen von insgesamt 74.520 Euro Kaltmiete jährlich, für die KVBB realisiert.

Das ist vor dem Hintergrund der ausgesprochen schwierigen Immobilienlage ein gutes Ergebnis.

## Schmerztherapie und Finalversorgung von Tumorkranken im Land Brandenburg

Die spezifischen Erfordernisse und die damit verbundene Problematik im Bereich der schmerztherapeutischen und finalen Versorgung von Tumorkranken im Land Brandenburg sind seit langem ein Diskussionssschwerpunkt im Gremium der Landesarbeitsgemeinschaft Onkologie (LAGO).

Nach den Erfahrungen der im Land an der Behandlung und Betreuung von dieser Patientengruppe Beteiligten sind die relevanten Strukturen lückenhaft und unübersichtlich. Bisher existiert keine Dokumentation, die verbindliche Aussagen zur Qualität und Quantität dieser Versorgung zulässt. Um hier jedoch konkrete Verbesserungen initiieren und langfristig implementieren zu können, ist eine grundlegende und differenzierte Betrachtung der in Betracht kommenden Problembereiche in der Versorgung notwendig.

Vor diesem Hintergrund hält es der LAGO-Facharbeitskreis "Schmerztherapie und Finalversorgung" für grundlegend, entsprechende Bestands- und Bedarfsanalysen durchzuführen. Die Ergebnisse aus diesen Untersuchungen sollen Grundlage regionalplanerischer Konzepte zur Entwicklung von Palliativversorgung und Hospizarbeit sein, die das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen Brandenburg im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative "Menschenwürdig leben bis zuletzt für menschenwürdige Lebensbedingungen schwerkranker und sterbender Menschen in Brandenburg" beschlossen hat.

Die Einschätzungen, Kenntnisse und Erfahrungen der Vertragsärztinnen und -ärzte im Land sind ein wichtiger Bestandteil der Analyse. Der entsprechende Fragebogen zur Situation der Schmerztherapie und Finalversorgung

von Tumorkranken im Land Brandenburg ist dieser Ausgabe von "KV-intern" beigelegt.

Die LAGO bittet im Sinne der Bedeutung des Themas um eine rege Beteiligung.

Für Fragen steht Ihnen die Geschäftsstelle der LAGO gern zur Verfügung:

Frau Thilking-Wagner

Tel.: 0331/2707172;

e-mail: [post@lago-brandenburg.de](mailto:post@lago-brandenburg.de)

## AOK für das Land Brandenburg informiert

## Hinweise zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln und Stomaartikeln

In einem Schreiben an die KV Brandenburg bittet die AOK um eine Veröffentlichung aktualisierter Arbeitshinweise für die Versorgung pflegebedürftiger Versicherter mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln. Im Folgenden informieren wir Sie über die Kernpunkte des Schreibens:

"Gemäß § 33 Abs. 1 SGB XI erhalten Versicherte die Leistungen der Pflegeversicherung auf Antrag.

Pflegebedürftige haben im Rahmen des § 40 SGB XI unter anderem Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden beitragen oder eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind Produkte, die wegen der Beschaffenheit ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nur einmal benutzt werden können und in der Regel für den Wiedereinsatz nicht geeignet sind. Die Dauer der Benutzung des einzelnen Artikels ist dabei unerheblich. Zum Verbrauch bestimmte, am Pflege-

bedürftigen anzuwendende Pflegehilfsmittel sind:

- saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch, verschiedene Größen),
- Fingerlinge;
- Einmalhandschuhe,
- Mundschutz und
- Schutzschürzen und Desinfektionsmittel.

Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel je Pflegebedürftigen dürfen ab 01.01.2002 den Betrag in Höhe von monatlich 31,00 EUR nicht übersteigen. Hierbei sind die Aufwendungen aller zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel zusammenzurechnen, unabhängig von der Darreichungsform und der Art der Produkte.

Aufwendungen über 31,00 EUR im Monat fallen in den Eigenverantwortungsbereich des Pflegebedürftigen. Ein Ausgleich aufgrund von Befreiungs- und/oder Härtefallregelungen (vergleiche § 40 Abs. 3, Satz 5, SGB XI in Verbindung mit §§ 61, 62 SGB V) ist nicht möglich.

## AOK für das Land Brandenburg informiert

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel werden von der Pflegekasse grundsätzlich nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Der Pflegebedürftige oder die Pflege- bzw. Betreuungsperson besorgt sich diese selbst und reicht die Quittungen zur Prüfung des erstattungsfähigen Betrages bei der Pflegekasse ein.

In einer nicht unwesentlichen Anzahl von Fällen entsprachen und entsprechen auch derzeit die vorliegenden Quittungen nicht den an sie zu stellenden Anforderungen. So war bzw. ist nicht zu erkennen, ob es sich bei den gekauften Waren tatsächlich um Pflegehilfsmittel im Sinne der gesetzlichen Pflegeversicherung handelt.

Beispielhaft seien einmal folgende Bezeichnungen, die sich auf den Quittungen befinden, genannt:

Pflegemittel zum Verbrauch;

Pflegeartikel;

Barverkauf;

div. Pflegemittel;

Pflege- und Hilfsmittel und

Hilfsmittel/Körperpflegemittel.

Der Begriff "Pflegemittel" ist sehr umfassend. Dazu zählen auch Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebensbedarfs, wie z. B. Shampoo, Zahnpasta oder Handcreme. Diese Mittel gehören jedoch weder zum Leistungsspektrum der gesetzlichen Pflegeversicherung noch zu dem der gesetzlichen Krankenversicherung. Kosten für solche Produkte sind deshalb nicht erstattungsfähig."

"Darüber hinaus möchten wir Ihnen

auch Hinweise zur Versorgung mit Stomaartikeln geben:

Im Ergebnis der Absenkung der Genehmigungsfreigrenze auf 150,00 EUR (inkl. MwSt.) ist unter anderem auch zu konstatieren, dass eine Vielzahl von Verordnungen und Versorgungsvorschlägen in leistungsrechtlicher Hinsicht nicht den Bestimmungen zur Produktgruppe 29 entsprechen. Von daher geben wir als Orientierungshilfe einen Handlungsrahmen, der übergangsweise bis zum Abschluss einer gesonderten Stomavereinbarung Anwendung finden soll.

Versorgungsangebote für Stomaartikel sind generell genehmigungspflichtig.

Bei entsprechender Indikation sollten die verordnenden Ärzte auch möglichst Dauer-Verordnungen ausstellen.

Auf der Verordnung ist die Angabe der Diagnose mit der genauen Bezeichnung der Stoma-A erforderlich (Colostomie, Ileostomie, Urostomie). Diese Angabe ist wegen des unterschiedlichen Beutelbedarfs sehr wichtig.

Die ärztliche Verordnung soll den individuellen Bedarf des Versicherten für eine Monatsversorgung mit Beuteln, ggf. Platten, Gürtel oder Beutelbezügen enthalten. Des Weiteren sollten sowohl auf der ärztlichen Verordnung als auch auf dem Kostenvoranschlag bzw. der Rechnung der Versorgungszeitraum vermerkt sein.

Je nach Versorgungsart (ein- oder zweiseitig) können Hautschutzpaste oder Modellierstreifen (29,26,10.0) zum Ausgleichen von Unebenheiten erforderlich sein.

## AOK für das Land Brandenburg informiert

Mit Pflasterentferner (29,26,10.4) können fest haftende Klebeflächen und Hautschutzplatten schonend abgelöst werden. Pflasterentferner werden jedoch leistungsrechtlich von den gesetzlichen Krankenkassen nicht zu den typischen Pflegeprodukten gezählt.

Hautschutzplatten (29,26,07) bilden eine schützende Schicht zwischen Haut und Versorgungssystem und erlauben eine Heilung der Haut bei Entzündungen und Hautempfindlichkeiten etc. Bei ständiger Verordnung wird die Notwendigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen abgeklärt.

Pflegemittel (29,26,10.1, 29,26,10.2, 29,26,10.3, 29,26,10.5) können nur bei akuten Zuständen genehmigt werden, und dies auch nur temporär.

Zur Säuberung des Stomas ist entsprechend des Hilfsmittelverzeichnisses die Benutzung haushaltsüblicher Mittel als ausreichend anzusehen. Der Einsatz von Pflegeprodukten zur Säuberung eines "gesunden" Stomas ist jedoch nicht erforderlich. Im Einzelfall können diese Produkte bei auftretenden Hautirritationen Anwendung finden. Nach Feststellung einer akuten Hautreizung kann der behandelnde Arzt neben der monatlichen Grundversorgung an Heilmitteln die notwendigen Pflegemittel bis zur Abheilung verordnen. Danach behält sich die Krankenkasse die leistungsrechtliche Überprüfung vor.

Verbandmaterial - wie z. B. Mulltupfer oder Kompressen (unsteril) - können insbesondere in der postoperativen Phase zur Reinigung der Stoma-Umge-

bung oder zur Abdeckung des Stomas aus medizinischen Gründen erforderlich sein. Diese Produkte unterliegen nicht der Zuzahlungspflicht nach § 31 Abs. 2 SGB V.

Je Beutelwechsel können bis zu 3 Kompressen (in der Regel ausreichend 10 x 10 cm, 4- oder 8-lagig) genehmigt werden. Dabei ist auf den Einsatz kostengünstiger Produkte zu achten (wie z. B. "Braun/Petzold", "Phametra", "Barme GmbH" oder "Lohmann/Rauscher"). Die Listenpreise liegen bei diesen Firmen bei ca. 3,00 EUR bis 5,00 EUR je 100 Stück. Sofern ohne besondere medizinische Indikation deutlich teurere Kompressen veranschlagt werden, muss seitens der Kostenträger unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots auf die preisgünstigeren Produkte verwiesen werden. Bei Abpackungen mit 100 Stück kann auf den vollen Hunderter aufgerundet werden.

Sofern der Versicherte des öfteren Veränderungen am Stoma erleidet, sollte im Sinne einer individuell abgestimmten Versorgung auf eine Dauerverordnung verzichtet werden. Dies trifft selbstverständlich auch zu, wenn der behandelnde Arzt die Notwendigkeit einer Dauerverordnung als nicht gegeben sieht. Gleichwohl ist auch bei laufenden monatlichen Einzelverordnungen der individuell festgelegte Monatsbedarf an Hilfsmitteln maßgebend.

Über detaillierte Richtwerte für einen Monatsbedarf an Beuteln und Platten (Standardversorgung) informieren Sie die Service-Center der AOK.

**AOK für das Land Brandenburg informiert**

**AOK für das Land Brandenburg informiert**

**Preisgünstige Verordnung von Humaninsulin**

Anlässlich des Beginns der Umsetzung des DMP-Vertrages zu Diabetes mellitus zwischen der AOK für das Land Brandenburg und der KV Brandenburg am 1.7. möchten wir die Insulin-verordnenden Ärzte im Land Brandenburg auf eine preisgünstige Verordnungsmöglichkeit für Humaninsulin aufmerksam machen:

Zur Zeit ist nur ein generisches Insulin auf dem Markt, und zwar das Insulin B. Braun ratiopharm. Dieses steht als kurzwirksames Insulin (Rapid), Mischinsulin (Comb 30/70) und als Verzögerungsinsulin (Basal) in Durchstechampullen und als Zylinderampullen für Nachfüllpens zur Verfügung. Fertigspritzen werden nicht angeboten; dabei ist jedoch zu bedenken, dass die Fertigspritzen von anderen Anbietern grundsätzlich ca. 10 % teurer sind.

Die Preisunterschiede zu Humaninsulin betragen ca. 10 - 15%, wie man untenstehender Tabelle entnehmen kann. Auch gegenüber reimportiertem Insulin besteht noch ein Preisvorteil.

Da die Insulinanaloga (Novorapid, Humalog und Lantus) gegenüber den Humaninsulinen noch einmal teurer sind, beträgt hier die Differenz bis zu 44 %.

Gelegentlich wurden in pharmPRO-Arztberatungen Bedenken bezüglich der Reinheit und Mischbarkeit des Insulin B. Braun ratiopharm geäußert. Für ein generisches Insulin gelten selbstverständlich die gleichen hohen gesetzlichen Anforderungen an die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit wie für alle anderen Insuline.

Auch ist erwähnenswert, dass dieselbe Insulinrezeptur bereits jahrelang unter dem Namen eines großen deutschen Pharmaunternehmens auf dem Markt war.

**Ansprechpartner:**

AOK für das Land Brandenburg  
 Frau Sabine Wendland  
 Tel.: 03328/45-26 63

Tabelle 1

Tabelle 2

Tabelle 3

ANZEIGE



## Arzneimittelausgaben im Land Brandenburg 2002

Auch im Jahre 2002 sind die Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung erneut überproportional gestiegen. Nach den Daten der vorläufigen Finanzergebnisse sind die Arzneimittelausgaben in Deutschland auf 22,6 Mrd. € (5,5%) gestiegen und haben damit einen Zuwachs von 1,3 Mrd. € im Vergleich zum Vorjahr erreicht. In den Zahlenwerten der Arzneimittelausgaben ist jedoch der einmalige freiwillige "Solidarbeitrag" der pharmazeutischen Industrie in Höhe von 204 Mio. € gemäß Artikel 2 des Arzneimittelausgaben-Begrenzungsgesetzes (AABG) abgerechnet, so dass der reale Ausgabenanstieg 1,5 Mrd. € (6,5%) betrug.

Bei den GKV-Gesamtausgaben von 142,6 Mrd. € klafft im Jahre 2002 ein Defizit von 2,96 Mrd. €, das etwa zur Hälfte durch die Steigerung der Arzneimittelausgaben bedingt ist. Mit diesem hohen Anstieg liegen die Arzneimittelausgaben erstmals 0,3 Mrd. € über den Ausgaben für ärztliche Behandlung mit 22,3 Mrd. €.

### Arzneimittelausgaben in der KV Brandenburg

Auch im Bereich der KVBB sind die Arzneimittelausgaben stark angestiegen, nämlich um 6,6%.

Nach den Daten der GKV-Arzneimittel-Schnellinformation (GAmSI) (Internetadresse: [www.gamsi.de](http://www.gamsi.de)) ist in 2002 gegenüber dem Vorjahr ein Zuwachs von 41,4 Mio. € zu verzeichnen, wodurch die Arzneimittelausgaben der

KVBB nunmehr 672,7 Mio. € erreicht haben.

Einen ersten Überblick über einige Ursachen der Mehrausgaben vermittelt die pharmakologisch-therapeutische Analyse der 30 umsatzstärksten Arzneimittel in der KVBB im Jahre 2002, auf die bereits fast die Hälfte der Gesamtausgaben entfällt. Der Umsatzzuwachs dieses Marktsegments betrug 18,9 Mio. € und erklärt damit bereits die Hälfte des Zuwachses der Gesamtausgaben im Jahre 2002.

### Verordnungsprofil der 30 führenden Arzneimittel

Die größte Gruppe unter den 30 umsatzstärksten Arzneimitteln sind die drei Statine (Sortis, Zocor, Pravasin), auf die mit 34,4 Mio. € fast ein Fünftel des Brutto-Umsatzes der Top-30-Arzneimittel entfällt, dicht gefolgt von der Gruppe der b-Blocker, Ca-Antagonisten und ACE-Hemmer einschließlich der Kombinationen (32,6 Mio. €).

Mit deutlichem Abstand folgen vier Insulinpräparate (19,5 Mio. €), drei Analgetika (15,5 Mio. €) und zwei Protonenpumpeninhibitoren (13,2 Mio. €).

Von den 30 führenden Arzneimitteln sind sechs "Analogpräparate" (nach der Definition des Arzneiverordnungs-Reports 2002 enthalten sie neue Moleküle mit analogen Wirkungen wie bekannte Arzneimittel und sind daher chemische Innovationen ohne einen therapeutischen Zusatznutzen). Produkte

mit solchen Molekülvariationen werden wegen ihrer Ähnlichkeit zu bereits eingeführten Wirkstoffen auch als Me-too-Präparate bezeichnet.

Im Einzelnen handelt es sich um Sortis, Pantozol, Pravasin, Nexium, Delix und Amaryl. Die Umsätze der meisten Analogpräparate sind überdurchschnittlich stark gestiegen. Dadurch wurde etwa die Hälfte des Kostenanstieges von 18,9 Mio. € in diesem Marktsegment verursacht. Die Analogpräparate sind durch die ursprünglichen Innovationssubstanzen substituierbar und eröffnen dadurch z.T. erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven.

Weiterhin sind unter den 30 führenden Präparaten drei Originalpräparate vertreten, die durch preiswerte Generika

substituiert werden können. Für Beloc (Metoprolol) und Valoron N (Tilidin plus Naloxon) ist der Patentschutz schon vor einigen Jahren abgelaufen.

Daher werden bereits zahlreiche Metoprolol-Generika und generische Tilidin-Naloxon-Kombinationen verordnet. Insulin ist generisch verfügbar. Mit dem Fall des Patentschutzes für Simvastatin im Mai 2003 stehen zahlreiche Generika zur Verfügung, die die Möglichkeit eröffnen, enorme Kosteneinsparungen zu realisieren (ca. 60% Einsparpotenzial bei dynamischer Marktentwicklung).

**Arbeitsgemeinschaft "Zielvereinbarung" der KVBB und der Krankenkassen im Land Brandenburg**

## Die 30 umsatzstärksten Arzneimittel in der KV Brandenburg im Jahr 2002

Angegeben sind GAmSI-Daten der führenden Präparate mit Verordnungsrang, enthaltenen Wirkstoffen, Umsatz und den Umsatzveränderungen im Vergleich zu 2001.

Rang	Präparat	Wirkstoff	Umsatz in Mio. €	Änderung in Mio. €	in %
1	Sortis	Atorvastatin	20,892	+4,941	+31,0
2	Zocor	Simvastatin	9,858	+1,167	+13,4
3	Pantozol	Pantoprazol	9,088	+2,341	+34,7
4	Erypo	Epoetin	8,835	+0,144	+1,7
5	Delix	Ramipril	8,752	+2,219	+34,0
6	Beloc	Metoprolol	8,612	+0,284	+1,2
7	Pentalong	Pentaerythrityl tetranitrat	7,887	-0,017	-0,2
8	Insulin Actraphane	Insulin	7,713	+0,227	+3,0
9	Durogesic	Fentanyl	6,285	+1,282	+25,6
10	Vioxx	Rofecoxib	6,147	+1,771	+40,5
11	Norvasc	Amlodipin	5,944	-2,406	-28,8

Rang	Präparat	Wirkstoff	Umsatz in Mio. □	Änderung in Mio. □	in %
12	Viani	Salmeterol+ Fluticason	5,877	+0,871	+17,7
13	Delix plus	Ramipril+ HCT	5,846	+0,848	+17,0
14	NeoRecormon	Epoetin	5,524	+0,751	+15,7
15	Plavix	Clopidogrel	5,167	+1,571	+43,7
16	Betaferon	Interferon beta-1b	4,963	+0,984	+24,7
17	Insulin Actrapid	Insulin	4,826	+0,496	+11,5
18	Pravasin	Pravastatin	4,777	+1,259	+35,8
19	Iscover	Clopidogrel	4,635	+1,231	+36,2
20	Nexium	Esomeprazol	4,553		
21	Torem	Torasemid	4,541	+0,965	+27,0
22	Rebif	Interferon beta-1a	4,485	+1,175	+35,5
23	Humalog	Insulin lispro	4,181	+0,935	+28,8
24	Amaryl	Glimepirid	4,161	-0,086	-2,0
25	Nebilet	Nebivolol	3,088	-0,370	-10,7
26	Valoron N	Tlidin+ Naloxon	3,815	+0,610	+19,0
27	Risperidal	Risperidon	3,778	+0,950	+33,6
28	Fosamax	Alendronsäure	3,668		
29	Zyprexa	Olanzapin	3,631		
30	Insuman Comb	Insulin	3,603	-0,180	-4,8

## Sparen oder Fortschritt mit Analogpräparaten?

Am **22.10.2003 um 15.00 Uhr** veranstaltet die KVBB im Seminarhotel Potsdam eine Weiterbildung zum Thema "Sparen oder Fortschritt mit Analogpräparaten?". Als Hauptreferenten konnten wir Herrn Prof. Dr. Mutschler vom Pharmakologischen Institut für Naturwissenschaften gewinnen. Alle Vertragsärzte sind dazu recht herzlich eingeladen.

**Informationen/Anmeldung:** Herr Hansen, GB Mitgliederservice  
Tel.: 0331/2309-261

## Achtung - Regresse drohen!

Verordnungsausschlüsse nach den Arzneimittel-Richtlinien 17.1.

Wie bereits in "KV Intern", Heft 7/2003 berichtet, werden Verordnungen von unzulässigen Leistungen, die aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, derzeit verstärkt von den Krankenkassen verfolgt. Hiervon sind insbesondere Arzneimittelgruppen betroffen, für die in den Arzneimittel-Richtlinien 17.1. absolute Verordnungsausschlüsse formuliert sind.

Im Folgenden sind einige Unterpunkte des Abschnittes 17.1. der Arzneimittel-Richtlinien genannt und diejenigen Arzneimittel aufgeführt, für die bereits Anträge auf "**Sonstigen Schaden**" gestellt wurden.

Folgende Mittel dürfen - von den genannten Ausnahmen abgesehen - nicht verordnet werden:

### 17.1.c

Mittel, die auch zur Reinigung und Pflege oder Färbung der Haut, des Haares, der Nägel usw. dienen einschließlich medizinische Haut- und Haarwaschmittel sowie medizinische Haarwässer und kosmetische Mittel.

Ausgenommen sind als Arzneimittel zugelassene Basiscremes, Basissalben, Haut- und Kopfhautpflegemittel, auch Rezepturgrundlagen, soweit und solange sie Teil der arzneilichen Therapie (Intervall-Therapie bei Neurodermitis/endogenem Ekzem, Psoriasis Akne-Schältherapie und Strahlentherapie) sind und nicht der Färbung

der Haut und -anhangsgebilde sowie der Vermittlung von Geruchseindrücken dienen.

**Regressanträge** liegen vor für: Berniter, De-Squaman N, Eil-Cranell alpha und dexa, Polytar, Squamasol Gel, Terzolin.

### 17.1.f

Mittel zur Behandlung der erektilen Dysfunktion und Mittel, die der Anreizung und Steigerung der sexuellen Potenz dienen

**Regressanträge** liegen vor für: Anabol Hewert, Caverject, Emalsex, Ixense, Muse, Viagra, Viridal, Yocon Glenwood, Yohimbin

### 17.1.g

Mittel zur Raucherentwöhnung

ein **Regressantrag** liegt für Nicorette vor

### 17.1.i

Würz- und Süßstoffe, Obstsaft, Lebensmittel im Sinne des § 1 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenstandesgesetzes, Krankenkost- und Diätpräparate. Als Ausnahmen sind nur zulässig Aminosäuremischungen und Eiweißhydrolysate bei angeborenen Enzymmangelkrankheiten, Elementardiäten bei Morbus Crohn, Kurzdarmsyndrom, stark Untergewichtigen mit Mukoviszidose, bei Patienten mit chronisch terminaler Niereninsuffizienz unter eiweißarmer Ernährung und bei Patienten mit konsumierenden Erkrankungen sowie medizinisch indizierter Sondennahrung.

**Regressanträge** liegen für Milupa LP Drink und Lapacho Tee vor

#### 17.1.j

Abmagerungsmittel und Appetitzügler

**Regressanträge** liegen vor für: Antiadiposum X 112 S, Boxogetten, Reductil, Tenuate retard, Xenical

#### 17.1.k

Anabolika, außer bei neoplastischen Erkrankungen

**Regressanträge** liegen vor für: Primobolan, Testosteron, Vistimon

#### 17.1.m

sogenannte Zellulärtherapeutika und Organhydrolysate Regressanträge liegen vor für: Actihaemyl, Actovegin, Cholecysmon, Conjunctisan A und B, Factor AF 2, IRS 19, Neychondrin, Neytumorin, Thym-Uvocal, Thymo Glandurcten, Thymoject, Thymus Mucos

#### 17.1.q

fixe Kombinationen aus Vitaminen und anderen Stoffen, ausgenommen Vitamin D-Fluorid-Kombinationen zur Anwendung bei Kindern und zur Osteoporoseprophylaxe

**Regressanträge** liegen vor für: Eryfer comp., Eukalisan, Eunova forte, Ferro Folgamma, Ferro Folsan, Ferro Sanol comp., Ferro Sanol gyn, Folicombin, Gelacet N, Magium E, Magnesium Plus, Magnesium Tonil mit Vitamin E, Nifurantin B6, Ossiplex retard, Ossipulvit S forte, Plastulen N, Protecort, Thomapyrin C, Vitasprint.

#### Ansprechpartnerinnen:

Marianna Kaiser, Birgit Henschel  
Beratende Apothekerinnen

## Neue STIKO-Empfehlungen

Leistungsumfang der GKV bleibt unverändert

Erstmals sind die Änderungen gegenüber dem Vorjahr farblich und am Rand gekennzeichnet. Beim Impfkalender - den empfohlenen Standard- oder Regelimpfungen - hat es keine Veränderungen gegeben. Änderungen oder Präzisierungen betreffen vor allem Indikationsimpfungen für spezielle Gruppen.

Bei der Schutzimpfung gegen Keuchhusten empfiehlt die STIKO jetzt ausdrücklich, vor Geburt eines Kindes den Impfschutz bei den Geschwistern zu überprüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren.

Dies ist für den Schutz noch unzureichend geimpfter Säuglinge von hoher Bedeutung. Für die Impfung gegen die Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME) erfolgte eine Aktualisierung der bekannten Risikogebiete.

Bei einigen Impfungen - Hepatitis B, Masern, Keuchhusten und Tollwut - wurde der Personenkreis, für den eine Impfung speziell empfohlen wird, erweitert. Außerdem wurden die Ausführungen zu den empfohlenen Impfabständen präzisiert. Die STIKO betont jetzt, dass

bei dringenden Impfungen wie der Tollwut-Schutzimpfung nach Erregerkontakt (postexpositionelle Prophylaxe) oder der in bestimmten Fällen notwendigen Immunisierung eines Neugeborenen gegen Hepatitis B zur Erzeugung der notwendigen Immunität die Einhaltung des empfohlenen Impfschemas unerlässlich ist.

Bei den Hinweisen zur Kostenübernahme von Schutzimpfungen hat die STIKO die Situation bei Impfungen auf Grund eines erhöhten beruflichen Risikos ausführlich erläutert. Entfallen sind die Passagen zur postexpositionellen Anwendung spezifischer Immunglobuline (Antikörper) gegen FSME und Röteln.

Der Impfkalender für Säuglinge umfasst Impfungen gegen Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B, Poliomyelitis sowie für Kinder zwischen elf und vierzehn Monaten die Erstimpfung und noch im zweiten Lebensjahr die zweite Impfung gegen Masern, Mumps und Röteln. Kinder im Vorschulalter sollten eine Auffrischungs-

impfung gegen Diphtherie und Tetanus erhalten. Für Jugendliche werden Auffrischungsimpfungen gegen Diphtherie, Tetanus, Polio und - nicht zu vergessen - Pertussis empfohlen.

Bei unvollständigem Impfschutz sollten die Impfungen vervollständigt werden. Insbesondere ist spätestens für Jugendliche eine vollständige Immunisierung gegen Hepatitis B und die Zweitimpfung gegen Masern, Mumps, Röteln unverzichtbar. Für Erwachsene sind ebenfalls regelmäßige Auffrischungsimpfungen gegen Diphtherie und Tetanus empfohlen sowie für die Sechzigjährigen generell die Pneumokokkenimpfung (alle sechs Jahre) und die Influenzaimpfung (jährlich).

Den genauen Wortlaut der neuen Empfehlung der STIKO finden Sie unter [www.rki.de](http://www.rki.de).

#### Ansprechpartnerinnen:

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

## Diskussion zur Heil- und Hilfsmittelverordnung in Pflegeheimen

Die KVBB organisiert gemeinsam mit den Verbänden der Krankenkassen am 01.10.2003 um 15.00 Uhr in den Räumlichkeiten der KV, Gregor-Mendel-Str., eine Weiterbildung zum Thema Pflegeheimversorgung. Vertreter der KV und der Kassenverbände werden in einer Diskussionsrunde Fragen zu diesem Thema beantworten.

Alle Vertragsärzte, die mit dieser Thematik konfrontiert werden, sind herzlich eingeladen.

**Anmeldungen** bitte an: Geschäftsbereich Mitgliederservice  
Herr Hansen, Tel.: 0331/2309-261

## Schönheitschirurgie umsatzsteuerpflichtig?

Zu der Frage, ob Leistungen der Schönheitschirurgie umsatzsteuerpflichtig sind oder nicht, schreiben KBV und Bundesärztekammer:

"Nach Auffassung einiger Finanzbehörden, die durch ein Urteil des Finanzgerichts Berlin vom 12. November 2002, AZ.: 7 K 7264/02, bestätigt worden sind, sind medizinisch nicht indizierte Schönheitsoperationen rückwirkend für umsatzsteuerpflichtig einzustufen.

Das Bundesfinanzministerium hat nunmehr auf eine gleichmäßige Rechtsanwendung hingewirkt. Nach einem Ergebnis der Sitzung der für Umsatzsteuer zuständigen Referatsleiter der obersten Finanzbehörden von Bund und Ländern ist es aus Billigkeitsgründen nicht zu beanstanden, wenn vor dem 01. Januar 2003 erbrachte Leistungen auf dem

Gebiet der Schönheitschirurgie als steuerfrei behandelt werden, soweit durch Erlasse oder Verfügungen der einzelne Auskünfte in den Ländern entsprechende Vertrauenstatbestände geschaffen wurden.

Im Übrigen sind Schönheitsoperationen (wie alle anderen ärztlichen Leistungen) nach Meinung des Bundesministeriums der Finanzen nur dann nach § 4 Nr. 14 UStG umsatzsteuerfrei, wenn ein therapeutisches Ziel im Vordergrund steht. Indiz für die Steuerfreiheit einer Leistung kann die regelmäßige Übernahme der Kosten durch Krankenversicherungen sein."

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

## E-mail im "Datennerv"

Mit der Umstellung der Technik im "Datennerv" Anfang September wurden auch gleichzeitig neue Funktionen implementiert.

Die wesentlichste Neuerung ist dabei die Möglichkeit, dass alle "Datennerv-Ärzte" per E-mail untereinander und mit der KV Brandenburg eine gesicherte Kommunikation betreiben können. Dieses System finden Sie im Datennerv unter der Bezeichnung "Webmail". Sie

können dabei direkt über den Browser (Internet Explorer) E-mails an die KV Brandenburg oder an andere "Datennerv-Ärzte" versenden.

Natürlich können Sie von diesen auch E-mails erhalten. Das "Webmail"-System arbeitet abgegrenzt vom Internet. Dadurch können "Dritte" nicht auf das System zugreifen. Sie können also auch sicherheitsrelevante Daten zu anderen Ärzten bzw. an die KVBB schicken.

Die nächste Erweiterung ist das "Praxisschild" im Ärzteverzeichnis. Alle "Datennerv-Ärzte" erhalten automatisch einen Zugang zum "Praxisschild". Sie können im Intranet "Datennerv" ein "Praxisschild" mit zusätzlichen Angaben zu Ihrer Praxis, Ihren erweiterten Angeboten und Ihren Spezialausbildungen anlegen.

Dieses "Praxisschild" ist dann auch im Internet weltweit sichtbar. Werden Sie im Ärzteverzeichnis angezeigt, dann enthält Ihre Detailseite einen zusätzlichen Link zu Ihrem persönlichen "Praxisschild".

Alle anderen Funktionen des "Datennerv": wie Übertragung der Quartalsabrechnung, Blitzabrechnung und Formulardbestellung bleiben natürlich erhalten.

Wenn Sie auch am "Datennerv" teilnehmen wollen, dann können Sie sich über das Internet anmelden oder wenden sich direkt an die KV Brandenburg.

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

**Ansprechpartner:**  
Fachbereich EDV, Herr. Krüger  
0331 2309 337  
[kai-uwe.krueger@kvbb.de](mailto:kai-uwe.krueger@kvbb.de)

## Niederlassungen im August 2003

### Planungsbereich Cottbus

*Elke Wecke*  
FÄ für Innere Medizin  
(Sonderbedarf Dialyse)  
Schwanstr. 10  
03046 Cottbus

### Planungsbereich Märkisch-Oderland

*Dipl.-Psych. Margret Kleinmanns*  
Psychologischer Psychotherapeut/Tiefenpsychologisch  
fundierte Psychotherapie  
Hermannstr. 40, 15562 Rüdersdorf

### Planungsbereich Prignitz

*Dr. med. Markus Ladewig*  
FA für Augenheilkunde  
Pankeweg 15  
16928 Groß Pankow  
(Übernahme der Praxis von  
Prof. Dr. med. B. von Barsewisch)

### Planungsbereich Teltow-Fläming

*Ines Kürschner*  
FÄ für Urologie  
K.-Liebknecht-Str. 19 b-c  
15827 Blankenfelde



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

Allgemeinmedizinische Praxis (Rand-Berlin) sucht für Ende 2003 Nachfolger.  
**Chiffre: 03/09/01**

## Biete

Alteingesessene allgemeinmedizinische Praxis im südlichen Randgebiet Berlins, 20 Autominuten bis Potsdam, gut eingerichtet, ruhige Lage, im Grünen, guter stabiler Umsatz aus Altersgründen abzugeben  
**Chiffre 03/09/02**

## Suche

Allgemeinmediziner-Ehepaar (wohnhaft in Berlin) sucht hausärztliche Praxis oder zwei Praxen zur Übernahme ab dem 4. Quartal 2004 in Randbezirken Berlins oder Berliner Umland; bevorzugt Kleinmachnow/Teltow  
Gesamtscheinzahl möglichst über 1.000 im Quartal  
**Chiffre 03/09/03**

## Suche

Medizinische-Einrichtungs-Gesellschaft nach § 311 Abs. 2 SGB V in Teltow sucht Facharzt/-ärztin für Augenheilkunde und Facharzt/-ärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie zwecks Anstellung.  
Anfragen: Herrn Bernd Grieger, Geschäftsführer, Tel.: **03328/427315**

## Biete

Augenarztpraxis in Potsdam, gut eingeführt, im Ärztehaus, aus Krankheitsgründen kurzfristig abzugeben.  
Interessenten melden sich bitte unter der Rufnummer **0175/59 048 59**

## Biete

Moderne hausärztliche Praxis in Cottbus sucht für 2004 Nachfolger. Praxis befindet sich im Zentrum der Stadt (mit Parkmöglichkeiten) und bietet sehr gute betriebswirtschaftliche Konditionen. Übernahmebedingungen können sehr moderat gestaltet werden.  
Interessenten melden sich bitte unter der Rufnummer **0355/31113**

## Suche

Facharzt für Allgemeinmedizin sucht für Anfang bis Mitte 2004 im südöstlichen Teil Berlins (Nähe Zeuthen, Erkner, Königs Wusterhausen) hausärztliche Praxis zur Übernahme. Der Gewinn vor Steuer sollte 85 T€ im Jahr nicht unterschreiten. Bisherige Spezialisierung: Homöopathie und Naturheilverfahren  
**Chiffre 03/09/04**

## Suche

gebrauchten CW-Doppler mit 4 und 8 MHz-Sonde und Frequenzanalyse.  
Angebote bitte per Fax an: **3334/355636**

## Zulassungen und Ermächtigungen

### Neuzulassungen

*Dr. med. Eckhard Becker,*  
Facharzt für Augenheilkunde in Oranienburg  
ab 01.10.2003

*Dipl.-Med. Sonja Gericke,*  
Ärztin in Perleberg  
ab 01.10.2003

*Pawel Placzek-Kawan,*  
Facharzt für Psychiatrie in Falkensee  
ab 20.08.2003

*Dipl.-Med. Cornelia Lottermoser,*  
Fachärztin für Innere Medizin (Hausärztin) in Prenzlau  
ab 20.08.2003

*Dipl.-Med. Steffi Ring,*  
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Dahme,  
ab 20.08.2003

*Dr. med. Christine Wendt,*  
Fachärztin für Innere Medizin (Hausärztin) in Lübben  
ab 20.08.2003

*Rainer Albrecht,*  
Facharzt für Allgemeinmedizin in Strausberg  
ab 20.08.2003

*Dipl.-Med. Petra Sohr,*  
Fachärztin für Innere Medizin (Hausärztin) in Dahlwitz-Hoppegarten  
ab 20.08.2003

*Dr. med. Roman Bader,*  
Facharzt für Allgemeinmedizin in Werder/Havel  
ab 27.08.2003

*Dipl.-Med. Axel Wollenberg,*  
Facharzt für Innere Medizin (Hausarzt) in Welsebruch/OT Passow  
ab 01.10.2003

*Dr. med. Matthias Wirth,*  
Facharzt für Allgemeinmedizin in Schönefeld  
ab 01.01.2004

*Dipl.-Med. Stefan Laubstein,*  
Facharzt für Innere Medizin in Frankfurt  
ab 01.10.2003

*Dr. med. Astrid Gottschalk,*  
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Bernau  
ab 01.09.2003

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

*Gabriele Krieger,*  
Fachärztin für Allgemeinmedizin,  
Med. Einrichtungsgesellschaft mbH Blankenfelde,  
ab 27.08.2003

*Barbara Büchtemann,*  
Fachärztin für Allgemeinmedizin,  
Med. Einrichtungsgesellschaft Landkreis Havelland mbH, Betriebsstätte Falkensee,  
ab 01.09.2003

### Ermächtigungen

*Dr. med. Jens-Uwe Völzer,*  
Facharzt für Orthopädie am Klinikum Kyritz, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Orthopädie und Fachärzten für Orthopädie in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V zur konsiliarischen Tätigkeit bei orthopädischen Erkrankungen; auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie des am Klinikum Kyritz ermächtigten Rheumatologen, Herrn Weigelt, zur konsiliarischen Tätigkeit bei orthopädisch-rheumatologischen Krankheitsbildern, insbesondere zur Beurteilung mit in diesem

Zusammenhang notwendigen Rekonstruktionen für die Zeit vom 20.08.2003 bis 31.03.2004.

*Dr. med. Volker Hitz,*  
Fachärztin für Innere Medizin am Klinikum Wittstock,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen fachärztlich tätigen Internisten und fachärztlich tätigen Internisten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie der GP Dres. Drescher/Ahrend für Untersuchungen zur Kontrolle des implantierten Cardioverters/Defibrillators (ICD) und zur Herzschrittmachernachsorge (ausgenommen sind Leistungen nach § 115 a SGB V) für die Zeit vom 20.08.2003 bis 30.09.2005.

*Mechthilde Lambrecht,*  
Fachärztin für Innere Medizin am Oberlinhaus in Potsdam,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V ausschließlich für die Betreuung der Rehabilitanden im Berufsbildungswerk in der Oberlinhaus gGmbH für die Zeit vom 01.09.2003 bis zum 30.09.2004.

*Dr. med. Stefan Brehme,*  
Facharzt für Innere Medizin am Klinikum Niederlausitz in Senftenberg,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur angiologischen Diagnostik für die Zeit vom 01.10.2003 bis zum 30.09.2005.

*Dr. med. Gert Andersch,*  
Facharzt für Neurochirurgie am Klinikum Niederlausitz in Senftenberg,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Neurochirurgie für die Zeit vom 27.08.2003 bis zum 30.09.2005.

*Dr. med. Lothar Schmeißer,*  
Facharzt für Nervenheilkunde am Klinikum Niederlausitz in Senftenberg,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Neurologie sowie auf dem Gebiet der Doppler-Sonographie für die Zeit vom 01.10.2003 bis 30.09.2005.

*Dr. med. Renate Stoltmann-Kitschloff,*  
Fachärztin für Innere Medizin am Klinikum Niederlausitz in Senftenberg,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der internistischen Therapie onkologischer und hämatologischer Erkrankungen (für die Klinikbereiche Senftenberg und Lauchhammer) für die Zeit vom 01.10.2003 bis zum 30.09.2005.

*Dr. med. Gundula Böschow,*  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Kinderheilkunde, Praktischen Ärzten mit der Facharztbezeichnung Kinderheilkunde, Orthopädie sowie anderen Ärzten mit der Teilgebietsbezeichnung bzw. Subspezialisierung Rheumatologie und entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der pädiatrischen Rheumatologie für die Zeit vom 27.08.2003 bis 30.09.2005.

*Dr./Univ. Istanbul Vehbi Aydin,*  
Facharzt für Chirurgie am Kreiskrankenhaus Herzberg,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Chirurgie bzw. Fachärzten für Chirurgie in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Unfallchirurgie für die Zeit vom 27.08.2003 bis 30.09.2005.

*Dr. med. Matthias Kretzschmar,*  
Facharzt für Innere Medizin am Klinikum Frankfurt,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Vorbereitung und Durchführung invasiver kardiologischer Diagnostik für die Zeit vom 01.10.2003 bis 30.09.2005.

*Dr. med. Kurt Zieger,*  
Facharzt für Innere Medizin am Ev. Krankenhaus Lutherstift in Frankfurt,  
ermächtigt für zweidimensionale farbcodierte doppler-echokardiographische Untersuchung für die Fragestellung coronare Durchblutung und kleiner ASD/VSD (< 2 mm) auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie auf Überweisung von Frau Dr. Pierau; auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur ambulanten Kontrolle implantierter Herzschrittmacher für die Zeit vom 01.10.2003 bis 30.09.2005.

*Dr. med. Brigitte Dröse,*  
Fachärztin für Innere Medizin am Paracelsus Krankenhaus in Rathenow,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Echokardiographie für die Zeit vom 01.10.2003 bis 30.09.2005.

*Dipl.-Med. Jens Credo,*  
Facharzt für Diagnostische Radiologie am Paracelsus-Krankenhaus in Rathenow,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die angiographische Diagnostik, für Computertomographie und für CT-Punktion/Biopsie im Rahmen der Tumordiagnostik für die Zeit vom 01.10.2003 bis 30.09.2005.

*Dr. med. (PL) Wojciech Drozd,*  
Facharzt für Chirurgie an den Ruppiner Kliniken in Neuruppin,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Vertragsärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V, die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen für konsiliarische Untersuchungen bei Problempatienten für die Zeit vom 01.10.2003 bis 30.09.2004.

*Dr. med. Norbert Bamberg,*  
Facharzt für Chirurgie am Städt. Klinikum Brandenburg,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für eine Spezialsprechstunde auf dem Gebiet der arteriellen Gefäßchirurgie sowie auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Chirurgie, Dermatologie und Innere Medizin bzw. entsprechenden Fachärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf den Gebieten der Phlebologie und Lymphologie für die Zeit vom 01.10.2003 bis 31.12.2005.

### Verlegung des Praxissitzes

*Dipl.-Med. Dietmar Hörster,*  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in Oranienburg,  
neue Adresse: Friedrichstr. 7 in Hohen Neuendorf;

*Dipl.-Med. Maria-Helene Zurbel,*  
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Peitz,  
neue Adresse: Kolkwitzer Str. 38 in Cottbus;

*MR Dr. med. Rainer Pörtner,*  
Facharzt für Allgemeinmedizin in Königs Wusterhausen,  
neue Adresse: Johannes-R.-Becher-Str. 24;

*Dipl.-Med. Karola Krause,*  
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Seelow,  
neue Adresse: Zernikower Str. 2;

*Dipl.-Med. Roland Schwan,*  
 Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Luckenwalde,  
 neue Adresse: Puschkinstr. 25;

*Dr. med. Sieglinde Spiegler,*  
 Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin in Kleinmachnow,  
 neue Adresse: Uhlenhorst 5;

*Dipl.-Med. Valentina Müller,*  
 Fachärztin für Allgemeinmedizin in Oberkrämer/OT Vehlefan, z.  
 neue Adresse: Lindenallee 66;

*Dipl.-Med. Christof Luskj,*  
 Facharzt für Urologie in Woltersdorf,  
 neue Adresse: Werderstr. 65;

*Dipl.-Med. Ulrike Frenzel,*  
 Fachärztin für Allgemeinmedizin in Michendorf,  
 neue Adresse: Potsdamer Str. 35;

*Dr. med. Wilfried Klemm,*  
 Facharzt für Allgemeinmedizin in Kloster Lehnin/OT Göhlsdorf,  
 neue Adresse: Kirchstr. 12;

*Dr. med. Cornelia Leonhardt,*  
 Fachärztin für Innere Medizin in Neuruppin,  
 neue Adresse: Karl-Liebknecht-Str. 30;

*Dr. med. Hans-Peter Radel,*  
 Facharzt für Chirurgie am Kreiskrankenhaus Prignitz in Perleberg,  
 neue Adresse: Kreiskrankenhaus Prignitz in Wittenberge;

*Dr. med. Brigitte Engelmann,*  
 Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Stahnsdorf,  
 neue Adresse: Käthe-Kollwitz-Str. 31 in Kleinmachnow;

*Dipl.-Med. Michael Kobel,*  
 Facharzt für Innere Medizin in Rüdersdorf,  
 neue Adresse: Otto-Nuschke-Str. 2;

*Dr. med. Thomas Belian,*  
 Facharzt für Nervenheilkunde in Rüdersdorf,  
 neue Adresse: Herrmannstr. 40;

*Dipl.-Med. Viola Klingenhagen,*  
 Fachärztin für Nervenheilkunde in Bernau,  
 neue Adresse: Berliner Str. 69

### Namensänderung nach Eheschließung

*Dipl.-Med. Renate Reisner, ehemals Unger*  
 Fachärztin für Innere Medizin  
 Saarmunder Str. 48, 14478 Potsdam

## Galerie für die Arztpraxis

Der Soziokulturelle Verein "Eins A" e.V. Stahnsdorf bietet eine kleine Ausstellung für Praxen in der Region Teltow, Kleinmachnow, Stahnsdorf und Umgebung an. Gezeigt werden künstlerische Arbeiten von Behinderten, von Nachwuchs- und Freizeitkünstlern sowie Arbeiten von Zeichenwettbewerben.

Nähere Auskünfte erhalten Sie von Herrn Trodler, 03329-614380 (Mittwoch 11 bis 14 Uhr) oder Frau Bierhals, 03329-62526.

**Janet Fischer, KOSA**

## FSME-Schutzimpfung

Die Bundesknappschaft teilt in einem Schreiben mit, dass sie bei der FSME-Schutzimpfung den gleichen Standpunkt wie die AOK Brandenburg vertritt (siehe "KV-intern" 7/03, Seite 22).

**Das heißt: Keine neuen Impfungen! Nur die Beendigung bereits eingeleiteter Impfserien wird finanziert!**

## Aufklärungskampagne zu Osteoporose

Das Kuratorium Knochengesundheit e. V. startet zum Welt-Osteoporose-Tag am 20. Oktober in Kooperation mit dem Berufsverband der Orthopäden (BVO) eine neue Aufklärungskampagne.

Ziel ist es, bisher nicht identifizierte Patienten mit manifester Osteoporose einer leitliniengerechten Diagnostik und Therapie zuzuführen.

Ärzte, die diese Kampagne unterstützen wollen, erhalten ab Anfang Oktober - solange der Vorrat reicht - gegen einen mit 1,44 Euro frankierten und adressierten DIN-A-4-Umschlag Poster und Info-Flyer mit Osteoporose-Risiko-Test zur Weitergabe an ihre Patienten sowie Informationen zu den Osteoporose-Leitlinien des "Dachverbands deutschsprachiger wissenschaftlicher Gesellschaften für Osteologie (DVO, s. www.bergmannsheil.de) beim: Kuratorium Knochengesundheit e.V. - Kampagne zur Identifizierung von Osteoporose-Patienten - Leipziger Str. 6, 74889 Sinsheim  
 Informationen gibt es außerdem im Internet unter [www.osteoporose.org](http://www.osteoporose.org).

## Balint-Gruppe in Bernau - anerkannter Qualitätszirkel

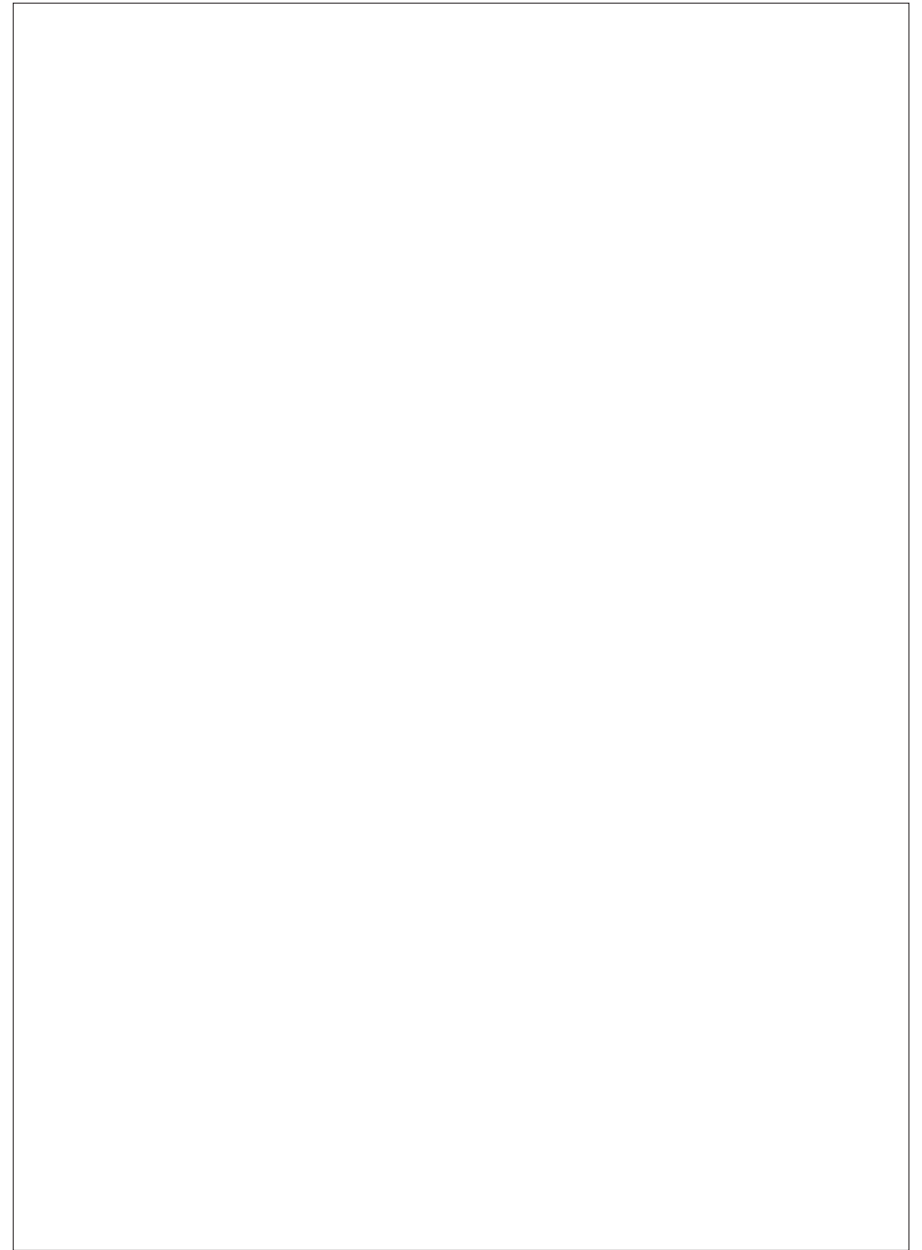
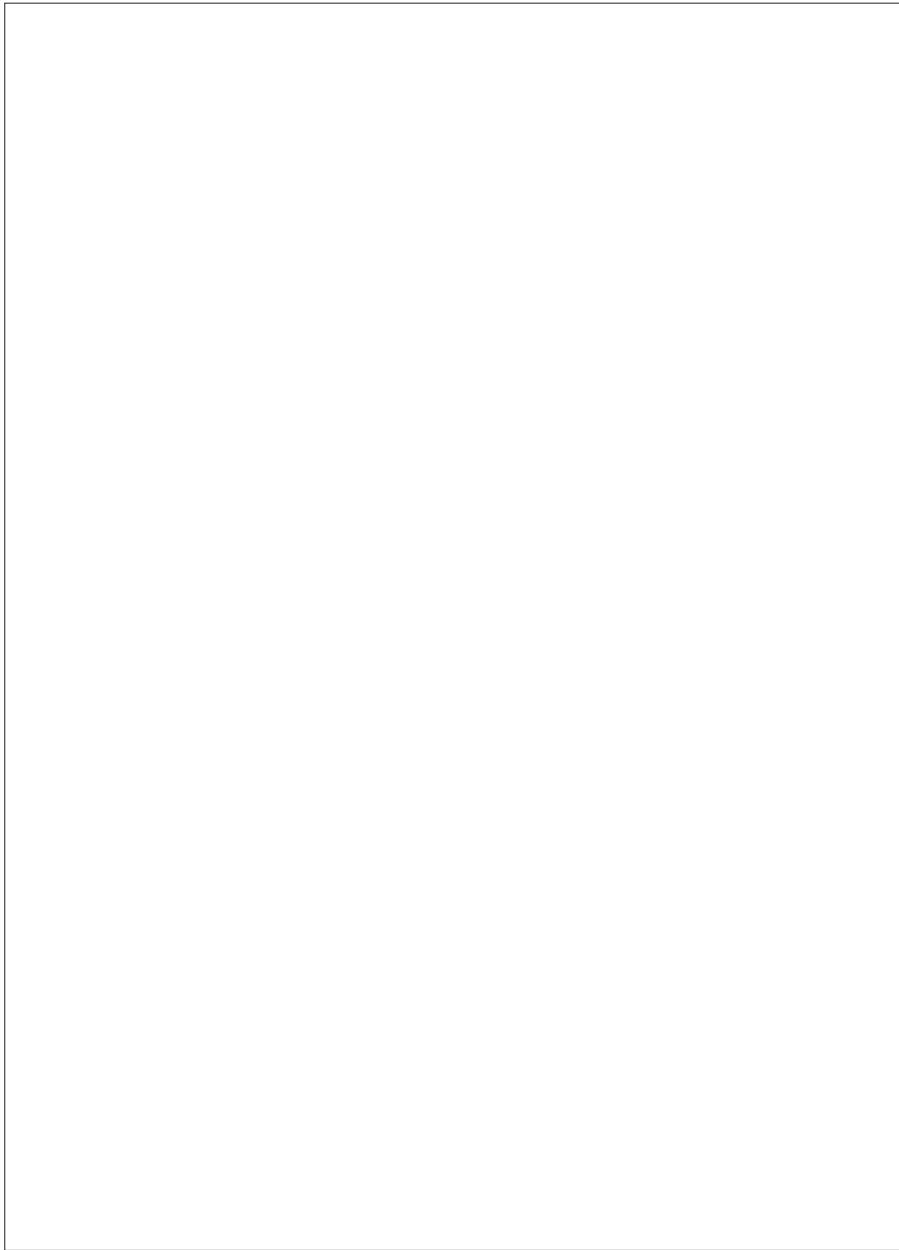
"Die Balint-Gruppe in Bernau" für Ärzte und Psychologen ist ein von der KVBB anerkannter Qualitätszirkel (Anerkennung mit jeweils 4 Punkten pro Abend für den Fortbildungsnachweis).

Eine Neuaufnahme von Interessierten Kollegen an einer kontinuierlich arbeitenden BALINT-Gruppe in Bernau ist wieder möglich. Es geht um den emotional entlastenden Austausch von Problemen in der Gestaltung von Arzt-Patienten-Beziehungen, die in der alltäglichen fach- und hausärztlichen Praxis auftreten.

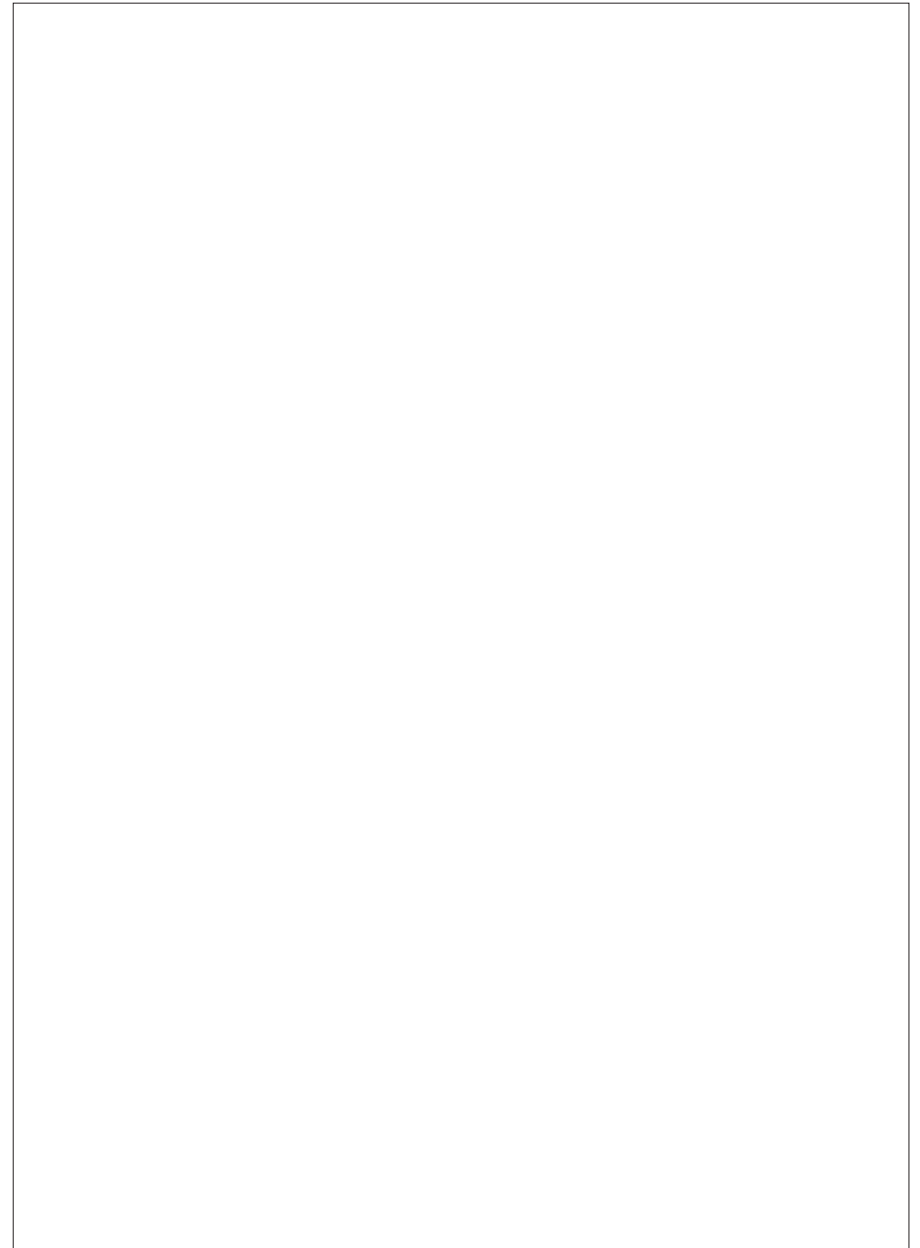
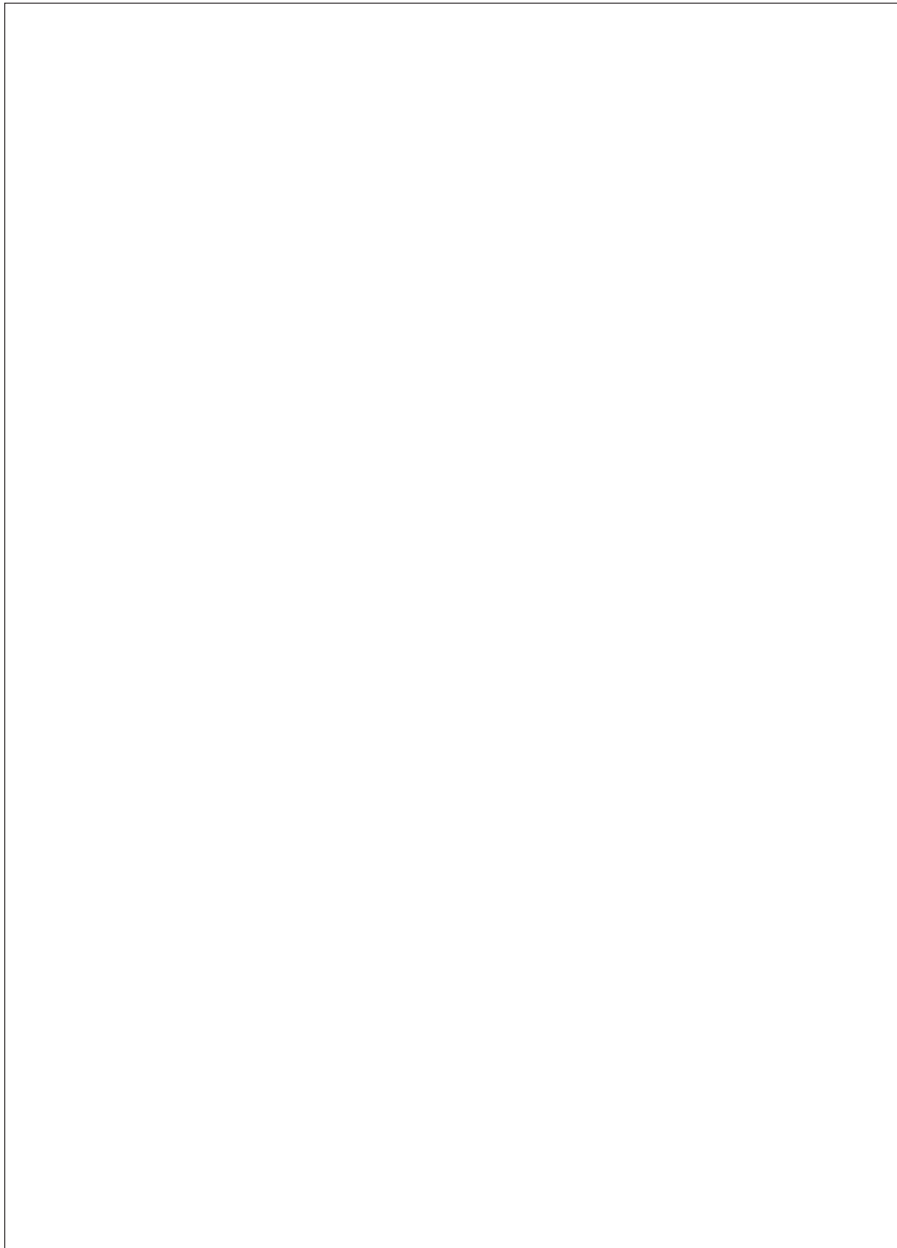
**Ort:** Breitscheidstr. 41  
 16321 Bernau/bei Berlin)

**Zeit:** jeweils konstant den zweiten Mittwoch im Monat,  
 von 18.00 - 21.00 Uhr  
 (2 Doppelstunden)

**Anmeldung:**  
 Praxis Priv. Doz. Dr. habil.  
 W. Zimmermann  
 Breitscheidstr. 41,  
 16321 Bernau  
 Tel./Fax: 03338/5874







## “Wie hoch ist denn Ihr Beitragssatz?”

Mit dem “KV-mobil” in Cottbus und Potsdam - zwei tolle Tage in Sachen Eigenwerbung

Zwei erlebnisvolle Tage ... Mittwoch, 10. September 9 Uhr. Regen in Cottbus. Davon unbeeindruckt kommen die ersten Neugierigen zum “KV-mobil” auf dem Altmarkt, dem Zentrum der Stadt. Um 10 Uhr lassen sich die ersten von nun schon mindestens 30, 35 Männern und Frauen Blut aus der Fingerkuppe entnehmen.

Mittwoch, 17. September, 9 Uhr, Sonnenschein in Potsdam. Tische und Stühle stehen um das “KV-mobil”, Vereinzelt bleiben einige Passanten hier unmittelbar am Brandenburger Tor stehen, blilcker herüber zu uns, abwartend.

Zwei Stunden später in Cottbus und Potsdam. Die Schlangen vor dem magentafarbenen Bus, unserem “KV-mobil” werden länger. Hochbetrieb für die jeweils zwei Schwestern und Ärzte an Bord. Blut abnehmen, Teststreifen auslesen, Werte notieren, Blutdruck messen und dann die Blutzucker und Cholesterinwerte analysieren ... es sieht wie Routine aus, ist es aber nicht. Im Gegenteil. Obwohl die Schlangen immer länger werden - in Cottbus dauerte die Wartezeit teilweise eineinhalb bis zwei Stunden - herrscht fröhliche Stimmung.

Insgesamt 16 Ärztinnen und Ärzte sind an diesen beiden Tagen vor Ort, haben jeweils für zwei Stunden ihre Praxistätigkeit gewissermaßen auf die Straße verlegt. Das ist zum Teil eine neue Erfahrung, aber eine schöne, so der einhellige Tenor. Es macht Spaß. Auch für das

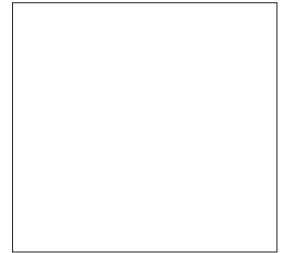
Team des Gesundheitsbusses und die Mitarbeiter der KV Brandenburg. Vor allem jedoch ist es ein Angebot an die Menschen, sich bewusster dem Präventionsgedanken zu öffnen.

Zugleich ist es eine sehr gute Möglichkeit darüber aufzuklären, was eine KV ist und was sie letztlich tut. Für viele der Besucher ist das Neuland. Doch sie sind sehr interessiert, haben Fragen, bekommen Antworten. Warum eine Praxisgebühr? Warum muss teilweise so lange auf einen Termin beim Facharzt gewartet werden? Stimmt es wirklich, dass mein Doktor nicht weiß, wenn er mich behandelt, wieviel er für die Behandlung bezahlt bekommt?

Äpfel werden verteilt, Wasser, magentafarbene Pflaster sind der “Renner” und auch die Informationen über Herz-Kreislauf-Erkrankungen und wie man sich davor schützen kann, gehen weg wie die berühmten warmen Semmeln.

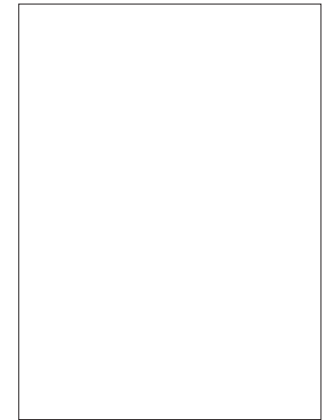
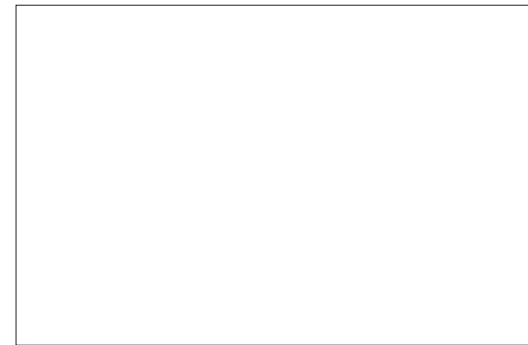
“Wie hoch ist denn der Beitragssatz Ihrer Krankenkasse?” Hier hatte der nette ältere Mann aus der Spreewaldstadt wohl etwas falsch interpretiert. Nein, eine Kasse sind wir nicht, wir vertreten hier die Vertragsärzte, praktisch den Doktor um die Ecke, so die Antwort. Eine Episode von vielen.

18.30 Uhr, in Cottbus (kurz nach 11 Uhr hörte es auf zu regnen) und Potsdam werden Tische, Sonnenschirme, Stühle wieder zusammen geklappt. Ein paar Neugierige kommen noch. “Wann sind



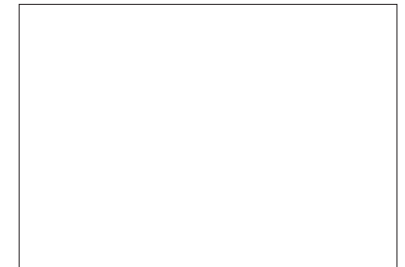
### Impressionen -

eingefangen von karin herold



Sie denn wieder hier?” Diese Frage ist wie ein Dankeschön. Über 350 Menschen in Cottbus ließen sich Blutdruck, Blutzucker und Cholesterin bestimmen, in Potsdam waren es fast 300.

Zwei anstrengende, aber rundum gelungene Tage sind vorbei. Herzlichen Dank an die Arzthelferinnen und die Ärzte! Es war schön mit Ihnen!  
**R.H.**



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

## Streitereien treffen selten Nerv der Basis!

Nur zustimmen kann man dem Kollegen Hessel (Leserbrief in Ausgabe 7/03), wenn er die Zusammenarbeit von Hausärzten und Gebietsärzten einfordert. Die Streitigkeiten zwischen den beiden Gruppen finden ohnehin zumeist auf Funktionärssebene statt und treffen den Nerv der "Basis" nur selten.

In seiner indirekten Kritik am britischen Gesundheitssystem vertraut der Kollege aber scheinbar auf jene Horrorszenarien, die uns von diversen Publikationen immer wieder unter die Nase gerieben werden. Tenor: NHS (National Health System) = staatliches System = Wartelisten = unzumutbar!! Hier hat man eh zumeist das Gefühl, dass mit den Zuständen vor Ort nur wenig bewanderte Autoren sich beim Schreiben gegen-

seitig über die Schulter schauen.

Nun, niemand und mit Sicherheit nicht die bis zur Selbstzerfleischung kritikfreudigen Briten, werden ihr System als den Stein der Weisen bezeichnen. Vor Ort tätig kann man aber eine Reihe von positiven Aspekten dieses Systems erkennen und schätzen lernen.

Und: das NHS kommt verglichen mit dem deutschen System mit weniger als der Hälfte an finanziellen Mitteln aus, dabei liegt die Lebenserwartung auf den britischen Inseln höher als in Deutschland! Auch wenn der Punkt "Lebenserwartung" sicher nur ein Qualitätskriterium sein kann, so schlecht kann das britische System also nun doch nicht sein...

### M. Oeser

Facharzt für Allgemeinmedizin,  
Lauchhammer

## Unsere Zeit gehört den Patienten!

Gern hätten wir mit unserem Ministerpräsidenten, Herrn Platzeck, diesen Gesetzesentwurf diskutiert und ihm unsere Gedanken und Sorgen vorgetragen. Er antwortete mir, dass für uns der Minister Günter Baaske zuständig sei. Aber auch von ihm erhielt ich auf meine Anfrage bis heute noch keinen Termin zu einem Gespräch.

Jetzt im Herbst soll dieses Gesetz im Bundestag verabschiedet werden und am 1. Januar 2004 in Kraft treten. Hier

einige Eckpunkte: Die Positivliste für erstattungsfähige Arzneimittel wurde aufgehoben.

In medizinischen Gesundheits- oder Versorgungszentren können Ärzte als Freiberufler tätig sein. Ärzte sind verpflichtet, eine Praxisgebühr von 10,00 € pro Behandlungsfall und Quartal einzubehalten. Verrechnet wird dieses Geld danach mit unserem Honorar. Also nichts Zusätzliches!

Die Auswirkungen solcher politischer Entscheidungen auf unsere Arbeitsbedingungen sind ein wichtiger Faktor für die Unzufriedenheit der Ärzte.

Wir fühlen uns zunehmend in unserer Berufsfreiheit eingeschränkt! Wen wundert es da, dass viele Mediziner, die mit dem Studium fertig sind, in Alternativberufe ausweichen, gleich ins Ausland gehen oder das Medizinstudium nicht beenden.

Dem deutschen Gesundheitswesen gehen jetzt schon die Ärzte aus. In breiter Front stehen viele junge Mediziner heutzutage der Patientenversorgung nicht mehr zur Verfügung, weil sie anderswo bessere Arbeitsbedingungen vorfinden. Sie drehen diesem Beruf den Rücken zu.

Wann macht man endlich den Arztberuf in Deutschland wieder attraktiv, dass unsere jungen Kollegen im Beruf und in unserem Land bleiben?

Der Europäische Gerichtshof hat das Ende ärztlicher Marathon-Dienste in den Krankenhäusern eingeläutet. Der Grundsatz "Bereitschaftsdienst ist Arbeitszeit" gilt nun auch in Deutschland. 30-Stunden-Schichten sind nicht zumutbar! Patienten werden dann endlich von ausgeruhten Ärzten behandelt. Aber auch dazu werden mehr Ärzte gebraucht, von 15.000 bis 27.000 Neueinstellungen ist die Rede.

Nur, woher nehmen, wenn nicht stehen? Unsere Gesundheitsministerin Ulla Schmidt glaubt noch immer nicht an einen Ärztemangel (es ist ja eigentlich eine Ärzteflucht). Man müsse die Ärzte nur richtig einteilen zum Dienst. Wie

wäre es, wenn unsere Frau Ministerin sich nicht nur von Kommissionen beraten lassen würde, sondern sich die Wirklichkeit im Praxisalltag einmal selbst ansähe? Sie würde erfahren, wie schwer es schon heute ist, einen Termin bei einem Augenarzt, Gynäkologen, Orthopäden usw. zu bekommen.

Und noch eins, wieder werden die Kollegen West und Ost gegeneinander gehetzt. Der West-Ost-Transfer ist wieder eine Spaltspitze in der Ärzteschaft. Das Bundesgesundheitsministerium will die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen in den neuen Ländern auf das Niveau der alten Länder anheben, aber über eine Absenkung der Gesamtvergütung West.

Dies ist nicht hinnehmbar!! Richtig wäre: Die Angleichung muss durch die Krankenkassen aus Kassenbeiträgen finanziert werden. Keine andere Berufsgruppe wurde bisher gesetzlich verpflichtet, ihre beruflichen Honorare intern auszugleichen.

Liebe Kollegen, lasst uns in dieser Zeit zusammenstehen, West und Ost, Fachärzte und Hausärzte, Hausärzte sind nichts ohne Fachärzte und umgekehrt, stationär und ambulant. Nur gemeinsam können wir unsere Patienten gut versorgen und nur gemeinsam sind wir stark.

**Elke Köhler, Jüterbog**

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

**Facharzt/Fachärztin für  
Allgemeinmedizin**

**Planungsbereich:**  
Frankfurt (Stadt)/Oder-Spree  
**Zeitpunkt:** schnellstmöglich  
**Bewerbungskennziffer:** 46/2003

**Facharzt/Fachärztin für Chirurgie**  
**Planungsbereich:** Märkisch-Oderland  
**Zeitpunkt:** schnellstmöglich  
**Bewerbungskennziffer:** 47/2003

**Facharzt/Fachärztin für  
Kinderheilkunde**  
**Planungsbereich:** Brandenburg-  
Stadt/Potsdam-Mittelmark  
**Zeitpunkt:** schnellstmöglich  
**Bewerbungskennziffer:** 48/2003

**Facharzt/Fachärztin für  
diagnostische Radiologie**  
**Planungsbereich:** Potsdam (Stadt)  
**Zeitpunkt:** schnellstmöglich  
**Bewerbungskennziffer:** 49/2003

**Facharzt/Fachärztin für Gynäkologie**  
**Planungsbereich:** Cottbus (Stadt)  
**Zeitpunkt:** schnellstmöglich  
**Bewerbungskennziffer:** 50/2003

**Facharzt/Fachärztin für  
Innere Medizin (fachärztlich)**  
**Planungsbereich:** Brandenburg-  
Stadt/Potsdam-Mittelmark  
**Zeitpunkt:** schnellstmöglich  
**Bewerbungskennziffer:** 51/2003

**Facharzt/Fachärztin für  
Kinderheilkunde**  
**Planungsbereich:** Brandenburg-  
Stadt/Potsdam-Mittelmark  
**Zeitpunkt:** schnellstmöglich  
**Bewerbungskennziffer:** 52/2003

**Facharzt/Fachärztin für  
Allgemeinmedizin**  
**Planungsbereich:** Frankfurt  
(Stadt)/Oder-Spree  
**Zeitpunkt:** schnellstmöglich  
**Bewerbungskennziffer:** 53/2003

**Facharzt/Fachärztin für  
HNO-Heilkunde**  
**Planungsbereich:** Havelland  
**Zeitpunkt:** schnellstmöglich  
**Bewerbungskennziffer:** 54/2003

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 **05. November 2003** 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. Dagmar Arndt, Schöneiche

Dr. med. Roland Born, Mühlberg

Ute Griep, Jüterbog

Dr. med. Evelyn Große, Schmerkendorf

Dr. med. Hans-Joachim Helming, Belzig

Dipl.-Med. Ralf Hinsching, Falkenthal

Dipl.-Med. Morton Kyomo, Guben

Dr. med. Thomas Lintzen, Potsdam

Dr. med. Christiane Moser, Potsdam

Dr. med. Gerd Neubüser, Rathenow

apl. Prof. Dr. med. Michael Radke,  
Potsdam

Dr. med. Uwe Rennhak, Potsdam

Dr. rer. nat. Dr. med. Christopher Rommel  
Treuenbrietzen

Dr. med. Annemarie Selle, Forst

Dipl.-Med. Regina Staske, Cottbus

Dipl.-Med. Jörg Steingräber,  
Dallgow-Döberitz

Dipl.-Med. Ingrid Stiller, Wildau

Dipl.-Med. Karin Teige, Nennhausen

### zum 60.

Dr. med. Wilfried Ebert, Cottbus

Dr. med. Michael Großmann,  
Senftenberg

Ingrid Haberl, Lychen

SR Michael Heyn, Dallmin

Dr. med. Harald Künzer, Brandenburg

Dr. med. Sabine Müller, Fürstenwalde

Dr. med. Klaus-Rüdiger Otto, Potsdam

Dr. med. Christa Plewe, Prenzlau

Dr. med. Bernhard Resch, Brandenburg

MR Dr. med. Ulrich Steinbeiß,  
Rangsdorf

Dr. med. Rainer Vetter, Bad Wilsnack

### zum 65.

Dr. med. Christa Buchelt, Fürstenwalde

SR Dr. med. Dietrich Hetzer, Gröden

Siegfried Langnickel, Luckenwalde

Dr. med. Dorothea Schikora, Potsdam

Gudrun Trebe, Peitz

Dr. med. Ludwig Wrobel, Jüterbog

### zum 66.

Dr. med. Helga Gutschlag,  
Bergholz-Rehbrücke

Barbara-Schumacher, Bergfelde

### zum 67.

Dr. med. Hans-Georg Hempel,  
Küstrin-Kietz

Dr. med. Dieter Jacobi, Teltow

### zum 68.

Christel-Bluhm, Treuenbrietzen

### zum 72.

SR Eberhard Jennrich, Schipkau

### zum 90.

MR Dr. med. Ruth Moeller,  
Treuenbrietzen

Reform-Vision 2003 ...

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:

18. September 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