

**Liebe Leserinnen, liebe Leser**

Die Bundesgesundheitsministerin ist sich sicher: Die Reform ist gut, die beabsichtigten Wirkungen treten ein. Die Ausgaben insbesondere für Arzneimittel, aber auch für Heil- und Hilfsmittel sind im ersten Quartal teilweise erheblich gesunken. Ebenso die Kosten für die ambulante ärztliche Behandlung - immerhin um 4,5 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal. Dass sich Frau Ministerin angesichts dieser Daten in ihrem Kurs bestätigt sieht, ist ihr nicht zu verdenken. Allein, es bleiben doch einige erhebliche Zweifel.



Wenn wer die Einsparungen des ersten Quartals 2004 schon als Trend sieht und für den Rest des Jahres hoch rechnet, wird sich verrechnen. Nein, das ist keine Beserwisserei. Es ist vielmehr die jahrelange Erfahrung im Umgang mit Kostendämpfungsgesetzen, zumal, wenn sie noch so "schnell gestrickt" wurden, wie das jüngste GMG. Insofern: Warten wir also erst einmal die Auswertung des zweiten Quartals ab. Dann liegen verlässlichere Daten vor.

Ungeachtet dessen ist es schon interessant, dass die Kassen in Deutschland innerhalb eines einzigen Quartals einen Überschuss von rund 1 Milliarde Euro erwirtschaften konnten. Der sogenannten Praxisgebühr sei Dank, aber auch der Streichung des Sterbegeldes und den bereits genannten Rückgängen. Gegriffen hat die Reform, um im Bild der Ministerin zu bleiben, aber nicht im stationären Bereich, dem mit Abstand größten Finanzblock der GKV. Hier vermelden die Statistiker einen Anstieg von bundesweit 1,9 Prozent, im Osten gar von 3,7 Prozent. Und auch bei den Verwaltungskosten der Krankenkassen ist ein Anstieg um 2,6 Prozent Prozent zu verzeichnen.

Ob und vor allem wann sich die Einsparungen in Beitragssatzsenkungen niederschlagen, bleibt ebenso abzuwarten. Aus dem Haus des AOK-Bundesverbandes ist zu hören, dass es zu solchen frühestens am Jahresende kommen werde. Erst einmal müssten die Schulden abgebaut und ein verlässlicher Trend ermittelt werden. Diese Haltung ist verständlich. Andererseits: Beides - Einsparungen und Beitragssenkungen - war von der rot-grünen Koalition als Einheit propagiert worden.

Genau davor allerdings warnt der CSU-Sozialpolitiker Seehofer. Nichts sei gefährlicher, so Seehofer auf dem Hauptstadtkongress Anfang Juni in Berlin, als wenn jetzt die Politik meinte, genug getan zu haben. Im Gegenteil. Für die Reform sei ein Zeitkorridor von 4 Jahren bestimmt. Und erst dann würde abgerechnet werden. Das erste Quartal sei also auch nur eine erste Etappe auf diesem Weg. Nicht mehr. Dabei dürfe man auch nicht nur auf die finanzielle Seite sehen, sondern auch das Geschehen hinter den Zahlen betrachten. Nämlich, wie die Versorgung der Bevölkerung aussehe!

In diesem Zusammenhang geißelte Seehofer die vor zwei Jahren getroffene Entscheidung, die Sozialpolitik der Wirtschaftspolitik zuzuordnen. Die soziale Komponente würde immer wieder klein geredet, dies sei ein "jämmerlicher Erfolg", der sich noch bitter rächen werde. Dies wollte der Ex-Bundesgesundheitsminister nicht allein als Kritik an der Regierung, sondern durchaus auch als eine an den Vertretern seiner eigenen sowie der Schwesterpartei verstanden wissen.

**T**hemenwechsel. Wenn Sie diese Zeilen lesen, tun Sie dies vielleicht gerade in der Halbzeitpause eines der Fußballspiele der diesjährigen Europameisterschaft. Ob die deutschen Kicker dann noch im Rennen sind oder nicht, wir werden sehen. Wenn sie jedoch so jämmerlich auf dem Rasen agieren sollten wie bei der Generalprobe gegen die Magyaren, werden wir uns wohl eher zu Fans der lettischen Mannschaft entwickeln müssen. Apropos jämmerlich. Noch katastrophaler als jenes Gekicke entwickelt sich das Trauerspiel um die Eintreibung der "Praxis"- oder richtigerweise Kassengebühr.

In etwa 5000 von insgesamt rund 3,9 Millionen Fällen sind die 10 Euro nicht beglichen worden. Das geht aus den brandenburgischen Abrechnungsunterlagen hervor. Ob und gar wie viele davon im Nachhinein beglichen wurden, ist im Moment vollkommen unklar. Auch, beispielsweise, ob der Arzt den säumigen Patienten überhaupt gemahnt hat oder nicht. Immer noch auf die Ankündigung der KBV hoffend, dass auf Bundesebene analog zu den Zahnärzten mit den Kassen doch noch verhandelt werde, dass diese die "Praxisgebühr" bei Nicht-Zahlung eintreiben werden, und angesichts des enormen Verwaltungsaufwandes hat die KV Brandenburg erst einmal abgewartet.

**J**etzt allerdings ist Schluss mit Abwarten. Die Zeit drängt, die KBV hat nichts vereinbaren können und die KVBB ist gezwungen, nun ihrem gesetzlichen Auftrag nachzukommen. Im Klartext heißt dies: Ärzte anrufen und die Sachstände aufzuklären. Das heißt aber auch, Patienten zu kontaktieren, in vielen Fällen erst einmal deren Anschriften zu ermitteln, Daten der Inanspruchnahme des Arztes abzuklären, festzustellen, ob die Patienten eine Mahnung erhalten haben oder nicht und ob sie vielleicht sogar mittlerweile gezahlt haben.

**D**ann müssen die dafür notwendigen Belege angefordert, Mahnschreiben formuliert und abgesandt und nicht zuletzt auch noch alles in die Honorarabrechnung integriert werden. Denn schließlich haben diese ganzen buchhalterischen Maßnahmen dort entsprechend nachvollziehbar zu sein; für den Arzt und nicht zuletzt für die Kassen. Die alles dominierende Bürokratie feiert fröhliche Urständ. Wieder einmal. Nur jetzt viel schlimmer. Und sie weitet sich nicht zuletzt in jeder einzelnen Arztpraxis geradezu zum Monster aus.

**N**och Fragen? Trotzdem eine Antwort: Dies alles geht natürlich in der KV-Verwaltung nicht ohne zusätzliches Personal. Aus diesem Grund wird die KV befristet auf Hilfskräfte zugreifen müssen. Von diesen Segnungen des GMG ist in der Öffentlichkeit nichts zu hören. Deshalb sollte zumindest an dieser Stelle einmal öffentlich darauf hingewiesen werden.

**Ralf Herre**

Pressesprecher der KV Brandenburg

## Der Wert ärztlicher Selbstverwaltung in Zeiten des Systemumbruchs

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

Vor vier Wochen schrieb ich das Editorial für "KV-intern", in welchem ich meine sehr subjektive Sicht der Bewertung des berufspolitischen Status quo, der inneren Verfassung der Ärzteschaft und der Handlungsweisen verschiedener berufspolitischer Akteure darstellte.

Diese ungeschminkte Wahrheit hat zweierlei Hintergründe: zum Einen haben wir uns zu sehr an diplomatische Umschreibungen und Floskeln gewöhnt, welche den Nachteil haben, die Kernbotschaft allzu leicht zu übersehen und daher die notwendigen Konsequenzen zu vernebeln. Zum Anderen erfordern die vor uns stehenden Wahlen zur (vielleicht letzten) ärztlichen Interessenvertretung unter den Rahmenbedingungen der uns Ärzten gesetzlich aufoktroierten Organisationsreform die Besinnung auf das, was ärztliche Selbstverwaltung ausmacht, welchen Ursprung sie hat, welche Zielstellung und welche Gestaltungsmöglichkeiten mit ihr verknüpft sind sowie mit welchen personellen Anforderungsprofilen diese erreichbar scheinen.

Wir erleben es immer wieder - und es ist ja auch allzu leicht - dass der Unzufriedenheit mit der Wirkung ärztlicher Interessenvertretung Ausdruck verliehen wird, andererseits aber auch nichts für die Stärkung, hingegen vieles für die Schwächung dieser Strukturen getan wird. Den Eigenanteil an der Nichterreichung von Zielen verschweigt man dann jedoch (un)bewusst.

Bleibt es bei dieser Entwicklung, dann werden wir uns spätestens mit Ablauf der kommenden 6 Jahre (gesetzlich vorgegebene Lebensdauer der neuen Organisationsstruktur) entweder mit einer verstaatlichten Struktur der Gesundheitsversorgung oder im Gegenteil mit einer absolut liberalisierten, wettbewerblich ausgerichteten Versorgungslandschaft konfrontiert sehen. Ich will nicht verhehlen, dass ich unter diesen Optionen das freiheitliche Modell favorisiere. Die Auswirkungen der Verstaatlichung brauche ich uns Ärzten mit "Ostsozialisation" nicht zu erläutern; hingewiesen sei nur am Rande auf die ökonomischen Aspekte des Wertverlustes von in der "Noch-Freiberuflichkeit" getätigten Investitionen. Einen

**Welche neuen Strukturen  
erwarten uns in den  
kommenden Jahren?**

ersten Vorgeschmack erhalten diejenigen Kollegen, welche im Umfeld eines Krankenhauses praktizieren, welches sich demnächst konkurrierenderweise in die ambulante Behandlung einbringt!

Hingegen wäre ein liberales, wettbewerblich ausgerichtetes, auf Freiberuflichkeit basierendes, einem "Dienstleistungs-Europa" entsprechendes und ein über eine einfache, sozial ausgestaltete Kostenerstattung funktionierendes System zukunftsweisend und in der Lage, die Anforderungen an das System flexibel zu befriedigen.

Beide Systeme hätten jedoch eine ärztliche Selbstverwaltung nicht mehr nötig - jedenfalls nicht in dem Sinne heutiger Prägung und derzeitigem Selbstverständnis. Im staatlichen System würden Administration, Reglementierung und Bevormundung eine Selbstverwaltung notwendigerweise ersetzen - im freien, wettbewerblichen System würden ordnungspolitische und qualitätssichernde Aufgaben z.B. den Kammern übertragen werden; die finanztechnischen Aufgaben der KV würden in die Eigenverantwortung der Ärzte verlagert, einen Sicherstellungsauftrag gäbe es nicht mehr - so, wie es ihn auch heute schon im Bereich der PKV nicht gibt (und wer will schon behaupten, dass deswegen die Privat-Versicherten Probleme mit der Sicherstellung ihrer Versorgung hätten?).

#### **Wir sollten uns wieder auf die Werte ärztlicher Selbstverwaltung besinnen!**

Wenn man aber weder die eine noch die andere Option will - oder zumindest auf dem Weg zu einem freiheitlichen System eine kontrollierte und gesicherte Überleitung wünscht, dann sollte man sich auf die Werte der

ärztlichen Selbstverwaltung besinnen, was am ehesten gelingt, wenn man die Historie nicht ganz außer Betracht lässt:

Diese beginnt eben gerade nicht erst mit der Notverordnung Bismarcks 1931, sondern mit der 1883 (!) eingeführten Versicherungspflicht für Arbeiter. Die damit verbundene Etablierung einer gesetzlichen Krankenversicherung und der dazugehörigen Krankenkassen als Monopol war der Grund für die notwendige Schaffung des "Gegengewichts", dem 1923 eingerichteten Reichsausschuss - dem quasi Vorläufer des heutigen Gemeinsamen Bundesausschusses -, den Schiedsämtern, welcher wir

heute wieder stärker als in den letzten 10 Jahren bedürfen, und letztlich den 1932 gegründeten KVen. Nur noch einmal zur Verdeutlichung: Die KVen wurden als Reaktion auf die Willkür der Krankenkassen - gleichsam als Zweckschöpfung des Staates! - eben durch die Politik,

#### **KV - ein Auslaufmodell oder doch unverzichtbar, wie Politiker meinen?**

den Staat geschaffen! Wenn heute der Vizekanzler Fischer (in "guter" Gesellschaft mit einer ganzen Reihe hochkompetenter (?) Politiker im Bundestag - bis hin zum Bundeskanzler selbst) die Frage nach dem Sinn der KVen stellt und die Abschaffung dieses Monopols fordert, dann bedarf dies eigentlich keiner Kommentierung mehr.

Um so wichtiger jedoch ist es vor diesem Hintergrund, dass wir Ärzte innehalten und nachdenken, bevor wir in diese Diskussion eingreifen oder sogar handeln!

So, wie wir es in unserem Beruf auch halten: Erst die Diagnose stellen, dann die Therapiealternativen prüfen und erst dann (be)handeln - so sollten wir auch hier verfahren. Und so, wie zur (medizinischen) Behandlung das geeignete Wort, Instrument oder Arzneimittel ausgewählt werden muss, so werden wir unsere Ziele durch ausgewählte Personen vertreten lassen müssen.

Das schließt selbstverständlich das eigene Engagement nicht aus - im Gegenteil!! Aber Entscheidungen werden in unserer heutigen Demokratie nicht auf einem Thing oder an "Speakers Corner" entwickelt, beeinflusst oder getroffen. Hierzu bedarf es schon einer Aufgabenteilung und diese wiederum erfordert die sorgfältige Auswahl derjenigen, welche beauftragt werden, die Interessen der Ärzte, die in ihrer Praxis die Patienten versorgen, politisch und honorartechisch zu vertreten.

Und hier knüpfe ich wieder an das Editorial der Mai-Ausgabe dieses Heftes an: Mehr denn je sind Professionalität und Kompetenz gefordert, um in dem zunehmend schwieriger werdenden politischen Umfeld ärztliche Interessen wirkungsvoll vertreten zu können.

#### **Wichtiger denn je: Kompetenz, Engagement im ärztlichen Interesse**

Kompetenz aber muss erworben werden, das heißt für die Wahl zur kommenden Vertreterversammlung der KV, welche im September stattfinden wird, dass wir sehr sorgfältig auf die Erfahrungen derjenigen achten sollten, welche wir in die Vertreterversammlung für die nächsten 6 Jahre wählen. Die neue, nur noch aus 30 Mitgliedern bestehende Vertreterversammlung ist zukünftig alleiniges Selbstverwaltungsorgan! Der hauptamtliche Vorstand hingegen "verwaltet" die KV.

Er darf laut Gesetz die ärztlichen Interessen nicht mehr vertreten. Insoweit wird die VV neben der Legislativorgan-Funktion auch noch die des Kontrollorgans gegenüber dem Vorstand wahrnehmen müssen. Diese Aufgaben können die neuen 30 Mitglieder aber nur erfüllen, wenn sie absolute Kenner der Materie sind, die erforderliche Sachkunde in Kommissionen und Ausschüssen erworben haben und verstehen, was "das System im Inneren zusammenhält".

Das sind gerade nicht die Einflüsterer fundamentalistischer Kritik, das sind nicht die militanten Verbandsideologen, das sind aber auch nicht die nicht greifbaren "Jain"-Sager, die es sich mit niemandem verscherzen wollen! So, wie Wahrheiten nicht immer angenehm sind, so werden die unbequemen, aber in ihren Zielsetzungen geradlinigen und konsequenten Vertreter diejenigen sein, welche unsere Interessen am ehesten konsequent vertreten können. Deshalb sollten wir ihnen die professionelle Wahrnehmung unserer Interessen übertragen!

#### **Wir brauchen gradlinige und konsequente Vertreter in der neuen VV!**

Der Bundesärztekammerpräsident bestätigte kürzlich meine mehrfach vorgetragene Warnung, dass wir langfristig vor einer gravierenden Reform des Systems stehen und es dennoch riskieren, mit Blick auf "Blendgranaten" genau diese Gefahr nicht zu sehen.

Mit den bevorstehenden Wahlen haben wir die Chance, durch die Auswahl wirklich geeigneter Kandidaten, diese Gefahr zu minimieren! Wenn sich dieses System radikal ändert, benötigen wir für diesen Weg eine Crew auf der Brücke, welche mit der rauen See in der Biskaya mindestens genauso gut zurecht kommt, wie mit den seichten Wellen in der Karibik.

Mit diesem, schon etwas auf den kommenden Urlaub orientierenden Blick wünsche ich Ihnen einen sehr erholsamen solchen. Tanken Sie Kraft, wir werden sie benötigen.

## "Wir machen unsere Hausaufgaben, und wir machen sie gründlich!"

Aktuell im Gespräch mit  
**MUDr./CS Peter Noack,**  
stellvertretender Vorsitzender  
der KV Brandenburg

**Prüfvereinbarung, Zielvereinbarung, DMP Diabetes, DMP Mamma, DMP KHK, Schiedsamtverhandlungen, HVM-Gespräche mit den Kassen - dies ist beileibe keine vollständige Aufzählung all der im Moment anstehenden Themen. Ist dies überhaupt noch zu schaffen?**

Es wird zugegebenermaßen immer schwieriger. Die Krankenkassen stehen uns mit einem personellen Verhandlungspotenzial gegenüber, dem wir, was die Anzahl betrifft, nur schwer gewachsen sind. Wir haben - auch bedingt durch unsere Sparhaushalte - einfach

nicht so viele Mitarbeiter in der KV-Verwaltung, dass wir auf allen "Hochzeiten" zugleich tanzen können.

**Zumal ja alles offensichtlich unter einem hohen Zeitdruck steht ...**

... es hat zumindest den Anschein. Die Kassen machen auch sehr bewusst bei einigen Themen ungeheuren Druck. Natürlich bei jenen, die ihnen besonders am Herzen liegen; Mamma-DMP oder DMP KHK beispielsweise. Also vor allem Themen, bei denen es den Kassen um Gelder aus dem Topf des kassenübergreifenden Risikostrukturausgleichs geht. Andererseits hat es oft den

Eindruck, dass viele Dinge nur am Köcheln gehalten werden, ohne dass tatsächlich ein Abschluss ernsthaft gewollt ist.

**Da schwingt schon fast ein wenig Verbitterung mit.**

Nein, Verbitterung nicht. Nur, es ist manchmal schon etwas frustrierend, wenn man merkt, dass man "auf die Rolle geschoben" werden soll. Doch wir lassen uns nicht jagen. Wir machen unsere Hausaufgaben, und wir tun dies gründlich. Im Interesse aller Vertragsärzte Brandenburgs.

**Apropos Hausaufgaben: Dazu gehört auch die weitere Ausgestaltung unseres Sicherstellungsstatuts. Wie sieht es da aus?**

Die Vertreterversammlung hatte es ja im September vergangenen Jahres beschlossen, Vorstand und Verwaltung haben seitdem sehr intensiv an der Umsetzung gearbeitet. Durchführungsbestimmungen sind beschlossen wurden, Kriterien definiert, wir haben eine breite Diskussion an der ärztlichen Basis geführt. Die KV Brandenburg hat hier, das darf man ja nicht vergessen, bundesweit bislang Neuland beschritten.

**Es vergehen kaum zwei, drei Tage, an denen die Medien nicht über Ärztemangel, über Probleme der ambulanten medizinischen Versorgung berichten. Wie schätzen Sie das ein?**

Dass dieses Thema auch in den Medien solch eine große Bedeutung erfährt, ist ein großer Verdienst der KV. Ich finde es gut, weil dadurch auch bei vielen anderen, die Verantwortung tragen, eine größere Sensibilität entwickelt wurde.

**Hier schwingt ein Aber mit ...**

... ein wenig, weil ich mir wünsche, dass sich Kassen und Politik noch stärker engagieren sollten.

**Inwiefern?**

Es ist unerlässlich, dass sich die Rahmenbedingungen ändern. Der ambulanten Medizin müssen insbesondere in den Ost-Ländern mehr Finanzmittel zur Verfügung stehen! Das ist nicht der schnöde Schrei nach mehr Geld, sondern das ist unabdingbar, denn wir versorgen hier mehr Patienten und vor allem mehr kranke Menschen. Seit Jahren thematisieren wir dies, bei politischen Diskussionen, in den Vertragsverhandlungen, vor dem Schiedsamt.

**Und die Kassen?**

Von ihnen erwarte ich eine größere Kooperationsbereitschaft. Wir brauchen für unsere Problemregionen mehr Flexibilität. Darüber hinaus können wir natürlich die im Sicherstellungsstatut festgelegten Optionen - Sicherstellungsassistenten, Umsatzgarantie, Eigeneinrichtungen - nur dann umsetzen, wenn der entsprechende Fonds auch mit Geld gefüllt ist.

Nehmen Sie beispielsweise den Bereitschaftsdienst: Unser neues Konzept wird vor dem Hintergrund des Ärztemangels von den Kassen inhaltlich voll befürwortet, von den Kollegen vor Ort umgesetzt. Das heißt, wir gehen sogar in finanzielle Vorleistung. Wir warten aber seit Monaten auf eine verbindliche Zusage der Kassen, die Finanzierung dieses sinnvollen Systems auf Dauer, das heißt für die kommenden Jahre, sicherzustellen.

**Das heißt?**

Die Kassen müssen außerbudgetär dort auch Finanzmittel zur Verfügung stellen.

**Erste Erfolge sind zu verzeichnen; es konnten Ärzte gewonnen werden, die sich in Regionen niederlassen, in denen wir Probleme haben bzw. in den kommenden Jahren solche bekommen. Wie geht es weiter?**

Die KV Brandenburg wird weiter intensiv die "Werbetrommel" rühren. Wir hatten gerade in den vergangenen Tagen einige weitere Gespräche mit Vertretern der Landkreise, mit Bürgermeistern, wir haben auf der jüngsten landesweiten Börse der Agentur für Arbeit Berlin/Brandenburg in Schwedt teilgenommen. Und wir werden in den nächsten Verhandlungen mit den Kassen die notwendigen Mittel weiter einfordern.

**Ist dieser Aufwand gerechtfertigt?**

Ich bin davon überzeugt, auch wenn wir nicht unmittelbar nach jeder Veranstaltung vier, fünf Haus- oder Fachärzte gewinnen, die sich in der Uckermark, in Spree-Neiße oder Teltow-Fläming niederlassen. Das ist eine langfristige Aktion, die wir ja auch sehr intensiv über unser Internet begleiten. Also bundesweit tätig sind. Die Versorgungssituation ist in einigen Regionen so schlecht, dass um jeden potenziellen niederlassungswilligen Arzt geworben werden muss.

**Das Sicherstellungsstatut ist bei einigen Ärzten nicht ganz unumstritten. Angesichts der Tatsache, dass ein nicht unerheblicher Teil der insbesondere von Fachärzten erbrachten Leistungen nicht vergütet wird, da kein Geld zur Verfügung steht, ist es**

**schon schwer zu erläutern, warum dann noch Finanzmittel in einen Sicherstellungsfond eingestellt werden, aus dem beispielsweise eine Umsatzgarantie für einzelne Ärzte finanziert wird.**

Sicher, das ist ein schmerzlicher Spagat. Doch was ist die Alternative? Schon jetzt sind viele Kollegen am Limit angekommen. In den kommenden zwei bis fünf Jahren wird ein Drittel der Hausärzte ausscheiden. Wenn es uns nicht gelingt, hier rechtzeitig Weichen zu stellen, dann wird es in einigen Regionen keine Ärzte mehr geben. Auch für die fachärztlichen Kollegen dürfte es von Wichtigkeit sein, dass er noch hausärztliche Kollegen in seiner jeweiligen Region findet, damit er demnächst nicht noch unvergütete Arbeit als "Quasi-Hausarzt" leisten muss. Außerdem bezieht sich unser Sicherstellungsstatut auch auf den fachärztlichen Bereich, wenn es hier zu Versorgungsengpässen kommt.

**An der ärztlichen Basis gibt es Stimmen, die meinen, das sei Aufgabe der Politik, solch eine Entwicklung zu verhindern.**

Das ist sicher richtig, deshalb habe ich auf deren Verantwortung hingewiesen. Aber wir müssen doch auch an unsere eigene Tätigkeit denken. Haben wir nicht eine "kollegiale Pflicht", jenen Kollegen, die aus Altersgründen ausscheiden, möglichst auch einen Nachfolger zu besorgen? Zumindest ihn dabei zu unterstützen? Ich denke schon.

**Vielen Dank Herr Dr. Noack für dieses Gespräch**

**Gefragt und notiert von Ralf Herre**

Anzeige



## Sichere Chip-Karten könnten eine Praxisgebühr sparen!

"Jeder Patient könnte mindestens eine Praxisgebühr sparen, wenn die Kassen endlich den Chipkartenmissbrauch in den Griff bekommen würden", das erklärte der Bundesvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NVA-Virchowbund), Dr. Maximilian Zollner, in einer Pressemitteilung vom 27. Mai 2004.

Denn eine Pilotstudie der BKK VBU in Berlin habe jetzt nachgewiesen, dass der Schaden, der durch Chipkartenmissbrauch entsteht, rund eine Milliarde Euro beträgt. Umgerechnet auf jeden gesetzlichen Versicherten entstehe so ein Schaden von rund 13 Euro.

"Dieser Schaden wird allein in Form von Honorarausfällen von den niedergelassenen Ärzten getragen. Jetzt müssen die Kassen endlich handeln", fordert Dr. Zollner. Dabei zeige die genannte

Studie, wie eine Lösung aussehen kann: Die Kassen versorgen die niedergelassenen Ärzte und deren EDV ständig mit einer aktuellen Liste von gesperrten oder ungültigen Karten. Gleich beim Einlesen könne so festgestellt werden, ob der Patient eine gültige Karte hat oder nicht.

Doch bislang, so Dr. Zollner, fehlte den Krankenkassen "jede Veranlassung, geeignete Instrumente gegen den Missbrauch einzusetzen, da der entstandene finanzielle Schaden schwer zu beziffern war und nicht von den Kassen getragen werden musste". Da jetzt konkrete Zahlen auf dem Tisch lägen, so Dr. Zollner weiter, sei es die Pflicht der Kassen, diesem Milliardengrab ein Ende zu setzen.

**PM-NAV**

### 12. Brandenburger Selbsthilfetag

Am **25.09.2004** findet zum 12. Mal der Brandenburger Selbsthilfetag unter Beteiligung von Patienten, Ärzten, Krankenkassen und Politik statt. Die Schirmherrschaft für diese landesweite Veranstaltung mit ca. 300 Teilnehmern hat Brandenburgs Gesundheits- und Sozialminister Günter Baaske übernommen.

Das Thema "Schmerz" wird neben den Auswirkungen des GKV Modernisierungsgesetzes einen großen Platz in der Tagesordnung einnehmen.

Wir freuen uns, wenn wir Sie am **25. September in Lehnitz** bei Oranienburg begrüßen können. Die Einladung (incl. Tagesablauf) geht Ihnen mit der nächsten Ausgabe von "KV-intern" zu.

**J. Fischer, KOSA**

## Dokumentations-Bögen DMP vereinfacht!

### 1. Nachtrag zum DMP Diabetes mellitus Typ 2 mit dem BKK-Landesverband Ost abgeschlossen

Mit dem BKK-Landesverband Ost hat die KV Brandenburg rückwirkend zum 26.03.2004 einen 1. Nachtrag zum DMP-Vertrag Diabetes mellitus Typ 2 vereinbart, der im Wesentlichen durch die zwischenzeitlichen Änderungen der RSAV, aktuell durch die 9. RSAV-Änderungsverordnung notwendig wurde.

Die wichtigste Neuerung besteht darin, dass der Patient nunmehr nicht mehr in jede Datenübermittlung schriftlich einwilligen muss, sondern die einmalige Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung beim Beitritt zum DMP dafür ausreichend ist.

Anstelle der bisherigen Unterschriftsleistung auf jedem Dokumentationsbogen tritt nach der 9. RSAV-Änderungsverordnung die schriftliche Unterrichtung des Patienten. Diese ist dadurch gewährlei-

stet, dass der Patient jeweils eine Ausfertigung des Dokumentationsbogens zu seiner Kenntnis erhält.

Die Beendigung der Teilnahme des Patienten, ursprünglich im Falle von zwei ohne plausible Begründung nicht wahrgenommenen Behandlungs- oder Schulungsterminen, erfolgt nunmehr nur noch im Falle von Schulungen. Versäumte Behandlungstermine allein führen nicht mehr zum Ausschluss durch die Krankenkasse.

Weiterhin wurden durch die 9. RSAV-Änderungsverordnung neue, vereinfachte Dokumentationsbögen eingeführt, die für alle Krankenkassen ab dem 01.07.2004 verbindlich angewandt werden müssen. Die bisher geltenden Dokumentationsbögen sind ab diesem Zeitpunkt nicht mehr gültig. Die entspre-

ANZEIGE

Anzeige

chenden Nachträge zu den DMP-Verträgen mit den anderen Krankenkassen befinden sich derzeit im Unterschriftenverfahren bzw. in der Endabstimmung mit den betreffenden Kassen.

Aus den zahlreichen Änderungen durch die 9. RSAV-Änderungsverordnung entstand folgerichtig die Notwendigkeit, die Anlagen "Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte", "Patienteninformation" und "Datenschutzinformation" zu überarbeiten. Neu ist hierin auch der Hinweis darauf, dass der Patient durch eine andere Krankenkasse betreut werden kann, sofern der originäre Zuständigkeitsbereich seiner Krankenkasse sich nicht auf das Land Brandenburg erstreckt. Die betreuende Krankenkasse nimmt dann auch die Aufgaben im Zuge des Datenflusses und der Evaluation wahr.

Die neuen Anlagen erhalten Sie bei der Formularausgabestelle der KVBB.

Zudem wurde vereinbart, dass im Falle der Wiederaufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit nach deren Ruhen nicht eine erneute Einschreibung durch Sie erfolgen muss. In diesem Falle ruht auch Ihre DMP-Teilnahme, d.h. bei gleichbleibenden Qualifikationsvoraussetzungen müssen diese nicht erneut durch Sie nachgewiesen werden.

Eine Veröffentlichung im Vertragsordner der KVBB erfolgt nach der Akkreditierung des DMP-Vertrages durch das BVA.

**Ansprechpartner:**

Fachbereich Verträge  
Geschäftsbereich Qualitätssicherung  
Fachbereich Abrechnung  
Beratende Ärzte

## Behandlungsmanagement-Vereinbarung mit der AOK Brandenburg beendet

Nachdem das Landesschiedsamt die Weiterführung der Behandlungsmanagement-Vereinbarung lediglich für das Jahr 2003 festgelegt hatte, wurde diese seitens der AOK nunmehr rückwirkend zum 31.12.2003 beendet.

Die KVBB bedauert dies außerordentlich, waren doch für das Jahr 2001 erstmals wieder Einsparungen zu verzeichnen (siehe KV-intern 07/2003), die zur Verbesserung der problematischen Versorgungssituation insbesondere in ländlichen Gebieten, konkret für den vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst eingesetzt werden konnten.

Für den Geltungszeitraum vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2003 haben die Vertragspartner zudem den Modus für die Berechnung potentieller Einsparungen entsprechend den Vorgaben des Landesschiedsamtes modifiziert (diese Modifizierung steht noch unter dem Vorbehalt der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde). Inwieweit hier Einsparungen zu verzeichnen sind, ist der KVBB zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht bekannt.

**Ansprechpartner:**

Fachbereich Verträge  
Beratende Ärzte

KVBB-Verhandlungserfolg:

## Strukturvertrag Kataraktoperationen mit Ersatzkassen gilt nun doch vorerst weiter

Entgegen der Mitteilung in "KV-intern" 04/2004 wird der Strukturvertrag Katarakt-Operationen nun doch nicht zum 30.09.2004 von den Ersatzkassen beendet. Es ist der KVBB gelungen, vor dem Hintergrund der auf den 01.01.2005 verschobenen Einführung des neuen EBM eine gesicherte Weiterführung zunächst für das IV. Quartal zu erreichen.

Gleichzeitig kündigten die Ersatzkassen an, den Vertrag auch ab dem 01.01.2005 unter den Bedingungen des neuen EBM in veränderter Form sogar fortführen zu wollen.

Die KVBB begrüßt diese neue Entwicklung im Hinblick auf die gemeinsame Verantwortung der Vertragspartner für die vertragsärztliche Versorgung und wird Sie über die weiteren Entwicklungen selbstverständlich zeitnah informieren.

**Ansprechpartner:**

Fachbereich Verträge  
Geschäftsbereich Qualitätssicherung  
Fachbereich Abrechnung  
Beratende Ärzte

## Bundeswehr: Abrechnung ärztlicher Leistungen zur künstlichen Befruchtung

Die KBV weist auf eine Stellungnahme des Bundesministeriums der Verteidigung hin, in dem auf die Auftragsvergabe und Abrechnung ärztlicher Leistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung hingewiesen wird. In dem Schreiben heißt es:

"Für den Vertrag Bundeswehr gilt, dass die Abrechnung der erbrachten Leistungen nach der Ersatzkassen-Gebührenordnung erfolgt mit einer Vergütung, die dem vertragsärztlichen Bereich nach der E-GO entspricht. Dem gegenüber befin-

det sich die Vorgabe SGB V, dass bei Leistungen zur künstlichen Befruchtung Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen 50% der nach dem Behandlungsplan genehmigten Kosten zu übernehmen haben.

Der o. g. Vertrag beinhaltet jedoch nicht, dass diese Vorgabe des SGB V auch für den Vertrag mit der Bundeswehr anzuwenden ist. Somit sind die ärztlichen Leistungen zu 100% zu vergüten und es ist auch kein "Behandlungsplan" erforderlich".

## Änderung der Vordruckvereinbarung zum 1. Juli 2004

Gesetzliche Änderungen und Richtlinienanpassungen machen eine Änderung der Vordruckvereinbarung notwendig. Diese, inzwischen 14. Änderung, wird voraussichtlich bereits zum **1. Juli 2004** in Kraft treten. **Bitte achten Sie unbedingt auch auf die aktuellen Veröffentlichungen im Deutschen Ärzteblatt.**

Im Rahmen dieser Änderungsvereinbarung werden einige Vordruckmuster modifiziert, andere werden neu eingeführt.

**Modifiziert** werden folgende bereits bestehende Muster:

**- Muster 4: Verordnung einer Krankbeförderung**

Im Zusammenhang mit der seit dem 01.01.04 geltenden Krankentransport-Richtlinie wird aus dem bisher noch geltenden A6-Format ein Vordruckmuster mit gänzlich geändertem Layout.

**- Muster 6: Überweisungs-/ Abrechnungsschein**

Geringfügige Änderung - durch ein zusätzliches Ankreuzfeld "organisierter Notfalldienst" (für den "planbaren Notfall").

**- Muster 8: aus "Brillenverordnung" wird "Sehhilfenverordnung"**

Anpassung des Formulars gemäß der Änderungen des Hilfsmittelkataloges zum 01.01.2004 - hier speziell des Kapitels "Sehhilfen".

**- Muster 13: Heilmittelverordnung / Maßnahmen der Physikalischen Therapie**

**- Muster 14: Heilmittelverordnung / Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie**

**- Muster 18: Heilmittelverordnung / Maßnahmen der Ergotherapie**

Änderung der Vordrucke auf der Grundlage der geänderten Heil- und Hilfsmittel-Richtlinie und einem Heilmittelkatalog mit gestraffter Struktur.

**- Muster 55: Bescheinigung zur Feststellung einer schwerwiegenden chronischen Krankheit gemäß § 62 SGB V**

Modifizierung des durch die Krankenkasse zur Verfügung zu stellenden Formulars auf der Grundlage der "Richtlinie zur Definition schwerwiegender chronischer Krankheiten".

**Neu eingeführt** werden die Muster:

**- Muster 8a: Verordnung von vergrößerten Sehhilfen**

Grundlage ist die Änderung des Hilfsmittelkataloges - Kapitel "Sehhilfen".

**- Muster 60: Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation und alternativen Angeboten**

Entwicklung dieses Musters auf der Grundlage der seit dem 01.04.04 geltenden Richtlinie über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation.

**- Muster 61: Verordnung von medizinischer Rehabilitation**

Analog Muster 60, wird dem Arzt ggf. durch die Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

**- Muster 80: Dokumentation des Behandlungsanspruches bei im Ausland Versicherten**

**- Muster 81: Erklärung des im EU- bzw. EWR-Ausland oder in der Schweiz versicherten Patienten bei Inanspruchnahmen von Sachleistungen während eines vorübergehenden Aufenthaltes in Deutschland**

Bedingt durch die Einführung der Euro-

päischen Krankenversichertenkarte zum 01.07.04 und damit geänderten Abrechnungsverfahren.

Da die Krankenkassen bisher keine neuen Formulare lieferten, wird sich die Auslieferung verzögern. Wir bitten Sie daher zunächst von Rückfragen in der Formularausgabestelle abzusehen. Wir hoffen, Ihnen die Formulare rechtzeitig in der Annahmewoche bereitstellen zu können.

Muster 55 und Muster 61 werden von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt.

Ihre Bestände des Muster 6 (Überweisungsschein) können nach unseren Informationen aufgebraucht werden.

Nur für die Verwendung des Musters zum "planbaren Notdienst" muss das modifizierte Formular verwendet werden.

**Ansprechpartner:**  
Fachbereich Abrechnung

## Informationen zu Rehabilitations-Richtlinien

Zum 01. April 2004 traten die Rehabilitations-Richtlinien in Kraft. Die Abrechnung der Leistungsposition Nr. 70 des EBM für die Verordnung von medizinischer Rehabilitation kann erst nach Genehmigung durch die KV Brandenburg erfolgen.

Die Genehmigung zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ist bei der Geschäftsstelle Qualitätssicherung zu beantragen. Die entsprechenden Antragsunterlagen können bei der Geschäftsstelle Qualitätssicherung angefordert werden.

Wie in "KV-intern" 4/2004 bereits informiert wurde, dürfen Vertragsärzte, die über keine der geforderten Voraussetzungen verfügen, innerhalb eines Zeitraumes von einem Jahr nach Inkrafttreten dieser Richtlinien noch Rehabilitationsleistungen für die GKV verordnen.

Diese Verordnungen sind nur auf dem neuen Vordruck (Muster 60) möglich.

**Ansprechpartner:**  
Geschäftsstelle Qualitätssicherung  
Frau Hinze, Tel.: 0331/23 09 319



## Veränderungen beim Ausfüllen von Behandlungsausweisen im fachgebietsbezogenen Notfalldienst

Der Vorstand hat in seiner Sitzung am 14.05.2004 die Festlegung getroffen, dass im fachgebietsbezogenen Notfalldienst ab dem Quartal III/2004 die Behandlungszeiten auf den Behandlungsausweisen (in der Regel: Muster 19) anzugeben sind, sofern die **mehrfache Inanspruchnahme** durch denselben Patienten am **gleichen Tag oder an zwei aufeinanderfolgenden Tagen** erfolgt.

Mit der getroffenen Festlegung soll der KVBB die eindeutige Zuordnung der zu gewährenden Fallpauschalen zu den durchgeführten Bereitschaftsdiensten und den korrespondierenden Behandlungen erleichtert werden.

Insgesamt verweisen wir auf die Ausfüllhinweise in den Abrechnungsbedingungen (Pkt. 4.4.) zur Angabe von **Uhrzeiten**:

Sofern Sie im Notfalldienst am gleichen oder am darauffolgenden Tag ein weiteres Mal von demselben Patienten in Anspruch genommen werden, ist die entsprechende GNR mit Datum / Uhrzeitangabe abzurechnen. Die Angabe der Uhrzeit erfolgt immer vierstellig in runden Klammern eingeschlossen. Für die Uhrzeit ist ein neues sechsstelliges GNR-Feld zu verwenden.

**Ansprechpartner:** Abrechnungsberatung, Tel.: 0180/32 30 900

### Beispiel:

### Bitte dringend beachten!

Auch die Bundesknappschaft stellt zum Nachweis der Befreiung von der Praxisgebühr für ihre Versicherten die im DMP Diabetes eingeschrieben sind, Befreiungsausweise gemäß § 65 Abs. 2 SGB V aus.

Die Praxisgebühr ist in diesen Fällen vom Arzt nicht zu erheben, wenn der Versicherte einen entsprechenden Befreiungsausweis vorlegen kann. Auf dem Abrechnungsschein ist die SNR 8032 anzugeben.

**Ansprechpartner:** Abrechnungsberater, Tel.: 0180/3230900

## Anmerkungen zum Curriculum Brustkrebs

*Sehr geehrte Frau Kolleginnen,  
sehr geehrter Herr Kollege,*

*neue Schuhe passen erst, wenn man sie wenigstens einmal getragen hat. So ähnlich erging es uns mit der Implementierung des Fortbildungscurriculums Brustkrebs in unserem KV-Bereich.*

*Wir sind dem "Schuster", dem Berufsverband der Niedergelassenen Gynäkologen, zu großem Dank verpflichtet, dieses Curriculum aus dem Stand heraus gestartet zu haben. Schon aus Kostengründen war es nicht möglich, einen entsprechend großen Raum für alle im Land Brandenburg tätigen Gynäkologen anzumieten. Somit konnte die erste Veranstaltung nur mit einer begrenzten Teilnehmerzahl starten.*

*Weitere Veranstaltungen sind bereits in Planung, so dass jeder Interessent auch*

*die Möglichkeit zur Teilnahme erhalten wird.*

*Inzwischen haben wir die Ankündigung der AOK erhalten, dass sie sich finanziell beteiligen will, so dass auch etwas Bewegung in die Höhe der Teilnahmegebühr kommen wird. Zur Klarstellung sei hier nochmals deutlich gesagt, dass der Teilnahmebeginn des koordinierenden Arztes nicht vom Nachweis des Curriculums abhängt. Innerhalb des ersten Jahres der Tätigkeit als koordinierender Vertrags- oder Krankenhausarzt ist die Teilnahme an diesem Curriculum nachzuweisen!*

*Also: Hektik ist keinesfalls angesagt.*

*Mit kollegialen Grüßen*

**Dr. med. Marion Zahradka**  
Mitglied des Vorstandes  
der KV Brandenburg

## Änderung der Heilmittel-Richtlinien zum 01.07.2004

Die auf Bundesebene vereinbarte Neufassung der Heilmittel-Richtlinien tritt zum **01.07.2004** in Kraft und beinhaltet einige grundsätzliche Änderungen.

### Heilmittelkatalog

Die Diagnosen werden durch eine Kombination aus Buchstaben und Ziffern codiert.

Die Leitsymptomatik ist durch einen Kleinbuchstaben gekennzeichnet. Die umfangreichen Einzeldiagnosen sind

reduziert worden und zu Gruppen zusammengefasst.

Beispiel:

- WS1- Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch kurzzeitigem Behandlungsbedarf
- WS2- Wirbelsäulenerkrankungen mit prognostisch längerdauerndem Behandlungsbedarf.

Für einige Heilmittel ist der Leistungsinhalt konkreter formuliert worden, bei-

spielsweise für die manuelle Lymphdrainage (Differenzierung in Teil-, Groß- und Ganzbehandlung) oder für die Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie (Angabe der Behandlungsdauer).

### Verordnungsmenge

Der Heilmittelkatalog legt die Gesamtverordnungsmenge und die Anzahl der Behandlungen (Einheiten) je Verordnung für den Regelfall fest.

Bei einem prognostisch kurzfristigen Verlauf sind im Rahmen der Physiotherapie 6 Einheiten als Gesamtverordnungsmenge vorgesehen (im Rahmen der Logopädie und der Ergotherapie 10 Einheiten).

Bei einem prognostisch langfristigen Verlauf ist eine Gesamtverordnungsmenge von maximal 18 oder 30 oder 50 Einheiten im Rahmen der Physiotherapie vorgesehen, wobei die maximale Einheitenzahl 6 bzw. 10 (10 oder 20 Einheiten bei der Logopädie und 10 Einheiten bei der Ergotherapie) beträgt.

### Auswahl des Heilmittels

Die Verordnungsauswahl ist auf zwei Heilmittel pro Rezept beschränkt (also ein vorrangiges bzw. optionales Heilmittel, gegebenenfalls um ein ergänzendes Heilmittel erweitert). Sind auf Grund mehrerer Diagnosen unterschiedliche Heilmittelverordnungen notwendig, so ist pro Diagnose ein entsprechender Verordnungsvordruck zu verwenden.

Die Verordnung einer standardisierten Heilmittelkombination ist bei komplexen Schädigungen weiterhin möglich (maximal 10 Einheiten).

**Bitte beachten Sie auch die dieser Ausgabe von "KV-intern" beiliegende Broschüre mit den neuen Heilmittel-Richtlinien.**

### Regelfall

Die im Katalog angegebene Gesamtverordnungsmenge bezieht sich auf den sogenannten Regelfall, d.h. also Bestehenbleiben derselben Diagnose, auch bei Änderung der Leitsymptomatik.

Ein neuer Regelfall mit erneuter Gültigkeit der Gesamtverordnungsmenge tritt nun erst nach 12 Wochen Behandlungsfreiheit ein (bisher nach 6 Wochen in der Physiotherapie und nach 12 Wochen in der Logopädie und Ergotherapie).

Lässt sich eine Behandlung mit der Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen und ist diese ausgeschöpft, können weitere Verordnungen erfolgen, die dann eine Versorgung außerhalb des Regelfalls darstellen. Solche Verordnungen sind mit einer besonderen Begründung und einer prognostischen Einschätzung zu versehen und bedürfen einer Genehmigung der Krankenkasse.

### Vordruck

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).

Beim Ausfüllen 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 ein-

getragen wird. Zusätzlich ist die Diagnose in Klarschrift zu wiederholen.

Die generelle Verpflichtung zur Abgabe eines Therapieberichtes ist entfallen. Der Therapeut gibt seinen Bericht nur noch auf Anforderung durch den Arzt ab.

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

Die Zuzahlungen für die Patienten belaufen sich weiterhin auf 10 Euro pro Heilmittelrezept zuzüglich 10% des Preises der jeweiligen Leistung.

**Beratende Ärzte/Beratende Apotheker**

Das Referat Ausbildung Arzthelfer/innen der LÄK Brandenburg informiert:

## Neuer Gehaltstarifvertrag für Arzthelferinnen

Am 25.05.2004 kam es zu einem neuen Gehaltstarifabschluss für Arzthelfer/innen.

Ab 1. Juli 2004 erhalten Arzthelfer/innen in den alten Bundesländern ein Prozent mehr Gehalt, in den neuen Bundesländern steigen die Gehälter von gegenwärtig 85 auf 85,25 Prozent des Westniveaus.

Außerdem wurde vereinbart, bundesweit die Ausbildungsvergütung um ein Prozent zu erhöhen.

Der neue Gehaltstarifvertrag hat eine Gültigkeit bis zum 30. Juni 2005.

Tarifverträge können im Referat Ausbildung Arzthelfer/innen unter 0355/780 10-27 oder -50 angefordert werden.

### Anmerkung der Redaktion:

*Diese Tariffestlegungen sind nur dann verbindlich, wenn beide Vertragspartner (Arzt und Helfer/innen) Tarifpartner, also Mitglied in den entsprechenden Tarifverbänden sind!*

## Ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus

Die Kassenärztliche Vereinigung informierte Sie in "KV-intern" 5/2004, ab Seite 30 über bestimmte Änderungen:

### - Die EBM-Ziffer 741

(Gastroskopie und/oder partielle Duodenoskopie, ggf. einschließlich Ösophagoskopie, Probeexzision und/oder Urease-Nachweis) wird mit Wirkung vom 01.04.2004 aus dem Katalog gestrichen.

Gemäß § 3 der Änderungsvereinbarung zu Anlage 1 des Vertrages nach § 115 b SGB V (Katalog ambulant durchführbarer Operationen und stationsersetzender Eingriffe) werden bis zum 31.03.2004 durch Krankenhäuser als Katalogleistung erbrachte ambulante Leistungen der Ziffer 741 von den Krankenkassen nach Maßgabe des Vertrages gem. § 115b SGB V vergütet.

### - Die Erklärungspflicht für folgende Leistungen wird bis zum 31.12.2004 ausgesetzt:

730, 735, 738, 741, 750, 751, 752, 760, 764, 765, 1084, 1250, 1282, 1364, 1365, 1471, 1480, 1543, 1545, 1548, 1555, 1556, 1703, 1784, 1785, 1787, 1795, 2300, 2310, 2315, 2320, 2321, 2400, 2401, 2402, 2405, 2460, 2721, 3095, 3205, 3206, 3207, 3208, 3220, 3221, 3225, 3226, 3230, 3231, 3240, 3245, 5100, 5101, 5102, 5103, 5140, 5142, 5145

Bis zum 31. Dezember 2004 ist beabsichtigt, die strukturellen Qualitätsanforderungen für Leistungen aus dem Katalog (Anlage 1) neu zu definieren. Aus diesem Grunde finden für die aufgeführten Leistungen die Vorgaben gemäß § 3 Abs. 2 und 3 sowie § 6 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 115b Abs. 1 SGB V bis zum 31. Dezember 2004 keine Anwendung.

Gleiches gilt für ambulante anästhesiologische Leistungen, die nicht im Rahmen von im Katalog (Anlage 1) aufgeführten Leistungen durchgeführt werden.

Bitte beachten Sie auch unsere Veröffentlichung in "KV-Intern" 12/2003.

### Ansprechpartner:

Geschäftsstelle Qualitätssicherung,  
Frau Hölzel, Tel.: 0331/23 09 317

### Fehlerteufel

In "KV-intern" 5/2004 hat sich auf der Seite 50 leider der Fehlerteufel eingeschlichen. Die dort angegebene Kontonummer für Spenden für das Projekt VENUS lautet richtig:

**350 3000 320.**

Wir bitten diesen Fehler zu entschuldigen.

## Praxisgebühr - Symbolnummern geändert

Beginnend mit dem Quartal II/2004 wurden die Symbolnummern zur Kennzeichnung der Praxisgebühr und der Ausnahmeregelungen präzisiert.

Die Nummer **8030** wurde lediglich redaktionell verändert. Eine Änderung der Verfahrensweise ergibt sich daraus nicht.

Die Abrechnung der Symbolnummer **8032** bezieht sich künftig nur noch auf die Patienten, die vollständig von der Zuzahlung (Praxisgebühr, Heilmittel, ...) befreit sind. Dies gilt für Befreite nach § 62 (Belastungsgrenze erreicht) als auch vollständig Befreite nach § 65a (Bonusregelung).

### **8032 Keine Erhebung der Praxisgebühr,**

da die Befreiung von allen Zuzahlungen nachgewiesen worden ist (Bescheinigung nach § 62 Abs. 1 SGB V oder voll-

ständige Befreiung von allen Zuzahlungen nach § 65a Abs. 2 SGB V)

**In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass die Krankenkassen Zuzahlungsbefreiungen nach § 65a (Bonusregelung) ausstellen, die sich nur auf einen Teil der Zuzahlungen beziehen. Bitte prüfen Sie daher in diesen Fällen genau die Angaben auf dem Befreiungsausweis.**

Unvollständige Befreiungen nach § 65a Abs. 2 SGB V fallen künftig unter die "sonstigen Gründe". Um hier klar zu trennen, musste die KV Brandenburg eine zusätzliche Symbolnummer **8040P** neben der **8040** vergeben.

### **8040 Keine Erhebung der Praxisgebühr**

- da Kassenwechsel des Patienten im laufenden Quartal

ANZEIGE

### 420 qm Praxisräume (auch teilbar)

in 03044 Cottbus, Ärztehaus Kauperstr. 38

Suchen **Neuzulassungen** von

### **Anästhesisten, Chirurgen, Neurologen, Orthopäden, Allgemein-Medizinern**

Raumaufteilung nach Ihren Wünschen, auch als Gemeinschaftspraxis möglich. Hohe Besucherfrequenz, da ALDI-Markt sowie weitere Geschäfte des täglichen Bedarfs im Haus. Kostenlose Parkplätze. **Günstige Mietpreise** □ 5,50/QM, NBK □ 1,50/QM;

Vermietung direkt vom Eigentümer, provisionsfrei.

Auskünfte erteilt H. Pühl, Reimarusstr. 11, 20459 Hamburg

**Tel.: 040/3118250, Fax.: 040/31182520**

- da Widerruf der Kostenerstattung gemäß § 13 SGB V durch den Patienten im laufenden Quartal (Nachweis der Krankenkasse hat vorgelegen)

- da die Befreiung von der Praxisgebühr, jedoch nicht von allen anderen Zuzahlungen, nachgewiesen worden ist

- da Vertretung in der Schwangerenvorsorge

#### **8040P Keine Erhebung der Praxisgebühr**

- da allein Schutzimpfungen, Gesundheitsuntersuchungen und Schwangerenvorsorge erbracht wurden.

Weiterhin wurde die Symbolnummer **8047** für die Kennzeichnung einer nicht zustellbaren Zahlungsaufforderung neu vergeben.

**8047** Zahlungsaufforderung nicht zustellbar.

*Als Beileger zu diesem Heft finden Sie noch einmal eine vollständige aktualisierte Liste zur Praxisgebühr. Bitte verwenden Sie schon für die Abrechnung II/2004 die neue Symbolik.*

Weiterhin möchten wir darauf hinweisen, dass entsprechend der Regelung im

BMV eine Inanspruchnahme (im Sinne Praxisgebühr) nicht vorliegt, wenn einem Arzt oder einer Krankenkasse gegenüber ausschließlich ein **Bericht** abgegeben wird. Es wird keine Praxisgebühr fällig.

Im Gegensatz dazu ist der rein **telefonische Kontakt** des Patienten mit dem Arzt oder dem Praxispersonal eine Inanspruchnahme!

*Der Vorstand der KV Brandenburg wird sich wegen dieser Zunahme der Bürokratie in Zusammenhang mit der Zuzahlung gem. § 28 SGB V und den dahinter stehenden Marketingaktivitäten der Krankenkassen (Bonusprogramme) an das BMGS wenden.*

*Klare Forderung hier: Wenn schon "Praxisgebühr", dann vollständig und ggf. wettbewerbliche Nachlässe oder Teil-Befreiungen ausschließlich über ein Rückerstattungsverfahren durch die Krankenkassen regeln.*

*Der sich nunmehr entwickelnde zusätzliche Verwaltungsaufwand neben dem Einzug der originären Zuzahlung ist durch nichts mehr gerechtfertigt und ist in der Arztpraxis nicht gegenfinanziert!*

### Patientenratgeber COPD

Chronisch obstruktive Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) ist weltweit eine der häufigsten Erkrankungen. Die Lebensqualität der betroffenen Patienten ist in hohem Maße eingeschränkt. Daher ist eine intensive Aufklärung und Einbeziehung der Patienten sehr wichtig.

Die Deutsche Atemwegsliga e.V. hat deshalb den **Patientenratgeber COPD**, das **COPD-Tagebuch** und den **COPD-Notfallpass** entwickelt, welche auch wesentlicher Bestandteil des COBRA-Schulungsprogramms der Atemwegsliga sind.

Zu bestellen ist dies unter: [www.atemwegsliga.de](http://www.atemwegsliga.de)

J. Fischer, KOSA

## Interpretation der OTC-Liste

Wir erhalten täglich zahlreiche Anfragen zur Ausnahmeliste der rezeptfreien Arzneimittel, die weiterhin zu Lasten der Krankenkassen verordnet werden können. Diese Ausnahmeliste ist nur für die rezeptfreien Arzneimittel verbindlich und betrifft nicht die Arzneimitteltherapie der rezeptpflichtigen Mittel in der jeweiligen Indikation.

Zum Beispiel ist die Bisphosphonat-Therapie nicht an die Diagnostik der manifesten Osteoporose gebunden, sondern kann entsprechend der Zulassung eingesetzt werden. Anders sieht es bei der Calcium- und Vitamin-D-Therapie aus. Die rezeptfreien Arzneimittel dürfen nach OTC-Liste nur bei der manifesten Osteoporose (mit Frakturen), bei minde-

stens 6-Monate andauernder Steroidtherapie in einer Dosis von wenigstens 7,5 mg Prednisolonäquivalent oder bei Skelettmetastasen-Therapie mit Bisphosphonaten über Kassenrezept verordnet werden.

Als Beileger erhalten Sie mit dieser Ausgabe von "KV-intern" die aktuellen Empfehlungen des Dachverbandes der deutschsprachigen osteologischen Fachgesellschaften (DVO) zur Behandlung der Osteoporose bei Frauen nach der Menopause und im höheren Lebensalter.

**Marianna Kaiser / Birgit Henschel**,  
Beratende Apothekerinnen  
Tel.: 0331/23 09-200; - 210

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft informiert:

## Arzneimittelfälschungen - ein Markt für Kriminelle!

Arzneimittelfälschungen ist eines der Topthemen der April-Ausgabe der AVP ("Arzneiverordnung in der Praxis"). Die Ursachen für dieses in den Industrieländern nicht zu unterschätzende Problem liegen auf der Hand: Ein globaler Arzneimittelmarkt birgt lukrative Geschäfte für Kriminelle jeglicher Couleur.

Größere und heterogenere Märkte mit Preisgefälle bieten ein undurchsichtiges Terrain für den kriminellen Medikamentenvertrieb. Die Täter gehen nur ein geringes Risiko der Entdeckung und Verfolgung ein. Durch die Osterweite-

ring der EU besteht die Gefahr, dass neben dem Schwarzmarktvertrieb Arzneimittelfälschungen vor allem über den Grauen Markt aus dubiosen Quellen über Zwischenhändler oder Broker durch sogenannte "Sondereinkäufe" des Großhandels in die legale Verteilerkette eingeschleust werden. Nach den Beobachtungen des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI) liegen die Schwerpunkte der Produktion in Osteuropa, Russland, der Ukraine, China und in Indien.

In Entwicklungsländern vertreiben Krimi-



nelle gefälschte Arzneimittel zur "Behandlung" lebensbedrohlicher Krankheiten, wie z. B. Malaria, Tuberkulose und HIV/AIDS. In Afrika und Asien machen Antibiotika den größten Anteil der gefälschten Arzneimittel aus.

Auch wenn in Deutschland nach Angaben des BfArM im Rahmen der legalen Verteilerkette erst Einzelfälle von Arzneimittelfälschungen bekannt geworden sind, kursieren auf dem Schwarzmarkt gefährliche Fälschungen mit schwersten Qualitätsmängeln u. a. im Bereich der Partydrogen (z. B. Ecstasy).

Der wirtschaftliche Schaden sei enorm, so ein Vertreter des Bundeskriminalamtes, die Höhe der Gewinne könne mit

denen aus der Rauschgiftszene verglichen werden.

Harten Zeiten müssen zukünftig Arzneimittelfälscher auf dem Subkontinent entgegenblicken: Indien will sogar die Todesstrafe für diese kriminellen Machenschaften einführen, meldete die Deutsche Presse-Agentur im letzten Dezember.

Der ausführliche Text zum Thema Arzneimittelfälschungen kann unter anderem in der April-Ausgabe der AVP (Band 31, Ausgabe 2, April 2004) nachgelesen werden.

(Entnommen aus dem Newsletter der AkdÄ 2004 - 051)

## Urteil des Bundessozialgerichts zu Arzneimitteln ohne deutsche Zulassung

Das Bundessozialgericht hat in seiner Sitzung am 18. Mai 2004 entschieden, dass die gesetzliche Krankenversicherung nicht für Arzneimittel aufkommen muss, denen die deutsche oder eine europaweite Zulassung fehlt (Az.: B 1 KR 21/02 R). Die Zulassung in nur einem Mitgliedstaat der EU ist nicht ohne weiteres für alle anderen Mitgliedstaaten maßgebend.

Der Hersteller hat die Möglichkeit, die zentrale europäische Zulassung zu beantragen oder ein besonderes Anerkennungsverfahren für bereits in einem Mitgliedsstaat zugelassene Arzneimittel zu betreiben. Ohne eine derartig herbeigeführte Zulassung scheidet die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung aus. Die Möglichkeit nach

dem Arzneimittelgesetz, sich ein im Ausland zugelassenes Arzneimittel als Einzelimport individuell zu beschaffen, bleibt bestehen.

Die vom Bundessozialgericht entwickelten Grundsätze zur zulassungsüberschreitenden Anwendung (Off-Label-Use) können nicht herangezogen werden. Die hierzu ergangene Rechtsprechung bezieht sich nur auf Arzneimittel, die das Zulassungsverfahren - wenn auch für ein anderes Anwendungsgebiet - mit Erfolg durchlaufen haben und bei denen eine zuständige Behörde Qualität und Unbedenklichkeit bereits geprüft hat.

**Ansprechpartner:**  
Beratende Apothekerinnen

## Die AOK für das Land Brandenburg informiert

### Rezeptfreie Antihistaminika bei der Indikation Heuschnupfen

In ihrem Rundschreiben zur Erstattungsfähigkeit von Antihistaminika in der Allergie-Behandlung erwähnt der Ärzteverband Deutscher Allergologen e.V. völlig zu Recht, dass alle rezeptfreien Antihistaminika bei der Indikation Heuschnupfen - außer bei Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr sowie Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr - nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden können.

Der Aufforderung des Verbandes, nunmehr auf verschreibungspflichtige und somit erstattungsfähige Arzneimittel zurückzugreifen, "um die ärztliche Kontrolle über die Therapie der Patienten zu behalten" ist hingegen weder aus fachlicher noch aus wirtschaftlicher Hinsicht nachvollziehbar.

Insbesondere die Pseudoinnovationen Levocetirizin und Desloratadin sind sowohl hinsichtlich der Wirksamkeit als auch der Arzneimittelsicherheit weniger erprobt als die Standardsubstanzen Loratadin und Cetirizin. Darüber hinaus belasten sie die Richtgrößen der Ärzte mit dem 3-4 fachen Preis der vergleichbaren, racemischen Substanzen.

Durch Punkt 16.8. der neuen Arzneimittel-Richtlinien wird der Arzt verpflichtet, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten des Versicherten zu verordnen, wenn dieses medizinisch notwendig, zweckmäßig und ausreichend ist.

Dass diese Voraussetzungen bei der bisherigen Standardtherapie des Heuschnupfens zutreffen, dürfte unstrittig sein. Darüber hinaus heißt es: "In diesen Fällen kann die Verordnung eines verschreibungspflichtigen Arzneimittels unwirtschaftlich sein".

Der Ärzteverband Deutscher Allergologen e.V. wurde seitens der AOK für das Land Brandenburg ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die vorgeschlagene Umgehung des GMG eine konkrete Regressgefahr für die so fehlinformierte Ärzteschaft bedeutet.

Damit Sie nicht Leidtragender einer fehlgeleiteten Interessenpolitik werden, bitten wir Sie, der Empfehlung zur Umsteuerung von nicht verschreibungspflichtigen auf verschreibungspflichtige Arzneimittel nicht nachzukommen.

**Ansprechpartner bei der AOK:**  
Herr Bless, Tel.: 03328-452496

**Bitte beachten Sie auch die dieser Ausgabe von "KV-intern" beiliegende Broschüre mit den neuen Heilmittel-Richtlinien.**



## Nachbesserung der Disease Management Programme Diabetes erforderlich!

Die KV Brandenburg und die AOK für das Land Brandenburg haben eine Vereinbarung zur Durchführung eines strukturierten

Behandlungsprogramms (DMP) für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 getroffen.

Auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien soll die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Diabetikerversorgung optimiert werden. Das ist grundsätzlich zu begrüßen.

Voraussetzung sollte allerdings sein, dass Mindestanforderungen an ein strukturiertes evidenzbasiertes Behandlungsprogramm, die in den Nationalen Versorgungsleitlinien Diabetes mellitus Typ 2 und in der Praxis-Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft publiziert wurden, auch in den DMP's berücksichtigt werden.

Einen konstruktiven Beitrag zur Nachbesserung der DMP-Inhalte haben die Diabetologen Brandenburgs zur Problematik des Mikroalbuminurie-Screenings geleistet.

Die Mikroalbuminurie ist nicht nur ein sensitiver, zuverlässiger, nicht-invasiver und preiswerter Parameter zum Nachweis einer glomerulären Schädigung der Nieren, sondern sie gilt gleichermaßen als unabhängiger Prädiktor für kardio-

Unter der Rubrik "Fachmeinung" wollen wir uns in zeitlich loser Reihenfolge bestimmten fachlichen Themen widmen, die für die Vertragsärzteschaft von allgemeinem Interesse sind.

Wir sind gespannt auf Ihre Zuschriften.

vaskuläre Morbidität und Mortalität. In den Nationalen Versorgungs-Leitlinien und in den evidenzbasierten

Leitlinien der

Deutschen Diabetes-Gesellschaft wird deshalb jährlich ein Mikroalbuminurie-Screening empfohlen. Im Gegensatz dazu sehen die DMP-Richtlinien der AOK (sog. "CURA-Plan") erst dann eine Bestimmung der Proteinausscheidung vor, wenn bereits eine diabetische Retinopathie existiert.

In Form einer epidemiologischen Praxisstudie haben 10 Brandenburger Diabetes-Schwerpunkt-Praxen über einen Zeitraum von sechs Wochen konsekutiv alle Typ 2 Diabetiker auslesefrei erfasst und das Zusammentreffen von Mikroalbuminurie mit anderen Begleitkomplikationen und Risikofaktoren und besonders die Assoziation mit einer Retinopathie bewertet.

Es wurden 3.363 Typ 2 Diabetiker dokumentiert, von denen 65% mit Insulin behandelt wurden. Bei einem durchschnittlichen Alter von 64 Jahren betrug die Diabetesdauer ca. 12 Jahre. Dabei handelte es sich um eine hoch morbid Patientengruppe: 90% hatten weitere metabolische oder diabetes-bezogene Begleiterkrankungen, wie Adipositas, Hyperlipoproteinämie, Hypertonie, koronare Herzkrankheit, Polyneuropathie, AVK u. a. Die Qualität der Stoffwechsel-

einstellung war mit einem mittleren HbA1c-Wert von 7,0% weit besser als die Interventionskriterien in den DMP's (Interventionsschwelle HbA1c=8,0%).

- Die Komorbidität von Typ 2 Diabetikern und Hypertonus betrug 80%, d. h., die Hypertonie kommt in Diabetespraxen mehr als doppelt so häufig vor wie in Hausarztpraxen (Auswertung der HYDRA-Studie mit über 40.000 Patienten).

- Die Häufigkeit der Mikroalbuminurie betrug 35%; sie nimmt in direkter Korrelation zur Stoffwechselsverschlechterung zu. Wurde ein HbA1c-Wert unter der Interventionsschwelle von 7,0% erreicht, so war eine Mikroalbuminurie nur in 24% nachweisbar und damit seltener als in Hausarztpraxen (HYDRA-Studie). Nur bei 13% aller Typ 2 Diabetiker bestand weder ein Hypertonus noch eine Mikroalbuminurie.

- Bei 22% aller Diabetiker wurde ein Retinopathie unterschiedlichen Schweregrades diagnostiziert. Abhängig von der Diabetesbehandlung beträgt die Koinzidenz von Retinopathie und Mikroalbuminurie etwa 10%. Dahingegen lässt

sich bei jedem vierten Typ 2 Diabetiker eine Mikroalbuminurie ohne begleitende Retinopathie diagnostizieren.

Folgt man den Richtlinien der DMP's, so bedeutet die praktische Konsequenz, dass jeder vierte Hochrisikopatient der Diagnostik und damit einer gezielten Intervention entgeht. Mit dem Brandenburger Beitrag schließen wir uns den Aussagen der internationalen DEMAND-Kampagne an, die durch gezielte Untersuchungen an 25 000 Typ 2 Diabetikern bei 5000 niedergelassenen Ärzten weltweit erneut auf die Bedeutung der Mikroalbuminurie aufmerksam machen wird. Auf der Basis der Brandenburger Praxis-Studie werden wir die Empfehlungen der Nationalen Praxis-Leitlinien zur jährlichen Durchführung eines Mikroalbuminurie-Screenings bei Typ 2 Diabetikern unabhängig vom Vorliegen einer diabetischen Retinopathie unterstützen und eine Nachbesserung der Versorgungsinhalte in den DMP's vorschlagen.

**Priv.-Doz. Dr. med. habil. K. P. Ratzmann**  
Diabetes-Schwerpunktpraxis, Erkner

ANZEIGE

### Ärzte- und Pflegehaus

Nähe S-Bhf. Zeuthen in Planung  
(Eröffnung ca. 2005/2006)

Sie können Ihre zukünftigen Praxisräume mitgestalten. Bei Interesse wenden Sie sich bitte an:

FACTA Gesellschaft für Wirtschafts- und Immobilienberatung mbH

Tel.: 033762/20 61 88 04

## Gelbfieberimpfstellen im Land Brandenburg

### Kreiskrankenhaus Beeskow

Innere Abteilung  
Eugen Richter Str. 1-3, 15848 Beeskow  
Tel.: 03366/444101  
Fax: 03366/444444  
Herr Prof. Dr. H. Koch  
Herr Dr. H. Richter

### Praxis Herr Dr. Schneider

Berliner Str. 1, 03048 Cottbus  
Tel.: 0355/702110  
Fax: 0355/702120

### Gesundheitsamt Potsdam

Friedrich-Ebert-Str. 79-81  
14469 Potsdam  
Tel.: 0331/2892375/76  
0331/2897370  
Fax: 0331/2892353  
Frau K. Kaiser  
Frau G. Hennig  
Frau Dr. v.Klinggräff

### Praxis Herr Dr. Vogel

An der Tränke 18, 16321 Bernau  
Tel.: 03338/38379  
Fax: 03338/38379

### Praxis Frau Griesbach

Görlitzer Str. 15, 03046 Cottbus  
Tel.: 0355/425414  
Fax: 0355/425414

### Gesundheitsamt Perleberg

Wittenberger Str. 45a  
19348 Perleberg  
Tel.: 03876/713520  
Fax: 03876/712214  
Herr Dr. A. Draeger  
Herr P. Stamer

### Klinikum "Ernst von Bergmann"

Abteilung  
Gastroenterologie/Infektologie  
In der Aue 59-61,  
14480 Potsdam  
Tel.: 0331/2416202  
Fax: 0331/2418309  
Herr PD Dr. T. Weinke  
Herr Dr. W. Güthoff

### Praxis Herr Dr. Markus

Leipziger Str. 18,  
15232 Frankfurt  
Tel.: 0335/55898 12  
Fax: 0335/55898 28

### Landkreis Ostprignitz-Ruppin Gesundheitsamt

Neustädter Str. 44,  
16816 Neuruppin  
Tel.: 03391/688263  
Fax: 03391/688381  
Herr Dr. Th. Münchow

### B A D Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik GmbH

Zentrum Brandenburg  
Magdeburger Landstraße 5  
14770 Brandenburg  
Tel.: 03381/300743  
Fax: 03381/300744  
Herr MR Gampe

### Praxis Herr Dr. Wirth

Praxis auf dem Flughafen 15232  
Block B 26, 12521 Berlin  
Tel.: 030/60913830  
Fax: 030/60913831

## Information der Ärzte-Union Brandenburg

### Vereinbarung mit der MedWell-Gesundheits AG

Der Vorstand der Ärzte-Union Brandenburg hat mit der MedWell-Gesundheits AG eine Vereinbarung geschlossen, die jedem Ärzte-Unions-Mitglied einen um die Hälfte ermäßigten Jahresbeitrag bei Mitgliedschaft im MedWell-Qualitätsverbund garantiert.

Wir halten eine Mitgliedschaft für sinnvoll, gerade mit Blick auf den sogenannten "Zweiten Gesundheitsmarkt". MedWell liefert Ärzten aller Fachrichtungen das komplette Gerüst für einen erfolgreichen Absatz privatmedizinischer Leistungen.

Zu den Vorzügen einer Mitgliedschaft zählen unter anderem: kostenloses MedWell-Gebührenverzeichnis MEGO; kostenloses Jahresabo der Fachzeitschrift "IGeL aktiv"; kostenloser Eintrag in die MedWell-Arztsuche und die Arzt-Suchfunktion auf [www.dkv.com](http://www.dkv.com).

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte dem dieser Ausgabe von "KV-intern" beiliegenden Flyer von MedWell.

**P. Noack**

## Niederlassungen im Mai 2004

### Planungsbereich Potsdam

*Dipl.-Med. Anne Böttcher*  
Psychotherapeutisch tätige Ärztin  
Am Bassin 5,  
14467 Potsdam

### Planungsbereich Brandenburg Stadt/ Potsdam-Mittelmark

*Pamela Schilling*  
FÄ für Innere Medizin/HA  
Zum Springbruch 1 b  
14558 Nuthetal OT Bergholz-Rehrücke  
(Übernahme der Praxis  
von Dr. med. Helga Gutschlag)

### Planungsbereich Havelland

*Dr. med. Tatjana Holz*  
FÄ für Allgemeinmedizin  
Dorfstr. 16, 14641 Pausin

### Planungsbereich Oberhavel

*Dipl.-Med. Kerstin Rebhan*  
FÄ für Innere Medizin/Nephrologie  
Marwitzer Str. 91, 16761 Hennigsdorf

### Planungsbereich Teltow-Fläming

*Dr. med. Anja Erdmann*  
FÄ für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Am Dammtor 8-10, 14913 Jüterbog  
(Übernahme der Praxis  
von Dipl.-Med. Detlef Berndt)

# Praxisbörse

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

## Biete

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

**Chiffre: 04/06/01**

## Biete

Sehr große hausärztliche Praxis, derzeit  
von zwei langansässigen Kolleginnen für  
Allgemeinmedizin als Praxismgemeinschaft  
geführt, sucht zum Ende des Jahres  
einen Nachfolger. Miteinsteiger für einen  
Partner wäre für bestimmte Zeit auch  
möglich (2 KV-Sitze sind vorhanden).

Unmittelbare, östliche Randlage zu Berlin  
mit direktem S-Bahn-Anschluss. Praxis  
im gesperrten Planungsbereich.

**Chiffre: 04/06/03**

## Biete

Allgemeinärztliche ausbaufähige Praxis  
am Südostrand von Berlin (S-Bahn  
Bereich) aus Altersgründen demnächst  
abzugeben.

**Chiffre: 04/06/05**

## Biete

Bin Facharzt für Dermatologie mit der  
Zusatzbezeichnung Allergologie. Suche  
baldmöglichst hautärztliche Praxis zur  
Übernahme. Bevorzugtes Gebiet: südli-  
cher Bereich Berlin.

**Chiffre: 04/06/07**

## Biete

Arztpraxis zum 01. Juli 2005 an Allge-  
meinmediziner mit pädiatrischer Erfah-  
rung südöstlich von Berlin aus Altersgrün-  
den abzugeben. Gute Anbindung an die  
Autobahn nach Berlin (ca. 50 km bis  
Stadtmitte), Regionalbahn Richtung Ber-  
lin, sehr schönes seenreiches Wasser-  
wandergebiet. Praxisgröße: ca. 85 m<sup>2</sup>  
Schwerpunkt: Familienbetreuung, stabile  
Umsätze.

**Chiffre: 04/06/02**

## Biete

Langjährig bestehende dermatologische  
Praxis mit stabiler Scheinzahl in ländli-  
cher Kleinstadt mit guter Verkehrsanbin-  
dung nach Berlin und Potsdam aus  
Altersgründen zum 31.12.2004 abzuge-  
ben. Die bisher konservativ geführte Pra-  
xis ist erweiterbar, da für zusätzliche der-  
matologische Leistungen durchaus Nach-  
frage besteht.

**Chiffre:**

## Biete

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

Besonderheit: Betreuung eines Wohn-  
heims für Behinderte; Inventar wird bei  
nahtloser Übernahme kostenlos überlas-  
sen.

**Chiffre: 04/06/06**

# Praxisbörse

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

## Suche

Ab 01.10.2004 biete ich eine Weiterbil-  
dungsstelle Allgemeinmedizin für 12  
Monate in Potsdam an.

**Chiffre: 04/06/09**

## Suche

Bin Facharzt für Physikalisch-Rehabilitati-  
ve Medizin und benötige zur Anerken-  
nung des "Praktischen Arztes" noch 6  
Monate Weiterbildung in einer Allgemein-  
medizinischen Praxis. Möchte gern in der  
Stadt Luckenwalde oder Brandenburg  
diese Weiterbildungszeit absolvieren und  
die Praxis später übernehmen.

**Chiffre: 04/06/10**

## Suche

ab sofort Praxisvertretung HNO-Heilkun-  
de für 1 Jahr oder Praxisübernahme  
durch Facharzt in Strausberg Nord.

**Chiffre: 04/06/08**

## Suche

Bin Fachärztin für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe. Suche im Raum südlich von  
Berlin zwecks späterer Übernahme einer  
Praxis vorerst die Möglichkeit einer  
gemeinsamen Zusammenarbeit für einen  
befristeten Zeitraum.

**Chiffre: 04/06/11**

## Nervenarztpraxis abzugeben

Berliner Nervenarztpraxis in großem  
Ärztelhaus unmittelbar im Wohn- und  
Wissenschaftsstandort Berlin-Adlers-  
hof altersbedingt abzugeben. Beson-  
derheit: gegenwärtig Neubau des alt-  
eingeführten Ärztelhauses am gleichen  
Standort. Fertigstellung I/2005. Über-  
nehmer plant mit.

**Tel.: 030/53 69 50 37**

ANZEIGE

## Praxisräume

in Eichwalde ab **01.08.2004** zu  
vermieten.

1. OG, Fahrstuhl vorhanden,  
148,50 m<sup>2</sup> Nutzfläche. Teilung  
möglich,

Kaltmiete 8,00 Euro/ m<sup>2</sup> VB.

Praktischer Arzt, Kieferorthopäde,  
Apotheke im Haus vorhanden.

**Info: Mo bis Fr. 030/67 55 249**

## Zulassungen und Ermächtigungen

### Neuzulassungen

*Dr. med. Henning Dehn,*  
Facharzt für Allgemeinmedizin in  
Oberkrämer/OT Schwante  
ab 01.06.2004

*Dipl.-Med. Ahmad Hassan,*  
Facharzt für Innere Medizin/Hausarzt in  
Gröden  
ab 01.07.2004

*Dr. med. Nils Jessen,*  
Facharzt für Orthopädie in Strausberg  
ab 03.01.2005

*Dr. med. Andreas Linke,*  
Facharzt für Allgemeinmedizin in  
Oranienburg  
ab 01.07.2004

*Dr. med. Matthias Raphael*  
Facharzt für Innere Medizin/Hausarzt  
in Eichwalde  
ab 26.05.2004

*Jessica Schmidt-Kurschat,*  
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Teltow  
ab 12.05.2004

*Dr. med. Botho Schneider,*  
Facharzt für Innere Medizin/Hausarzt  
Kremmen/OT Sommerfeld  
ab 26.05.2004

*Dr. med. Uta Siegel,*  
Fachärztin für Psychiatrie und  
Psychotherapie in Falkensee  
ab 26.05.2004

*Doris Wanderer,*  
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie in  
Falkensee  
ab 01.07.2004

### Anstellung in Einrichtung gem. § 311 Abs. 2 SGB V

*Sergej Savcenko,*  
Facharzt für Chirurgie in der  
Med. Einrichtungsgesellschaft Schwedt  
ab 01.07.2004

*Dr. med. Susann Schrot,*  
Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
im Gesundheitszentrum Premnitz,  
ab 01.10.2004

*Dipl.-Med. Klaus Thiel,*  
Facharzt für Allgemeinmedizin im Amb.  
Gesundheitszentrum Schwedt  
ab 26.05.2004

### Ermächtigungen

*Dr. med. Sabina Banisch,*  
Fachärztin für Innere Medizin am Klinikum  
Frankfurt (Oder),  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen  
Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen  
gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem  
Gebiet der Rheumatologie für die Zeit  
vom 26.05.2004 bis 30.06.2006.

*Dr. med. Udo Dommel,*  
Facharzt für Nervenheilkunde an der  
Landesklinik Lübben,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen  
Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen  
gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die transkranielle  
gepulste Doppler-sonographische Untersuchung  
und für elektromyographische Untersuchungen  
für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

*Kathrin Greiner,*  
Fachärztin für Augenheilkunde am  
Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen

nen Fachärzten für Augenheilkunde bzw.  
Fachärzten für Augenheilkunde in Einrichtungen  
gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Behandlung  
von Uveitis-Patienten und Problemfällen  
bei Netzhauterkrankungen für die Zeit  
vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

*Dr. med. Elisabeth Holfeld,*  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin am  
Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen  
Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen  
gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Betreuung  
hämatologisch und onkologisch erkrankter  
Kinder für die Zeit  
vom 01.07.2004 bis zum 30.06.2006.

*Dr. med. René Kalisch,*  
Facharzt für Chirurgie am Ev. Krankenhaus  
Ludwigsfelde-Teltow in Ludwigsfelde,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen  
Chirurgen und Orthopäden sowie Chirurgen  
und Orthopäden in Einrichtungen gem. §  
311 Abs. 2 SGB V zur Behandlung von chirurgischen  
und unfallchirurgischen Problemfällen für die Zeit  
vom 01.07.2004 bis zum 30.06.2006.

*Dr. med. Rudolf Kleemann,*  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin am  
Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen  
Fachärzten für Kinder- und Jugendmedi-

ANZEIGE

Anzeige



zin bzw. Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus ermächtigten Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin auf dem Gebiet der Kinderkardiologie, Echokardiographie und Langzeit-EKG für die Zeit vom 01.07.2004 bis zum 30.06.2006.

*Dr. med. Uwe Knitter,*  
Facharzt für Innere Medizin am DRK-Krankenhaus Luckenwalde, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für gastroenterologisch endoskopische Leistungen für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

*Dr. med. Andreas Kohls,*  
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Ev. Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow in Teltow, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für eine Konsiliar-tätigkeit bei Mammatomoren sowie auf dem Gebiet der onkologischen Versorgung bei gynäkologischen Erkrankungen sowie auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Planung der Geburtsleitung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge nach § 5 Abs. 2 BMV-Ärzte und § 9 Abs. 2 BMV-Ärzte/Ersatzkassen in Verbindung mit den Mutterschafts-Richtlinien Teil B Nr. 6 für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

*Dipl.-Med. Andrea Kühne,*  
Fachärztin für Innere Medizin an der Spreewaldklinik Lübben, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Gastroenterologie und zur präven-

tiven Koloskopie für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

*Dr. med. Dagmar Möbius,*  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin, Praktischen Ärzten mit der Facharztbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin, Orthopäden und anderen Ärzten mit der Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie sowie entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durchführung einer Sprechstunde auf dem Gebiet der pädiatrischen Rheumatologie und auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Betreuung hämatologisch und onkologisch erkrankter Kinder für die Zeit vom 01.07.2004 bis zum 30.06.2006.

*Alain Nguento,*  
Facharzt für Neurologie am Klinikum Uckermark in Schwedt, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Neurologie, Psychiatrie und Orthopädie bzw. entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Behandlung von Bewegungsstörungen und speziellen Formen der Spastik mit Botulinum-Toxin A und B sowie auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die transkranielle gepulste Dopplersonographische Untersuchung und die Duplex-sonographische Untersuchung der intrakraniellen Hirngefäße für die Zeit vom 26.05.2004 bis 30.06.2006.

*Dr. med. Liane Nowak,*  
Fachärztin für Anästhesiologie am Humaine Klinikum Bad Saarow, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Schmerztherapie zur Konsiliaruntersuchung und Mitbehandlung sofern es sich

nicht um eine vor- bzw. nachstationäre Betreuung handelt für die Zeit vom 26.05.2004 bis 30.06.2005.

*Dr. med. Joachim Pelz,*  
Facharzt für Innere Medizin am Städt. Klinikum Brandenburg, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Durchführung der präventiven Koloskopie für die Zeit vom 12.05.2004 bis 30.06.2005.

*Dipl.-Med. Frank Schwertfeger,*  
Facharzt für Innere Medizin an der Spreewaldklinik Lübben, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Herzschrittmacherkontrolle und auf dem Gebiet der Angiologie für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

*Dr. med. Simone Stolz,*  
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Betreuung von Kindern mit Glykogenspeicherkrankheiten, lysosomalen Speicherkrankheiten, Galaktosämien, Biotinidase-Mangel und Aminosäurestoffwechselstörungen, Organoazidurien, Fettsäureoxydationsstörungen, Carnitinstoffwechselstörungen; zur Betreuung von Patienten mit PKU und Kinderwunsch (Maternale PKU) sowie für die Diagnostik und Therapie von Patienten mit Mucoviszidose für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

*Dr. med. Juan Arturo Tong Luna,*  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin am Städt. Klinikum Brandenburg, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Kinder- und Jugendmedizin und Praktischen Ärzten, die die Fachge-

bietsbezeichnung Kinder- und Jugendmedizin erworben haben, sowie entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Sonographie bei Kindern für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

*Landesklinik Brandenburg / Neuroelektrodiagnostik,*  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von an der Landesklinik Brandenburg ermächtigten Neurologen und Psychiatern (einschließlich Institutsermächtigung) für die elektroenzephalographische Untersuchung ab dem 18. Lebensjahr für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

*Carl-Thiem-Klinikum Cottbus / Sozialpädiatrisches Zentrum,*  
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Kinderärzten sowie Allgemeinmedizinern und Praktischen Ärzten, die die Facharztanerkennung als Kinderarzt erworben haben, ohne als solche zur vertragsärztlichen Tätigkeit zugelassen zu sein, und entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V gemäß § 119 SGB V für die Diagnostik und Therapie von Entwicklungsstörungen und Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen von 0 bis 18 Jahren für die Zeit vom 01.07.2004 bis 30.06.2006.

### Verlegung des Praxissitzes

*Dipl.-Med. Marion Kingl,* zum 01.10.2004  
Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Luckau,  
neue Adresse: Kirchwälder Str. 1 in Finsterwalde;

*Dr. med. Ralf Loge,*  
Facharzt für Chirurgie in Bernau,  
neue Adresse: Ladeburger Str. 21;

*MR Reinhard Richter,*  
Facharzt für Allgemeinmedizin an der Med.



Einrichtungsgesellschaft Guben,  
neue Adresse: Dr.-Ayrer-Str. 1-4;

*Dr. med. Ilse-Elisabeth Röttger,*  
Fachärztin für Allgemeinmedizin an der Med.  
Einrichtungsgesellschaft Guben,  
neue Adresse: Dr.-Ayrer-Str. 1-4;

*Andreas Schmauch,*  
Facharzt für Chirurgie in Bernau,  
neue Adresse: Ladeburger Str. 21;

*Dr. med. Angela Weiß,*  
Fachärztin für Radiologie in Spremberg,  
neue Adresse: Fröbelstr. 1;

*Dipl.-Med. Angelika Wickmann,*  
Fachärztin für Innere Medizin in  
Dannenwalde,  
neue Adresse wegen Umbenennung:  
Blumenower Str. 11 in  
Gransee/OT Dannenwalde;

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

## Einbruchsdiebstahl in 5 Arztpraxen

In der Nacht vom 07.04.04 zum 08.04.04 wurde in allen 5 Arztpraxen am Stadtpark in Fürstenwalde eingebrochen. Am Donnerstag konnten wir gar nicht oder nur in begrenztem Umfang unsere Patienten betreuen.

Wir sehen die Ursache darin, dass wir im Auftrag der Kassen eigentlich eine Gebühr einsammeln, die einen Teil unseres Arzthonorars darstellt, zur Verwirrung aller auch noch "Praxisgebühr" genannt wird und dazu führt, dass in den Praxen Bargeld vermutet wird.

Das Ziel der Täter und der Vandalismus in Kombination mit Diebstahl in unseren Praxen haben unverhüllt gezeigt, dass die Kassengebühr gesucht wurde.

Der materielle Schaden beläuft sich schätzungsweise auf ca. 10.000,00 €.

Nicht genug, dass uns schon die "Eintreibung" dieser Kassengebühr genug

Geld kostet (Verwaltung, Bankgebühren, persönliches Risiko), sind nun auch weitere Maßnahmen zur Erhöhung der Sicherheit (Alarmanlagen etc.) von Arztpraxen bundesweit gefragt. Die Sachversicherer werden zusätzlich über kurz oder lang die Prämien erhöhen. Wenn man dann noch die Lohnkosten für das Kassieren hinzurechnet, sind die 10,00 € Kassengebühr in der Arztpraxis kein Honorar mehr, sondern ein Durchlaufposten zur Finanzierung einer fixen Idee.

Resümee:

Die Eintreibung dieser Gebühr kann nur allein Sache der Kassen sein. Entweder geht der Patient mit der Gebühr in Vorleistung (erhöhter Beitrag) und erhält ihn Ende des Jahres ausgezahlt oder die Kassen kassieren am Jahresende, je nach Arztbesuchshäufigkeit ab. Dann ist auch das Inkassorisiko bei dem, der es zu tragen hat.

**Ärztehaus am Stadtpark 5**  
Fürstenwalde

## 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  
Psychotherapie**  
Planungsbereich: Ostprignitz-Ruppin  
Zeitpunkt: schnellstmöglich  
Bewerbungskennziffer: 40/2004

**Facharzt/Fachärztin für  
Haut- u. Geschlechtskrankheiten**  
Planungsbereich: Uckermark  
Zeitpunkt: schnellstmöglich  
Bewerbungskennziffer: 41/2004

**Facharzt/Fachärztin für  
Augenheilkunde**  
Planungsbereich: Prignitz  
Zeitpunkt: schnellstmöglich  
Bewerbungskennziffer: 42/2004

**Facharzt/Fachärztin für Chirurgie**  
Planungsbereich: Märkisch-Oderland  
Zeitpunkt: schnellstmöglich  
Bewerbungskennziffer: 43/2004

**Facharzt/Fachärztin für  
Nervenheilkunde**  
Planungsbereich: Uckermark  
Zeitpunkt: schnellstmöglich  
Bewerbungskennziffer: 44/2004

**Facharzt/Fachärztin für  
Allgemeinmedizin**  
Planungsbereich:  
Frankfurt (Oder)/St. / Oder-Spree  
Zeitpunkt: schnellstmöglich  
Bewerbungskennziffer: 45/2004

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

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

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

Unter dem Stichwort "Ausschreibung" sind bis zum **06. August 2004** die Unterlagen bei der KV Brandenburg, Friedrich-Engels-Str. 103/104, in 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 08. Juni 2004

## Zulassungssperren

## Herzliche Glückwünsche



### zum 50.

*Dipl.-Med. Barbara Böttcher,*  
Hennigsdorf

*Dr. med. Thomas Brosch,* Rüdersdorf

*Dipl.-Med. Carmen Dietrich,* Strausberg

*Dipl.-Med. Lothar Engelmann,*  
Finsterwalde

*Dipl.-Med. Gabriele Gauger,*  
Eisenhüttenstadt

*Dipl.-Med. Jens Hauptvogel,*  
Lauchhammer

*Dipl.-Med. Sabine Jahns,* Werneuchen

*Dr. med. Franz Koettnitz,* Potsdam

*Dr. med. Annerose Kuhn,* Finsterwalde

*Dipl.-Med. Carola Laube,* Falkenberg

*Dr. med. Renate Mellentien,* Prenzlau

*Dr. med. Bernd Nierste,* Altdöbern

*Dr. med. Manfred Schöffel,* Rüdersdorf

*Dr. med. Henrike Scholz,* Mahlow

*Dr. med. Karola Staude,* Neu Lübbenau

*Peter Stojanow,* Brüssow

*Dr. med. Dietmar Winkler,* Potsdam

### zum 60.

*Dr. med. Helga Bradtke,* Angermünde

*Dr. med. Ingeborg Decker,*  
Neuenhagen bei Bln.

*Dr. med. Christof Dehmel,* Templin

*Dr. med. Birgit Hoffmann,* Senftenberg

*Frank Hofmann,* Brück

*Dipl.-Med.-Päd. Erika Hübner,* Panketal

*Dr. med. Karola Klim,* Potsdam

*Prof. Dr. med. Michael Matthias,*  
Buckow

*Dr. med. Ernst Neumann,* Seefeld

*Dr. med. Ulrich Pfefferle,* Buschow

*Dr. med. Rolf Rosenthal,* Wachow

*Karin Wandner,* Luckenwalde

*Dr./H Barbara Wenig,* Hohen Neuendorf

*Dr. med. Jörg Wollenberg,* Wandlitz

### zum 65.

*Dr. med. Helmut Buhler,* Niemegk

*Dr. med. Rudolf Christoph,* Brandenburg

*Dr. med. Ingrid Härtel,* Potsdam

*Dr. med. Manfred Krumbach,* Weseram

*MR Dr. med. Bernd Maier,* Zehdenick

*MR Dr. med. Renate Schwinge,*  
Fürstenberg

### zum 66.

*Dr. med. Edith Meyl,* Meyenburg

*MR Dr. sc. med. Klaus Müller,* Potsdam

*Dr. med. Ulrich Riemer,* Finsterwalde

*MR Dr. med. Siegbert Schmidt,* Teltow

*Waltraud Schröder,* Zossen

### zum 67.

*Dr. med. Horst Kleiber,* Finsterwalde

### zum 68.

*Bärbel Hickstein,* Strausberg

### zum 69.

*Dr. med. Wolfgang Brüllke,* Zehdenick

*Dr. med. Gunnar Ulbricht,*  
Neustadt (Dosse)

### zum 71.

*Hans-Ulrich Keller,* Groß Köris

**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:**

14. Juni 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

**Unser Info-Tipp**

**Merkblatt zu neuer  
Musterberufsordnung**

Der 107. Deutsche Ärztetag in Bremen hat mit der Novellierung der Musterberufsordnung (MBO) weit reichende Änderungen beschlossen. Der NAV-Virchowbund dokumentiert diese Änderung in einem Merkblatt, das die bisherigen Regelungen den veränderten Paragrafen gegenüberstellt und so einen Überblick über die MBO-Reform gibt.

Durch die Änderung der Musterberufsordnung, können Ärzte künftig leichter untereinander und mit anderen Fachberufen kooperieren. Sie können über ihren Praxis-sitz hinaus an weiteren Stellen tätig sein. In Zukunft haben Ärzte die Möglichkeit in verschiedenen Kooperationsformen ärztlich tätig zu sein, beispielsweise in Teilgemeinschaftspraxen und Teilpartnerschaften. Auch die Bildung überörtlicher Gemeinschaftspraxen ist damit zulässig.

Das Merkblatt ist ab sofort kostenlos erhältlich bei:

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

**NAV-PM**

Karikatur