



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

**D**ie kommende Jahreswende bringt auch eine Zäsur in der ärztlichen Selbstverwaltung: Die ehrenamtliche Führung der Körperschaft öffentlichen Rechts KV Brandenburg ist passé. Ab dem 1. Januar 2005 werden in Brandenburg zwar noch Vertragsärzte, aber nun in neuer, in hauptamtlicher Form das Schiff KV steuern. Und auch die Funktion des bisherigen Ärzteparlamentes ändert sich. Verkleinert auf nunmehr 30 Mitglieder ist es, um einen Begriff aus der Industrie zu entlehnen, der Aufsichtsrat.

**D**amit kommt die ärztliche Selbstverwaltung ihrer per Gesetz verordneten strukturellen "Professionalisierung" nach. Was die inhaltliche Professionalität betrifft, so hat das brandenburgische Ärzteparlament in den zurückliegenden Jahren mit ärztlichem Sachverstand sehr viele und sehr professionelle Entscheidungen getroffen! Und - dies sollte durchaus einmal angemerkt werden - ohne McKinsey, Roland Berger und wie sie alle heißen, jene Beraterunternehmen, deren Dienste Millionen an Honorar verschlingen.

**D**arauf machte der alte und neue Vorsitzende des Vorstandes der KV Brandenburg, Dr. Helming, in der letzten Sitzung der IV. Vertreterversammlung aufmerksam. Hätten Sie beispielsweise gedacht, dass allein in der jetzt ablaufenden Wahlperiode 133 Verträge mit den Kassen ausgehandelt wurden? Hinzu kommen mehrere Sondervereinbarungen wie zur Schmerztherapie oder dem Impfen, die Anhebungen der Gesamtvergütungen trotz vom Gesetzgeber festgelegten "Nullrunden", oder der Verhinderung der drohenden Arzneimittelregresse, um nur einige von vielen Beispielen zu nennen.

**E**benso deutlich stellte Dr. Helming aber auch heraus, dass all diese Erfolge ohne eine funktionierende Verwaltung nicht hätten erreicht werden können. Kompetenz, gepaart mit Fleiß, Erfahrung und großem persönlichen Engagement waren dabei die Basis dieses erfolgreichen Wirkens.

**W**ird dies aber auch für die Zukunft reichen? Denn eines ist sicher: KVen alter Prägung werden kaum in der Lage sein, die Herausforderungen im Sinne der ambulant tätigen Ärzte zu meistern. Modernes Management, eine stärkere Hinwendung zu Service, Kreativität und vor allem Flexibilität - inhaltlich und strukturell - sind

neben den bereits benannten Eigenschaften wohl jene, die in den kommenden Jahren immer mehr ins Zentrum rücken werden.

Das Gute dabei - die KV Brandenburg muss dafür nicht bei Null anfangen. Wir verfügen beispielsweise bereits über gut funktionierende Service-Strukturen, und dies in vielen Fällen seit Jahren. Die KV Brandenburg war eine der ersten KVen überhaupt, die eine Information auf Intranet-Basis installierte, sie war die erste KV, die Online-Abrechnungen für die Ärzte ermöglichte und mit der Option der sogenannten Blitzabrechnung ein Instrumentarium entwickelte, das zunehmend von Ihnen genutzt wird. Der Service-Info-Dienst, 1995 eingerichtet, spielte ebenso eine Vorreiterrolle auf Bundesebene.

Was Kreativität und Flexibilität betreffen, so muss uns auch hier im wahrsten Sinne des Wortes nicht Bange sein. Gleich mehrere, auch bundesweit angewandte Verfahren, lassen die brandenburgische Handschrift erkennen - beispielsweise die Philosophie der Honorarverteilung, inklusive der Mengenbegrenzung. Ebenso der Abschluss von Strukturverträgen. Hier war es die KV Brandenburg, die 1993 den bundesweit ersten Vertrag mit der AOK zur Versorgung von Diabetikern vereinbarte.

Die nächste Zukunft wird zeigen, welche Formen des Mitgliederservices von Ihnen angenommen, benötigt werden, und welche nicht. Dies ist die Kür neben dem eigentlichen KV-Kerngeschäft, aber eine sehr wesentliche. Dass sie Geld kostet, ist eine Binsenweisheit. Ungeachtet dessen lohnt sich so manch vergleichender Blick, wenn die Meinung aufkommt, das müssen wir nicht selber machen, das können andere auch. Vielleicht - meist jedoch nicht zu den Preisen, meist wird es teurer.

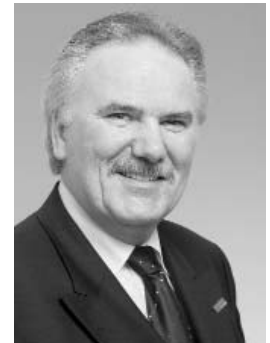
Propos Geld. Auf den Seiten 11 bis 17 finden Sie, wie in jedem Jahr, eine sehr detaillierte Aufstellung des Haushaltes der KV Brandenburg für das Jahr 2005. Was bei uns seit Jahren eine Selbstverständlichkeit ist, ist längst nicht überall so. Auch das ist eine gute Tradition und zugleich eine gute Basis, auf der man aufbauen kann. Transparenz und Offenheit, zwei Begriffe, die immer häufiger als reine Schlagworte benutzt werden, ohne dass sie Realität werden. Wir zeigen, dass es auch anders geht.

Ihnen und Ihren Familien ein schönes Weihnachtsfest und einen guten Start ins neue Jahr, verbunden mit dem Wunsch, dass möglichst viele der eigenen Wünsche auch in Erfüllung gehen werden.

**Ralf Herre**  
Pressesprecher

## "Die KV wird ihr Know-how zukünftig stärker den Mitgliedern anbieten!"

Leitartikel von  
**Dr. med. Hans-Joachim Helming**  
zu Programmatik und Organisation der  
Zuständigkeiten im neuen Vorstand ab 2005



In der Fortsetzung der konstituierenden Vertreterversammlung am 26.11.2004 nutzte ich die Gelegenheit, die Programmatik des neuen, hauptamtlichen Vorstandes und die Aspekte der berufspolitischen Ausrichtung der Körperschaft insgesamt zu skizzieren sowie allen, die mit ihrem Votum diesen neuen Vorstand gewählt haben, für das ausgesprochene Vertrauen zu danken!

Wir neuen Vorstandsmitglieder hatten uns die Entscheidung zu kandidieren, nicht leicht gemacht - und dies aus zwei Gründen: Einerseits die Besonderheiten der Hauptamtlichkeit, welche mit unserer in 14 Jahren verinnerlichten Freiberuflichkeit und damit verbundenen Freiheit und Eigenständigkeit nur schwer in Übereinstimmung gebracht werden kann; andererseits aber natürlich auch die Vielzahl unbekannter, aus den gesetzlichen Rahmenbedingungen, welche mit dem GMG ab dem neuen Zeitalter verbunden sind, sich herleitender Probleme.

Diese Probleme, Fragen, aber sind es andererseits, welche den Reiz ausmachten, sich gerade dieser Herausforderung zu stellen.

Es ist die größte Herausforderung nach meinem Dafürhalten, trotz der klar erkennbaren Absicht des Gesetzgebers, die Rolle der KV zu schwächen, die Akzeptanz der Körperschaft durch die Zwangsmitglieder dieser Körperschaft zu unterminieren, dennoch ein eigenes Profil zu entwickeln, welches die Kollegen, die uns in die Hauptamtlichkeit in der Hoffnung einer **Akzeptanz der Körperschaft KV stärken!** qualifizierten Interessenvertretung gewählt haben, erkennen, verstehen und akzeptieren können.

Zu diesen Absichten des Gesetzgebers gehört ebenso, das Wechselspiel zwischen Exekutive und Legislative, also zwischen Vorstand und Vertreterversammlung zu erschweren und auch die Eigenständigkeit der Entscheidungen einer Landes-KV durch Zentralisierung der Normgebung auf Bundesebene einzuschränken. Zugleich sollen die Einflussmöglichkeiten der Krankenkassen auf Bereiche, welche bislang der Regelaufsicht der ärztlichen Selbstverwaltung unterlagen, erweitert werden.

Ich sehe deshalb meine Hauptaufgabe für die kommenden 6 Jahre als Vorsitzender dieses Vorstandes darin, die politischen Rahmenbedingungen für uns Ärzte so zu nutzen und zu beeinflussen, dass sie, da wo es möglich ist, für uns Vorteile bringen, bzw. dort, wo sie sich nun mal eindeutig gegen uns richten, zu verändern.

Dies aber setzt voraus, dass man die "neue Welt" analysiert, bewertet und daraus seine Konsequenzen zieht. Während die Analyse möglicherweise noch verhältnismäßig gleichartige Ergebnisse bringt (abhängig vom Objektivitätsgrad), kann dann unter dem Einfluss der Subjektivität natürlich die Bewertung und das Spektrum der möglichen Konsequenzen nicht mehr so einheitlich sein. Das aber ist das Problem, welchem wir uns stellen müssen!

Für unsere Mitglieder der KV, ob Ärzte oder psychologische Psychotherapeuten, existieren sehr individuelle Ausgangssituationen für eine Adaptation an die

### Mehr Unterstützung der Mitglieder in der Praxis

neuen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Ihnen Unterstützung zu geben, sich innerhalb dieser Rahmenbedingungen individuell mit ihrer Praxis so zu positionieren, dass die medizinische Tätigkeit nicht auf der Strecke bleibt, das erwarten die Kollegen von uns, und das wollen wir als Vorstand auch leisten!

Die Politik hat aus ideologischer Verbohrtheit heraus, oftmals ohne ein Minimum von Sachkenntnis, ein Szenario geschaffen, welches für den berufenen und aus Überzeugung tätigen Arzt teilweise völlig neu ist. Es konfrontiert ihn

mit Vorgaben, die mit seinem medizinischen Wissen allein nicht zu verstehen und umzusetzen sind.

Mit dem GMG bieten sich einerseits Kooperationsfreiheiten und neue Versorgungsformen mit gestalterischen Freiheiten, wie sie vor der Reform unvorstellbar waren. Andererseits - und dies gehört zur ganzen Wahrheit - müssen wir Ärzte uns wesentlich stärker als bisher unternehmerischen Entscheidungen stellen und die Ausrichtung des eigenen

### Stärkere wirtschaftliche Ausrichtung der Praxis

Unternehmens Praxis definieren. Unsere Kollegen müssen es lernen, Markt- und Unternehmensanalysen zu erstellen und zu verstehen, um daraus eine strategisch und wirtschaftlich sinnvolle, und damit zukunftssträchtige Ausrichtung der Praxis (die ja letztlich Lebensgrundlage des Arztes ist) zu entwickeln.

Das hierzu erforderliche betriebswirtschaftliche, rechtliche und konzeptionelle Know-how muss in Zukunft die KV viel stärker als bisher den Mitgliedern anbieten und vermitteln.

Damit verändert sich aber das Credo der neuen KV ganz erheblich.

Noch 1995 verstand ich - aber wohl auch wir alle - den Service-Charakter der KV als ein ganzes Sammelsurium von Dienstleistungsangeboten, welches nach eigenen Bedürfnissen von den Kollegen genutzt werden konnte, um individuelle Arbeitserleichterung zu erhalten.

Dies wird in Zukunft nur noch in konzentrierter Form in und tatsächlich nachgefragten Gebieten fortgeschriebenes Handlungsfeld der KV bleiben.

Wesentlich stärker wird die KV durch den neuen Vorstand zu neuen Handlungsfeldern geführt werden müssen. Allein der Umstand, dass nicht mehr die KV vordergründig für die Prüfung der

### Interessenvertretung ist das Kerngeschäft!

Wirtschaftlichkeit von ärztlicher Leistungserbringung oder Verordnungstätigkeit verantwortlich ist und die Kassen hier das Zepher dergestalt übernommen haben, dass sie es mehr als Morgenstern betrachten, welchen sie gegen die Ärzte einsetzen wollen, war für mich Veranlassung, bereits vor Wochen eine Umorientierung unserer Fachkompetenzen in der KV zur vorrangigen Interessenvertretung unserer geprüften Ärzte vor diesen kassendominierten Gremien vorzunehmen.

Nunmehr ist die Entscheidung gefallen, dass wir alle rechtlich zulässigen Unterstützungen dem einzelnen Arzt geben werden, sich gegen Willkürentscheidungen zu wehren.

Es wird insbesondere in den nächsten Wochen gemeinsam mit der Verwaltung zu definieren sein, wie wir dem hohen Stellenwert der neuen Versorgungsformen und den sich daraus ergebenden praxisrelevanten Beratungs- und Dienstleistungsangeboten gerecht werden wollen.

Die bahnbrechenden Beschlüsse des diesjährigen Ärztetages in Bremen in Verbindung mit den Optionen im GMG sind nur für wenige Ärzte im Alleingang wirklich nutzbringend umzusetzen. Viele unserer Kollegen - dessen bin ich mir immer sicherer! - brauchen eine Kompetenzstruktur, welche ihnen bei der individuellen Anwendung und Umsetzung hilft.

Ob diese Struktur (später) eine Körperschaft sein muss - oder ob es sogar eher von Vorteil ist, diese sich zunehmend als Fessel herausstellende historische Last abzuschütteln, das wird sich sehr wahrscheinlich in den kommenden Jahren herausstellen. Und darauf müssen wir uns vorbereiten. Wir müssen beide denkbare Entwicklungen inhaltlich und konzeptionell abdecken. Das erfordert von Vorstand, Verwaltung aber auch von allen Vertragsärzten einen neuen Kreativitäts-Schub, neue Motivation und Vertrauen in die Richtigkeit der Visionen.

Die Vertreterversammlung der KV Brandenburg wird sich in Zukunft nicht als "Infotainment" definieren dürfen, sondern als Arbeitsorgan der gewählten Vertreter, Berufsverbände und beratenden Fachausschüsse. Falsch verstehen dürften die Vertreter diese Aufgabe schon deswegen

### VV ist Arbeitsorgan der gewählten Vertreter

nicht, weil die Arbeiten an Umsetzungsentscheidungen Ergebnis der Normsetzung sind - und diese in ihren Wirkungen mehrdimensional ist, sich also auf die ehrenamtlich Tätigen ebenso wie auf die "hauptamtlichen Verwalter" erstreckt.

Diesem neuen Rollenverständnis folgend, hat sich der neue Vorstand bereits dahingehend verständigt, dass wir zu den monatlichen Vorstandssitzungen neben dem Präsidenten der Vertreterversammlung auch die Vorsitzenden der beratenden Fachausschüsse einladen werden. Damit soll deutlich werden, dass wir der Schnittstelle "verwaltender und persönlich haftender Vorstand"

einerseits und "in Grundsatzfragen normsetzende Selbstverwaltung" andererseits einen sehr hohen Stellenwert beimessen.

Nur in dieser Kooperativität lässt sich eine Blockade der Gremien vermeiden - ganz abgesehen natürlich davon, dass letztlich immer die Integrität der handelnden Personen für den Erfolg verantwortlich ist. Schon deswegen wird es eine überaus wichtige Aufgabe der Ver-

### In Ausschüsse müssen kompetenteste Vertreter

schüsse zu wählenden Kollegen so auszuwählen, dass Kreativität, fachliche Kompetenz, berufspolitisches Engagement und breite Akzeptanz in der Ärzteschaft den Erfolg garantieren.

Der Vorstand wird sich aber auch der Kompetenz bereits in der Vergangenheit aktiver Kollegen versichern müssen. Ich denke da beispielhaft an den Aufgabenbereich der Abrechnung und Prüfung (in dem Sinne, wie bereits beschrieben). Hier sind wir Frau Kollegin Zahradka überaus dankbar, dass sie sich bereit erklärt hat, gemeinsam mit Vorstand und Verwaltung dieses komplexe Aufgabengebiet auch in den nächsten Jahren kompetent zu betreuen.

Die Geschäftsverteilung im Vorstand ist wie folgt festgelegt worden:

- Alle Grundsatzfragen werden im Team beraten und anschließend projektbezogen in Einzelverantwortung übergeben,
- dem Vorsitzenden werden die Aufgabenbereiche Verwaltung / Haushalt / KBV / Bundes- und Landespolitik / Öffentlich-

keitsarbeit und neue Versorgungsformen zugeordnet;

- Herr Dr. Noack wird für die Bereiche Abrechnung / Prüfung / EDV und Verträge einschließlich der Honorarverteilung zuständig sein und

- Herr Dipl.-Med. Schwark verantwortet die Bereiche Qualitätssicherung / Fortbildung / Sicherstellung / Bereitschaftsdienstorganisation und den Mitgliederservice.

Wie dargestellt, hat sich der Vorstand also darauf verständigt, im Rahmen der Entwicklung einer neuen Geschäftsordnung, die gesetzliche Vorgabe nach Geschäftsbereichszuordnungen insoweit zu realisieren, dass wir sachgebietsbezogen die Zuständigkeiten aufgeteilt haben und keine Doppelung von Verantwortlichkeiten in den beiden Versorgungsbereichen

### Konstruktive Sacharbeit nur im Miteinander möglich

beschlossen. Das entspricht konsequenterweise auch dem in allen Jahren des Bestehens der KV Brandenburg praktizierten und auch in den Wahlen zu dieser VV von allen Kandidaten immer wieder beschworenen "Nichtpolarisieren". Konstruktive und produktive Sacharbeit ist nicht gegeneinander, konfliktiv, versorgungsbereichsbezogen, sondern ausschließlich kooperativ, integrierend und versorgungsbereichsübergreifend zu leisten.

Ich appelliere daher in diesem Zusammenhang auch an die Vertreter der Ärzteschaft und an jeden einzelnen Kollegen in Brandenburg, sich auch in

Zukunft nicht auf Grabenkämpfe einzulassen, die noch dazu nicht unsere eigenen sondern von außen hineingetragene sind! Wir waren in der Vergangenheit sehr erfolgreich - aber nur dann, wenn wir nicht gegeneinander, sondern miteinander gehandelt haben.

Ich hoffe, dass uns dies auch unter den neuen Rahmenbedingungen und mit den neuen Strukturen unserer Selbstver-

### Eine starke KVBB auch mit neuen Strkturen

waltung gelingen wird. Ich vertraue dabei auch darauf,

dass das Vertrauen in die persönliche Integrität und Loyalität der handelnden Personen erhalten bleiben kann.

Wir haben nur uns als Lobby - dies habe ich schon vor Jahren gesagt und es ist heute ebenso richtig wie damals! Niemand wird uns Ärzten helfen, die notwendigen Entscheidungen so zu treffen, wie wir Ärzte es für richtig halten. Eine Lobby ist aber nur dann durchsetzungstark, wenn sie Geschlossenheit in den eigenen Reihen aufweist und damit Macht darstellen kann.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das brauchen wir in den kommenden Jahren: Geschlossenheit, Kompetenz, Integrität und Gestaltungswillen.

Dann wird es uns möglicherweise wieder gelingen, in unserem Jubiläumsheft zum 20jährigen Bestehen der KV Brandenburg den Eintrag des VdAK Landesvertretungs-Chefs zu lesen:

"Die KVBB verstand sich von Anfang an als machtvolles Instrument der Vertragsärzte gegenüber den Vertragspartnern und Politik. .... Charakteristisch für die KVBB: Kooperativ, kompromissbereit, aber hart in der Sache."

Genauso, wie die Bewertung des Landes-Gesundheitsministers:

"Die ambulante Versorgung liegt bei den Vertragsärzten in guten Händen."

Auf ein darauf aufbauendes Selbstverständnis der brandenburgischen ärztlichen Selbstverwaltung freue ich mich gemeinsam mit meinen Vorstandskollegen!

ANZEIGE

### Anzeige Praxisauflösungen

## Hauptamtlicher Vorstand berufen - Haushalt für das Jahr 2005 verabschiedet

„Altes“ und neues Ärzteparlament mit intensiver Diskussion und entscheidenden Beschlüssen

Zwei Vertreterversammlungen an einem Tag - Standhaftigkeit für die Mitglieder war gefragt an diesem 26. November. Zuerst trafen sich am frühen Nachmittag die neu Gewählten der nunmehr bereits V. Vertreterversammlung der KV Brandenburg.

Es war gewissermaßen die Fortsetzung der am 5. November erfolgten Sitzung mit den Wahlen des Präsidenten und seiner Stellvertreterin sowie des neuen dreiköpfigen Vorstandes. Dieser hatte sich zu erklären, ob er die Wahl annehme. Er tat es. Danach wurden in einem formalen Akt einstimmig der Vorsitzende, Dr. Helming, sowie seine beiden gleichberechtigten Stellvertreter, Dr. Noack und Dipl.-Med. Schwark, durch die Vertreterversammlung als hauptamtlicher Vorstand berufen.

Der Berufung vorangegangen war eine kurze, aber intensive Diskussion, ob die Mitglieder im Vorstand der KV Brandenburg zugleich in den Vorständen von Berufsverbänden tätig sein dürften oder nicht. Auslöser der Diskussion war das Vorstandsmandat von Herrn Schwark im BDA Berlin/Brandenburg. Auch wenn ein VV-Mitglied diese Diskussion als "Geisterdiskussion" bezeichnete - der Austausch der Argumente zeigte, der Disput war notwendig.

Die Abstimmung ergab dann auch ein klares Votum: 16 der 30 Vertreter

stimmten dafür, dass die Vorstandsmitglieder kein weiteres Wahlmandat in einem Berufsverband ausüben dürfen, 10 stimmten dagegen und vier enthielten sich der Stimme. Nach dieser Abstimmung erklärte dann auch Herr Schwark, dass er sein Amt im BDA zum 1.12.2004 niederlegen werde. Ebenso äußerte sich Dr. Noack, der als Vorsitzender der Ärzte-Union Brandenburg diese Wahlfunktion nicht mehr ausüben wird. Der Vorsitzende des Vorstandes ist seit seiner Wahl in dieses Amt 1995 ein verbandspolitisches Neutrum ...

Danach umriss der neue Vorsitzende Schwerpunkte der zukünftigen Arbeit des Vorstandes und die Verantwortlichkeiten der einzelnen Vorstandsmitglieder der KV Brandenburg. Dazu finden Sie detaillierte Informationen im Leitartikel von Dr. Helming auf den Seiten 3 bis .7.

Der Vollständigkeit halber sei noch angefügt, dass für die in den Vorstand berufenen Dr. Helming, Dr. Noack und Herr Schwark, die damit laut unserer Satzung keine Mitglieder der Vertreterversammlung mehr sind, Dr. Fischer, Dr. Lüdcke und Dipl.-Med. Friedrich als Mitglieder der VV nachrücken.

Die zweite Sitzung an diesem Tag führte noch einmal all jene gewählten Mitglieder zusammen, die in den zurückliegenden vier Jahren das brandenburgische Ärzteparlament bildeten. Es war die letz-

te Sitzung dieser Wahlperiode; eine, in der man gewöhnlich das Erreichte noch einmal Revue passieren lässt. Dies taten sowohl der Präsident der VV als auch der Vorsitzende.

Dr. Geyer dankte allen Mitgliedern für die geleistete Arbeit, für ihr Engagement und das konstruktive Zusammenwirken in diesem Gremium. "All jenen, die jetzt ausscheiden, wünsche ich viel Freude und Erfolg im Beruf, dem schönsten, den es gibt", so der alte und neue Präsident.

Dr. Helming blickte noch etwas weiter zurück in die Anfänge des brandenburgischen KV-Lebens, und zitierte aus einem der ersten Editorials in "KV-intern" vom April 1992 den damaligen KV-Vorsitzenden, Lothar Kropius: "Die KVBB ist von Anfang an eigene Wege gegangen. Dabei hat sie stets versucht, für die Probleme der Zeit brandenburgische Antworten und Lösungen zu fin-

den. Es hat sich als Glücksfall erwiesen, dass VV und Vorstand sowohl alters- als auch fachgruppenspezifisch sehr heterogen zusammengesetzt sind. Das hat bisher verhindert, dass die KV auf dem einen oder anderen Auge blind ist!"

Diese Einschätzung von vor 12 Jahren, so Helming, sei heute aktueller denn je. Und sie sei zugleich Richtschnur für die kommenden sechs Jahre. Die KV Brandenburg habe dank mancher unkonventionellen Lösung immer wieder bewiesen, dass sie ein hohes Maß an Professionalität verkörpere, ohne dabei den Bezug zur ärztlichen Basis zu verlieren. Natürlich gebe es auch einige, die dies anders sähen. Die insgesamt erfolgreiche Entwicklung der KV Brandenburg sei aber letztlich - trotz manch Unerreichtem im Detail - für jedermann sichtbar.

Als Beispiele nannte der wiedergewählte Vorsitzende den Aufbau von Service-



Strukturen für die Mitglieder und dies "zu Zeitpunkten, an denen andere KVen noch nicht einmal daran dachten". Aber auch strukturell habe sich die KV nicht gescheut, Veränderungen durchzusetzen. Dies "betrifft sowohl den Verwaltungsbereich als auch beispielsweise die Veränderung der Notfalldienstbereiche", führte Helming aus.

Bundesweit viel Beachtung hätten stets die Modifizierung bzw. Neugestaltung der Honorarverteilungsmaßstäbe hervorgerufen. "Bereits 1999 haben wir mit den Krankenkassen Verhandlungen zur Einführung von Regelleistungsvolumen aufgenommen. Und wir hatten sie schon im HVM 2002, also weit vor dem GMG und trotz Budget!" Dies habe eine weitgehende Kalkulierbarkeit der Honorare für jeden einzelnen Arzt möglich gemacht, also etwas, was die Ärzteschaft immer gewollt habe.

Auch berufspolitisch habe die KV Brandenburg sich sehr aktiv sowohl auf Landes- als auch Bundesebene eingebracht. "Die Gründung der Arbeitsgemeinschaft der Ost-KVen schon im Jahr 1997 war für ein abgestimmtes Agieren aus Sicht der neuen Bundesländer eine sehr gute Voraussetzung", stellte Helming fest. Denn im Gesundheitsstrukturgesetz und im GKV-Modernisierungsgesetz enthaltene Honorar-Angleichungsmodalitäten seien maßgeblich durch die Initiativen der Ost-KV-Vorsitzenden zustande gekommen.

Diesen Kurs gelte es konsequent weiter zu führen. "Auch unter jetzt veränderten Bedingungen ist berufspolitisches Enga-

gement, gepaart mit einer offensiven Medien- und Öffentlichkeitsarbeit enorm wichtig!" Nur wenn die KV sich nachhaltig in der Öffentlichkeit artikuliere, habe sie auch die Chance, wahr und ernst genommen zu werden, warf der KV-Vorsitzende den Blick voraus.

Es ging allerdings nicht vorrangig um den bewertenden Rückblick. Die Mitglieder der IV. Vertreterversammlung hatten, sozusagen als letzte wichtige Entscheidung in dieser Wahlperiode, den Haushalt für das kommende Jahr zu beschließen. Bevor sie dies in wiederum beeindruckender Geschlossenheit taten - 27 Ja-Stimmen, 2 Nein-Stimmen und 3 Enthaltungen - galt es, der vom Vorstand der VV vorgelegten Empfehlung über die Nachvergütung der Psychotherapeuten zuzustimmen.

Hier hatte das Bundessozialgericht entschieden, dass rückwirkend zum 1.1.2000 alle genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen höher zu vergüten sind. Entsprechend dieser Vorgaben handelt es sich dabei für die KV Brandenburg um eine Summe von insgesamt 4,1 Millionen Euro.

Die VV stimmte dem Beschlussvorschlag mehrheitlich zu, allerdings mit der Maßgabe, dass der Vorstand beauftragt wird, unter Mitwirkung des Ausschusses Psychotherapie in schnellstmögliche Nachverhandlungen mit den Krankenkassen einzutreten, um einen Finanzierungsausgleich von den Kassen für die Nachvergütungen zu erreichen. **R.H.**

## Wirtschaftsjahr 2003 erfolgreich abgeschlossen

Informationen zum Bericht über die Prüfung des Wirtschaftsjahres 2003 durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e. V. Münster

Der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg wurde, wie auch in den Vorjahren, durch den Revisionsverband ärztlicher Organisationen e.V. Münster der uneingeschränkte Bestätigungsvermerk für das Jahr 2003 erteilt, wonach die Buchführung und der Jahresabschluss nach der pflichtgemäßen Prüfung den gesetzlichen Vorschriften und der Satzung entsprechen.

Die Richtlinien über die Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung gemäß § 75 Abs. 7 Satz 3 SGB V wurden beachtet.

Der Bericht über die Prüfung des Wirtschaftsjahres 2003 war Gegenstand einer gemeinsamen Beratung des Vorstandes der KV Brandenburg und des Haushaltsausschusses am 20. 10. 2004, an der auch ein Vertreter des Revisionsverbandes teilnahm.

Die Gesamtaufwendungen betragen im Geschäftsjahr 2003 18,5 Mio. EUR (Haushaltsansatz 20,0 Mio. EUR).

Den Aufwendungen stehen Erträge in Höhe von 19,9 Mio. EUR (Haushaltsansatz 20,4 Mio. EUR) gegenüber.

Somit schließt das Geschäftsjahr 2003 mit einem Jahresüberschuss in Höhe von 1,4 Mio. EUR ab.

Maßgeblich zum positiven Rechnungsergebnis trug die konsequente Umsetzung des im Juni 2003 vom Vorstand beschlossenen Haushaltsstabilisierungsprogramms bei. Darüber hinaus ist der Beschluss des Vorstandes zum vorzeitigen Verkauf von zwei SWAP-Geschäften mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank zu nennen.

Das geplante Volumen des Investitionshaushaltes wurde mit 0,34 Mio. EUR unterschritten.

Nach ausführlicher Erörterung der Prüfungsergebnisse beschloss der Vorstand, der Vertreterversammlung zu empfehlen, die Jahresrechnung 2003 zu genehmigen.

Der Haushaltsausschuss votierte einstimmig dafür, der Vertreterversammlung zu empfehlen, dem Vorstand und dem Hauptgeschäftsführer für das Wirtschaftsjahr 2003 Entlastung zu erteilen.

Im Ergebnis der Gesamtdiskussion in der Vertreterversammlung am 26. 11. 2004 wurden folgende Beschlüsse gefasst:

- Genehmigung der Jahresrechnung für das Wirtschaftsjahr 2003

- Dem Vorstand und dem Hauptgeschäftsführer wird die Entlastung für das Wirtschaftsjahr 2003 erteilt.

- Der Bilanzgewinn in Höhe von 1.421.800,21 Euro aus dem Wirtschaftsjahr 2003 ist wie folgt zu verwenden:

Zuweisung zur Betriebsmittelrücklage	821.800,21 Euro
Zuführung zur Rückstellung für die Rückzahlung der Sonderumlage	600.000,00 Euro

#### Axel Prüsse

Stellv. Hauptgeschäftsführer der KV Brandenburg

## Informationen zum Haushaltsplan der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg für das Jahr 2005

Entsprechend § 10 Abs. 1 Buchst. j der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg hat die Vertreterversammlung der KVBB am 26. November 2004 den Haushaltsplan für das Jahr 2005 beraten und mit 27 Ja-Stimmen, 3 Stimmenthaltungen und 2 Nein-Stimmen beschlossen.

Dem voran gingen während des gesamten Jahres 2004 intensive Diskussionen zu den jeweils fortgeschriebenen Entwürfen im Vorstand, im Haushaltsausschuss sowie auf der Verwaltungsebene.

Der Haushaltsplan für das Jahr 2005 wurde vom Ansatz her nach dem Grundsatz der Gesamtdeckung aufgestellt, das heißt, die Summe der Aufwendungen muss durch die Summe der Erträge gedeckt sein.

Der Haushaltsplan für das Jahr 2005 weist ein Gesamtvolumen in Höhe von 25.761.900,00 Euro aus. Davon entfallen

auf den Investitionshaushalt	1.215.900,00 Euro
auf den Verwaltungshaushalt	24.546.000,00 Euro.

### 1. Verwaltungshaushalt

#### 1.1 Erläuterungen der Aufwandspositionen

Der Anteil der zusammengefassten Aufwandspositionen in den einzelnen Kontengruppen am Verwaltungshaushalt stellt sich im Vergleich der Haushaltsjahre 2004 und 2005 wie folgt dar:

	2004	2005
Verwaltungshaushalt gesamt	22,768 Mio. Euro	24,546 Mio. Euro
darunter Kontengruppe :		
60 - Personalaufwand	11,394 Mio. Euro	12,589 Mio. Euro
61 - Aufwand für die Selbstverwaltung	1,214 Mio. Euro	0,517 Mio. Euro
62 - Aufwand für die gemeinsame Selbstverwaltung	0,765 Mio. Euro	1,844 Mio. Euro
63 - Sachaufwand Verwaltung und Sachaufwand für Ärzte	3,177 Mio. Euro	3,374 Mio. Euro
64 - Abschreibungen	1,574 Mio. Euro	1,379 Mio. Euro
65 - Organisatorische Aufgaben	2,650 Mio. Euro	2,168 Mio. Euro
69 - Zuweisung zu Rücklagen/ Ertragsüberschuss	1,928 Mio. Euro	2,612 Mio. Euro
67 - Vermögens- und Sonstiger Aufwand	0,066 Mio. Euro	0,063 Mio. Euro

Die größte Aufwandsposition im Verwaltungshaushalt bildet wie in den Vorjahren die **Kontengruppe 60 - Personalaufwand**.

Das vorgesehene Finanzvolumen der Kontengruppe 60 beläuft sich im Haushaltsjahr 2005 auf 12,589 Mio. Euro. Die Kostenerhöhung im Vergleich zum Haushaltsansatz 2004 beträgt 1,195 Mio. Euro. Der Änderungstarifvertrag für den öffentlichen Dienst vom 31.01.2003 sieht ein BAT-West-Niveau in Höhe von 92,5 % ab dem 01.01.2005 bis zum Ende der Laufzeit 31.01.2005 vor.

Ausgehend von einer geplanten schrittweisen Angleichung der Vergütungsgruppen bis zum 31.12.2006 (Vergütungsgruppe X bis Vb) und bis zum 31.12.2009 für die übrigen Angestellten an das BAT-Westniveau wurde für die Berechnung von einer angenommenen Steigerung im Tarifgebiet Ost um 2 % ausgegangen. Darüber hinaus sind Veränderungen der Altersstrukturen gem. BAT sowie in geringem Maße Umgruppierungen berücksichtigungspflichtig.

Ab dem 01.01.2005 nimmt der hauptamtliche Vorstand seine Tätigkeit auf. Die Aufwendungen sind ebenfalls Bestandteil der Personalaufwendungen.

Der Stellenbedarf geht von 246 Stellen aus.

Die Aufwendungen in der **Kontengruppe 61** in Höhe von 0,517 Mio. Euro basieren auf den **Aufwand für die Selbstverwaltung** gemäß der Entschädigungsordnung der KVBB für ehrenamtlich tätige Ärzte vom 01.01.2001 in der Fassung vom 30.03.2001 und berücksichtigen somit alle vorgesehenen Sitzungen der Kommissionen und Ausschüsse für ehrenamtlich tätigen Ärzte. Die Aufwendungen für den Präsidenten der Vertreterversammlung haben Eingang in den Haushaltsplan gefunden.

Die in der **Kontengruppe 62 - Aufwand für die gemeinsame Selbstverwaltung** - eingestellten Aufwendungen in Höhe von insgesamt 1,844 Mio. Euro liegen mit 1,078 Mio. Euro über dem Planansatz des Haushaltsjahres 2004.

Der erforderliche Mehraufwand (das Dreifache im Vergleich zum Haushaltsjahr 2004) bezieht sich nur auf das Haushaltskonto Prüfungsinstanzen. Die Berechnung der Prüfungsinstanzen erfolgte auf der Grundlage der vorliegenden Übergangsvereinbarung über die Organisation des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses gemäß § 106 Abs. 4 Satz 5 SGB V in der Fassung des ab 01.01.2004 geltenden Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung und der Ausgaben- und Einnahmenübersicht der Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses, wie sie in der Sitzung des Gemeinsamen Prüfungs- und Beschwerdeausschusses am 15.11.2004 festgelegt wurde.

Die Aufwendungen für die Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses betragen insgesamt 1,419 Mio Euro (Eine Kommentierung dazu erfolgt in der Januar-Ausgabe von "KV-intern").

Die Erhöhung des Haushaltsansatzes in der **Kontengruppe 63 - Sachaufwand** - gegenüber dem Haushaltsansatz 2004 um 0,196 Mio. Euro auf insgesamt 3,374 Mio. Euro resultiert im Wesentlichen aus dem Zinsaufwand. Im Haushaltsjahr 2005 wird nur der Aufwand für ein mit der Deutschen Apotheker- und Ärztebank im Februar 2004 abgeschlossenes SWAP-Geschäft eingestellt.

Die **Kontengruppe 64 - Abschreibungen** - umfasst im Haushaltsplan 2005 ein Volumen von 1,379 Mio. Euro. Damit vermindern sich die Abschreibungen gegenüber dem Haushaltsplan 2004 um rd. 0,195 Mio. Euro.

Die Höhe des eingestellten Betrages ist von der Höhe des aktuellen Investitionsvolumens sowie der Investitionsvolumina der Vorjahre und dem Abschreibungsstand der genutzten Anlagegüter abhängig.

Die vorgesehenen Investitionen der Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses sind bei den Abschreibungen in Höhe von 38.500,00 Euro mit berücksichtigt.

Die Berechnung der einzelnen Aufwandspositionen erfolgt auf der Grundlage der Richtlinien der Betriebs-, Wirtschafts- und Rechnungsführung der Kassenärztlichen Vereinigungen sowie den hierzu gefassten Vorstandsbeschlüssen.

Die **Kontengruppe 65 - Organisatorische Aufgaben** - weist im Vergleich zum Vorjahr eine Kostenminderung um 0,482 Mio. Euro auf rd. 2,168 Mio. Euro aus.

Grundlage für die Berechnung der Verwaltungskostenumlage für die KBV sind in 2005 wie im Vorjahr 0,14 % des Honorarvolumens, bezogen auf die dem Haushaltsansatz 2005 zugrunde liegende Einschätzung der Honorarentwicklung.

Nach § 95d SGB V ist der Vertragsarzt künftig verpflichtet, sich in dem Umfang

fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

Dazu hat der Vertragsarzt alle fünf Jahre gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung den Nachweis zu erbringen, dass er in dem zurückliegenden Fünfjahreszeitraum seiner Fortbildungspflicht nachgekommen ist.

Aus diesem Grunde ist vorgesehen, durch die Kassenärztliche Vereinigung ebenfalls Fortbildungen anzubieten, welche von den Kammern anerkannt und zertifiziert werden.

Für das Jahr 2005 sind dafür 100.000,00 Euro eingestellt worden.

Der Haushaltsansatz 2005 weist einen Ertragsüberschuss aus der Gewinn- und Verlustrechnung in Höhe von 2,612 Mio. Euro aus.

## 1.2 Erläuterung der Ertragspositionen

	2004	2005
Erträge gesamt	22,768 Mio. Euro	24,546 Mio. Euro
darunter Kontengruppe:		
70 - Verwaltungskostenumlage	19,854 Mio. Euro	21,341 Mio. Euro
71 - Kostenbeiträge/Erstattungen von Vertragspartnern	0,692 Mio. Euro	0,969 Mio. Euro
73/74/76 - Gebühren/Grundstückserträge	0,219 Mio. Euro	0,220 Mio. Euro
75 - Kapitalerträge	1,554 Mio. Euro	1,509 Mio. Euro
77 - Sonstige Erträge	0,449 Mio. Euro	0,507 Mio. Euro
78 - Entnahmen aus Rücklagen	-	-

Die **Kontengruppe 70 - Verwaltungskostenumlage** - ist die wichtigste Ertragsposition mit einem Anteil von 86,95 % an den Gesamterträgen des Haushaltsjahres 2005.

Der Berechnung der Verwaltungskostenumlage liegen für das Jahr 2005 ein mit rd. 595,4 Mio. Euro zu erwartendes Honorar sowie 50,9 Mio. Euro für Dialysesachkosten, welche auf der Basis der zum Zeitpunkt der Haushaltsplanerstellung bekannten Voraussetzungen errechnet wurden, zugrunde.

Für den Haushaltsplan 2005 ist die Höhe der Verwaltungskostenumlage für das IV. Quartal 2004 bis III. Quartal 2005 mit 3,50 % für Ärzte und Einrichtungen berechnet worden.

Für alle manuell abrechnenden Ärzte/Einrichtungen wird zusätzlich zur Verwal-



tungskostenumlage eine Gebühr in Form der praxisindividuellen Umlage, die sich aus den fixen Kosten je Fall und den variablen Kosten je Anschlag für die Fehlerkorrektur im Rahmen der Belegung zusammensetzt, erhoben. Diese Gebühren werden praxisindividuell ermittelt und im Honorarbescheid gesondert ausgewiesen.

Das **Haushaltskonto 7100 - Kostenbeiträge/Erstattungen von Vertragspartnern** weist ein Finanzvolumen in Höhe von 0,969 Mio. Euro aus. Das bedeutet eine Erhöhung gegenüber dem Haushaltsansatz 2004 um 0,277 Mio. Euro.

Darunter ist als Erstattung der Aufwendungen aus der gemeinsamen Selbstverwaltung (Zulassungsausschuss, Landesausschuss, Berufungsausschuss) für das Jahr 2005 für Primär- und Ersatzkassen ein Gesamtbetrag in Höhe von 0,220 Mio. Euro eingestellt worden.

Die Kosten der Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses werden durch die Kassenärztliche Vereinigung und die beteiligten Krankenkassen je zur Hälfte getragen. Die Aufwendungen belaufen sich in der **Kontengruppe 62 - Aufwand für die gemeinsame Selbstverwaltung** - auf 1.419,00 Euro und die Aufwendungen in der Kontengruppe 64 - Abschreibungen - auf 38.500,00 Euro. Deshalb bemessen sich die Erstattungsbeträge durch die Krankenkassen auf 728.750 Euro.

Die in der **Position 7500 - Kapitalerträge** - veranschlagten Beträge sind abhängig von der Entwicklung des Geldmarktes.

## 2. Investitionshaushalt

Der Investitionshaushalt 2005 umfasst, wie bereits eingangs dargestellt, ein Ausgabevolumen in Höhe von insgesamt 1,216 Mio. Euro. Der Anteil der Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses beträgt entsprechend der Einnahmen- und Ausgabenübersicht 161.000,00 Euro.

Für den Erwerb von Software (Immaterielle Vermögensgegenstände) sind Mittel in Höhe von 745.000,00 Euro eingestellt.

Wesentlicher Bestandteil sind die notwendige Änderung im Abrechnungs- und Informationssystem (KVAI) auf der Grundlage von vertraglichen Änderungen, Gesetzesänderungen, Änderungen aufgrund des EBM2000Plus sowie aufgrund von Honorarverteilungsverträgen in Höhe von 450.000,00 Euro.

Die Programmierung neuer Funktionen für das weiter zu entwickelnde KVAI-System erfolgt durch den externen Partner MS Neumünster. Die Auftragsvergabe erfolgt in Kooperation mit weiteren KVen und kann somit den finanziellen Aufwand geringer halten.

Für die Online-Kommunikation der Ärzte untereinander und mit der KV sind

60.000,00 Euro, für die Anpassung des DMS-Systems (Dokumenten-Management-System) sind 40.000,00 Euro und für Erweiterungen in der Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses sind Anschaffungen in Höhe von 35.000,00 Euro geplant.

Für die Betriebs- und Geschäftsausstattung sind insgesamt 470.900,00 Euro im Haushaltsplan 2005 eingestellt. Darauf entfallen:

- 120.900,00 Euro für Anschaffungen auf Grund von Alter und Beschaffenheit von Büromaschinen und Büromöbel, davon entfallen auf die Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses 48.000,00 Euro,
- 150.000,00 Euro für Kapazitätserweiterungen der Abrechnungssysteme,
- 197.000,00 Euro für Ersatzbeschaffung von PC/Netzwerke, davon entfallen auf die Geschäftsstelle des Prüfungs- und Beschwerdeausschusses 75.000,00 Euro.

Der Investitionshaushalt wird auch im Jahr 2005 wieder vollständig aus dem Vermögen finanziert.

Mit dem durch die Vertreterversammlung am 26.11.2004 festgestellten Haushaltsplan 2005 wird das Ende einer wirtschaftlichen Konsolidierung der Finanzbasis der KV Brandenburg eingeleitet. Die von 1998 bis 2002 rückläufigen Betriebsmittelrücklagen werden mit dem Haushalt 2005 wieder ein Niveau erreichen, das als angemessen angesehen werden kann.

### Axel Prüsse

Stellvertretender Hauptgeschäftsführer der KV Brandenburg

## Honorarverteilung im II. Quartal 2004

In der Honorarverteilung für das II. Quartal 2004 gab es keine wesentlichen Veränderungen. Die folgenden Grafiken verdeutlichen die Basis der Honorarverteilung für das II. Quartal 2004. Der Vergleich mit den Daten des I. Quartals 2004 ergab jedoch einige Besonderheiten:

1. Die Mitgliederentwicklung der GKV ist im Primärkassen-Bereich im Vergleich zum Vorquartal rückläufig (PK: -0,5%), während im Ersatzkassen-Bereich ein

Zuwachs an Mitgliedern zu verzeichnen ist (EK +0,3%). Sofern die Versicherten gem. § 264 SGB V, die ab dem Quartal I/2004 über die gesetzlichen Krankenkassen abgerechnet werden (Gruppen von Sozialhilfeempfängern und Asylbewerbern), bei der Mitgliederbetrachtung nicht berücksichtigt werden, setzt sich der Trend des Mitgliederverlustes im PK-Bereich (-0,6%) weiter fort.

2. Die verteilbare budgetierte Gesamtvergütung verringerte sich gegenüber

dem Quartal I/2004 um 1,7%, insbesondere aufgrund der in diesem Quartal niedrigeren Kopfpauschalen der BKKn und IKKn, die dem Wohnortprinzip unterliegen. Der im Vergleich zu IV/2003 (1%) geringere Anteil der Vergütungen von Sonstigen Kostenträgern in II/2004 (0,2%) im Bereich der Primärkassen ist auf die veränderte Abrechnung der überwiegenden Mehrheit der Sozialhilfeempfänger (ab I/2004 über die GKV) zurückzuführen. Ähnliche Verschiebungen im Ersatzkassenbereich sind nicht zu verzeichnen.

**3.** Der Anteil der Vergütung für bereichsfremde Ärzte ist im Vergleich zu den Vorquartalen nahezu konstant.

**4.** Im II. Quartal 2004 kann lediglich für Hausärzte (PK: 2,4 Ct., EK: 4,1 Ct.) ein Punktwert für Leistungen im Restpunktzahlvolumen (RPZV) vergütet werden. Für die Fachärzte stehen hierfür keine Mittel zur Verfügung. Eine Quotierung gem. § 10 Abs. 1 HVM der praxisindividuell zu vergütenden Fallzahlen war noch nicht erforderlich.

**5.** Aufgrund der Beanstandung des Schiedsspruches vom 24.05.2004 durch das BVA müssen in diesem Quartal für die Ersatzkassen

- Großgeräteleistungen wieder mit 2,5 Ct. (zum Vgl.: 2,8 Ct. in I/2004) und

- antrags- und genehmigungspflichtigen G-IV-Leistungen von ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten, psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten für die eigenen Ersatzkassen mit 3,6 Ct. (zum Vgl.: 3,75 Ct. in I/2004) ausgezahlt werden. Die übrigen Leistungen dieser Ärzte können mit einem Punktwert von 2,5 Ct. (PK) und 3,3 Ct. (EK) vergütet werden.

- Präventionen und neue Leistungen sind hiervon nicht betroffen und erhalten weiterhin einen Punktwert von 4,125 Ct.

**6.** Für das Restpunktzahlvolumen kurativer Koloskopieleistungen ergibt sich aus den gem. Bundesempfehlung von den Krankenkassen zusätzlich bereit gestellten Mitteln in Höhe von 0,1% der budgetierten Gesamtvergütung ein Zusatzpunktwert von 1,2 Ct. (PK) bzw. 2,0 Ct. (EK).

**7.** Für die AOK für das Land Brandenburg werden wie in den Vorquartalen die förderungswürdigen Leistungen der Fachärzte mit Zusatzpunktwerten vergütet.

**8.** Die präventiven Koloskopieleistungen und Mamma-MRT-Leistungen können für die AOK für das Land Brandenburg mit 4,14 Ct. vergütet werden.

## Tabelle Punktwerte

Graphik  
Verteilbare Gesamtvergütung

Graphik  
Mitgliederentwicklung

Graphik  
Gesamtvergütung Primärkassen

Graphik  
Gesamtvergütung Ersatzkassen

## Die Berichtspflicht im EBM2000plus

Dieser Artikel beschreibt inhaltlich die grundsätzlichen Regelungen zur Berichtspflicht und beendet vorerst die Artikelreihe zum EBM2000plus.

Die Beschreibung zur Berichtspflicht ist in den allgemeinen Bestimmungen des EBM 2000plus im Abschnitt 2.1.4 enthalten und gliedert sich in 2 Blöcke.

### 1. Die Berichtspflicht außerhalb von Definitionsaufträgen

Unter der Berichtspflicht werden eine Reihe von Leistungen aufgelistet, deren Leistungsinhalt nur vollständig erbracht ist und berechnet werden kann, wenn mindestens ein Bericht bzw. Brief an den Hausarzt im Behandlungsfall erfolgt ist. Ausnahme: Der Hausarzt erbringt die Leistungen selbst.

**Variante 1:** Bei Leistungserbringung ohne Überweisung ist die Übermittlung eines Berichtes an den Hausarzt Voraussetzung zur Abrechnung der Leistung.

**Variante 2:** Überwies der Hausarzt den Patienten, so ist ein Bericht nach der GNR 01600 oder ein Brief nach der GNR 01601 an den Hausarzt notwendig.

**Variante 3:** Überwies ein anderer Arzt den Patienten, so wird neben dem Bericht / Brief an den überweisenden Arzt zusätzlich die Erstellung und Versendung einer Kopie des Berichts bzw. Briefes an den Hausarzt (GNR 01602) gefordert.

Im Fall einer Überweisung als Definitionsauftrag entfällt dieser Teil der Berichtspflicht.

### 2. Die Berichtspflicht bei Definitionsaufträgen

Bei Überweisungen zur Durchführung von **Definitionsaufträgen und der direkten Inanspruchnahme** des Arztes durch den Patienten wird die Übermittlung der Befundkopie an den Hausarzt gefordert. Zur Abrechnung der Befundkopie kommen ausschließlich die Kostenpauschalen für Kopien und Porto in Betracht.

Voraussetzung für die Übermittlung von Behandlungsdaten ist die schriftliche Einwilligung des Patienten gemäß § 73 Abs. 1 b SGB V, welche widerrufen werden kann. Gibt der Versicherte keinen Hausarzt an bzw. wird keine Genehmigung zur Information des Hausarztes erteilt, sind die im Abschnitt 2.1.4 genannten Leistungen auch ohne schriftliche Mitteilung an den Hausarzt berechnungsfähig.

Ausschließlich auftragnehmende Ärzte gemäß § 13 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 7 Abs. 4 Arzt/Ersatzkassenvertrag (z.B. Laborärzte, Fachchemiker, Radiologen) sind von der Regelung in Nr. 2.1.4 Allgemeine Bestimmungen entbunden.

*Abrechnungsfähige  
Gebührennummern:*

**01600** - ärztlicher Bericht

**01601** - ärztlicher Brief

**01602** - Gebühr für die  
Mehrfertigung eines Berichtes  
oder Briefes

*Abrechnungsfähige  
Gebührennummern:*

*Porto, Kopierkosten*

## Fragen zum EBM2000plus

### Wann können postoperative Behandlungskomplexe abgerechnet werden?

Postoperative Behandlungskomplexe gemäß Abschnitt 31.4.2 (ambulante und belegärztliche Operationen) können vom 1. bis 21. Tag nach einer erfolgten Operation gemäß Abschnitt 31.2 entweder vom Operateur oder auf Überweisung als Auftragsleistung durch den weiterbehandelnden Vertragsarzt abgerechnet werden.

Erbringt der Operateur die Leistungen

der postoperativen Behandlungskomplexe nicht selbst, ist eine Überweisung zwingend notwendig.

In Krankenhäusern, die ambulante Operationen gemäß § 115b Abs. 1 SGB V durchführen, sind erforderliche postoperative Leistungen auch von fachlich verantwortlichen Krankenhausärzten durchzuführen. Werden Patienten nach einer solchen Operation auch von Vertragsärzten betreut, sind die Leistungen nach Kapitel 31.4.2 nicht abrechenbar.

## EBM-Ausgabe von der KV Brandenburg

Die KV Brandenburg stellt allen Mitgliedern kostenlos die Dienstaufgabe des neuen EBM in Buchform zur Verfügung. Die Bestellung ist beim Deutschen Ärzteverlag durch die KVBB erfolgt.

Über den Zeitpunkt der Auslieferung kann gegenwärtig noch keine genaue Information erfolgen. Die Dienstaufgabe wird jedoch alle Mitgliedern rechtzeitig

vor dem 1. April 2005, dem Tag der Einführung des neuen EBM, erreichen.

Darüber hinaus plant die KV Brandenburg gemeinsam mit den Berufsverbänden weitere Schulungen und Informationsveranstaltungen in der zweiten Februarhälfte und im März kommenden Jahres. Detaillierte Informationen erhalten Sie über die Berufsverbände.

### Karikatur

“Er ist nicht voller  
Geschenke, sondern  
voller Arbeit!”

Zeichnung: **A. Purwin**

## Ärztliche Versorgung von Asylbewerbern ab 2005

Wie bereits in "KV-intern" 09/2004 berichtet, hat das Landesamt für Soziales und Versorgung den Vertrag über die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der im Asylbewerberleistungsgesetz genannten Leistungsberechtigten zum 31.12.2004 gekündigt.

Der daraufhin unterbreitete Vorschlag der KVBB, eine Anschlussvereinbarung für diesen Personenkreis abzuschließen, wurde vom Städte- und Gemeindebund, welcher die kreisfreien Städte Potsdam, Frankfurt, Cottbus und Brandenburg vertritt, abgelehnt.

Die Abrechnung soll nach den Vorstellungen des Städte- und Gemeindebundes direkt mit den Ärzten durchgeführt werden. Trotz entsprechender Mahnungen seitens der KVBB und eigener gegenteiliger Ankündigungen hat der Landkreistag Brandenburg als Vertreter der Landkreise erst unmittelbar vor Redaktionsschluss dieser Ausgabe seine Vorstellungen zu einem möglichen Vertrag vorgelegt.

Da somit ein Vertragsabschluss im Vorfeld des 01.01.2005 nicht mehr möglich wird, besteht ab dem 01. Januar 2005 damit für die ärztliche Versorgung von Asylbewerbern, die nicht in die Zuständigkeit der Krankenkassen gewechselt sind, für alle Landkreise und kreisfreien Städte keine vertragliche Grundlage für die Abrechnung über die KVBB.

Bitte beachten Sie daher nochmalige Hinweise zur Verfahrensweise:

Für die Behandlung von Asylbewerbern,

welche nicht in die Zuständigkeit einer Krankenkasse gewechselt sind, wären somit von Ihnen einzelvertragliche Regelungen mit den Sozialämtern abzuschließen. Mit Ihrer Entscheidung, den durch den Asylbewerber ab dem o.g. Zeitpunkt vorgelegten Behandlungsausweis zu akzeptieren und damit die medizinische Behandlung zu übernehmen, würde jedoch bereits ein individueller Vertrag mit dem jeweiligen Sozialamt zustande kommen. Vor der Entscheidung zur Behandlung sollten jedoch die folgenden Punkte dringend Beachtung finden:

**1.** Alle Bedingungen, unter denen die ärztliche Behandlung vorgenommen wird, sollten auf dem Behandlungsausweis vermerkt sein, insbesondere der zur Anwendung kommende Punktwert. Gem. § 4 Abs. 3 des Asylbewerberleistungsgesetzes bestimmt die zuständige Behörde, welcher Vertrag der gesetzlichen Krankenversicherung für die Behandlung Anwendung findet.

**2.** Verpflichtungen zur Einhaltung von Abrechnungsbedingungen oder Datenerlieferungen sollten nur insoweit eingegangen werden, wie Sie diese selbst (ohne Einbeziehung der KVBB) erfüllen können.

**3.** Vordrucke und Formulare für die vertragsärztliche Versorgung, also Formulare der GKV (insbesondere Muster 16 oder Muster 19), dürfen nur dann benutzt werden, wenn Ihnen entsprechende Vereinbarungen zur Verwendung der Formulare zwischen Kranken-

kassen und Sozialämtern vorgelegt werden. Andernfalls muss Ihnen das Sozialamt selbstentwickelte Formulare zur Verfügung stellen.

**4.** Der Behandlungsausweis sollte des Weiteren die Verfahrensweise zur Behandlung in **Notfällen**, zur Erstattung von **Sprechstundenbedarf**, zur Verordnung von **Arzneimitteln und ggf. Heil- und Hilfsmitteln**, die Geltung von **Richtlinien** der vertragsärztlichen Versorgung, z. B. Arzneimittel- bzw. Heilmittelrichtlinien sowie zu Prüfungsmöglichkeiten der Sozialämter festlegen oder in Form von einzelvertraglichen Regelungen bestimmt werden.

Fehlende vertragliche Regelungen können dazu führen, dass das Sozialamt

jeden Fall in seinem Sinne auslegen und die Abrechnung entsprechend kürzen oder die Zahlung gänzlich verweigern könnte. Insoweit wird das gesamte Verfahren durch die KVBB als problematisch eingeschätzt.

Prüfen Sie deshalb im Detail, ob unter den genannten Bedingungen eine Behandlung möglich ist, bevor ein Behandlungsvertrag eingegangen wird.

Bitte beachten Sie, dass **Sozialhilfeempfänger**, die nicht in den Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen gewechselt sind, **von diesem Verfahren nicht betroffen sind**, sondern die Ausführungen nur für Asylbewerber gelten.

ANZEIGE

Anzeige TurboMed

Bei dem im "KV-intern"-Sonderheft "Wahlen zur V. Vertreterversammlung der KV Brandenburg" enthaltenen Graphik "Verteilung der Sitze nach Fachgebieten" ist uns leider ein Fehler unterlaufen. Es wird dort ein Urologe aufgeführt und zwei Orthopäden. Es handelt sich jedoch um drei Orthopäden, ein Urologe ist in der neuen VV nicht vertreten.

Diese Graphik ist nicht Bestandteil der Festlegung des Wahlergebnisses. Wir bitten insbesondere die Urologen und Orthopäden um Entschuldigung.

## Befreiungen von Zuzahlungen ab 2005!

Mit Inkrafttreten der Änderungen des SGB V durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz zum 01.01.2004 gelten neue Regelungen für die Befreiung von gesetzlichen Zuzahlungen bei Erreichen der Belastungsgrenze gemäß § 62 Abs. 1 SGB V.

Wird die Belastungsgrenze bereits vor Ende des Kalenderjahres erreicht, erteilt

die Krankenkasse für den Rest des Kalenderjahres eine Zuzahlungsbefreiung.

Für das Kalenderjahr 2005 sind demzufolge erneut die gesetzlichen Zuzahlungen zu entrichten, bis das Erreichen der Belastungsgrenze durch die Krankenkassen für das Kalenderjahr 2005 bescheinigt wird (SNR 8032).

Anders stellt sich die Zuzahlungsbefreiung nach § 65a Abs. 2 SGB V - "Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten" dar.

So können die einzelnen Krankenkassen für ihre Versicherten für den Zeitraum der Teilnahme z. B. an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Erkrankungen, die Zuzahlungen, die nach dem Gesetz zu leisten sind, ermäßigen oder auch vollständig befreien (SNR 8032).

Zuzahlungsermäßigungen beziehen sich oftmals als "Teilbefreiungen" nur auf die Befreiung von der Zahlung der Praxisgebühr (SNR 8040); Verordnungen u.a.

bleiben weiterhin zuzahlungspflichtig. Diese Bonusregelungen sind nicht auf ein Kalenderjahr bezogen. Die Art der Befreiung muss aus dem vom Versicherten vorzulegenden "Ausweis" ersichtlich sein.

Aufgrund vertraglicher Regelungen sind ausschließlich Versicherte der AOK, die an einem DMP-Programm teilnehmen, beim koordinierenden Vertragsarzt von der Zahlung der Praxisgebühr befreit (SNR 8040D)

Generell verlieren diese Zuzahlungsbefreiungen zum 31.12. des jeweiligen Jahres ihre Gültigkeit!

*Endlich wieder mal 'ne pfiffige Idee in Sachen Versicherten-Service! Der BARMER Ersatzkasse sei Dank! Ihr ach so entgegenkommendes Angebot an die eigene Klientel: Bereits*

*zu Jahresbeginn 2005 bescheinigt sie ihr eine Zuzahlungsbefreiung für das gesamte Jahr.*

*Wenn das nichts ist, was? Also, flugs bei AOK, TK oder BKK gekündigt und hin zur BARMER. Oder gibt es vielleicht einen Haken an der ganzen Geschichte?*

*Richtig vermutet: Diese Zuzahlungsbefreiung zum Jahresstartschuss gibt's nämlich nur dann, wenn der BARMER-Versicherte den Gesamtbetrag in Höhe der Belastungsgrenze im Voraus für das Jahr 2005 bei der BARMER einzahlt.*

*Was für ein Finanzschnäppchen für die Kasse, sollte es tatsächlich solche Trottel geben, die dies auch machen würden. Eines frage ich mich aber schon:*

*Wie würde wohl die Öffentlichkeit reagieren, wenn die Ärzteschaft an die Patienten ein solches Unterfangen richten würde. So nach dem Motto: Zahlen Sie mal am Jahresanfang 40 Euro bei mir ein, dann haben Sie die*

*kommenden drei Quartale eine Befreiung von der "Praxisgebühr" ...*

*Oder besser noch: Die BARMER zahlt schon im Januar die gesamten Honorargelder für 2005 an die KV Brandenburg - dann könnte sie sich alle weiteren Abschlags- und Schlusszahlungen sparen ...*

*Der deutschlandweite Aufschrei von den Abzockern in den weißen Kitteln - ich höre ihn geradezu!*

*Trotzdem ein schönes Fest, wünscht Ihnen Ihr ...*

**... specht**

## Weitergeltung der Diabetes-Strukturverträge und der Gestationsdiabetes-Vereinbarungen

Im Ergebnis beharrlicher Bemühungen der KVBB ist es gelungen, dass der Diabetes-Strukturvertrag sowie die Gestationsdiabetes-Vereinbarung mit der IKK, welche beide zum 31.12.2004 gekündigt waren (siehe KV-intern 07/2004), auch über diesen Zeitpunkt hinaus weitergeführt werden.

Die IKK hat sich bereit erklärt, den zum 31.12.2004 gekündigten Strukturvertrag im I. Quartal 2005 weiterzuführen, allerdings mit der Einschränkung, dass dieser für IKK-Typ 2-Diabetiker nur dann gilt, "wenn diese gleichzeitig in ein DMP bei ihrer IKK eingeschrieben sind".

Bedauerlicherweise waren die AOK und die Bundesknappschaft nicht zu einem solchen Schritt bereit, so dass für eine Abrechnung der Behandlung von Versi-

cherten der AOK bzw. der Bundesknappschaft nach dem jeweiligen Strukturvertrag Diabetes ab dem 01.01.2005 keine vertragliche Grundlage mehr besteht.

Die Strukturverträge mit dem BKK-Landesverband und den Ersatzkassen wurden nicht gekündigt. Wir bitten jedoch um Beachtung, dass ab dem 01.01.2005 Leistungen nach dem Strukturvertrag für BKK-Versicherte mit Diabetes Typ 2 nur noch abgerechnet werden können, sofern diese am DMP Diabetes teilnehmen.

Für die LKK kommt weiterhin die IKK-Altvereinbarung Diabetes zur Anwendung.

Zur Weiterführung der gekündigten Gestationsdiabetes-Vereinbarungen mit

der AOK und der IKK werden mit beiden Kassen auf deren Wunsch hin für die Zeit ab dem 01.01.2005 neue Verträge abgeschlossen, welche jedoch inhaltlich den gekündigten Vereinbarungen entsprechen. Für die Umsetzung in der ärztlichen Praxis ändert sich hier nichts. Zudem hat die Bundesknappschaft

erklärt, den AOK-Vertrag auch weiterhin gegen sich gelten zu lassen, gleiches gilt für die LKK bezüglich der IKK-Vereinbarung.

Die Gestationsdiabetes-Vereinbarungen mit dem BKK-Landesverband BKK und den Ersatzkassen sind nicht gekündigt.

## DMP-Nachrichten

### DMP-Statistik

Anzahl der Vertragsärzte, die bisher an den strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen. (Stand: 25.11.04)

DMP-Diabetes mellitus Typ II (seit 01.07.03)	910, davon 38 SPP
DMP-Brustkrebs (seit 01.03.04)	142
DMP-Koronare Herzkrankheit (seit 01.09.04)	418

### Fehleranalyse - Arbeitshinweise - DMP-Brustkrebs

Bei Betrachtung der Monatsstatistik zum DMP-Brustkrebs ist eine hohe Fehlerquote beim Ausfüllen der Dokumentationsbögen erkennbar. Wir möchten Ihnen Nachforderungen durch die Datenstelle, die den Vorgang unnötig verlängern, ersparen. Zu den am häufigsten gemachten "Fehlern" hier einige Hinweise:

1. DMP-Fallnummer: Jede Patientin erhält durch den koordinierenden Arzt eine DMP-Fallnummer, die auch auf den Folge-Dokumentationen fortgeführt werden muss. Die Nummer ist beliebig, darf aber nur aus maximal 7 Ziffern bestehen. Buchstaben dürfen nicht verwendet werden!
2. Dokumentationszeitraum: Die Angabe "6 Monate" ist unbedingt erforderlich.
3. Alle Felder sind Pflichtfelder. Wenn keine der Optionen zutrifft, ist das Feld "keine" oder "andere" anzukreuzen.
4. Denken Sie an den Arztstempel und die Unterschrift des Arztes!

### Befreiung von der Praxisgebühr DMP-Diabetes Typ II

Es bestehen immer wieder Unsicherheiten dahingehend, welche am DMP- Diabetes Typ II teilnehmenden Patienten keine Praxisgebühr entrichten müssen.



**Grundsätzlich ist von allen DMP-Patienten mit Ausnahme der AOK-Versicherten und den Versicherten der Bundesknappschaft die Praxisgebühr einzuziehen.**

Die KVBB hat mit der AOK eine gesonderte Vereinbarung geschlossen. In diesen Fällen ist die SNR 8040D anzusetzen und im GNR-Feld einzutragen. Diese Regelung gilt nur für den Fall, dass der Versicherte zuerst seinen koordinierenden Arzt aufsucht!

Versicherte der Bundesknappschaft sind von Beginn des auf die Teilnahmeerklärung folgenden Quartal befreit, soweit sie einen DMP-Befreiungsausweis ihrer Kasse in der Praxis vorlegen können (dann SNR 8040). Gültigkeit erlangt diese Regelung bei allen behandelnden Ärzten.

### **Befreiung von Praxisgebühr DMP-Brustkrebs / DMP-KHK**

Über eine Satzungsänderung der AOK konnte nunmehr die Zusatzvereinbarung zur DMP-Praxisgebühr zur Anwendung auf alle DMP angepasst werden. Es ist ebenfalls die **SNR 8040D** anzusetzen.

Diese Vereinbarung tritt rückwirkend zum 01.10.2004 in Kraft.

Sollten Sie als der koordinierende Vertragsarzt im IV. Quartal Patienten in diese DMP's eingetragen haben und die Praxisgebühr bereits eingezogen haben, erfolgt durch Sie keine Rückzahlung. Die Betroffenen haben aber die Möglichkeit sich die Praxisgebühr direkt bei der AOK erstatten zu lassen.

Diese Regelung gilt ausschließlich für AOK-Versicherte!

### **Rücküberweisungen**

Bitte beachten Sie:

Auch wenn sich ein Diabetiker vorübergehend in der Obhut eines diabetologisch qualifizierten Arztes befindet, muss darauf geachtet werden, dass eine fristgerechte Folgedokumentation gewährleistet ist. Hierfür müssen dem koordinierenden Arzt die notwendigen Befunde und therapeutischen Daten in geeigneter Form zur Verfügung gestellt werden.

§ 4 des Vertrages

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors

- 4.) Zu den Aufgaben der teilnehmenden Fachärzte gehören insbesondere
- 6.) bei Rücküberweisung des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 therapierelevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln.

## **Mindestteilnehmerzahl bei Diabetes Typ 2- und Hypertonieschulungen aufgehoben**

Sowohl in den DMP-Verträgen Diabetes Typ 2 und KHK als auch in den Strukturverträgen Diabetes ist derzeit geregelt, dass ein Vergütungsanspruch nur besteht, wenn an einer Schulung für Typ 2-Diabetiker bzw. einer Hypertonieschulung mindestens vier Patienten teilnehmen.

Aus aktuellem Anlass haben alle Krankenkassen im Land Brandenburg einer Änderung dieser Bestimmung dahingehend zugestimmt, dass Schulungsleistungen auch dann vergütet werden, wenn die Schulungsgruppe weniger als vier Teilnehmer umfasst. Grund für die neue Regelung sind Fälle, in denen sich die Teilnehmerzahl aus vom Vertragsarzt nicht zu beeinflussenden Gründen im Verlaufe einer Schulungsmaßnahme reduzierte.

Für Vertragsärzte mit Niederlassung in den kreisfreien Städten Potsdam, Brandenburg/Havel, Frankfurt/Oder und Cott-

bus findet diese Regelung aufgrund besserer Strukturvoraussetzungen in modifizierter Form Anwendung: Hier muss die Schulungsgruppe am Beginn der jeweiligen Schulungsmaßnahme, mithin in der ersten Unterrichtseinheit, aus mindestens vier Teilnehmern bestehen, in den weiteren Unterrichtseinheiten darf jedoch die Mindestteilnehmerzahl unterschritten werden.

Die o.g. Regelungen gelten für Diabetes- und Hypertonieschulungen im Rahmen der DMP-Verträge Diabetes Typ 2 und KHK sowie für Diabetesschulungen im Rahmen der Strukturverträge mit der AOK, Bundesknappschaft, IKK, BKK und den Ersatzkassen, jeweils rückwirkend zum Inkrafttreten der betreffenden Verträge.

#### **Ansprechpartner:**

Fachbereich Verträge  
Fachbereich Abrechnung  
Beratende Ärzte

### **Elektronische Gesundheitskarte und Praxis-EDV**

Die elektronische Gesundheitskarte (eGK) soll gem. § 291a SGB V zum 01.01.2006 die bisherige Versichertenkarte (KVK) ablösen.

Hierfür sind umfangreiche Kommunikationsstrukturen zu entwickeln, welche wiederum eine eindeutige technische Spezifikation erfordern. Alle Beteiligten im deutschen Gesundheitswesen arbeiten derzeit noch intensiv an der Umsetzung. Folglich können auch die Voraussetzungen an die Praxis-EDV noch nicht eindeutig beschrieben sein.

Wir empfehlen mit Erweiterungen der Praxiscomputer zu warten, bis die technische Spezifikation der Gesundheitskarte veröffentlicht ist und diese durch die Hardware- und Softwareanbieter verbindlich umgesetzt werden kann. Wir werden Sie rechtzeitig informieren.

**Ansprechpartner:** Herr Krüger, 0331/2309-337, Fachbereich EDV

## Vordrucke für die Heilmittelverordnungen

Im Zusammenhang mit den Änderungen der Heilmittel-Richtlinien ist auch eine Neufassung der Vordrucke erforderlich geworden. Ab 01.07.2004 gibt es somit neue Formulare nach Muster 13 (Physiotherapie), nach Muster 14 (Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie) und nach Muster 18 (Ergotherapie), die vollständig ausgefüllt werden müssen. Dabei ist zu beachten, dass die ausschlaggebende Diagnose gemäß Katalog (Indikationsschlüssel: Buchstaben- und Zahlenkombination für die Diagnose sowie Kleinbuchstabe für die Leitsymptomatik) in die dafür vorgesehenen Kästchen eingetragen wird.

Außerdem sind anzugeben:

- die Art der Verordnung (Erstverordnung, Folgeverordnung, Verordnung außerhalb des Regelfalles),
- Hausbesuch (ja oder nein),
- die Durchführung als Einzel- oder Gruppentherapie,
- ggf. der späteste Zeitpunkt des Behandlungsbeginns, wenn von der Frist von 10 Tagen für die Physikalische Therapie bzw. von 14 Tagen für die Logopädie und Ergotherapie abgewichen werden muss,
- die Verordnungsmenge,
- das Heilmittel gemäß Katalog, wobei vorrangiges und ergänzendes Heilmittel bei der entsprechenden Leitsymptomatik (Kleinbuchstabe) mit den Vorgaben des Kataloges übereinstimmen müssen (Abkürzung des Heilmittels entsprechend Vorgaben des Katalogs),

- ggf. ergänzende Angaben zum Heilmittel,
- die Frequenzempfehlung,
- ggf. die Therapiedauer mit dem Patienten (bei Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie und bei MLD)
- der vollständige Indikationsschlüssel,
- Diagnose in Klarschrift mit Therapieziel,
- die medizinische Begründung bei Verordnungen außerhalb des Regelfalles,
- ggf. die Anforderung eines Therapieberichtes.

Die generelle Verpflichtung zur Abgabe eines Therapieberichtes ist hingegen entfallen.

Die Begründung für einen Hausbesuch ist weiterhin nur gegeben, wenn der Patient aus medizinischen Gründen nicht den Therapeuten aufsuchen kann oder die Heilmittelerbringung außerhalb der Praxis aus medizinischen Gründen zwingend notwendig ist.

Der neue Richtlinien text stellt klar, dass der Begriff Hausbesuch nicht gleichzustellen ist mit der Heilmittelerbringung in einer tagesstrukturierenden Fördereinrichtung.

Wird auf dem Verordnungsvordruck keine Angabe zum spätesten Behandlungsbeginn gemacht, gelten die bisherigen Fristen weiter.

Das bedeutet, dass die Maßnahmen der physikalischen Therapie innerhalb von 10 Tagen begonnen werden müssen, die Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie sowie die ergothe-

rapeutischen Maßnahmen innerhalb von 14 Tagen. Für die podologische Behandlung beträgt die Frist 28 Tage.

Kann die Heilmittelbehandlung in dem genannten Zeitraum nicht aufgenommen werden, verliert die Verordnung ihre Gültigkeit.

Die Ordnungsgrundsätze der Heilmittel-Richtlinien gelten unabhängig davon, ob ein Versicherter gleichzeitig als pflegebedürftig im Sinne des SGB XI eingestuft ist und entsprechende Leistungen aus der Pflegeversicherung erhält oder nicht.

Allerdings muss nach dem Eintritt von Pflegebedürftigkeit einzelfallbezogen eine Abwägung erfolgen, inwieweit eine behandlungsbedürftige Erkrankung und damit die Indikation für eine Heilmittelverordnung nach Maßgabe des Heilmittelkataloges vorliegt oder ob es sich vordergründig um eine erforderliche aktivie-

rende Pflege handelt mit dem Ziel, vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit möglich, verlorene Fähigkeiten zurück zu gewinnen.

Diese aktivierende Pflege ist keine besondere, von der Pflegekasse zu gewährende Leistung, sondern Bestandteil der Pflege, die durch die Angehörigen im häuslichen Bereich sicherzustellen bzw. von der vollstationären Pflegeeinrichtung zu erbringen ist. Eine vollstationäre Einrichtung, die für sich den Anspruch erhebt, Leistungen der Pflegeversicherung zu erbringen, muss auch geeignete bewegungstherapeutische Maßnahmen absichern, wenn dies zur Pflege, Aktivierung und Förderung der Heimbewohner erforderlich ist.

### **Ansprechpartner:**

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

## Vertragsarzt Nummer ab 1. Januar 2005 nur noch 7-stellig!

Ab dem 1. Januar 2005 vergibt die KVBB bei Neuzulassungen und Erstermächtigungen nur noch 7-stellige Arztnummern anstelle der bisherigen 9-stelligen. Hintergrund für diese Umstellung sind technische Veränderungen, welche die beiden letzten Zahlen der 9-stelligen Arztnummer überflüssig machen.

Die EDV-Abrechner wissen, dass sie bei Überweisungen insofern Probleme bekommen haben, dass die 9-stellige Arztnummer des überweisenden Kollegen nicht in die eigene EDV-Software einzutragen war, da dort nur sieben Stellen vor-

gemerkt sind. Hier gilt: Die beiden letzten Ziffern entfallen. Bitte berücksichtigen Sie diese Umstellung auf die ersten sieben Stellen Ihrer Vertragsarzt Nummer bei zukünftigen Neuanfertigungen von Vertragsarztstempeln, Vordrucken, Formularen und anderem mehr.

Diese Umstellung müssen Sie jedoch nicht sofort vornehmen. Sie können weiter die 9-stellige Arztnummer verwenden. Allerdings sind, wie dargelegt, die beiden letzten Ziffern entbehrlich.

### **Ansprechpartner:**

Fachbereich Abrechnung

## Muster 61 - Verordnung medizinischer Rehabilitation

Mit Änderung der Reha-Richtlinien sind im März 2004 vom Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 8 SGB V die Formulare zur Einleitung bzw. Verordnung von Reha-Maßnahmen (Muster 60 und 61) konsentiert worden. Diese Muster sind zum 01. Juli 2004 mit der 14. Änderung der Vordruckvereinbarung zwischen KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen verbindlich eingeführt. Das Muster 60 wird Ihnen über die KVBB zur Verfügung gestellt, das Muster 61 hält jede Krankenkasse vor.

Von einigen Ärzten sind wir darauf aufmerksam gemacht worden, dass vom Muster 61 unterschiedlich gedruckte Versionen je nach Krankenkasse in Umlauf sind (z.B. Größe der Kästchen, etc.) und damit Probleme beim Drucken aus der Praxis-EDV auf das Formular auftreten.

Unklar ist, ob von den Krankenkassen gelegentlich noch alte Formulare ausgegeben wurden. Insofern bitten wir auf das Druck-/Gültigkeitsdatum des Musters zu achten, welches rechts unten klein gedruckt erkennbar sein sollte. Nicht

ausgeschlossen werden kann desgleichen, dass das richtige Formular mit unterschiedlichem Stand an "Korrekturen" in Umlauf ist.

Nach Aussage der KBV sind alle notwendigen Änderungen vor dem 01.07.2004 den PVS-Herstellern von der KBV übergeben worden, somit auch für das zwischen KBV und Spitzenverbänden der Krankenkassen abgestimmte Muster 61.

Wir gehen davon aus, dass bei den Systemhäusern alle Änderungen umgesetzt worden sind. Insofern sollte das von Ihrem EDV-System verwendete Layout korrekt sein und in das Formular passgenau gedruckt werden können, wenn es sich um das Muster gem. Vordruckvereinbarung handelt.

Die Angelegenheit haben wir an die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen im Land Brandenburg und ebenso an die KBV mit der Bitte um eine Lösung weitergeleitet.

**Ansprechpartner:**  
Beratende Apotheker  
Tel.: 0331/23 09-200; -210

### Bitte Beileger beachten!

Bitte beachten Sie die dieser Ausgabe von "KV-intern" beiliegende Information "Preisliste für Leistungen der Psychologischen Therapie und Logopädie (gem. § 125 SGB V)".

## Termine für die Abgabe der Quartalsabrechnung IV/2004

<b>03.01.2005</b>	Montag	7.00 bis 18.00 Uhr
<b>04.01.2005</b>	Dienstag	7.00 bis 18.00 Uhr
<b>05.01.2005</b>	Mittwoch	7.00 bis 20.00 Uhr
<b>06.01.2005</b>	Donnerstag	7.00 bis 18.00 Uhr
<b>07.01.2005</b>	Freitag	7.00 bis 18.00 Uhr

An diesen Tagen sowie bereits am 30.12.2004 ist folgende telefonische Hotline von 8.00 bis 18.00 Uhr geschaltet:

**01803/230900 (Ortstarif)**

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

Formularbestellungen richten Sie bitte möglichst rechtzeitig per Fax (0331/ 2309 384) an die zentrale Formularengabe in Potsdam.

## Probanden gesucht - Studie zum Hypereosinophilen Syndrom

Das Hypereosinophilen Syndrom, kurz HES, ist eine extrem seltene Krankheit. Die genaue Anzahl der Betroffenen ist nicht bekannt. In Deutschland schätzt man die Zahl auf wenige 100.

Zur Zeit testen Forscher bei GlaxoSmithKline einen viel versprechenden Wirkstoff namens Mepolizumab, der diese seltene Krankheit erstmals ursächlich behandeln könnte.

GlaxoSmithKline sucht noch Probanden für die multizentrische, randomi-

sierte, doppelblinde, placebokontrollierte Studie der Phase III. Diese internationale Studie wird mit 84 männlichen oder weiblichen Patienten mit HES im Alter von 18 bis 75 Jahren durchgeführt. Auch in Deutschland gibt es zwei Prüfzentren.

Ärzte und Betroffene können sich direkt bei GlaxoSmithKline unter der Servicenummer 0180/3456100 (9 Cent/Minute) melden und informieren.

### Nächste Vertreterversammlung

Die nächste Vertreterversammlung der KV Brandenburg findet am **23. Februar 2005** statt. Beginn ist **15.00 Uhr**.

Die Sitzung ist für Mitglieder der KV Brandenburg öffentlich.

## Schmerztherapie-Vereinbarung (Anlage 12 zum EKV) zum 31.12.2004 gekündigt ...

# ... Oder doch nicht?

Genau eine Stunde vor Abgabe dieser Ausgabe in die Druckerei erreichte uns die Information der Ersatzkassen, dass sie nun wohl doch nicht die Schmerztherapie-Vereinbarung zum Jahresende kündigen wollen. Dies veranlasste uns, den für diesen Platz vorgesehenen Beitrag nicht zu veröffentlichen. **Bitte beachten Sie einen entsprechenden Beileger in dieser Ausgabe!**

## Aktualisierung ICD-10-GM Version zum 1.1.2005

Die ab 1.1.2005 gültige Version der ICD-10-GM (German Modification) beinhaltet mehr als 100 Änderungen zur Ergänzung und Anpassung an das G-DRG-System.

Dabei musste auch eine Reihe neuer Schlüsselnummern eingeführt werden. Die Schreibweise wurde in den beiden Bänden der ICD-10-GM 2005 auf die neue Rechtschreibung umgestellt.

Bestellen können Sie die ab 01.01.2005 gültige Version direkt über den Deutschen Ärzteverlag.

Die Druckversion und auch ein Verzeichnis der kodierrelevanten Änderungen ist über die Internetseite [www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) unter Klassifikationen - Downloads - ICD10-GM-Version2005 einzusehen und herunterzuladen.

## Strukturvertrag Kataraktoperationen gilt für das I. Quartal 2005 weiter

Aufgrund der auf den 01.04.2005 verschobenen Einführung des EBM2000plus haben sich die beteiligten Ersatzkassen auf Anregung der KVBB bereit erklärt, den ursprünglich zum 30.09.2004 gekündigten und bereits für das IV. Quartal 2004 weitergeführten Strukturvertrag Katarakt auch im I. Quartal 2005 gegen sich gelten zu lassen.

Entgegen ihren bisherigen Ankündigungen (vgl. auch "KV-intern" 06/2004), teilen die beteiligten Ersatzkassen nunmehr jedoch mit, den Vertrag unter den Bedingungen des EBM2000plus ab dem 01.04.2005, auch in modifizierter Form, nicht weiterführen zu wollen.

Die KVBB bedauert diese Entscheidung

außerordentlich, wurde doch durch diesen Strukturvertrag erstmalig die umfassende ambulante ärztliche Versorgung einer Gruppe von Patienten vom Hausarzt über den konservativ tätigen bis hin zum ambulant operierenden Augenarzt einschließlich entstehender Sachkosten vertraglich geregelt.

Wir bitten zu beachten, dass mit Beendigung des Vertrages ab dem II. Quartal 2005 die bisher im Vertrag geregelten Sachkosten nicht mehr über die KVBB abzurechnen sind.

### Ansprechpartner:

Fachbereich Verträge  
Geschäftsbereich Qualitätssicherung  
Fachbereich Abrechnung

ANZEIGE

### Praxis im Seniorenheim sucht Nachfolger

Das neu modernisierte Seniorenheim "Martha Piter" mit angeschlossener Wohnanlage in der Stadt Brandenburg bietet für eine Hausarztpraxis geeignete Räumlichkeiten.

Die Praxisräume sind 136 m<sup>2</sup> groß; ebenerdig, stufenlos erreichbar, zwei Toiletten, separater Eingang, ausreichend Parkplätze.

Der derzeitige Hausarzt beendet aus Altersgründen seine Tätigkeit.

**Tel.: 03381/7996-0**

## Übersicht zum HIV-PEP Notfalldepot in Brandenburger Kliniken

Postexpositionsprophylaxe (PEP) gegen HIV-Infektionen wurde auf dem Workshop HIV-Postexpositionsprophylaxe im September 1999 in Hamburg definiert "als die Behandlung von einer Person, die mit einer anderen tatsächlich (oder möglicherweise) mit HIV infizierten Person/Sache derart in Kontakt getreten ist, dass eine Infektion mit HIV zumindest potenziell möglich ist".

Um im Sinne dieser Postexpositionsprophylaxe rasch, d. h. innerhalb von etwa zwei Stunden nach möglicher Exposition, wirksam werden zu können, hat das MASGF im Auftrag des Landesarbeitskreises HIV/Aids, dem auch die KVBB angehört, eine Übersicht für Brandenburg erstellt, aus der hervorgeht, welche Krankenhäuser/Kliniken dieses Angebot vorhalten. Im Folgenden finden Sie eine Auflistung dieser Einrichtungen:

**Klinikumsbereich  
Lauchhammer GmbH**  
Friedensstraße 18  
01979 Lauchhammer  
Tel.: 03573/ 751244  
Fax: 03573/ 751245

**Havelland Kliniken GmbH  
Paracelsus Krankenhaus Rathenow**  
Paracelsusstraße 3  
14712 Rathenow  
Tel.: 03385/ 5550  
Fax: 03385/ 555461

**Ruppiner Kliniken GmbH**  
Fehrbelliner Str. 38  
16816 Neuruppin  
Tel: 03391/ 390  
Fax: 03391/ 1009

**Städtisches Klinikum  
Brandenburg GmbH**  
Hochstraße 29  
14770 Brandenburg  
Tel.: 03381/ 4110  
Fax: 03381/ 413000

**Klinikum Dahme-Spreewald GmbH  
Achenbach-Krankenhaus**  
Köpenicker Str. 29  
15711 Königs Wusterhausen  
Tel.: 03375/ 2880  
Fax: 03375/ 288-702

**Klinikum Dahme-Spreewald GmbH  
Spreewaldklinik Lübben**  
Schillerstraße 29  
15709 Lübben  
Tel.: 03546/ 750  
Fax: 03546/ 75 802

**Landesklinik Teupitz**  
Buchholzer Str. 21  
15755 Teupitz  
Tel.: 033766/ 66-0  
Fax: 033766/ 62241

**Krankenhaus Angermünde**  
Rudolf-Breitscheid-Str. 37  
16278 Angermünde  
Tel.: 03331/ 2710  
Fax: 03331/ 271444

**Klinikum Uckermark GmbH**  
Auguststraße 23  
16303 Schwedt/ Oder  
Tel.: 03332/ 530  
Fax: 03332/ 53 2202

**Hellmuth-Ulrici-Kliniken**  
Waldhausstraße  
16766 Kremmen / OT Sommerfeld  
Tel.: 033055/ 50  
Fax: 033055/ 51111

**Paritätisches Krankenhaus Gransee**  
Meseberger Weg 12 - 13  
16775 Gransee  
Tel.: 03306/ 7590  
Fax: 03987/ 2448

**Paritätisches Krankenhaus Templin**  
Robert-Koch-Str. 24  
17268 Templin  
Tel.: 03987/ 420  
Fax: 03987/ 2600

**Klinikum Frankfurt/Oder GmbH**  
Müllroser Chaussee 7  
15236 Frankfurt/Oder  
Tel.: 0335/ 548-0  
Fax: 0335/ 548-2211

**Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH**  
Thiemstraße 111  
03048 Cottbus  
Tel.: 0355/ 460  
Fax: 0355/ 462386

**Krankenhaus Forst GmbH**  
Robert-Koch-Str. 35  
03149 Forst  
Tel.: 03562/ 985-0  
Fax: 03562/ 985150

**Kreis Krankenhaus Prignitz gGmbH**  
Dobberziner Str. 112  
19348 Perleberg  
Tel.: 03876/ 30-30  
Fax: 03876/ 303203

**Klinikum Ernst v. Bergmann gGmbH**  
In der Aue 59-61  
14480 Potsdam  
Tel.: 0331/ 2410  
Fax: 0331/ 241-4100

**HUMAINE Klinikum  
Bad Saarow / Fürstenwalde**  
Pieskower Straße 33  
15526 Bad Saarow  
Tel.: 033631/ 72426  
Fax: 033631/ 73427

ANZEIGE

### Praxisräume in Strausberg

Praxisräume 110 m<sup>2</sup> (bisher Kinderarztpraxis) im Hause der Bahnhofs-Apotheke (Strausberg-Vorstadt zu vermieten.

Moderner geräumiger Parkplatz, Entfernung zur S- und Straßenbahn ca. 300 m. Miete verhandelbar.

Informationen: **03341/421015 (Frau Schubert)**

## Neues Projekt der Krankenkassen im Land Brandenburg

# Entlassungsmedikation aus dem Krankenhaus - neue Regelungen

In den vergangenen Jahren wurde seitens der niedergelassenen Ärzte im Rahmen der Pharm-PRO Beratungen immer wieder darauf hingewiesen, dass bezüglich der Arzneimitteltherapie Reibungspunkte an der Schnittstelle von stationärer und ambulanter Behandlung existieren.

Teure Original- oder Nachahmerpräparate als Entlassungsmedikation, Therapieempfehlungen ohne Berücksichtigung der Arzneimittel-Richtlinien sowie Medikamenteneinsatz außerhalb der Zulassung stellen die am häufigsten geschilderten Probleme dar.

Auch der Gesetzgeber hat diese Problematik erkannt und im § 115 c SGB V geregelt, dass das Krankenhaus einerseits die Therapievorschlüsse unter Verwendung der Wirkstoffbezeichnung mitteilen muss, um so den generischen Ersatz bei der Weiterbehandlung zu erleichtern.

Andererseits - und das ist neu - muss auch mindestens ein preiswerteres Arzneimittel mit pharmakologisch oder the-

rapeutisch vergleichbarer Wirkung als Therapievorschlag angegeben werden. Nur in medizinisch begründeten Ausnahmefällen darf davon abgewichen werden.

Scheinbar hat sich jedoch die Ausnahme zur Regel etabliert. Dabei wären vom Krankenhaus schriftlich festgehaltene Wirkstoffalternativen eine wertvolle Hilfestellung in der Argumentation Ihrem Patienten gegenüber.

Die Krankenkassen sind nun mit einem neuen Beratungskonzept auf die Kliniken zugegangen. Nach Analyse des Verordnungsgeschehens im Umfeld einer Klinik mittels PharmPRO, wurden und werden Beratungsgespräche zur Arzneimitteltherapie durchgeführt. Ziel ist es, Sie als niedergelassenen Arzt in dem Vorhaben zu unterstützen, die Weiterbehandlung sowohl therapeutisch sinnvoll als auch wirtschaftlich vorzunehmen.

**Frau S. Dolfen**  
Beratungssapothekerin der AOK  
03328-452477

### Bitte Beileger beachten!

Bitte beachten Sie die dieser Ausgabe von "KV-intern" beiliegende Information "Preisliste für Leistungen der Physikalischen Therapie und Logopädie (gem. § 125 SGB V)".

## Unser Info-Tipp

### IGeL-Merkblatt erschienen

Es ist manchem niedergelassenen Arzt immer noch fremd, mit gesetzlich krankenversicherten Patienten über das Honorar von Leistungen, die nicht von der Krankenkasse bezahlt werden, zu sprechen.

Die so genannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) werden von Patienten oft gewünscht und es besteht Verständnis, dass diese Leistungen separat bezahlt werden müssen.

Der NAV-Virchow-Bund hat ein Merkblatt erstellt, das zahlreiche individuellen

Gesundheitsleistungen beschreibt, die vom Patienten nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen sind.

Das Merkblatt wird ergänzt durch Erläuterungen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen individueller Gesundheitsleistungen und einem Muster für eine rechtskräftige Patientenerklärung. Es ist für 2 Euro erhältlich. Für Mitglieder des NAV-Virchow-Bundes ist das Merkblatt kostenlos.

Merkblatt und weitere Informationen erhalten Sie hier:

**NAV Virchow-Bund**  
Postfach 10 26 61  
50466 Köln  
Tel.: 0221/9730050  
Fax: 0221/7391239

## Neu in dritter Auflage: Patientenbroschüre "Internetguide für Krebspatienten"

Die Patientenbroschüre "**Internetguide für Krebspatienten**" ist in der dritten Neuauflage von 19.000 Exemplaren erschienen.. Die Broschüre nennt auf 50 Seiten unter anderem die wichtigsten Adressen und Anlaufstellen zum Thema Krebs im Internet. Es werden die besten Internet-Suchstrategien erläutert und typische Fehler erklärt.

Die Broschüre kann von den Patienten über die Hauptseite von [www.krebskompass.de](http://www.krebskompass.de) gegen einen Versandkostenbeitrag bestellt werden. Zur Auslage in der Praxis werden gerne auch größere Stückzahlen zur Verfügung gestellt. Die günstigste Versandmenge für kleine Bestellungen umfasst 15 Exemplare. 50

bis 70 Exemplare können als Paket zugesandt werden. Bei Bestellungen über 15 Exemplaren werden die reinen Versandkosten in Rechnung gestellt.

Der Krebs-Kompass ([www.krebskompass.de](http://www.krebskompass.de)) dient sowohl als Wegweiser durch das Informationsangebot im Internet als auch als virtuelle Selbsthilfegruppe. Zum einen vernetzt er qualitätsgeprüfte Krebsinformationen im deutschsprachigen Internet. Zum anderen bietet er Betroffenen und Angehörigen mit Foren und einem 24-Stunden Chat die Möglichkeit, sich jederzeit und anonym mit anderen auszutauschen.

**Janet Fischer, KOSA**

## Frankfurter Labor erhält Silber-"Oskar"

Institut für Medizinische Diagnostik für unternehmerischen Erfolg und Qualität geehrt, Märkische Oderzeitung vom 29.10.2004

"Viren, Vitamine, Proteine, ... scheinen auf den ersten Blick mit Wirtschaft wenig zu tun zu haben. Aber es ist ein bundesweit begehrter Unternehmenspreis, der - freilich im übertragenen Sinne - seit dieser Woche zwischen Enzymen, Hormonen oder Krankheitserregern seinen neuen Platz gefunden hat, mitten in Frankfurt (Oder).

Stolzer neuer "Besitzer" des silber glänzenden Preises "Oskar für den Mittelstand" wurde der Finalist des Wettbewerbs, das Institut für Medizinische Diagnostik Oderland. Das Unternehmen hat frühzeitig und nachhaltig Qualitätsmanagement als Führungsinstrument implementiert, wurde dafür vom Verein für Qualitätsförderung Brandenburg e.V. für den "Oskar" nominiert und beeindruckte damit offensichtlich auch die Jury, die aus fast 2300 Bewerbern aus ganz Deutschland aus allen Wirtschaftsberei-

chen dieses Brandenburger Unternehmen herausfilterte.

Die Oderstädter sind dabei die einzigen Ostbrandenburger. Das Unternehmen, bestehend aus dem Ärztlichen Labor Dr. Frank Berthold & Kollegen und der Laborgemeinschaft Oderland, wurde 1991 gegründet. Schnell wuchs es zum anerkannten Leistungszentrum für Laboratoriumsmedizin, bekannt bis über die Grenzen Brandenburgs. Dienstleister, so lautet die Hauptdefinition für die verschiedensten Aufgaben, ob es um diagnostische Beratung auftraggebender Mediziner, Ämter oder Behörden und Unternehmen geht oder das Übermitteln labortechnisch gewonnener Informationen.

Qualität und deren dauerhaftes Sichern ist der Kern der Philosophie des Unternehmens mit derzeit 70 Mitarbeitern."

## Therapeuten für die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen gesucht

Mit dem Förderpreis in Höhe von 4.000 der Dr. Hermann Schmitt-Vockenhausen-Stiftung sowie der finanziellen Unterstützung der Stiftung Flüchtlingshilfe und des Europäischen Flüchtlingsfonds konnte die Homepage des TraumaNetzwerkes aktualisiert und erweitert werden. Dolmetscher und Sprachmittler können sich unter [www.traumanetzwerk.de](http://www.traumanetzwerk.de) über

Fort- und Weiterbildungen für die Arbeit im therapeutischen Kontext informieren und finden zu diesem Thema zahlreiche Hinweise, Texte und Veranstaltungen.

Therapeuten, die Erfahrung in der Arbeit mit traumatisierten Menschen haben, können sich kostenlos und unverbindlich in das TraumaNetzwerk aufnehmen lassen. Als Mitglied erhalten sie im

geschützten Bereich einen umfangreichen Service:

Die Netzwerkmitglieder haben Zugriff auf eine Datenbank von Dolmetschern und erhalten Tipps über den Einsatz von Dolmetschern im Therapieverlauf. Ein Forum bietet die Möglichkeit, sich mit Kollegen über aktuelle Fragenstellungen, Forschungen und Probleme auszutauschen. Die Therapeuten finden auf den Seiten Anregungen zur Gutachtenerstellung.

Außerdem gibt es weiterführende Informationen über fachspezifische Supervisionen sowie Adressen von Instituten für Fortbildung im Bereich der Traumatisierung.

Ziel des TraumaNetzwerkes ist es, jedem Flüchtling, der eine psychologische Behandlung auf Grund von posttraumatischen Belastungsstörungen benötigt, diese in seiner Umgebung zeitnah und professionell zu ermöglichen.

Um dieses Ziel zu erreichen, suchen wir dringend weitere Therapeuten, die Erfahrung in dieser Arbeit haben!

### Weitere Informationen:

TraumaNetzwerk, MW Malteser Werke GmbH, Abteilung Migration  
Katrin Heim, Tel.: 0221/9822564  
[Katrin.Heim@malteser.de](mailto:Katrin.Heim@malteser.de)

## Zertifikat "Ambulanter Dienst für onkologische Krankenpflege"



Im Land Brandenburg bestehen in der professionellen häuslichen Pflege von Krebskranken starke Qualitätsunterschiede. Nicht bei allen Pflegediensten, die Krebspatienten versorgen, erfolgt die Betreuung entsprechend den in der Onkologie besonderen pflegerischen, psychosozialen und individuellen Anforderungen.

Die Landesarbeitsgemeinschaft Onkologische Versorgung Brandenburg e. V. (LAGO) erachtet eine Qualitätsverbesserung in diesem Bereich als dringendes Erfordernis. Als konkrete Maßnahme eines diesbezüglichen Qualitätsmanagements bietet

die LAGO nunmehr erstmalig und bundesweit einmalig ein Zertifizierungsverfahren als "Ambulanter Dienst für ambulante Krankenpflege" im Land Brandenburg an.

Das unter dem Namen "LAGO-Siegel" geführte Zertifikat kann an ambulante Pflegedienste verliehen werden, die die Qualitätsanforderungen für die pflegerisch, psychosoziale und individuelle Betreuung von Krebspatienten in besonderem Maße erfüllen. Grundlage zur

Feststellung und Prüfung dieser Qualität sind definierte Gütekriterien, die in jahrelanger Arbeit von

### KVBB-Vertreterversammlung

Die nächste Vertreterversammlung der KV Brandenburg findet am **23. Februar 2005** statt. Beginn ist **15.00 Uhr**.

Die Sitzung ist für Mitglieder der KV Brandenburg öffentlich.

einem einberufenen Expertenarbeitskreis erarbeitet wurden.

Die Zertifizierungsmaßnahme hat zum Ziel, die Qualität der Pflege in ambulanten Einrichtungen mit onkologischen Patienten zu erhalten oder deren Verbesserung anzuregen. Dadurch soll der Schutz krebserkrankter Menschen vor unzureichender Pflege gewährleistet werden. Auf der Grundlage des Zertifikats können gegenüber behandelnden Ärztinnen und Ärzten und anderen an der Versorgung von Krebspatienten beteiligten Institutionen Empfehlungen ausgesprochen werden.

Das Zertifikat wird durch die LAGO verliehen.

Alle an einer Zertifizierung interessierte Pflegedienste im Land Brandenburg und Berliner Pflegedienste mit Pflegebedürftigen im Land Brandenburg können sich unter:

LAGO Brandenburg e. V., Gregor-Mendel-Straße 10-11, 14469 Potsdam, Tel: 03 31/2 70 71 72 informieren und für das Zertifikat bewerben. Im Internet kann zuvor unter [www.lago-brandenburg.de](http://www.lago-brandenburg.de) unverbindlich und anonym ein Pretest durchgeführt werden.

## Niederlassungen im November 2004

### Planungsbereich Frankfurt Stadt/Oder-Spree

*Dipl.-Psych. Claudia Damm-Floarei*  
Psychologische Psychotherapeutin/  
Tiefenpsychologie  
Berliner Str. 32/33, 15848 Beeskow

### Planungsbereich Brandenburg Stadt/Potsdam-Mittelmark

*Dr. med. Petra Gierloff*  
FÄ für Allgemeinmedizin  
Käthe-Kollwitz-Str. 31  
14532 Kleinmachnow

*Dipl.-Psych. Renate Müller*  
Psychologische Psychotherapeutin/  
Tiefenpsychologie  
Am Bahnhof 9, 14806 Belzig

*Dipl.-Psych. Roland Stein*  
Kinder- u. Jugendlichenpsychotherapeut/  
Tiefenpsychologie  
Johannisburger Anger 22  
14772 Brandenburg

### Planungsbereich Dahme-Spreewald

*Jana Rolletschek*  
FÄ für Allgemeinmedizin  
Schulstr. 5  
15910 Krausnick - Groß Wasserburg  
(Übernahme der Praxis  
von Dipl.-Med. Annette Tyra)

### Planungsbereich Oberhavel

*Dipl.-Psych. Cordula Schellenberg*  
Psychologische Psychotherapeutin/  
Verhaltenstherapie  
Berliner Str. 38, 16792 Zehdenick

### Planungsbereich Oberspreewald-Lausitz

*Dipl.-Psych. Lothar Pauly*  
Psychologischer Psychotherapeut/  
Verhaltenstherapie  
Kirchplatz 6, 03222 Lübbenau





# Praxisbörse

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

## Suche

für Ende 2006 Praxisnachfolger für allgemeinmedizinische Hausarztpraxis in Märkisch-Oderland mit guter Verbindung nach Berlin. Praxis ist zentral gelegen mit stabilen Fallzahlen und motiviertem Praxispersonal.

**Chiffre: 04/12/01**

## Biete

Alteingesessene gutgehende Kinderarztpraxis in Kreisstadt südlich von Berlin (ca. 40 km) ab 2005 abzugeben.

**Chiffre: 04/12/03**

## Biete

Allgemeinmedizinische Praxis im Stadtzentrum Schwedts, Flachbau, Baujahr 1965, Renovierung 1991-1992, Eigentum, 155 m<sup>2</sup>, über 1000 Scheine im Quartal zum 01.01.2006 abzugeben.

Besonderheit: Betreuung eines Wohnheims für Behinderte  
Inventar wird bei nahtloser Übernahme kostenlos überlassen

**Chiffre: 04/12/05**

## Biete

Allgemeinarztpraxis in Brandenburg an der Havel (Stadt), voraussichtlich Anfang 2006 Praxisaufgabe aus Altersgründen, eventuell auch früher

Scheinzahl pro Quartal ca. 800-1.000

**Chiffre: 04/12/02**

## Biete

Arztpraxis zum 01. Juli 2005 an Allgemeinmediziner mit pädiatrischer Erfahrung südöstlich von Berlin aus Altersgründen abzugeben. Gute Anbindung an die Autobahn nach Berlin (ca. 50 km bis Stadtmitte), Regionalbahn Richtung Berlin, sehr schönes Seenreiches Wasserwandergebiet.

Praxisgröße: ca. 85 m<sup>2</sup> Schwerpunkt: Familienbetreuung, stabile Umsätze

**Chiffre: 04/12/04**

## Suche

Bin Fachärztin für Innere Medizin. Suche im Raum Luckau hausärztliche Praxis, die ich in ca. 1 bis 2 Jahre übernehmen kann.

**Chiffre: 04/12/06**

## Suche

Fachärztin für Allgemeinmedizin (Praxissitz unmittelbar am östlichen Stadtrand von Berlin) mit Weiterbildungsermächtigung sucht zum III. Quartal Weiterbildungsassistenten zur Ausbildung. Späterer Praxiseinstieg möglich und gewünscht.

Interessenten melden sich bitte unter: **033638/2578**

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

## Suche

Mittelgroße ausbaufähige Hausarztpraxis am östlichen Berliner Stadtrand sucht aus Altersgründen für Mitte 2005 Nachfolger.

Chiffre: 04/12/07

## Suche

Examierte Krankenschwester und Arzthelferin mit Abschluss sucht im Raum Rathenow, Premnitz, Brandenburg (Stadt) und Nauen ab 01. März 2005 neue Anstellung.

12-jährige Berufserfahrung in einer Arztpraxis, fundierte Computerkenntnisse. Anstellung in Vollzeit oder Teilzeit möglich. Interessenten melden sich bitte unter **033876/40139** oder **033876/40126** ab 19.00 Uhr.

## Zulassungen und Ermächtigungen

### Neuzulassungen

*Dr. med. Heiko Böhmer,*  
Facharzt für Allgemeinmedizin in Erkner  
ab 02.01.2005

*Dipl.-Med. Thomas Busch,*  
Facharzt für Chirurgie in Spremberg,  
ab 01.04.2005

*Ulf-Thilo Hanisch,*  
Facharzt für Nervenheilkunde in Strausberg  
ab 01.01.2005

*Dr. med. Jörg Lebentrau,*  
Facharzt für Urologie in Potsdam  
ab 03.01.2005

*Dr. med. Matthias Mindach,*  
Facharzt für Nervenheilkunde in Frankfurt  
(Oder)  
ab 02.01.2005

*Dr. med. Antje Nimtz-Talaska,*  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in  
Frankfurt (Oder)  
ab 01.04.2005

*Dr. med. Lukas Nitsche,*  
Facharzt für Augenheilkunde in Schwedt/O.  
ab 15.01.2005

*Dipl.-Med. Delia Peschel,*  
Fachärztin für Psychiatrie in Spremberg  
ab 10.11.2004

*Heike Reißberg,*  
Fachärztin für Nervenheilkunde in Templin  
ab 02.01.2005

*Dr. med. Beatrix Schuback,*  
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Doberlug-Kirchhain  
ab 01.01.2005

*Dr. med. Konstanze Schütze,*  
Fachärztin für Diagnostische Radiologie in  
Rüdersdorf b. Bln.  
ab 01.01.2005

*Dr. med. Karl-Jörn von Stünzner-Karbe,*  
Facharzt für Allgemeinmedizin in  
Briesen/Mark  
ab 02.01.2005

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

*Dr. med. Peter Feig,*  
Facharzt für Innere Medizin an der Med. Einrichtungen GmbH Teltow  
ab 01.01.2005

### Ermächtigungen

*Dr. med. Christoph Arntzen,*  
Facharzt für Innere Medizin am Krankenhaus Angermünde,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der präventiven Koloskopie für die Zeit  
vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dipl.-Med. Klaus Baron,*  
ermächtigt für die hausärztliche Versorgung in Wittenberge für die Zeit  
vom 01.01.2005 bis 31.03.2027.

*Dipl.-Med. Birgit Bartels,*  
Fachärztin für Innere Medizin am Klinikum Uckermark in Schwedt/O.,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der internistischen Hämatologie/Oncologie für die Zeit  
vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dipl.-Med. Joachim Bärwolff,*  
Facharzt für Orthopädie an der Asklepios Kli-

nik Birkenwerder,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Orthopädie bzw. entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für orthopädische Problempatienten zur Erbringung sonographischer Leistungen für die Zeit  
vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dipl.-Med. Bernd Döbelin,*  
Facharzt für Anästhesiologie am Werner Forßmann Krankenhaus in Eberswalde,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von am Krankenhaus Eberswalde ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der ambulanten Anästhesien in Zusammenarbeit mit Vertragsärzten und auf dem Gebiet der Schmerztherapie für onkologische Patienten und Patienten mit starken Schmerzen für die Zeit  
vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dr. med. Jürgen Faiß,*  
Facharzt für Neurologie an der Landesklinik Teupitz,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V, von ermächtigten Fachärzten mit der Schwerpunktbezeichnung Gefäßchirurgie für Untersuchungen und zur Behandlung von Patienten mit Multipler Sklerose; auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Nervenheilkunde und entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von ermächtigten Fachärzten mit der Schwerpunktbezeichnung Gefäßchirurgie für die Duplex-sonographische Untersuchung; auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Nervenheilkunde und entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für eine neuroimmunologische und cerebrovaskuläre Ambulanz mit den Schwerpunkten: Multiple Sklerose, Polyneuropathien, Vaskulitiden, Nachsorge nach Schlaganfall, Diagnostik von transitorisch ischämischen Attacken sowie auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Neu-

rologie, Psychiatrie und Orthopädie und entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie von Bewegungsstörungen und speziellen Formen der Spastik mit Botulinum-Toxim A und B für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dr. med. Helmut Fraatz,*  
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde am Klinikum Frankfurt (Oder), ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde bzw. entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Phoniatrie für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dr. med. Rainer Grieg,*  
Facharzt für Radiologie an den Ruppiner Kliniken in Neuruppin, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten, Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie ermächtigten Ärzten, von zugelassenen Fachärzten für Urologie, Orthopädie, Chirurgie, Fachärzten mit der Schwerpunktbezeichnung "Nephrologie", onkologisch verantwortlich tätigen Ärzten und entsprechenden Fachärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie ermächtigten Fachärzten o.g. Fachgruppen und auf dem Gebiet der Onkologie ermächtigten Ärzten für nuklearmedizinische Leistungen für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dr. med. Volker Gruner,*  
Facharzt für Chirurgie an der Asklepios-Klinik Birkenwerder, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Angiologie und auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Chirurgie und Haut- und Geschlechtskrankheiten bzw. entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Phlebologie für die Zeit

vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.  
*Dr. sc. med. Horst Hakenbeck,*  
Facharzt für Anästhesiologie am Kreiskrankenhaus Prenzlau, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von am Kreiskrankenhaus Prenzlau ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der Schmerztherapie für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dr. med. Hans-Georg Heise,*  
Facharzt für Innere Medizin am Klinikum Niederlausitz, Klinikbereich Senftenberg, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der kardiologischen Diagnostik für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2005.

*Dr. med. Hannegret Herrberger,*  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin am Gesundheitsamt Landkreis Spree-Neiße in Guben, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Durchführung einer kinderneuropsychiatrischen Sprechstunde für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.03.2005.

*Dipl.-Med. Karsten Juncken,*  
Facharzt für Chirurgie am Werner Forßmann Krankenhaus in Eberswalde, ermächtigt auf Überweisung von niedergelassenen Fachärzten für Orthopädie, Chirurgie und Sportmedizinern bzw. entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V bei unfallchirurgischen und rekonstruktiven Krankheitsbildern für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dr. med. Horst Kaiser,*  
Facharzt für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Prignitz in Perleberg, ermächtigt auf Überweisung von zugelas-

senen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Schrittmacherumprogrammierung, Doppler-sonographische Druckmessung, Duplex-sonographische Untersuchung, directionale Doppler-sonographische Untersuchung, Sonographische Untersuchung und Frequenzspektrumanalyse für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dipl.-Med. Sabine Koch,*  
Fachärztin für Chirurgie am Werner Forßmann Krankenhaus in Eberswalde, ermächtigt auf Überweisung von Fachärzten für Chirurgie, Orthopädie, Neurologie sowie Vertragsärzten mit der Subspezialisierung Rheumatologie bzw. entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für ausgewählte Leistungen auf dem Gebiet der Handchirurgie für die Zeit vom 12.10.2004 bis 30.06.2005.

*Dr. med. Hans Kössel,*  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin am Städt. Klinikum Brandenburg, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin sowie Praktischen Ärzten, die die Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin erworben haben, bzw. entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Diagnose und Therapie von Patienten mit Mucoviscidose-cystischer Fibrose, auf dem Gebiet der Kinderechokardiographie, für die Betreuung onkologisch-hämatologisch erkrankter Kinder und Jugendlicher und zur Behandlung von Kindern mit Autoimmun-Erkrankungen und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, sofern die Notwendigkeit einer immunsuppressiven Therapie besteht für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dr. med. Gabriele Kucharzyk,*  
Fachärztin für Innere Medizin am Achenbach-Krankenhaus in Königs Wusterhausen, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtun-

gen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Schrittmacherkontrolle für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dr. med. Sibylle Kupsch,*  
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Krankenhaus Herzberg, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe bzw. entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für Leistungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge und auf dem Gebiet der gynäkologisch-geburtshilflichen Ultraschalldiagnostik sowie auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Mamma-Sonographie und gem. § 5 Abs. 2 BMV-Ä und § 9 Abs. 2 BMV-Ä/EK in Verbindung mit den Mutterschaftsrichtlinien gem. Teil B Nr. 6 für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dr. med. Uve Kurtz,*  
Facharzt für Chirurgie am Krankenhaus Herzberg, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Chirurgie und Orthopädie und entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur konsiliarischen Inanspruchnahme in Problemfällen bei Schulter- und Kniegelenkerkrankungen für die Zeit vom 12.10.2004 bis 31.12.2006.

*Dr. med. Dietmar Mildner,*  
Facharzt für Innere Medizin am Ev. Freikirchl. Krankenhaus und Herzzentrum Brandenburg in Bernau, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung endoskopischer Untersuchungen im oberen und unteren Gastrointestinaltrakt und auf dem Gebiet der präventiven Koloskopie für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2005.

*Dr. med. Hans-Joachim Möller,*  
Facharzt für Innere Medizin am Ev. Diakonis-

senhaus Berlin Teltow Lehnin in Kloster Lehnin, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von am Ev. Diakonissenhaus ermächtigten Ärzten für die Dopplerechokardiographische Diagnostik für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dr. med. Thomas Nippraschk,*  
Facharzt für Anästhesiologie an den Ruppiner Kliniken in Neuruppin, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der Schmerztherapie für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dr. med. Hella Posch,*  
Fachärztin für Transfusionsmedizin an den Ruppiner Kliniken in Neuruppin, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie ermächtigten Ärzten im Zusammenhang mit Bluttransfusionen für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dr. med. Hans-Joachim Ruffert,*  
Facharzt für Anästhesiologie am Achenbach-Krankenhaus in Königs Wusterhausen, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Anästhesiologie und Schmerztherapie für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dr. med. Sigrid Schadow,*  
Fachärztin für Innere Medizin an den Oberhavel Kliniken in Oranienburg, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Betreuung von insulinpflichtigen Diabetikern für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2005.

*Dr. med. Gudrun Schwerdfeger,*  
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Kreiskrankenhaus Belzig, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Urologie sowie entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur apparativen Untersuchung von Patientinnen mit Harninkontinenz für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dr. med. Alexander Sekatschkin,*  
Facharzt für Diagnostische Radiologie am Werner Forßmann Krankenhaus in Eberswalde, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V, von am Krankenhaus Eberswalde ermächtigten Ärzten sowie vom Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation Eberswalde auf dem Gebiet der Angiographie und Phlebographie für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Prof. Dr. med. Hjalmar Steinhauer,*  
Facharzt für Innere Medizin am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus, ermächtigt nach § 12 Abs. 2 Anl. 9 BMV-Ä auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Innere Medizin bzw. entspr. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Peritonealdialyse für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dipl.-Med. Kerstin Tober,*  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin am Klinikum Uckermark in Schwedt/O., ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der pädiatrischen Ultraschalldiagnostik für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

*Dipl.-Med. Bertram Unger,*  
Facharzt für Innere Medizin an den Ruppiner Kliniken in Neuruppin,

ermächtigt auf Überweisungen von zugelassenen Nephrologen bzw. Nephrologen in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur ärztlichen Betreuung bei intermittierender Peritonealdialyse für die Zeit vom 01.01.2005 bis 31.12.2006.

### Verlegung des Praxissitzes

*Dr. med. Andreas Krause,*  
Facharzt für Chirurgie in Strausberg, neue Adresse: Fichteplatz 1;

*Dr. med. Thomas Müller,*  
Facharzt für Innere Medizin in Bad Freienwalde, neue Adresse ab 01.01.2005: Sonnenburger Weg (KH) in Wriezen;

*Dipl.-Med. Bärbel Sanftleben,*  
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Frankfurt (Oder), neue Adresse ab 01.01.2005: Königstr. 8 in Eisenhüttenstadt;

*Dipl.-Med. Angelika Wickmann,*  
Fachärztin für Innere Medizin in Gransee/OT Dannenwalde, neue Adresse ab 01.04.2005: Klosterstr. 45 in Gransee

*Dr. med. Bärbel Zeller,*  
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Premnitz, neue Adresse: August-Bebel-Str. 9

## 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 auszusprechen.

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

**Facharzt/Fachärztin für  
Augenheilkunde  
Planungsbereich: Oberhavel  
Zeitpunkt: schnellstmöglich  
Bewerkungsziffer: 84/2004**

Nähere Informationen und Bewerbungsunterlagen erhalten Sie bei der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg,

**Ansprechpartnerin:** Karin Rettkowski, Tel.: 0331/2309-320.

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

Unter dem Stichwort "Ausschreibung" sind die Unterlagen bis zum 08.02.2005 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.

**Potsdam, den 01. Dezember 2004**

## Herzliche Glückwünsche!



### zum 50.

*Dr. med. Peter Altstadt, Falkensee*  
*Dr. med. Bodo Bauer, Schwarzheide*  
*Dipl.-Med. Winfried Blödorn, Schwedt*  
*Dr. med. Barbara Dube, Cottbus*  
*Dipl.-Med. Claudia Hörnlein, Kyritz*  
*Dr. med. Frank-Detlef Joseph, Angermünde*  
*Dipl.-Med. Cornelia Klee, Werder*  
*Dr. med. Martina Matthes, Senftenberg*  
*Dipl.-Med. Gudrun Nerlich, Rüdersdorf*  
*Dipl.-Med. Karla Schirdewan, Potsdam*  
*Dipl.-Psych. Jürgen Tietz, Nuthetal OT Bergholz-Rehbrücke*  
*Dipl.-Psych. Charlotte Wilke, Wandlitz/OT Basdorf*

### zum 60.

*Dipl.-Med. Heidrun Elsner, Prenzlau/OT Dedelow*  
*Dr. med. Wolf-Dietrich Hohmann, Neuruppin*  
*Dr. med. Brigitte Lotz, Potsdam*  
*Bärbel Michler, Strausberg*  
*Dr. med. Karin Reimann, Petershagen/Eggersdorf*  
*Dipl.-Med. Reglindis-Schöffel, Bernau*  
*Dipl.-Med. Wiebke Schuster, Ruhland*

### zum 65.

*Dr. med. Friedhart Federlein, Frankfurt*

*Dr. med. Adolphine Fetter, Kyritz*

*Dr. med. habil. Marlie Grieger, Werder/Glindow/Elisabethhöhe*

*Dr. med. Ingeborg Lemmens, Pritzwalk*  
*Dieter Strauß, Nordwestuckermark/Fürstenwerder*

### zum 66.

*Dr. med. Erika Golawski, Eberswalde*  
*Dr. med. Herbert Vogel, Bernau bei Bln.*

### zum 67.

*Dr. med. Klaus Dräger, Ludwigsfelde*  
*Dr. med. Manfred Kalz, Neuruppin*  
*Dr. med. Wolfdietrich Ruthe, Rathenow*  
*MR Dr. med. Herbert Steudel, Dahwitz-Hoppegarten*  
*Dr. med. Klaus Tischer, Herzberg*

### zum 68.

*MR Dr. med. Rainer Gräf, Spremberg*

### zum 69.

*Dr. med. Hartmut Gahlow, Wandlitz/OT Klosterfelde*

### zum 70.

*Dr. med. Mahmood El-Hakim, Rathenow*

### zum 73.

*Dr. med. Gerhard Pomeranke, Frankfurt*

### zum 76.

*MR Joachim Albrecht, Briesen*

**Impressum**

*KV-intern*  
Monatsschrift der Kassenärztlichen  
Vereinigung Brandenburg

**Herausgeber:**

Landesgeschäftsstelle der  
Kassenärztlichen Vereinigung  
Brandenburg  
Gregor-Mendel-Str. 10 - 11  
14469 Potsdam  
Telefon: 0331/28 68 100  
Telefax: 0331/28 68 126  
Internet: <http://www.kvbb.de>  
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:**

13. Dezember 2004

**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

“Nein, ich bin nicht der neue Landarzt!”

Zeichnung: **A. Purwin**