



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

# KVIntern

7 | 2013



**Im Gespräch mit KV-Vize Dr. Noack:**  
Großes Problem: Noch keine  
Gesamtvergütung 2013 beschlossen

**Versprochen ist versprochen:**  
Was wollen die großen Parteien  
im Gesundheitsbereich?

**Informationen für den Praxisalltag:**  
Neuerungen im EBM  
Arzneimittelrichtgrößen für 2013  
Vertretung im Bereitschaftsdienst





Liebe Leserinnen, liebe Leser

Was fällt Ihnen bei GOUDA ein? Mir Käse. So als erstes. Dem Chef der Techniker Krankenkasse Jens Baas etwas anderes. Für ihn ist GOUDA ein Synonym für besonders raffgierige Abzocker-Arztgruppen; für Gynäkologen, Orthopäden, Urologen, Dermatologen und Augenärzte. Sie drängen nämlich ihren Patienten zügellos sogenannte Individuelle Gesundheitsleistungen auf, wie der TK-Chef gegenüber BILD erklärte.

Angesichts der Jahreszeit könnte man derartige Äußerungen mit Sommertheater abtun. Das jedoch wäre zu kurz gesprungen. Nein, diese Diffamierung hat System. Und eine Reihe Kassenvertreter übt sich fleißig in dessen Perfektionierung. Dazu gehören im Übrigen nicht allein derartige verbale Anschuldigungen und Entgleisungen, die zu Recht unter anderem der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands als „bodenlose Unverschämtheit“ bezeichnete. Auch der Fakt, dass bei den regionalen Honorarverhandlungen immer weiter und öfter eine Blockade- oder Verweigerungshaltung der Kassen festzustellen ist, ist dafür Beleg.

Dabei sollten sich die Kassen fragen, wo auch unter wirtschaftlichen Aspekten die Zukunft der medizinischen Versorgung liegt; im ambulanten Bereich, wie jüngst in einer wissenschaftlichen Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, kurz ZI, festgestellt wurde. Immer mehr ärztliche Behandlungsmaßnahmen werden aus dem Krankenhaus in die ambulante Medizin verlagert, moderner Medizintechnik und verbesserter Behandlungsmethoden sei Dank.

Unter diesen Vorzeichen gerade jetzt vehement von den KVen zu fordern, „überflüssige“ Praxen in Ballungsräumen aufzukaufen, ist daher der vollkommen falsche Ansatz. Der Trend der Menschen in die Städte, die Ballungsräume, ist ungebrochen. Wer heute dort Praxen stilllegt, muss sie in spätestens drei, vier Jahren wieder „aufmachen“. Im Übrigen: Die ZI-Studie belegt, dass die Kosten für die medizinische Versorgung in den Regionen am niedrigsten sind – bei gleich hoher Qualität -, wo der Anteil der ambulanten Versorgung am größten ist.

Apropos Sommer(loch): Ihnen und Ihren Praxisteamen einen schönen Urlaub!

**Ralf Herre**

Pressesprecher der KV Brandenburg

## **Berufspolitik**

- 4** **Es ist ein großes Problem, dass wir noch keine Gesamtvergütung 2013 beschlossen haben!**  
Aktuell im Gespräch mit Dr. Peter Noack
- 7** **36 Beschlüsse, aber ...**  
86. Gesundheitsministerkonferenz in Potsdam
- 9** **Versprochen ist versprochen ...**  
Was die fünf großen Parteien nach der Bundestagswahl im Gesundheitsbereich wollen
- 12** **Bürgerversicherung - eine gute oder schlechte Idee?**  
Gastbeitrag von Wolfram-Arnim Candidus,  
Präsident der DGVP e.V. für Gesundheit
- 17** **(Auf)gelesen**

---

## **Praxis aktuell**

- 18** **EBM-Neuerungen ab 1.10.2013 für Haus- und Fachärzte**
- 20** **Hausarztvertrag mit der AOK Nordost: Neue Arzneimittelzielquoten**
- 24** **Arzneimittelvereinbarung und Richtgrößen für das Jahr 2013**
- 28** **Amtliche Bekanntmachungen: DMP-Verträge, Heilmittelvereinbarung 2013, Bereitschaftsdienstordnung**
- 29** **Änderung zur GOP 40120 bis 40126**
- 30** **Abrechnung Viskoelastika jetzt über Sachkosten**

<b>Praxis aktuell</b>	<b>30</b>	<b>Keine Ultraschalluntersuchungen bei unauffälligem Befund</b>
	<b>31</b>	<b>Geänderte Gebührensatzung</b>
	<b>32</b>	<b>Vertretung im Bereitschaftsdienst</b>
	<b>33</b>	<b>Ermächtigte Ärzte: Was kann delegiert werden?</b>
	<b>34</b>	<b>Änderung der Unfallversicherung (UV-GOÄ)</b>
	<b>35</b>	<b>Psychotherapie-Richtlinie: Vergütungsregelung zur Änderung der Gruppentherapie</b>
	<b>36</b>	<b>Zulassungen und Ermächtigungen</b>
	<b>44</b>	<b>Nachbesetzungen</b>
	<b>46</b>	<b>Mit einem Klick informiert</b> Die neue Bedarfsplanung online
	<b>48</b>	<b>Zulassungsmöglichkeiten</b>
<b>Service</b>	<b>49</b>	<b>Praxisbörse</b>
	<b>51</b>	<b>Fortbildungen</b>
	<b>55</b>	<b>Glückwünsche</b>
	<b>U 3</b>	<b>Impressum</b>

# Es ist ein großes Problem, dass wir noch keine Gesamtvergütung 2013 beschlossen haben!

Aktuell im Gespräch mit **Dr. Peter Noack**, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der KV Brandenburg, zu Änderungen in der Honorarverteilung III/2013



*Die Vertreterversammlung hat am 21. Juni den Honorarverteilungsmaßstab ab dem III. Quartal 2013 beschlossen. Was war der Grund für die Veränderung des HVM?*

Der Bewertungsausschuss hat für das Jahr 2013 Vorgaben getroffen, die in der Honorarverteilung umzusetzen sind. Darüber hinaus hatten wir bei der Honorarverteilung noch einige regionale Themen zu bearbeiten. Das ist durch die Vertreterversammlung jetzt geschehen. Allerdings besteht

ein gravierendes Problem: Die Verhandlungen mit den Krankenkassen zur Gesamtvergütung 2013 sind noch nicht abgeschlossen.

*Wann rechnen Sie damit?*

Der nächste Termin im Landesschiedsamt steht am 16. August an.

*Auf welche Änderungen müssen sich die Ärzte jetzt einstellen?*

Das Grundgerüst des HVM ist unverändert geblieben. Neben einigen notwendigen redaktionellen Anpassungen gibt es drei größere Veränderungen, die die ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, die Nephrologen sowie die Hals-Nasen-Ohrenheilkunde betreffen.

*Worum geht es im Detail?*

Auf Bundesebene hat man sich geeinigt, dass die antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen sowie die proba-

torischen Sitzungen - letztere nicht für alle Arztgruppen - aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, kurz MGV, herausgenommen werden. Wir gehen davon aus, dass auch die Brandenburger Krankenkassen diese Leistungen künftig als Einzelleistung zum Preis der Euro-Gebührenordnung vergüten und somit die erforderliche Behandlung der Versicherten vollumfänglich ausfinanziert ist.

#### *Sie haben Zweifel?*

Die Herausnahme der Leistungen war in den regionalen Verhandlungen unstrittig. Jedoch existieren unterschiedliche Vorstellungen, um welchen Betrag die MGV zu bereinigen ist. Auf alle Fälle entfällt künftig auch für Brandenburg die bisherige Mengensteuerung über zeitbezogene Kapazitätsgrenzen. Eine Prüfung der Zeitprofile erfolgt im Übrigen weiterhin im Rahmen der Plausibilitätsprüfung.

#### *Und wie sieht es bei der Vergütung der übrigen Leistungen der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten aus?*

Sie wird sich ab dem III. Quartal 2013 der Höhe nach an einem anteilig aus der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung gespeisten Honorarfonds bemessen.

#### *Das heißt ...*

... dass bei einer zu geringen Gesamtvergütung eine Quotierung zum Beispiel für die Leistungen der

Abschnitte 35.1, außer Probatorik, und 35.3 EBM sowie die Grundleistungen der Kapitel 22 bzw. 23 EBM möglich ist.

#### *Stichwort Dialysesachkosten. Auch hier gibt es Veränderungen.*

Neben einer Absenkung der Dialysesachkosten sieht der Bewertungsausschuss für die nephrologischen Grundleistungen des Kapitels 13.3.6 EBM eine Herausnahme aus der MGV zum III. Quartal 2013 vor. Auch hier sollte künftig eine Ausfinanzierung zum Preis der Euro-Gebührenordnung erfolgen und die verbleibenden Leistungen der Nephrologen aus einem hierfür gebildeten Honorarfonds vergütet werden. Die individuelle Mengensteuerung über RLV/ QZV entfällt für die Nephrologie.

#### *Änderungen gibt es, wie Sie eingangs sagten, auch für die HNO-Ärzte.*

Auf Wunsch der HNO-Ärzte und nach Diskussion mit dem Berufsverband erfolgte die Einführung eines neuen QZV für die Behandlung von Tinnitus und die Hörgeräteversorgung. Ziel ist hierbei eine bessere Allokation der Finanzmittel für diese neuen Leistungen. Die Einführung dieses QZV hat allerdings eine Absenkung des RLV-Fallwertes und damit eine andere Verteilung der Gelder innerhalb der Arztgruppe zur Folge. Die anderen Arztgruppen sind hiervon jedoch nicht betroffen.

*Herr Dr. Noack, die Gesamtvergütung für 2013 ist noch nicht beschlossen, wir liegen quasi vor dem Landesschiedsamt - wie beeinflusst dies die Honorarzahllungen?*

Schon erheblich. Wir können derzeit in der Honorarverteilung nur die gesichert zur Verfügung stehenden Finanzmittel einsetzen. Wie in „KV-Intern“ bereits berichtet, hoffen wir, dass es im Schiedsamtsverfahren gelingt, eine Gesamtvergütung für 2013 zu verhandeln, die an der tatsächlichen Morbidität der Brandenburger Versicherten bemessen wird.

*Das würde was verändern?*

Dies würde einer deutlichen Steigerung zum Vorjahr gleichkommen. In diesem Falle wird die KVBB abhängig von der Höhe der Steigerung der Gesamtvergütung entscheiden, ob Nachvergütungen oder Fallwertanhebungen möglich sind.

*Die Aussetzung der Fallzahlzuwachsbegrenzung, kurz FZB, wurde in den letzten Wochen wiederholt diskutiert. Wie ist der gegenwärtige Stand?*

Nach Auswertung der bisherigen honorarseitigen Ergebnisse der FZB sowie der fallzahlseitigen Auswirkung der Grippewelle hat der Vorstand die Aussetzung der FZB für den hausärzt-

lichen Versorgungsbereich für das Jahr 2013 beschlossen. Vielschichtiger ist die Thematik im fachärztlichen Versorgungsbereich. Dies hängt nicht zuletzt an der Höhe der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung, so dass hier derzeit keine pauschale Aussetzung erfolgt und der Punkt gegebenenfalls nach Abschluss der Verhandlungen zur Gesamtvergütung 2013 nochmals näher beleuchtet wird.

*Können Sie bereits jetzt Aussagen über die weitere Entwicklung des HVM in Brandenburg machen?*

Für das IV. Quartal 2013 sind erneut Änderungen des HVM erforderlich, wobei die Grundsystematik bestehen bleibt.

*Warum diese erneuten Änderungen?*

Es ist nicht zu umgehen: Wir haben die Beschlüsse des Bewertungsausschusses sowie die Vorgaben der KBV umzusetzen. Dabei geht es in erster Linie um eine Stärkung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung.

*Dr. Noack, vielen Dank für dieses Gespräch*

**Gefragt und notiert von Ralf Herre**



86. Gesundheitsministerkonferenz tagte in Potsdam

## 36 Beschlüsse, aber ...

... wie sie umgesetzt werden (sollen), darüber gab es bestenfalls nur vage Andeutungen. Das zumindest ist der bleibende Gesamteindruck von der abschließenden Pressekonferenz. Auf ihr informierten die brandenburgische Gesundheitsministerin Anita Tack sowie ihre Kollegen Andreas Storm (Saarland) und Cornelia Prüfer-Storcks (Hamburg) über „Maßnahmen zur Sicherung der zukünftigen gesundheitlichen Versorgung“, so das zentrale Thema dieser Gesundheitsministerkonferenz (GMK).

Im Zentrum dieser „Maßnahmen“: die Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, die Fachkräftesicherung, das Krankenhauswesen sowie Gesundheitsvorsorge und Gesundheitssicherung. Der Öffentliche Gesundheitsdienst müsse „attraktiver werden“, wozu eine „angemessene Bezahlung“ ebenso wie eine „frühzeitige Integration“ dieses Themas in die „ärztliche Ausbildung“ gehöre.

Das mag prinzipiell richtig sein – allein, dass die ministerielle Runde auf Nachfrage weder den avisierten

Anzeige

Finanzbedarf benennen noch sagen konnte, woher dieser dann kommen sollte, sorgte doch für einige Irritationen. Und es stellt sich schon die Frage, was ein entsprechender Beschluss – einer von insgesamt 36 – denn wert ist, wenn diese zentralen Kriterien noch nicht einmal von der Minister-, respektive Senatorenrunde benannt werden können.

Ähnlich verhält es sich mit anderen Beschlüssen, die, so jedenfalls der Eindruck, eher rein deklamatorischen Zweck erfüllen. So „spricht sich die GMK für die Errichtung einer länderübergreifenden Gutachterstelle für Gesundheitsberufe aus“. Gleichzeitig habe sie sich „darauf verständigt, Eckpunkte für ein weitestgehend einheitliches Überprüfungsverfahren der Sprachkenntnisse in den Ländern zu entwickeln“. Vorgestellt würden sie auf der nächsten GMK.

Zum Verhältnis Gesundheit und Demographie wurde beschlossen, „möglichst zur 87. GMK“ einen entsprechenden Bericht vorzulegen. Dafür solle ein „Anforderungsprofil für die notwendigen statistischen Materialien entwickelt“ werden. Diese Bitte ging an die Länder. Ebenso, der GMK einen „Vorschlag zum weiteren Verfahren vorzulegen“.

Nun weiß man ja, wie viel Arbeit in solch bundesweiten Konferenzen steckt. Blickt man auf die präsentierten Ergebnisse dieser 86. GMK,

drängt sich geradezu das Sprichwort vom „Berg, der kreiste und eine Maus gebar“ auf. Leider. Denn die Probleme sind gravierend und gehen doch weit über eine Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes und – mit Verlaub – auch ein „einheitliches Überprüfungsverfahren der Sprachkenntnisse“ hinaus. So wichtig, wie all das sicher ist.

Dass die Damen und Herren Minister und Senatoren wieder das seit Jahren postulierte Allzweck-Problem-Lösungsmittel „Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung“ anpriesen, verwundert schon gewaltig. Zum einen, weil die Personalsituation in den Kliniken nun wirklich nicht besser ist als im ambulanten Bereich, zum anderen, weil wir gerade die ärztlichen Grundversorger benötigen und nicht die vorrangig im Krankenhaus angestellten Spezialisten. Ganz zu schweigen von den unterschiedlichen Kosten, die für die gleiche ärztliche Tätigkeit im ambulanten und stationären Bereich anfallen.

So bleibt doch insgesamt ein etwas fader Beigeschmack ob der Ergebnisse, die fast alle ausgesprochen nebulös daherkommen. Da hilft auch nicht darüber hinweg, dass sie „fast alle einstimmig gefasst“ wurden, wie auf der Pressekonferenz mehrfach betont wurde. Bleibt zu hoffen, dass die 87. GMK in Hamburg im kommenden Jahr zu konkreteren Entscheidungen kommt. **R.H.**

# Versprochen ist versprochen ...

Was die fünf großen Parteien nach der Bundestagswahl im Gesundheitsbereich wollen

## Christlich Demokratische Union (CDU)

### Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Am dualen System der gesetzlichen und privaten Krankenkassen will die CDU festhalten – einer staatlichen Einheitsversicherung erteilt sie eine Absage. Krankenkassen, deren Rücklagen deutlich höher als die gesetzliche Mindestreserve sind, sollen künftig verpflichtet werden, Prämien an ihre Mitglieder zurückzuerstatten. Die gemeinsame Selbstverwaltung steht nicht zur Debatte. Die Partei setzt darauf, dass die Beteiligten verantwortungsvoll und partnerschaftlich agieren sowie unnötige Bürokratie vermeiden.

### Ambulante Versorgung

Vor allem auch in ländlichen Regionen soll eine gute, erreichbare Versorgung durch Ärzte und Krankenhäuser gesichert sein. Dafür gilt es beispielsweise die Attraktivität des Hausarztberufs zu steigern. Die Christdemokraten verweisen auf das Versorgungsstrukturgesetz, mit dem Anreize für Ärzte gesetzt wurden, in unterversorgten Regionen tätig zu werden. Für den Ausbau der Telemedizin sollen die erforderlichen technischen und rechtlichen Voraussetzungen geschaffen werden.

## Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD)

### Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Eine Bürgerversicherung als Krankenvoll- und Pflegeversicherung für alle soll es richten. Das gegliederte, öffentlich-rechtliche und selbstverwaltete Kassensystem wird erhalten und gestärkt. Arbeitgeber und Beschäftigte zahlen ihre Beiträge wieder paritätisch. Für eine nachhaltige Finanzierung setzen die Sozialdemokraten zudem auf Steuergelder. Die Krankenkassen erhalten ihre Beitragsautonomie zurück. Auch private Krankenkassen können die Bürgerversicherung anbieten. Eine einheitliche Honorarordnung soll sowohl für gesetzliche als auch private Krankenversicherungen gelten – ohne das Gesamthonorarvolumen zu schmälern. Die Honorierung ambulanter Leistungen im niedergelassenen und stationären Bereich soll angeglichen werden.

### **Ambulante Versorgung**

In der Primärversorgung sehen die Sozialdemokraten das Rückgrat einer starken wohnortnahen Versorgung. Sie wollen deshalb die flächendeckende hausarztzentrierte Versorgung stärken. Mit einer zweckgebundenen Finanzierung soll die Integrierte Versorgung neu auf Trab gebracht werden, um die Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten, ambulant und stationär sowie zwischen pflegerischem, rehabilitativem und medizinischem Bereich zu gewährleisten. Dazu gehören der Einsatz von Telemedizin sowie mobile Versorgungskonzepte. Die Bedarfsplanung erfolgt sektorübergreifend. Städte und Gemeinden will die SPD stärker in die Gestaltung der lokalen Gesundheitsversorgung einbeziehen.

## **Bündnis 90 / Die Grünen**

### **Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung**

„Eine für alle statt jeder für sich“ – so das Motto der grünen Bürgerversicherung, in die jeder einbezogen wird. Die finanzielle Basis soll verbreitert werden, indem alle Einkommensarten gleichermaßen berücksichtigt werden. Neben Lohn und Renten sind das beispielsweise auch Aktiengewinne, Mieteinnahmen oder Zinsen. Die Finanzierung erfolgt paritätisch zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgeber, die Beitragsbemessungsgrenze wird auf das Niveau der Rentenversicherung angehoben. Sowohl gesetzliche als auch private Krankenkassen können die grüne Bürgerversicherung anbieten. Für alle gilt jedoch eine gemeinsame Honorarordnung. Den Beitragssatz bestimmen die Kassen selbst.

### **Ambulante Versorgung**

Herzstück einer wohnortnahen Gesundheitsversorgung ist für die Grünen eine Primärversorgung, in der Haus- und Kinderärzte mit anderen Gesundheitsberufen auf Augenhöhe kooperieren. Dafür wollen sie die Hausärzte und das Berufsbild Pflege aufwerten sowie die Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen verändern. Sie setzen auf Hausarztverträge und ein Vergütungssystem, das die besonderen Aspekte der Primärversorgung – beispielsweise Beratung und Begleitung der Patienten – berücksichtigt. In ländlichen und strukturschwachen Regionen soll die Zusammenarbeit zwischen Krankenhäusern und ambulanten Strukturen verbessert werden. Eine einheitliche Vergütung aller fachärztlichen Behandlungen und Therapien – egal ob in Klinik oder Praxis – wird dafür unter anderem angestrebt. Außerdem setzen die Grünen auf Telemedizin.

## Freie Demokratische Partei (FDP)

An der Wahlfreiheit im Gesundheitsbereich rüttelt die FDP nicht. Ihr Credo: ein starkes duales Krankenversicherungssystem mit einer starken privaten Krankenversicherung. Die Liberalen wollen auch in der gesetzlichen Krankenversicherung die **Budgetmedizin beenden** und die **Kostenerstattung** für jeden Patienten einführen. Die Beitragsautonomie der Krankenkassen soll weiter ausgebaut und die Umverteilung durch den Gesundheitsfonds zurückgeführt werden. Die Abkoppelung der Krankenversicherungsbeiträge vom Lohn war nach Ansicht der Liberalen ebenso richtig wie der Sozialausgleich aus Steuergeldern.

### Ambulante Versorgung

**Freiberuflich tätige Ärzte sind der Garant** für ein leistungsfähiges Gesundheitswesen. An deren Freiberuflichkeit sowie der anderer Heilberufe will die Partei festhalten. Ausdrücklich erkennt sie jedoch auch die Rolle von Versorgungsmodellen mit angestellten Ärzten an. Die an der Gesundheitsversorgung Beteiligten sehen die Liberalen nicht als Einzelkämpfer. Sie setzen auf Kooperation und Zusammenarbeit. Dafür sollen die Aufgaben zwischen den Gesundheitsberufen klar geregelt und verteilt sowie ärztliche und nicht-ärztliche Berufe aufgewertet und attraktiver gemacht werden. Die FDP befürwortet den stärkeren Einsatz von Telemedizin und technischen Assistenzsystemen.

## Die Linke

### Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung

Alle Menschen, die in Deutschland leben, sollen je nach Einkommen in eine solidarische Bürgerversicherung einzahlen. Beitragspflichtig werden alle Einkommensarten. Arbeitnehmer und Arbeitgeber zahlen paritätisch ein. Versicherte, deren Einkommen über der bisherigen Beitragsbemessungsgrenze liegt, will die Linke künftig mit dem gleichen Beitragssatz in die solidarische Finanzierung einbeziehen. Die private Vollversicherung soll abgeschafft werden.

### Ambulante Versorgung

Eine gute flächendeckende und barrierefreie Versorgung mit Arztpraxen hat sich die Linke auf die Fahnen geschrieben. Neue Versorgungsformen wie Patientenbusse, Gemeinschafts- und Teilzeitpraxen oder Medizinische Versorgungszentren in öffentlicher Hand sollen die Arbeit für den Ärztenachwuchs in ländlichen Regionen attraktiver machen. Ärzte, die ihre Patienten wohnortnah versorgen sollen angemessen honoriert werden. Die Trennung in ambulante und stationäre Versorgung wollen die Linken beenden und alle Gesundheitsberufe in die Bedarfsplanung einbeziehen.

# Bürgerversicherung – eine gute oder schlechte Idee?

Gastbeitrag von **Wolfram-Arnim Candidus**,  
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und  
Patienten/DGVP e. V. für Gesundheit



Foto: DGVP

Seit 1989 kämpft die DGVP - als unabhängiger, gemeinnütziger Verein - für ein effektiveres, besseres und bezahlbares Gesundheitssystem in Deutschland, das Bürgern und allen Akteuren im Gesundheitswesen zu Gute kommt. Ein Kampf, in dem „dicke Bretter gehöhrt werden müssen“ - denn hier stehen sich viele gegensätzliche Interessen im

Weg und verhindern ein für alle Beteiligten effektives Gesundheitswesen.

Heute ein Thema, das uns im anstehenden Wahlkampf häufiger begegnen wird: die Bürgerversicherung.

## Die Fakten

Die gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hat ein Finanzierungsproblem. Die Beiträge der Pflichtversicherten werden berechnet vom Arbeitseinkommen. Aufgrund der

demografischen Entwicklung wird es aber in Zukunft weniger Arbeitnehmer geben – und damit weniger Geld in der GKV. Dazu kommt, dass bei zunehmendem Alter auch die Zahl der chronisch Kranken und Pflegebedürftigen steigen wird. Gemeinsam mit dem technischen Fortschritt bedeutet das klar steigende Kosten bei einer schwindenden Einnahmehasis. Aus diesem Grund ist die Frage nach einer Reform in der Finanzierung wieder stark präsent. Und die „Bürgerversicherung“ vor allem im anstehenden Bundestagswahlkampf ein Thema, mit dem Wähler gewonnen werden sollen.

Doch was verbirgt sich eigentlich hinter diesem Begriff? Ist die Bürgerversicherung nun eine gute oder eine schlechte Idee? Und vor allem: Was bedeutet sie konkret für die Versicherten und Patienten?

## Die Idee

Die Grundidee der Bürgerversicherung, ein Konzept das politisch von SPD und Bündnis 90/ Die Grünen entwickelt wurde, liegt darin, die gesamte Bevölkerung an der solidarischen

Finanzierung einer umfassenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung zu beteiligen. Dabei soll die ökonomische Leistungsfähigkeit der Bürger möglichst umfassend – also nicht nur auf der Grundlage von Erwerbs- und Ersatzeinkommen – berücksichtigt werden. Hierdurch soll die Finanzierung der Gesundheitsversorgung nachhaltig gesichert werden.

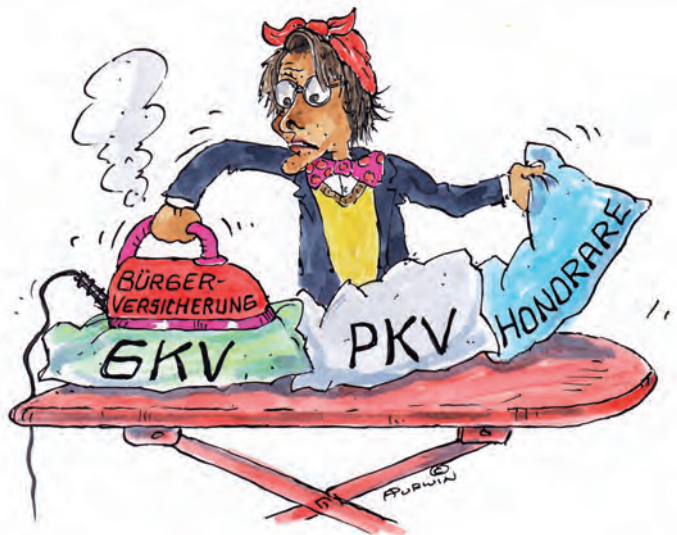
Hierfür sieht das Konzept vor, den versicherten Personenkreis auszuweiten: Mit der Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze sollen auch besser verdienende Arbeitnehmer in die GKV eintreten, die Option der privaten Versicherung entfällt faktisch oder reduziert sich auf das Angebot von Zusatzversicherungen. Auch Selbstständige und Beamte sollen in die Versicherungspflicht einbezogen werden. Die beitragsfreie Familienversicherung entfällt, für den nicht erwerbstätigen Ehegatten müssten künftig Beiträge abgeführt werden. Außerdem gilt es, alle Einkommen zu berücksichtigen, d.h. auch Einkünfte aus Vermögen bzw. Vermietung und Verpachtung.

Im neuen gemeinsamen Krankenversiche-

rungsmarkt sollen dann gleiche Bedingungen für alle gelten, ein Nebeneinander unterschiedlicher Kalkulationskonzepte einzelner Versicherer soll es nicht mehr geben. Zwar sollen die privaten Versicherer weiter existieren, jedoch zu modifizierten Bedingungen wie die gesetzlichen Kassen arbeiten. Soweit das Konzept, die konkrete Ausgestaltung zu Art und Ort des sozialen Ausgleichs oder die Art der Beitragsgestaltung der Krankenversicherungen sind aber noch festzulegen.

## Die Konsequenzen

Bürgerversicherung hört sich als Schlagwort sehr gut an. Doch müssen die Konsequenzen nicht automatisch auch gut sein. Gleiche Leistung für alle



„Das muss alles mal so richtig einheitlich gebügelt werden!“

Karikatur: **Achim Purwin**



- und doch ist das Budget immer noch beschränkt. Letztlich bedeutet das, dass bei Geldknappheit an der Leistungsschraube gedreht werden könnte. Oder Budgetgrenzen für Ärzte gesenkt werden. Oder eben die Beiträge für die Versicherten steigen.

Wird die Beitragsbemessungsgrenze stark angehoben und andere Einkünfte fließen in die Berechnung ein, wird vor allem die Mittelschicht stärker belastet. Und auch die Zuschüsse aus der Staatskasse belasten letztlich den Bürger, nicht zuletzt dadurch, dass der Staat – denn die Beamten und ein Teil der öffentlich Bediensteten sind auch Teil der GKV – einen monatlichen Arbeitgeberanteil für die Gehälter abführen müsste, was letztlich in der Summe teurer wird als die bisher bezahlte Beihilfe im Krankheitsfall.

Die Abschaffung der Bemessungsgrenze für den Arbeitgeberanteil beim Krankenkassenbetrag würde die Lohnnebenkosten wieder steigen lassen, die künftige Lohnentwicklung dadurch gegebenenfalls bremsen und schlimmstenfalls Stellen gefährden.

Die Überlegungen zur Bürgerversicherung sehen auch eine ausgeweitete Finanzierung des Krankenkassensystems durch Steuermittel vor. Hier besteht ein weiteres Risiko - durch die Auswirkungen der Finanzkrise und die Abhängigkeit von konjunkturellen Entwicklungen.

Ein positives Argument für die Einführung der Bürgerversicherung könnte der reduzierte Verwaltungsaufwand sein. Es bleibt diesbezüglich jedoch abzuwarten, ob die Einheitsversicherung auch einen Abbau der zurzeit rund 155 gesetzlichen Kassen bedeuten wird. Dies mag aus den bisherigen Erfahrungen mit der Bildung des Spitzenverbandes der gesetzlichen Krankenkassen eher bezweifelt werden. Und ob die Berechnung der Einnahmen so leicht von statten geht, bleibt abzuwarten.

Schon heute geben viele Ärzte zu, dass sie die Behandlung von gesetzlich Versicherten in ihren Praxen mit Privatpatienten „gegenfinanzieren“. Was passiert aber, wenn es diese Privatversicherten nicht mehr gibt? Das Honorar der Ärzte müsste wohl deutlich erhöht werden, wozu aber wahrscheinlich das Geld nicht reicht. Eine Ausdünnung in der Versorgung durch Praxisschließungen könnte die Folge sein.

## Unser Fazit

Das System von privater Versicherung und GKV darf nicht zerschlagen werden, sondern muss angepasst werden an den aktuellen und zukünftigen Bedarf an Finanzmitteln für den Erhalt und Ausbau einer guten Versorgung/ Behandlung/ Betreuung der Bürger. Dazu sind in der Hauptsache jedoch strukturelle Veränderungen erforderlich und nicht nur die Klärung der Einnahmen.



## Binsenweisheit *Kommentar*

*Wo mehr ältere und chronisch kranke Menschen medizinisch versorgt werden, muss für deren Versorgung auch mehr Geld zur Verfügung gestellt werden. Normal, denkt man, eine Binsenweisheit. Die Wirklichkeit jedoch sieht anders aus, und dies gleich in mehrfachen Hinsicht.*

*Erstes Beispiel: Alle Beitragsgelder der gesetzlich Krankenversicherten fließen in den sogenannten Gesundheitsfonds. Aus diesem werden sie dann nach einem sehr komplizierten Berechnungsmodus an die einzelnen Kassen verteilt. Verteilungskriterien sind dabei zum Beispiel Alter, Morbidität und Geschlecht. Wie nun das Lan-*

Anzeige

dessozialgericht Nordrhein-Westfalen festgestellt hat, muss diese Verteilung korrigiert werden. Anders ausgedrückt: Sie war teilweise fehlerhaft und hat die Ausgaben Verstorbener im Berechnungsverfahren nur ungenügend berücksichtigt.

Die AOK Nordost war eine jener Kassen, die – genau aus diesem Grund – gegen die seit 2009 angewandte Verteilungssystematik geklagt hatte. Dass sie nun grundsätzlich Recht bekommen hat, ist nur zu begrüßen. Denn es muss nun mit einigem berechtigten Optimismus erwartet werden, dass genau solche Kassen wie die AOK Nordost mehr Gelder aus dem Gesundheitsfonds erhalten, die sie wiederum zur Versorgung ihrer Versicherten einsetzen (müssen).

Doch genau an dieser Stelle kommt – bislang – das zweite Beispiel. Denn bereits nach alter Verteilungssystematik erhalten die brandenburgischen Kassen 11 (elf!) Prozent höhere Finanzmittel zugewiesen als im Bundesdurchschnitt. Allerdings fließen diese Gelder nicht unmittelbar dorthin, wo sie eigentlich hinfließen müssten – in die medizinische Versorgung! Das haben im Übrigen die jüngsten Vergütungsverhandlungen für das Jahr 2013 wieder einmal nachdrücklich gezeigt; einen Abschluss gibt es immer noch nicht, weil die

Kassen sich bislang einer adäquaten Vergütung widersetzt haben.

Und nun? Das LSG-Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Insofern bleibt es jetzt abzuwarten, ob andere Kassen, jene, die eher von dem bisherigen Verteilungsmechanismus profitiert haben, dagegen klagen werden.

Viel entscheidender ist jedoch das Signal, das von diesem Urteil ausgeht. Und das ist eindeutig: Das Geld muss dorthin, wo es zur medizinischen Versorgung der Menschen benötigt wird. Aber das ist ja eigentlich logisch, eben eine Binsenweisheit.

Jetzt kommt die Gretchenfrage, die der KVBB-Vorsitzende Dr. Helming in einer Pressemitteilung so formulierte: „Es wäre eine Schande, wenn die gesetzlichen Krankenkassen dieses Geld nicht für die Behandlung der Menschen zur Verfügung stellen würden!“ Dass er sich in dieser Einschätzung zumindest mit dem AOK-Nordost-Chef einig ist, zeigt dessen Statement: „Jetzt werden die Finanzmittel endlich stärker den alten und schwer kranken Menschen zu Gute kommen.“

Die Vergütungsverhandlungen 2013 sind dafür die Nagelprobe.

**R.H.**

# (Auf)gelesen



## **Märkische Allgemeine, 8.7.2013**

### **Zu: Mehr Geld für Alte und Schwerkranke**

„Nach einem Urteil des Landesozialgerichts Nordrhein-Westfalen können Krankenkassen, bei denen viele alte und kranke Menschen versichert sind, wie vielfach in Brandenburg, auf mehr Geld hoffen. Das geht aus einer Mitteilung der AOK Nordost hervor. Die Versicherung hatte wegen eines Berechnungsfehlers bei der Verteilung der Mittel aus dem Gesundheitsfonds geklagt und in dem Musterverfahren für das Jahr 2013 Recht bekommen. Nun müssen mehr Mittel ausgeschüttet werden. (...) Wegen eines mathematischen Fehlers seien die Zuweisungen für alte und kranke Versicherte zu gering bemessen worden. Dadurch habe jährlich ein zweistelliger Millionenbetrag gefehlt.“

## **Märkische Oderzeitung, 2.7.2013**

### **Zu: Kartellamt öffnet Wettbewerb für Augenärzte in Brandenburg**

„Das Bundeskartellamt hat den Wettbewerb unter Augenärzten im Land Brandenburg für Mediziner aus anderen Bundesländern geöffnet. In einem Kartellverfahren rang die Behörde der Krankenkasse AOK Nordost und der Augenärztegenossenschaft im Land die Zusagen ab, entsprechende Verträge und die Satzung der

Genossenschaft zu ändern. (...) Bislang sei der Zugang zum Wettbewerb im Bereich der Behandlung von Grauem Star oder einer bestimmten Netzhauterkrankung (Makuladegeneration) nur für Brandenburger Ärzte möglich gewesen, hieß es. Vor allem Berliner Augenärzte könnten nun profitieren, etwa wenn sie in Brandenburg eine Zweigpraxis betreiben oder als Teil einer Ärztegemeinschaft mit Brandenburger Kollegen tätig sind.“

## **Ärzte Zeitung, 28.6.2013**

### **Zu: Vertreter drohen Kassen mit Not-HVM**

„Dienst nach Vorschrift droht in Brandenburger Arztpraxen. In dem Bundesland sind die Verhandlungen zur Gesamtvergütung vor dem Schiedsamt jetzt auf Mitte August vertagt worden. Die Vertreterversammlung der KV Brandenburg (KVBB) protestiert mit einer Resolution gegen die Haltung der Kassen. ‚Das Geld ist bei den Kassen, doch sie bunkern es‘, heißt es (...) Die Delegierten der Vertreterversammlung machen nun Druck. Sie kündigten einen sogenannten Not-Honorarverteilungsmaßstab (HVM) an. Zudem wollen sie die Kündigung bestimmter Verträge mit den Kassen vorbereiten, die bislang nur den Kassen genützt hätten. (...)“

## EBM-Neuerungen ab 1.10.2013 für Haus- und Fachärzte

Ab dem 1.10.2013 werden für den hausärztlichen und für den fachärztlichen Versorgungsbereich neue Regelungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wirksam. Im Folgenden die wesentlichen Änderungen, die wir in der nächsten Ausgabe von „KV-Intern“ detailliert erläutern und bewerten werden.

Zur finanziellen Stärkung der wohnortnahen fachärztlichen Grundversorgung wird die Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) in den EBM aufgenommen. Die PFG gilt für 13 Arztgruppen und ist einmal im Quartal je Behandlungsfall abrechenbar, sofern ausschließlich konservative Maßnahmen durchgeführt werden. Die Pauschale wird aus zusätzlichen Honorarmitteln sowie aus Einsparungen innerhalb des fachärztlichen Versorgungsbereichs finanziert.

Weitere Informationen zur PFG können Sie der „Praxisinformation: Weiterentwicklung des EBM für die fachärztliche Versorgung“ unter [www.kbv.de/43708.html](http://www.kbv.de/43708.html) entnehmen.

Für den hausärztlichen Versorgungsbereich handelt es sich im Wesentlichen um folgende Änderungen:

Die hausärztliche Versichertenpauschale wird künftig nach fünf anstatt bisher drei Altersklassen mit einer unterschiedlichen Punktzahl abgerechnet. Zudem ist neben der Versichertenpauschale ein hausärztliches Gespräch als Einzelleistung abrechenbar.

Um die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags zu stärken, wurden aus der Versichertenpauschale Kosten ausgegliedert, die für die Vorhaltung von Strukturen zur Erfüllung von Aufgaben der hausärztlichen Grundversorgung notwendig sind. Im Gegenzug erhalten Hausärzte für die überwiegenden Behandlungsfälle eine Vorhaltepauschale, die einmal im Quartal abgerechnet werden kann.

Des Weiteren wird es Änderungen im sogenannten „Chroniker-Komplex“ geben und neue Leistungen für die hausärztliche geriatrische Betreuung, die palliativmedizinische sowie die sozialpädiatrische Versorgung in den EBM aufgenommen. Für die neu aufgenommen Leistungen werden von den Krankenkassen zusätzliche Finanzmittel bereitgestellt.

Weitere Hinweise zur Weiterentwicklung des Hausarzt-EBM finden Sie unter [www.kbv.de/43707.html](http://www.kbv.de/43707.html). Dort finden Sie auch die „Praxisinformation: Weiterentwicklung des Hausarzt-EBM“ als Download.

Die Regelungen stehen noch unter dem Überprüfungsvorbehalt des Bundesministeriums für Gesundheit.

Die Veröffentlichung der vollständigen Beschlusstexte erfolgt in einer der kommenden Ausgaben des Deutschen Ärzteblattes sowie auf der Internetseite der KBV unter [www.kbv.de](http://www.kbv.de).

**Ansprechpartner:**

Abrechnungshotline 0331/98 22 98 03

Anzeige

# Hausarztvertrag mit der AOK Nordost: Neue Arzneimittelzielquoten

Parallel zur Verlängerung der bisher geltenden Anlage 5 zum Hausarztvertrag bis zum 31.12.2012 hat die KVBB mit der AOK über die Ausgestaltung der Zielquoten im Jahr 2013 verhandelt. Jetzt ist ein Abschluss gelungen, sodass die Teilnehmer am Hausarztvertrag wie bisher zusätzliche Vergütungen bei Erreichen dieser Zielquoten erhalten können.

Gegenüber der bisher gültigen Anlage 5 wurden einige Änderungen vorgenommen. Neben den bisherigen Voraussetzungen

- mindestens 200 Arztfälle mit Arzneimittelverordnungen für AOK-Patienten durchschnittlich pro Quartal und
- Verordnung von Grippeimpfstoff grundsätzlich als „Grippeimpfstoff der aktuellen Saison, Anzahl der Dosen“; in medizinisch begründeten Ausnahmefällen mit Zusatz (z.B. „mit Adjuvans“ oder „ohne Hühnereiweiß“)

ist es nun erforderlich, eine arztbezogene Rabattquote von 85 Prozent (Anteil nach Packungszahlen) zu erreichen. Die Einhaltung dieser Quote kann einmal durch den Verzicht auf das aut-idem-Kreuz umgesetzt werden, aber auch durch Verordnung

eines Arzneimittels, für das ein Rabattvertrag mit der AOK existiert.

Die Möglichkeit, den Sprechstundenbedarf über ein Vorabgenehmigungsverfahren zu beziehen, soll durch die Hausärzte genutzt werden.

Die Handlungsfelder beziehen sich neu und analog der in der Arzneimittelvereinbarung vereinbarten Ziele auf die DDD-Anteile, wobei diese je Arztnummer (LANR) und nicht mehr je Betriebsstättennummer ausgewertet werden. Um in einem bestimmten Handlungsfeld einen Bonus zu erlangen, müssen die in der nachfolgenden Tabelle aufgelisteten Mindestverordnungszahlen erreicht werden. Als neue Ziele wurden Blutzuckerteststreifen, Antithrombotika sowie die modernen Verbandstoffe aufgenommen. Eine aktuelle Preisübersicht dieser Verbandsstoffe sowie eine Übersicht zu den relevanten Angeboten der Blutzuckerteststreifen (Ziele 8 bzw. 9) veröffentlicht die AOK auf ihrer Homepage sowie die KVBB mit einem Link unter der Rubrik Verordnungen. Die Handlungsfelder „Clopidogrel“ und „Kalziumantagonisten“ sind nicht mehr enthalten.

Handlungsfeld (Mindestverordnung)	Ziel	Zielquote (Anteil DDD je LANR)	Priorität
Statine und Ezetimib (10.000 DDD pro Jahr)	Anteil der DDD an Simvastatin und Pravastatin an der Gesamtmenge der DDD der Statine und Ezetimib (inklusive Kombinationen)	≥ 98 Prozent	1
Antidiabetika (exklusive Insulin) (10.000 DDD pro Jahr)	Anteil der DDD an den Leitsubstanzen Glibenclamid, Glimepirid und Metformin, gemessen an der Gesamtmenge der DDD der Antidiabetika ohne Insulin	≥ 90 Prozent	1
Wirkstoffe auf das RAA-System, Kombinationen mit Kalzium-Antagonisten (20.000 DDD pro Jahr)	Anteil der DDD an den Leitsubstanzen Enalapril, Lisinopril und Ramipril – auch in Kombination mit HCT – gemessen an der Gesamtmenge der DDD der Wirkstoffe auf das RAA-System (inklusive Aliskiren)  Anteil der DDD an Wirkstoffen auf das RAA-System und Kalzium-Antagonisten in fixer Kombination – auch in Kombination mit HCT – gemessen an der Gesamtmenge der DDD der Wirkstoffe auf das RAA-System und Kalzium-Antagonisten (inklusive Aliskiren)	≥ 76 Prozent Leitsubstanzen  und gleichzeitig  ≤ 2 Prozent fixe Kombinationen mit Kalzium-Antagonisten	1
Nicht-steroidale Antirheumatika (inklusive COX2-Hemmer) (5.000 DDD pro Jahr)	Anteil der DDD an Ibuprofen und Diclofenac an der Gesamtmenge der DDD der nicht-steroidalen Antirheumatika (inklusive COX2-Hemmer)	≥ 90 Prozent	2
Antidepressiva, atypische Neuroleptika, Antidementiva (5.000 DDD pro Jahr)	Anteil der DDD an generischen Antidepressiva*, atypischen Neuroleptika und Antidementiva (nur Cholinesterasehemmer und Memantin) an der Gesamtmenge der DDD aller Antidepressiva, atypischen Neuroleptika und Antidementiva (nur Cholinesterasehemmer und Memantin)	≥ 98 Prozent	1

\* Originalpräparate, die den Exklusivzuschlag der bundesweiten Generika-Ausschreibungen der AOK Nordost erhalten haben, werden Generika gleichgestellt.

Handlungsfeld (Mindestverordnung)	Ziel	Zielquote (Anteil DDD je LANR)	Priorität
Orale Opiate (BTM) (1.000 DDD pro Jahr)	Anteil der DDD an Morphin an der Gesamtmenge der DDD der BTM-pflichtigen oralen Opiate (ohne Tilidin)	≥ 41 Prozent	2
Protonenpumpenhemmer (20.000 DDD im Jahr 2012)	Die Absenkung des arztbezogenen Anteils der DDD an PPI ist in Höhe der Zielquote erreicht oder überschritten.	≥ 10 Prozent der im Jahr 2012 verordneten Menge an PPI	2
Moderne Verbandstoffe (20 Verordnungen pro Jahr)	Verordnungsanteil an grün markierten Verbandmitteln in der Preisübersicht der AOK Nordost	≥ 50 Prozent	2
Blutzuckerteststreifen (200 Packungen pro Jahr)	durchschnittlicher Packungspreis (Brutto) der verordneten Blutzuckerteststreifen (normiert auf 50 Stück)	≤ 24 Euro	2
Antithrombotika (5.000 DDD pro Jahr)	Anteil der DDD an Dabigatran, Rivaroxaban und Apixaban an der Gesamtmenge der Vitamin K-Antagonisten (inkl. Dabigatran, Rivaroxaban und Apixaban)	≤ 8 Prozent	1

Für das Jahr 2013 kommen erstmalig die in Anlage 4 zum Hausarztvertrag aufgeführten Vergütungswerte zum Ansatz:

- bei 3 erreichten Zielen (mindestens eins der Priorität 1): 1.000 Euro
- bei 4 erreichten Zielen (mindestens eins der Priorität 1): 1.500 Euro
- bei 5 oder mehr erreichten Zielen (mindestens zwei der Priorität 1): 2.000 Euro

Über den Grad der Zielerreichung erhalten Sie nach Bereitstellung der entsprechenden Daten durch die AOK quartalsweise und jährlich eine Information. Die Auszahlung erfolgt ohne gesonderte Abrechnung zur Mitte des Jahres 2014.

Den Hausarztvertrag mit der Anlage 5 in der aktuellen Fassung finden Sie auf der Homepage der KVBB [www.kvbb.de](http://www.kvbb.de) unter der Rubrik Verträge.

**Ansprechpartner:**

Fachbereich Verordnung, Wirtschaftlichkeit, Beschwerde  
Fachbereich Verträge





# Arzneimittelvereinbarung und Richtgrößen für das Jahr 2013

Nachdem bereits im November des vergangenen Jahres die Eckwerte zur Anpassung des Ausgabenvolumens sowie Zielwerte für Arzneimittelgruppen mit Leitsubstanzen mit den Krankenkassenverbänden abgestimmt wurden, ist es nun gelungen, die Arzneimittelvereinbarung an sich und die daraus resultierenden Richtgrößen für das Jahr 2013 zu ratifizieren.

Das Ausgabenvolumen für Arzneimittel und Verbandmittel wird für das Jahr 2013 um 3,65 Prozent auf rund 966,2 Mio. Euro angehoben. Eingeflossen in diese Steigerung sind sowohl die Rahmenvorgaben auf Bundesebene als

auch brandenburgspezifische Faktoren.

Bei den Arzneimittelgruppen mit Leitsubstanzen wird der Wirkstoff Pravastatin in der Gruppe der HMG-CoA-Reduktasehemmer als zusätzliche Leitsubstanz aufgenommen. Die Selektiven Serotonin Rückaufnahme-Inhibitoren mit der Leitsubstanz Citalopram wurden neu in die Vereinbarung integriert. Die Gruppe der oralen Opioide ist entfallen, da eine diesbezügliche Zielfestlegung nicht als sinnvoll angesehen wurde. Folgende Zielwerte wurden vereinbart:

Arzneimittelgruppe	Zielwert für DDD-Anteil der Leitsubstanz
HMG-CoA-Reduktasehemmer (Simvastatin und Pravastatin)	94,4 Prozent
Selektive Serotonin Rückaufnahme-Inhibitoren (Citalopram)	64,7 Prozent
ACE-Hemmer (Enalapril, Lisinopril, Ramipril)	98,2 Prozent
ACE-Hemmer-Diuretika-Kombinationen (Enalapril, Lisinopril, Ramipril, jeweils mit Diuretikum)	86,7 Prozent
Nicht-steroidale Antirheumatika (Diclofenac und Ibuprofen)	80,0 Prozent
Antidiabetika exklusive Insuline (Sulfonylharnstoffe und Metformin)	87,0 Prozent
Calcium-Antagonisten (Amlodipin und Nitrendipin)	76,0 Prozent

Arzneimittelgruppe bzw. Arzneimittel	Höchstwert
HMG-CoA-Reduktasehemmer und ezetimibhaltige Arzneimittel (Anteil von ezetimibhaltigen Arzneimitteln einschließlich Kombinationen)	6,5 Prozent
Antidiabetika exklusive Insuline (Anteil der GLP-1-Analoga)	2,0 Prozent
	Mindestwert
Erythropoese - stimulierende Wirkstoffe (Anteil „biosimilarer“ Erythropoetine)	39,0 Prozent

Wie in den vergangenen Jahren auch findet jedes eingehaltene Ziel bei der Bewertung der Überschreitung des Richtgrößenvolumens Berücksichtigung. Neu gegenüber den Vereinbarungen der Vorjahre sind die von den Vertragspartnern aufgestellten Grundsätze für die **Verordnung von Blutzuckerteststreifen**. Danach soll

- die Verordnung einmalig für den medizinisch notwendigen **Gesamtquartalsbedarf** an Blutzuckerteststreifen erfolgen und
- sich die Verordnung des Quartalsbedarfs an der nachfolgend genannten **Verordnungsmenge** (Stand Januar 2013) orientieren:

Diagnose/Therapie	empfohlene Verordnungsmenge an Teststreifen pro Quartal
Sondersituationen bei Diabetes mellitus Typ 2 nicht insulinpflichtige Diabetiker (z.B. bei instabiler Stoffwechsellage: interkurrente Erkrankungen, Ein-/Umstellung auf orale Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko)	bis 50 Stück
Diabetes mellitus Typ 2 insulinpflichtige Diabetiker (zweimal Mischinsulin und einmal Normalinsulin bzw. nur Normalinsulin oder Mischinsulin in Kombination mit oralen Antidiabetika)	bis maximal 100 Stück

Diagnose/Therapie	empfohlene Verordnungsmenge an Teststreifen pro Quartal
ICT bei Diabetes mellitus Typ 1 und 2	bis zu 400 Stück
Gestationsdiabetes	Menge je nach genannter Therapieform

Gemeinsam mit der Arzneimittelvereinbarung wurden mit dem 5. Nachtrag zur Prüfvereinbarung die Richt-

größen für das Jahr 2013 entsprechend der vereinbarten Steigerung linear auf folgende Werte angehoben:

### Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel 2013

Arztgruppe	Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel einschließlich Sprechstundenbedarf (Brutto in Euro)	
	Mitglieder/ Familienversicherte	Rentner
Allgemeinmediziner/ Praktische Ärzte	42,48	137,84
Anästhesisten	35,34	47,16
Augenärzte	13,40	28,71
Chirurgen	18,31	28,49
Gynäkologen	16,13	30,75
HNO-Ärzte	12,15	6,89
Hautärzte	32,21	33,47
Internisten, hausärztlich	53,08	141,24
Internisten, fachärztlich ohne/sonstiger Schwerpunkt*	92,33	187,29

Arztgruppe	Richtgrößen für Arznei- und Verbandmittel einschließlich Sprechstundenbedarf (Brutto in Euro)	
	Mitglieder/ Familienversicherte	Rentner
SP Kardiologie	23,65	37,92
SP Gastroenterologie	50,38	63,23
SP Pneumologie u. Lungenärzte	106,71	162,12
SP Nephrologie	121,06	243,83
Kinderärzte	31,27	30,43
Nervenärzte/Neurologen	115,98	200,62
Orthopäden	9,72	33,29
Urologen	20,61	33,71

\* sonstige Schwerpunkte: Angiologie, Endokrinologie und Diabetologie, Hämatologie und Onkologie, Rheumatologie, Geriatrie, Infektiologie

Als zusätzliche Praxisbesonderheit konnten Arzneimittel zur Behandlung der altersabhängigen Makuladegeneration sowie des Makulaödems in die Anlage 2 zur Prüfvereinbarung (SNR 99331) aufgenommen werden. Bei Verordnung eines entsprechenden Präparats erfolgt nunmehr die Herausrechnung des Verordnungsvolumens aus den richtgrößenrelevanten Verordnungskosten durch die Prüfungsstelle.

Die Arzneimittelvereinbarung sowie die Prüfvereinbarung in der Fassung des 5. Nachtrags finden Sie zum Download auf unserer Internetseite unter der Rubrik Verträge der KVBB, [www.kvbb.de/praxis/vertraege-und-recht](http://www.kvbb.de/praxis/vertraege-und-recht).

**Ansprechpartner:**  
Beratende Apotheker  
Fachbereich Verträge

## Neuerungen zu DMP-Verträgen

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

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

## Heilmittelvereinbarung 2013 abgeschlossen

Nach achtmonatigen Verhandlungen haben die KVBB und die Verbände der Krankenkassen die Heilmittelvereinbarung für das Jahr 2013 abgeschlossen. Trotz der für das Jahr 2012 zu erwartenden Unterschreitung ist es gelungen, das Ausgabenvolumen des Vorjahres auch als Ausgabenvolumen 2013 zu vereinbaren. Demzufolge steht wiederum ein Betrag von ca. 121,6 Mio. Euro zur Verfügung.

Die Details zu diesen beiden Informationen entnehmen Sie bitte der Web-site der KV Brandenburg unter [www.kvbb.de/praxis/vertraege-und-recht](http://www.kvbb.de/praxis/vertraege-und-recht).

## Änderung der Bereitschaftsdienstordnung

Auf der Internetseite der KVBB ([www.kvbb.de](http://www.kvbb.de)) ist die zum 1. Juli 2013 geänderte Gemeinsame Bereitschaftsdienstordnung der Landesärztekammer Brandenburg und der KV Brandenburg veröffentlicht:

Die Vertreterversammlung der KV Brandenburg hat in ihrer Sitzung am 21.6.2013 die Gemeinsame Bereitschaftsdienstordnung geändert und insgesamt neu beschlossen. Die geänderte Fassung tritt für die Mitglieder der KVBB zum 1.7.2013 in Kraft.

Die geänderte Fassung ist der LÄKB zur Beschlussfassung zugeleitet worden.

Den vollständigen Wortlaut finden Sie unter [www.kvbb.de/praxis/service/ärztlicher-bereitschaftsdienst](http://www.kvbb.de/praxis/service/ärztlicher-bereitschaftsdienst).



## Offenbarungseid

*Also, um es vorweg gleich einmal unmissverständlich festzuhalten: Ich bin ein Fan von fachlichen Gesprächen, mit Betonung auf fachlich. Deshalb bin ich heute noch stinksauer, wenn ich mich an jenen Tag erinnere, als ...*

*... ein Mitarbeiter einer gesetzlichen Krankenversicherung mit drei Großbuchstaben in meiner Praxis stand und mit mir ein Beratungsgespräch in Sachen Arzneimittelverordnungen führen wollte. Gut vorbereitet schlug er auf mit einer Statistik über die Frequenz von mir verordneter Arzneimittel.*

*Dabei versuchte er mich zu überzeugen, dass ich doch in Zukunft einige dieser Verordnungen durch billigere ersetzen sollte. Als ich mit ihm die pharmakologischen Vor- und Nachteile dieser oder jener Verordnung bespre-*

*chen wollte, lehnte er dies ab. Nicht, weil er nicht wollte, sondern weil er nicht könne.*

*Schließlich besitze er keine pharmakologischen/pharmazeutischen Kenntnisse, sondern sei als Sachbearbeiter bei der Kasse tätig. Nach diesem Offenbarungseid war ich einen Moment fassungslos und danach hatte ich fast nur noch Mitleid.*

*PS: Sollte dies meinen Kolleginnen und Kollegen bekannt vorkommen und sie ähnlich tolle „Beratungs“-Erfahrungen gesammelt haben, sollten wir den Kassen vielleicht eine kollektive Weiterbildung anbieten. Extrabudgetär vergütet, in angemessener – falsch: in wirtschaftlich gebotener Höhe, meint Ihr ...*

*... specht*

## Änderung zur GOP 40120 bis 40126

Mit Streichung der Anmerkung „an den auftragserteilenden Arzt“ sind die Gebührenordnungspositionen (GOP) 40120 bis 40126 EBM nicht mehr im Behandlungsfall berechnungsfähig, wenn bereits die GOP 40100 EBM zum Ansatz gebracht wurde. Die Regelung ist rückwirkend zum 1. Juni 2013 in Kraft getreten.

**Die Veröffentlichung des vollständigen Beschlusstextes finden Sie im Deutschen Ärzteblatt Jg. 110, Heft 25, Seite A 1283.**

### **Ansprechpartner:**

Abrechnungshotline 0331/98 22 98 03

## Abrechnung Viskoelastika jetzt über Sachkosten

Wir möchten Sie über eine Änderung der Bezugsmöglichkeit von Viskoelastika (z.B. Amvisc®, Healon® u.a.) informieren.

Diese sind ab 1.7.2013 nicht mehr über Sprechstundenbedarf (SSB) zu Lasten der Barmer/GEK bzw. AOK Nordost zu beziehen, sondern als Sachkosten mit den zuständigen Krankenkassen des jeweiligen Patienten abzurechnen. Hintergrund hierfür sind die unterschiedlichen vertraglichen Konstellationen bei den Krankenkassen. Da hier eine eindeutige Zuordnungsmög-

lichkeit zum Patienten besteht und die Kataraktlinsen ohnehin jeweils mit der Krankenkasse als Sachkosten abzurechnen sind, entsteht für die Vertragsärzte kein Mehraufwand. Da wir davon ausgehen, dass die Krankenkassen den Bezugsweg ab sofort kontrollieren werden, bitten wir um Beachtung.

**Ansprechpartner:**  
Beratende Apotheke

### Mammographie-Screening

## Keine Ultraschalluntersuchungen bei unauffälligem Befund

In der Richtlinie Früherkennung von Brustkrebs und den bundesmantelvertraglichen Regelungen zum Mammographie-Screening-Programm ist der Umfang der durchzuführenden diagnostischen Maßnahmen in Abhängigkeit vom Ergebnis der Mammographie abschließend beschrieben. Die Durchführung von Ultraschalluntersuchungen bei unauffälligem Befund ist unabhängig von der Brustgewebedichte danach nicht vorgesehen.

Auch wenn in den S3-Richtlinien Ultraschalluntersuchungen der Brustdrüse(n) bei einem Dichtegrad 3 oder 4 seit 2008 empfohlen werden, sind diese also nicht Bestandteil des Mammographie-Screening-Programms. Sofern die Versicherte diese Untersuchung im Rahmen der Früherkennung wünscht, handelt es sich nicht um eine Leistung, die zu Lasten der GKV berechnungsfähig ist.

**Ansprechpartner:**  
Abrechnungshotline 0331/98 22 98 03



Bekanntmachung gemäß § 2 Abs. 8 Satzung

## Geänderte Gebührensatzung

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg hat auf ihrer Sitzung am 22.3.2013 die Gebührensatzung in § 1 Ziffer 10 und die zur Gebührensatzung gehörende Anlage (Gebührenverzeichnis) geändert. Die Änderung wurde durch das zuständige Aufsichtsministerium (MUGV) am 28.6.2013 genehmigt.

Danach sind Kosten für Widerspruchsverfahren nach § 13 Abs. 3 Buchstabe i) Satzung, soweit sie nicht erfolgreich sind, in Höhe von 100 Euro je Widerspruch gebührenpflichtig. Für Widersprüche zum selben Sachverhalt wird, wenn diese über mehrere

Quartale bis zu einer Entscheidung eingelegt werden (müssen), die Gebühr nur einmal erhoben.

Der vollständige Wortlaut der zum 1.7.2013 in Kraft getretenen geänderten Gebührensatzung und des Gebührenverzeichnisses ist auf der Internetseite der KVBB unter [www.kvbb.de/praxis/vertraege-und-recht/rechtsquellen](http://www.kvbb.de/praxis/vertraege-und-recht/rechtsquellen) einsehbar.

**Sofern Sie die Gebührensatzung in Papierform erhalten wollen, wenden Sie sich bitte an die Innere Verwaltung, Tel.: 0331/23 09 463.**

Anzeige

## Vertretung im Bereitschaftsdienst

In den letzten Monaten erreichten die KVBB häufiger Patientenbeschwerden über selbständige Vertreterärzte im allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst, die keine Mitglieder der KV Brandenburg sind. Allerdings bleiben unsere Anfragen, die wir an diese Ärzte zur Sachverhaltsaufklärung richten, häufig unbeantwortet, so dass wir letztlich nur anhand der Beschwerde entscheiden können. Bitte beachten Sie aber, dass der Vertretene auch für seinen Vertreter verantwortlich bleibt! Insofern können sich disziplinar- und berufsrechtliche Maßnahmen auch gegen denjenigen wenden, der sich im Bereitschaftsdienst durch ein Nichtmitglied vertreten lässt. Hierzu führt die Gemeinsame Bereitschaftsdienstordnung wie folgt aus:

### § 6, Pkt 1.

„Der zum allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienst eingeteilte Arzt kann sich von einem anderen Arzt

vertreten lassen, wenn dieser sich durch den Besitz einer Approbationsurkunde oder einer deutschen Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufes ausweisen kann. **Der Arzt hat sich über die Qualifikation seines ihn vertretenden Arztes zu vergewissern. Seine Verantwortung für den organisatorischen Ablauf der Vertretung gemäß § 9 bleibt erhalten, auch wenn er sich vertreten lässt.“**

Bitte achten Sie daher auf eine sorgfältige Auswahl Ihrer Vertreter, vor allem, wenn es sich hierbei um Nichtmitglieder der KVBB handelt! Hilfreiche weitere Informationen zur Praxisvertretung finden Sie auch in dem Artikel „Vertretungsregelungen: Einer für alle?“ im Deutschen Ärzteblatt 2012, 109/49, Seite A-2487.

### Nächste Beratung der Vertreterversammlung

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

**Beginn ist 15 Uhr.**

Die Veranstaltung ist für Mitglieder der KVBB öffentlich.

# Ermächtigte Ärzte: Was kann delegiert werden?

Das Gebot zur persönlichen Leistungserbringung gilt für alle Vertragsärzte und ist eines der wesentlichen Merkmale der freiberuflichen Tätigkeit. Es prägt wie kein anderes Merkmal das Berufsbild des Arztes. Das bedeutet nicht, dass der Arzt jede Behandlung höchstpersönlich durchführen muss.

Persönliche Leistungen sind auch ärztliche Leistungen durch genehmigte Assistenten und angestellte Ärzte, soweit sie dem Praxisinhaber als Eigenleistung zugerechnet werden können. Persönliche Leistungen sind ferner Hilfeleistungen nichtärztlicher Mitarbeiter, die der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt, der genehmigte Assistent oder ein angestellter Arzt anordnet und fachlich überwacht, wenn der nicht-ärztliche Mitarbeiter zur Durchführung der jeweiligen Hilfeleistung qualifiziert ist.

Dabei sind Behandlungen und Diagnostik zu differenzieren, die

- höchstpersönlich,
- delegationsfähig an ärztliche Mitarbeiter und
- delegationsfähig an nichtärztliche Mitarbeiter durchgeführt werden.

Die Pflicht zur höchstpersönlichen Behandlung betrifft ganz besonders Krankenhausärzte, die nach den §§ 95, 116 SGB V persönlich ermächtigt sind und demzufolge nicht über genehmigte Assistenten und angestellte Ärzte verfügen. Abgesehen von Vertretungsfällen im Sinne der Ärzte-ZV dürfen diese Ärzte keine Behandlungen an ärztliche Mitarbeiter delegieren. Anders verhält es sich bei Behandlung und Diagnostik, die an nichtärztliche Mitarbeiter delegiert werden können. Hier gilt auch für die ermächtigten Krankenhausärzte das Recht zur Delegation, sofern es die Umstände und insbesondere die Gefährlichkeit für den Patienten zulassen.

**Quelle: Deutsches Ärzteblatt | Jg. 105 | Heft 41 | 10. Oktober 2008**

**Ansprechpartner:**  
Abrechnungshotline 0331/98 22 98 03

# Änderungen der Unfallversicherung (UV-GOÄ)

Mit **Wirkung zum 1.6.2013** erfolgte eine Anhebung folgender Gebühren:

Nr.	Allgemeine Heilbehandlung	Besondere Heilbehandlung
<b>2348</b> Nagelung und/oder Drahtung eines kleinen Röhrenknochens bei offenem Knochenbruch	Keine Änderung	189,76 Euro (zuvor 47,67 Euro)
<b>2381</b> Einfache Hautlappenplastik	72,02 Euro (zuvor 25,54 Euro)	Keine Änderung
<b>2382</b> Schwierige Hautlappenplastik oder Spalthauttransplantation	72,02 Euro (zuvor 51,01 Euro)	90,03 Euro (zuvor 63,48 Euro)
<b>2404</b> Exzision einer größeren Geschwulst	72,55 Euro (zuvor 38,24 Euro)	Keine Änderung

Zudem wurden die Leistungslegenden folgender Gebührennummern (Nr.) ergänzt:

Die **Nr. 2001** kann nun bei der Verwendung von Gewebekleber bei der Versorgung kleiner Wunden am Kopf und an den Händen und bei Kindern bis zum 6. Geburtstag abgerechnet wer-

den. Außerdem ist die **Nr. 828** jetzt auch für die Messung magnetisch evozierter Hirnpotenziale abrechenbar.

Der vollständige Beschlusstext ist im Deutschen Ärzteblatt Seite A 1224 veröffentlicht.

#### **Ansprechpartner:**

Abrechnungshotline 0331/98 22 98 03

Psychotherapie-Richtlinie:

## Vergütungsregelung zur Änderung der Gruppentherapie

In einem Rundschreiben teilt die KBV mit, dass nach dem Inkrafttreten der geänderten Psychotherapie-Richtlinie am 19. Juni folgende Vergütungsregelungen getroffen wurden. In dem Schreiben heißt es:

„Eine Anpassung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab steht noch aus. Die (bislang) im EBM enthaltenen GOP 35202, 35203 und 35211 decken den erweiterten Leistungsumfang der angepassten Richtlinie bei Kindern und Jugendlichen nicht ab. Als Mindestteilnehmerzahl werden darin nach wie vor sechs Teilnehmer genannt. Nach der geänderten Richtlinie sind es jedoch drei. Durch die Verringerung sollen altersspezifische Entwick-

lungsbedingungen und die besonderen therapeutischen Erfordernisse bei Diagnosen wie ADHS, Autismus oder Verhaltensstörungen besser berücksichtigt werden.

Bis der Bewertungsausschuss eine Anpassung der GOP im EBM beschlossen hat, empfehlen wir daher ... folgendes Vorgehen: Führt der Vertragsarzt eine Behandlung im Rahmen der geänderten Psychotherapie-Richtlinie durch und liegt die Mindestteilnehmerzahl ... von Kindern und Jugendlichen zwischen drei und fünf Teilnehmern, erfolgt eine Abrechnung im Rahmen der Kostenerstattung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).“

**Bitte vormerken!**

### 18. Brandenburgischer Selbsthilfetag

**Termin:** 14. September 2013, 10 bis 16 Uhr  
**Ort:** Oranienburg, F. F. Runge Gymnasium  
**Thema:** ÄNGSTE – wofür wir sie brauchen ...!  
**Ansprechpartnerin:** Yvonne Becker, KOSA, Tel. 0331/98 22 98 01, E-Mail: kosa@kvbb.de





# Zulassungen und Ermächtigungen

## Neuzulassungen

Nachstehende Entscheidungen haben noch keine Bestandskraft erlangt, sodass dagegen noch Widerspruch eingelegt bzw. Klage erhoben werden kann.

### **Alexandra Böttcher**

Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, in Ludwigsfelde, ab 01.07.2013

### **Dr. med. Katharina Dunkel-Lüdtke**

Fachärztin für Allgemeinmedizin, in Birkenwerder, ab 01.08.2013

### **Claudia von Grabe**

Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, in Potsdam, ab 01.07.2013

### **Antonia Halbach**

Fachärztin für Innere Medizin/Hausärztin, in Velten, ab 01.10.2013

### **Dr. med. Tobias Hülsey**

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, in Erkner, ab 01.04.2014

### **Cornelia Kunz**

Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin, in Potsdam, ab 02.01.2014

### **Dr. med. Steffen Lach**

Facharzt für Innere Medizin/Hausarzt, in Werder an der Havel, ab 01.10.2013

### **Sabine Opalka**

Fachärztin für Innere Medizin/Hausärztin, in Velten, ab 01.10.2013

### **Dr. med. Karsten Ostermann**

Facharzt für Allgemeinmedizin, in Teltow, ab 01.08.2013

### **Dipl.-Psych. Susanne Peters**

Psychologische Psychotherapeutin, in Blankenfelde-Mahlow, ab 01.01.2014

### **Dr. med. Alexander Rohde**

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ausschließlich psychotherapeutisch tätig, in Neuenhagen b. Berlin, ab 01.08.2013

### **Dipl.-Soz.-Päd. Konstantin Röwekamp**

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, in Potsdam, ab 01.07.2013

### **Dr. med. Ursula Ruthe**

Fachärztin für Allgemeinmedizin, in Kleinmachnow, ab 01.10.2013

### **Dajana Wittowski**

Fachärztin für Allgemeinmedizin, in Falkensee, ab 01.10.2013

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

Nachstehende Entscheidungen haben noch keine Bestandskraft erlangt, sodass dagegen noch Widerspruch eingelegt bzw. Klage erhoben werden kann.

**Medizinisches Dienstleistungs-  
zentrum Havelland GmbH/Betriebsteil  
Falkensee**

Genehmigung zur Anstellung von:  
**Karsten Kördel**  
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
ab 01.07.2013

**Poliklinik Ernst von Bergmann GmbH,  
in Potsdam**

Genehmigung zur Anstellung von:  
**Dr. med. Almut Ebersbach**  
Fachärztin für Neurologie, ab 01.07.2013

**Gesundheitszentrum Niederlausitz GmbH;  
Betriebsstätte Schwarzeide**

Genehmigung zur Anstellung von:  
**Dr. med. Irmelin Bellmann**  
Fachärztin für Haut- und Geschlechts-  
krankheiten, ab 01.07.2013

**Thomas Schwörig**  
Facharzt für Chirurgie, ab 01.07.2013

**Medizinische Versorgungszentren  
gem. § 95 Abs. 1 SGB V**

Nachstehende Entscheidungen haben  
noch keine Bestandskraft erlangt, sodass  
dagegen noch Widerspruch eingelegt  
bzw. Klage erhoben werden kann.

**MVZ der Gesundheitszentrum  
Eisenhüttenstadt GmbH**

Genehmigung zur Anstellung von:  
**Martin Vogel**  
Facharzt für Psychiatrie und  
Psychotherapie  
ab 01.07.2013

**OGD MVZ Neuruppin II**

Genehmigung zur Anstellung von:  
**Dr. med. Markus Mensing**  
Facharzt für Orthopädie und  
Unfallchirurgie, ab 01.07.2013

**Dr. med. Margareta Kampmann-  
Schwantes**

Fachärztin für Allgemeinmedizin/aus-  
schließlich psychotherapeutisch tätig  
ab 01.08.2013

**MVZ Luisenplatz, in Potsdam  
(vormals MVZ Lennéstraße)**

Genehmigung zur Anstellung von:  
**Dr. med. Barbara Lindemann**  
Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Fachärztin für Sprach-, Stimm- und  
kindliche Hörstörungen, ab 01.07.2013

**MVZ für Psychiatrie, Psychotherapie und  
Psychosomatik Potsdam-West**

Genehmigung zur Anstellung von:  
**Dipl.-Psych. Gisela Look**  
Psychologische Psychotherapeutin  
ab 16.07.2013

**Ermächtigungen**

Nachstehende Entscheidungen haben  
noch keine Bestandskraft erlangt, sodass  
dagegen noch Widerspruch eingelegt  
bzw. Klage erhoben werden kann.

**Dr. med. Santosh Kumar Ahuja**

Facharzt für Nuklearmedizin  
Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH  
ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf  
Überweisung von zugelassenen Ärzten  
sowie Ärzten in zugelassenen Einrichtun-

gen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von am Klinikum Frankfurt (Oder) ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der Nuklearmedizin, Hämatologische Untersuchung, Intestinale Funktionsdiagnostik, Radiosynoviorthese der kleinen Gelenke, Radiosynoviorthese der großen Gelenke, Radionuklidtherapie auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Nuklearmedizin sowie Fachärzten für Nuklearmedizin in zugelassenen Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V und von dem am Klinikum Frankfurt (Oder) ermächtigten Fachärzten für Kardiologie für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum 31.08.2013

**PD Dr. med. Christian Butter**

Facharzt für Innere Medizin/  
SP Kardiologie

Immanuel Klinik Bernau/Herzzentrum  
Brandenburg, in Bernau

ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Innere Medizin/SP Kardiologie sowie fachärztlich tätigen Internisten, die selbst Funktionsanalysen nach GNR 13552 durchführen, sowie von eben solchen in zugelassenen Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V zur Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers und/oder eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum 30.06.2015

**Dr. med. Thomas Günzel**

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH

ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V zur Betreuung von Problemfällen im Rahmen des Konsiliarauftrages und auf dem Gebiet der Tumornachsorge für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum 30.06.2015

**Dr. med. André Hasenbein**

Facharzt für Innere Medizin/SP Angiologie  
Oberhavel Kliniken GmbH/Krankenhaus  
Hennigsdorf

ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf Überweisung von zugelassenen Ärzten sowie Ärzten in zugelassenen Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der angiologischen Diagnostik für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum 30.06.2015

**Dr. med. Nils Heinze**

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde  
Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH  
ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Fachärzten für Phoniatrie und Pädaudiologie bzw. entsprechenden Ärzten in zugelassenen Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Phoniatrie für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum 30.06.2015



**Dr. med. Andreas Hering**

Facharzt für Innere Medizin/  
SP Gastroenterologie  
Klinikum Barnim GmbH/ Werner Forßmann  
Krankenhaus, in Eberswalde  
ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf  
Überweisung von zugelassenen fachärzt-  
lich tätigen Fachärzten für Innere Medizin  
sowie entsprechenden Fachärzten in  
zugelassenen Einrichtungen nach § 95  
Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V im Rahmen  
einer Spezialsprechstunde zur Diagnostik  
und Therapie komplexer Verläufe chro-  
nisch entzündlicher Darmerkrankungen,  
chronischer Lebererkrankungen und  
Leberzirrhose  
für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum  
30.06.2015

**Dipl.-Med. Lutz Krüger**

Facharzt für Anästhesiologie  
KMG Klinikum Mitte GmbH/Klinikum Kyritz  
ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf  
Überweisung von zugelassenen Ärzten  
sowie Ärzten in zugelassenen Einrichtun-  
gen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V  
auf dem Gebiet der Schmerztherapie  
für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum  
30.06.2015

**Dr. med. Jürgen Kummer**

Facharzt für Nervenheilkunde  
Martin Gropius Krankenhaus GmbH  
in Eberswalde  
ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf  
Überweisung von zugelassenen Fach-  
ärzten für Neurologie/Psychiatrie, Lungen-  
fachärzten, Fachärzten für Innere Medizin  
mit der Teilgebietsbezeichnung Lungen- u.  
Bronchialheilkunde und Fachärzten für

HNO-Heilkunde sowie entsprechenden  
Fachärzten in zugelassenen Einrichtungen  
nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V zur  
Behandlung von Schlafstörungen  
für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum  
30.06.2015

**Dr. med. Ines Liebold**

Fachärztin für Innere Medizin/  
SP Infektiologie  
Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH,  
in Potsdam  
ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf  
Überweisung von zugelassenen Ärzten  
sowie Ärzten in zugelassenen Einrichtun-  
gen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V  
für das Gebiet der Tropen- und Infektions-  
erkrankungen, insbesondere der Behand-  
lung von Meningitis, Lyme-Borreliose und  
auf Überweisung von zugelassenen  
fachärztlich tätigen Internisten sowie  
fachärztlich tätigen Internisten in zuge-  
lassenen Einrichtungen nach § 95 Abs. 1  
bzw. § 311 Abs. 2 SGB V zur Mit- und Wei-  
terbehandlung von komplizierten Hepatiti-  
den bei Patienten mit HIV  
für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum  
30.06.2015

**Annemarie Nippraschk**

Fachärztin für Anästhesiologie  
Ruppiner Kliniken GmbH, in Neuruppin  
ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf  
Überweisung von zugelassenen Fach-  
ärzten für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie  
und Fachärzten für Mund-Kiefer-Gesichts-  
chirurgie in zugelassenen Einrichtungen  
nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V  
sowie von an der Ruppiner Kliniken GmbH  
ermächtigten Fachärzten für Mund-Kiefer-

Gesichtschirurgie auf dem Gebiet  
Anästhesiologie  
für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum  
30.06.2015

**Dr. med. Wenke Pomaska**

Fachärztin für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe  
Klinikum Dahme Spreewald GmbH/  
Spreewaldklinik Lübben  
ermächtigt auf Überweisung von zuge-  
lassenen Fachärzten für Frauenheilkunde  
und Geburtshilfe sowie entsprechenden  
Ärzten in zugelassenen Einrichtungen  
nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V für  
die Planung der Geburtsleitung gemäß § 31  
Abs. 2 Ärzte-ZV i. V. m. § 5 Abs. 2 BMV-Ä  
und § 9 Abs. 2 BMV-Ä/EK in Verbindung mit  
den Mutterschaftsrichtlinien gemäß Teil B  
Nr. 6,  
gemäß § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ärzte-ZV zur exter-  
nen kardiotokegraphischen Untersuchung  
(CTG)  
auf Überweisung von zugelassenen  
Fachärzten für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe und Fachärzten für Urologie  
sowie entsprechenden Fachärzten in Ein-  
richtungen nach § 95 Abs. 1 sowie § 311  
Abs. 2 SGB V gemäß § 31a Abs. 1 Nr. 1  
Ärzte-ZV zur Durchführung von urody-  
namischen Untersuchungen  
für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum  
30.06.2015

**Dr. med. Horst Richter**

Facharzt für Innere Medizin/  
SP Gastroenterologie  
Oder-Spree Krankenhaus GmbH,  
in Beeskow  
ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf

Überweisung von zugelassenen gastroen-  
terologisch tätigen Ärzten sowie ent-  
sprechenden Ärzten in zugelassenen Ein-  
richtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2  
SGB V zur Diagnostik und Therapie gastro-  
enterologischer Erkrankungen und  
auf Überweisung von zugelassenen  
Ärzten sowie Ärzten in zugelassenen Ein-  
richtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311  
Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Tropen-  
medizin  
für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum  
30.06.2015

**Dipl.-Med. Yvonne Schröder**

Fachärztin für Anästhesiologie  
DRK gemeinnützige Krankenhausgesell-  
schaft Thüringen Brandenburg mbH/  
DRK-Krankenhaus Luckenwalde  
ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf  
Überweisung von zugelassenen Ärzten  
sowie Ärzten in zugelassenen Einrichtun-  
gen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V  
auf dem Gebiet der Schmerztherapie  
für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum  
30.06.2015

**Dieter Schultz**

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin  
Immanuel Klinik Rüdersdorf  
ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf  
Überweisung von zugelassenen Fach-  
ärzten für Kinder- u. Jugendmedizin sowie  
Fachärzten für Kinder- u. Jugendmedizin  
in zugelassenen Einrichtungen nach § 95  
Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V für die Diag-  
nostik und Therapie von Patienten mit  
Mucoviscidose - cystischer Fibrose und auf  
dem Gebiet der Allergologie  
für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum  
30.06.2015

**Dr. med. Karsten Schulze**

Facharzt für Innere Medizin/  
SP Pneumologie

Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH,  
in Potsdam

ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf  
Überweisung von zugelassenen Fach-  
ärzten für Innere Medizin/Schwerpunkt  
Pneumologie sowie Fachärzten für Innere  
Medizin/Schwerpunkt Pneumologie in  
zugelassenen Einrichtungen nach § 95  
Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V zur Durch-  
führung ausgewählter pneumologischer  
Leistungen

Ergospirometrische Untersuchung,  
Bestimmung des Säurebasenhaushalts  
und Blutgasanalyse, Bronchoskopie,  
Sonographie der Thoraxorgane, Entlas-  
tungspunktion des Pleuraraums und/oder  
nichtoperative Pleuradrainage  
für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum  
30.06.2015

**Dr. med. Torsten Schüler**

Facharzt für Urologie

Krankenhaus Forst GmbH

ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf  
Überweisung von zugelassenen Urologen  
und Gynäkologen sowie Urologen und  
Gynäkologen in zugelassenen Einrichtun-  
gen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V  
für die urogynäkologische Diagnostik und  
auf Überweisung von zugelassenen Urolo-  
gen sowie Urologen in zugelassenen Ein-  
richtungen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311  
Abs. 2 SGB V zur konsiliarischen Tätigkeit  
bei urologischen Problemfällen  
für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum  
30.06.2015

**Arne Teschner**

Facharzt für Innere Medizin/

SP Gastroenterologie

KMG Klinikum Mitte GmbH/Klinikum  
Wittstock

ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf  
Überweisung von zugelassenen Ärzten  
sowie Ärzten in zugelassenen Einrichtun-  
gen nach § 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V  
für Problemfälle mit chronisch entzünd-  
lichen Darmerkrankungen und Tumoren  
im gastrointestinalen Bereich, für Punktio-  
nen, für Röntgenleistungen, für Leistun-  
gen der adjuvanten bzw. palliativen  
Chemotherapie

auf Überweisung von zugelassenen  
fachärztlich tätigen Internisten und  
fachärztlich tätigen Internisten in zuge-  
lassenen Einrichtungen nach § 95 Abs. 1  
bzw. § 311 Abs. 2 SGB V für die ambulante  
Bronchoskopie  
für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum  
30.06.2015

**Dr. med. Isabel Treude**

Fachärztin für Frauenheilkunde und  
Geburtshilfe

Carl-Thiem-Klinikum Cottbus gGmbH

ermächtigt nach § 31 Abs. 2 Ä-ZV i. V. m. § 5  
Abs. 2 BMV-Ä und § 9 Abs. 2 BMV-Ä/EK in  
Verbindung mit den Mutterschafts-Richt-  
linien Teil B Nr. 6 auf Überweisung von  
zugelassenen Fachärzten für Frauen-  
heilkunde und Geburtshilfe sowie Fach-  
ärzten für Frauenheilkunde und Geburts-  
hilfe in zugelassenen Einrichtungen nach  
§ 95 Abs. 1 bzw. § 311 Abs. 2 SGB V zur Pla-  
nung der Geburtsleitung  
für die Zeit vom 01.10.2013 bis zum  
30.09.2015

**Dariusz Wojciechowski**

Facharzt für Innere Medizin/  
SP Gastroenterologie  
Ev. Krankenhaus Lutherstift gGmbH/  
Frankfurt /Oder, in Seelow  
ermächtigt nach § 31a Abs. 1 Nr. 1 Ä-ZV auf  
Überweisung von zugelassenen Ärzten  
sowie Ärzten in zugelassenen Einrichtun-  
gen nach § 95 Abs. 1 sowie § 311 Abs. 2 SGB V  
auf dem Gebiet der Gastroenterologie und  
auf dem Gebiet der präventiven  
Koloskopie  
für die Zeit vom 01.07.2013 bis zum  
30.06.2015

**Praxisverlegungen**

**Dipl.-Psych. Manouchehr Djafari**

Psychologischer Psychotherapeut  
neue Adresse: Am Neustädter Tor 1,  
03046 Cottbus, ab 01.07.2013

**Dr. med. Krassimira Höckendorf**

Fachärztin für Augenheilkunde  
neue Adresse: Hermannstr. 40,  
15562 Rüdersdorf, ab 01.07.2013

**Dr. med. Annette Jahn**

Fachärztin für Allgemeinmedizin/aus-  
schließlich psychotherapeutisch tätig  
neue Adresse: Im Technologiepark 33,  
15236 Frankfurt/Oder, ab 01.04.2013

**Elke Kürbis**

Kinder- und Jugendlichenpsycho-  
therapeutin  
neue Adresse: Thälmannstr. 108,  
16348 Wandlitz, ab 01.01.2014

**Dipl.-Sozialarb. (FH) Wolfgang Meyer**

Kinder- und Jugendlichenpsycho-  
therapeut  
neue Adresse: Friedrich-Ebert-Str. 38,  
14469 Potsdam, ab 01.08.2013

**Dipl.-Med. Ralf Rahneberg**

Facharzt für Allgemeinmedizin  
neue Adresse: Am Grünzug 2,  
15366 Hoppegarten/OT Hönow  
ab 01.07.2013

**Dr. med. Germar Wochatz**

Facharzt für Psychiatrie und  
Psychotherapie/ausschließlich  
psychotherapeutisch tätig  
neue Adresse: Friedrich-Ebert-Str. 38,  
14469 Potsdam, ab 01.08.2013

Anzeige

## Öffentliche Ausschreibungen von Vertragsarztsitzen gemäß § 103 Abs. 4 SGB V

In Gebieten, für die der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Zulassungssperre angeordnet hat, schreibt die KV Brandenburg gem. § 103 Abs. 4 SGB V nach Antragstellung folgende Vertragsarztsitze zur Nachbesetzung aus:

**Bewerbungsfrist bis 9.9.2013**

Kennziffer	Fachrichtung	Planungsbereich	Übergabetermin
30/2013	Hausärzte (1/2 Versorgungsauftrag)	Bad Belzig	01.10.2013
31/2013	Innere Medizin/ SP Hämatologie und internistische Onkologie	Potsdam	01.01.2014
32/2013	Innere Medizin/SP Kar- diologie	Cottbus	01.01.2014
33/2013	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Uckermark	01.07.2014
34/2013	HNO-Heilkunde	Potsdam	01.10.2013
35/2013	Kinder- und Jugend- medizin	Brandenburg a. d. Havel/ Potsdam-Mittelmark	01.01.2014
36/2013	Orthopädie (1/2 Versorgungsauftrag)	Potsdam	sofort

**Bewerbungsfrist bis 9.8.2013**

Kennziffer	Fachrichtung	Planungsbereich	Übergabetermin
26/2013	Augenheilkunde (1/2 Versorgungsauftrag)	Havelland	sofort
27/2013	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Frankfurt (Oder)/ Oder-Spree	01.04.2014
28/2013	Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Märkisch-Oderland	01.01.2014
29/2013	Kinder- und Jugendmedizin	Frankfurt (Oder)/ Oder-Spree	01.04.2014

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

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

**Unter dem Stichwort „Ausschreibung“ sind die Unterlagen bei der KV Brandenburg, Friedrich-Engels-Str. 103/104, 14473 Potsdam, einzureichen.**

**Ansprechpartnerinnen:**

Karin Rettkowski Tel.: 0331/23 09 320  
Ingeborg Prößdorf Tel.: 0331/23 09 323

Weitere Informationen unter  
[www.kvbb.de](http://www.kvbb.de)

Anzeige

Anzeige

## Mit einem Klick informiert

Die Umsetzung der neuen Bedarfsplanungs-Richtlinie bringt eine Vielzahl an Veränderungen. Unter anderem wurden Arztgruppen neu in die Bedarfsplanung aufgenommen und das System der Bezugsregionen für die Planung vom bisherigen Planungsbereich – d.h. dem Landkreis bzw. der kreisfreien Stadt - auf vier Regionsebenen erweitert. Dadurch werden zukünftig beispielsweise Hausärzte auf Mittelbereichsebene, Chirurgen auf Landkreisebene, fachärztlich tätige Internisten auf der Ebene der Raumordnungsregionen und Pathologen mit Bezug auf das Land Brandenburg geplant.

Um die Orientierung in der neuen, differenzierten Systematik zu erleichtern sowie zur besseren Verortung der einzelnen Planungsbereiche im Land Brandenburg werden zulassungsrelevante Informationen für die einzelnen Arztgruppen seit dem 1. Juli 2013 auf der Internetseite der KVBB auch kartographisch aufbereitet veröffentlicht.

So können Sie sich nun arztgruppenbezogen auf einen Blick darüber informieren, welche Planungsberei-

che für neue Zulassungen geöffnet bzw. in welchen diese nicht möglich sind und in welchen für Neuzulassungen gesperrten Bereichen Nachbesetzungsverfahren bestehen. Beim Bewegen des Mauszeigers über die Karten werden weiterführende Informationen zu den einzelnen Planungsbereichen angezeigt. Zusätzlich sind die Regionen hervorgehoben, für die Fördermittel für Praxisneugründungen, -übernahmen und Gründungen von Zweigpraxen zur Verfügung stehen.

Mit diesen Karten wird der Internetauftritt der KVBB um einen weiteren Baustein ergänzt, der sich auch gezielt an junge Ärzte richtet, die eine Tätigkeit im Land Brandenburg aufnehmen und sich über entsprechende Möglichkeiten informieren möchten.

Dieses neue Tool erweitert somit sinnvoll bereits bestehende Angebote. Hierzu zählen z.B. die Möglichkeit der Suche nach einer eigenen Praxis in der Praxisbörse sowie die Informationen zu den Beratungsangeboten der KVBB beim Start in die vertragsärztliche Tätigkeit.





- Abrechnung
- Honorar
- ▼ **Zulassung**
- Weg in die ambulante Versorgung
- Anstellung in der Praxis
- **Bedarfsplanung**
- ▼ **Zulassungsmöglichkeiten**
- ▼ **Ausschreibungen**
- ▼ **Sprechstundenambulanz**
- Anästhesiologie
- Augenheilkunde
- Chirurgie
- Dermatologie
- Frauenheilkunde
- HNO-Heilkunde
- Humangenetik
- Innere Medizin
- Kinder- und Jugendmedizin
- Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Labormedizin
- Nasenheilkunde
- Neurochirurgie
- Nuklearmedizin
- Orthopädie
- Pathologie
- Physikalische u. Rehabilitationsmedizin
- Psychotherapie
- Radiologie
- Strahlentherapie
- Transfusionsmedizin
- Urologie
- **Fördermöglichkeiten**
- **Antragsformulare**
- Studium / Weiterbildung
- Qualität
- Verträge und Recht
- Verordnungen
- IT-Services und Telematik
- Berufspolitik
- Service
- Landesausschuss



Sie sind hier: [Membranfragen](#) ► [Praxis](#) ► [Zulassung](#) ► [Bedarfsplanung](#) ► [Zulassungsmöglichkeiten](#) ► [Ausschreibungen](#) ► [Allgemeinmedizin \(Hausärzte\)](#)

[Drucken](#)

## Allgemeinmedizin (Hausärzte)

Mittelbereich Pritzwalk - Wittstock / Dosse

Frei für Zulassungen

Fördermöglichkeiten: Ja

Weitere Informationen bei der Niederlassungsberatung



[Ausschreibungen als PDF-Datei](#)

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass gemäß der Bedarfsplanungs-Richtlinie eine Überversorgung dann angezeigt ist, wenn durch einen Vergleich zwischen der für den Planungsbereich maßgeblichen allgemeinen Verhältniszahl für die Arztgruppe und der für den Planungsbereich ermittelten örtlichen Verhältniszahl eine Überschreitung von 10 v. H.

### Ansprechpartner

**Niederlassungsberatung**  
**Karin Rettkowsky**  
Tel.: 0351/2309-320

**Ausschreibungen**  
**Inabson Prof. Böger**  
Tel.: 0351/2309-323

### Weitere Informationen

- [Aktuelle Versorgungssituation](#)
- [Weg in die ambulante Versorgung](#)
- [Anstellung in der Praxis](#)
- [Praxisbörsen](#)
- [Fördermöglichkeiten](#)
- [Antragsformulare](#)

## Zulassungsmöglichkeiten

An dieser Stelle waren Sie es über viele Jahre gewohnt, die ebenso bekannte wie vertraute „Kreuzchenliste“ mit den entsprechenden Zulassungsmöglichkeiten/-sperrungen zu finden.

Mit dieser Ausgabe beginnt eine neue Welt. Das heißt, eigentlich ist es keine wirklich neue, sondern ein weiterer Schritt der konsequenten Umsetzung des vor Jahren begonnenen Weges, unsere Informationen mehr und mehr über die modernen elektronischen Medien zu verteilen.

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

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

### Übersicht

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

### Zulassungsförderungen

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

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

**Alle notwendigen Details finden Sie unter [www.kvbb.de](http://www.kvbb.de).**



## Praxisbörse

### Praxisabgabe

- Gutgehende Hausarztpraxis im Osten des Landes Brandenburg sucht zum Januar 2014 eine/n Nachfolger/in.  
**Chiffre: PA/17/2013**

- Allgemeinmedizinische Praxis östlich von Berlin sucht ab Oktober 2013 eine/n Nachfolger/in.  
**Chiffre: PA/18/2013**

- Gutgehende hausärztliche Praxis in Cottbus sucht ab 4/2014 eine/n Nachfolger/in.  
Räume: 1 Anmeldung mit Wartebereich, 1 Sprechzimmer, 1 Sprechzimmer mit Multifunktionsbereich, 1 Ergometrie- bzw. EKG-Zimmer auf 135 qm verteilt zur Miete.  
Ausstattung: Ergometrie, EKG mit Spirometrie, Defibrillator, Sonographie (Gerätegemeinschaft mit Orthopädie), Ultraschallvernebler  
**Chiffre: PA/19/2013**

- Große Schwerpunktpraxis Diabetes/Hausarzt mit sehr gutem Praxispersonal östlich von Berlin sucht ab Januar 2014 eine/n Nachfolger/in.  
**Chiffre: PA/20/2013**

- Gutgehende hausärztliche Praxis (u.a. Sportmedizin, Spezielle Schmerztherapie, Manualtherapie) in Ebers-

walde sucht ab III/2014 eine/n Nachfolger/in.

7 Räume auf 120 qm verteilt,  
2 Arzthelferinnen

**Kontakt: 03334/22228 oder  
dr.dischu@web.de**

- Ausbaufähige Hausarztpraxis im Mittelbereich Fürstenwalde/Spree sucht ab sofort eine/n Nachfolger/in.  
**Chiffre: PA/21/2013**

### Praxissuche

- Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin (Asthmatrainer/Neurodermitrainer) sucht ab 2014 Praxis zur Übernahme. Bevorzugte Region: Potsdam, Brandenburg(Stadt)/Potsdam-Mittelmark, Havelland, Teltow-Fläming

**Kontakt: 0163/8693882 oder  
simondroescher@freenet.de**

- Fachärztin für Allgemeinmedizin sucht ab Ende 2013 Praxis zur Übernahme. Bevorzugte Region: Potsdam, Brandenburg(Stadt)/Potsdam-Mittelmark

**Kontakt: 033203/339787 oder  
Anjatempel@web.de**

- Facharzt für Innere Medizin/Gastroenterologe sucht ab sofort Praxis zur Übernahme. Bevorzugte Region:

Potsdam, Brandenburg(Stadt)/Potsdam-Mittelmark, Teltow-Fläming, Dahme-Spreewald

**Kontakt: 01578/8132196 oder  
samer.jaber@hotmail.de**

- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (Fußchirurgie, D-Arzt, Sonographie- und Röntgenfachkunde, Manuelle Medizin, Akupunktur A-Diplom) sucht ab 2014 Praxis zur Übernahme. Bevorzugte Region: Potsdam, Brandenburg(Stadt)/Potsdam-Mittelmark, Teltow-Fläming, Dahme-Spreewald, Havelland, Oberhavel, Barnim, Märkisch-Oderland

**Chiffre: PG/19/2013**

#### Anstellungs- und Weiterbildungsangebote und -gesuche

- Hausärztliche Praxis mit jungem freundlichem Praxisteam in Oberhavel (Berlinnähe) bietet ab sofort Anstellungsmöglichkeit (Umfang verhandelbar).

**Chiffre: AnKo/15/2013**

- Facharzt für Innere Medizin sucht ab 2014 Anstellungsmöglichkeit in Haus- oder Facharztpraxis (Gemeinschaftspraxis) im Landkreis Dahme-Spreewald.

**Kontakt: Mail-an-Hausschaf@web.de**

Schöne PT-Praxis-Räume in Neuenhagen (Nähe S-Bahn) abzugeben.

**Kontakt: 0176/84554864**

- Facharzt für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin sucht Anstellungsmöglichkeit. Bevorzugte Regionen:

Brandenburg(Stadt)/Potsdam-Mittelmark, Dahme-Spreewald, Potsdam, Teltow-Fläming. Spezielle Kenntnisse: Rettungsdienst, Sportmedizin, Physikalische Therapie und Balneologie

**Chiffre: AnKo/16/2013**

- Große hausärztlich Praxis ca. 10 km von Cottbus entfernt, sucht ab Januar 2014 Kollegen/In zur Anstellung. Anstellungsumfang 10 bis 15 Stunden/Woche (verhandelbar). Bevorzugt Ärzte, die ihre aktive Tätigkeit bereits beendet haben, jedoch noch in geringem Umfang mithelfen möchten.

**Kontakt: bunzel.wolfgang@gmx.de**

- Allgemeinmedizinische Praxis der MEG Blankenfelde im Gesundheitszentrum Blankenfelde (S-Bahn-Nähe) sucht zur Verstärkung des Ärztenteams eine(n) Facharzt(in) für Allgemeinmedizin oder eine(n) Facharzt(in) für Innere Medizin mit hausärztlicher Ausrichtung zur hausärztlichen Versorgung einschließlich Hausbesuchen im nahen Umkreis, bevorzugt in Vollzeit. Als angestellter Facharzt(in) übernehmen Sie einen etablierten Praxisbereich in einer modernen allgemeinmedizinischen Praxis.

**Kontakt: arztpraxis@meg-info.de**

**Ansprechpartner:** Chiffre-Anzeigen:

FB Sicherstellung, Frau Kalsow,  
0331/23 09 322, ikalsow@kvbb.de,  
Friedrich-Engels-Str. 103,  
14473 Potsdam

# Aktuelles Seminarangebot

für Ärzte und Praxispersonal

Termin   Ort	Thema   Referent   Punkte	Kosten
<b>30.08.2013</b> 14.00-18.00 <b>Potsdam</b>	<b>QEP-Update für QM-Beauftragte</b> Dr. med. Martina Bida, lizenzierte QEP-Trainerin der KBV	65 Euro <b>AUSGEBUCHT</b>
<b>04.09.2013</b> 15.00-19.00 <b>Potsdam</b>	<b>IGeL erfolgreich kommunizieren</b> Ulrike Goßmann, Unternehmensberatung für Kommunikation, Marketing und Vertrieb	75 Euro
<b>06.09.2013</b> 15.00-19.00 <b>07.09.2013</b> 09.00-16.00 <b>Potsdam</b>	<b>Terminmanagement in der Arztpraxis</b> Birgit Kadasch-Drenhaus, Praxistrainerin	125 Euro
<b>11.09.2013</b> 15.00-17.30 <b>Potsdam</b>	<b>Die GOÄ-Abrechnung leicht gemacht</b> Daniela Bartz, PVS berlin-brandenburg GmbH	30 Euro
<b>11.09.2013</b> 14.00-20.00 <b>14.09.2013</b> 09.00-17.00 <b>Cottbus</b>	<b>Strukturiertes Schulungsprogramm für nichtinsulinpflichtige Diabetiker (ZI)</b> Michela-Doreen Gereke, FÄ f. Innere Medizin  <b>Fortbildungspunkte 8</b>	100 Euro pro Arzt, 150 Euro pro Praxis- mitarbeiter (Team- preise auf Anfrage)
<b>20.09.2013</b> 14.00-19.00 <b>21.09.2013</b> 09.00-18.00 <b>Potsdam</b>	<b>Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (ZI)</b> Dr. med. Ingo Herbst, FA f. Innere Medizin  <b>Fortbildungspunkte 5</b>	100 Euro pro Arzt, 150 Euro pro Praxis- mitarbeiter (Team- preise auf Anfrage)

# Aktuelles Seminarangebot

für Ärzte

Termin   Ort	Thema   Referent   Punkte	Kosten
<b>30.08.2013</b> 15.00-18.00 <b>Potsdam</b>	<b>Rheuma in der Hausarztpraxis</b> Dr. Dr. Dirk Wernicke, FA f. Innere Medizin/Rheumatologie Prof. Dr. med. Erika Gromnica-Ihle, FÄ f. Innere Medizin/Rheumatologie <b>Fortbildungspunkte</b> <b>4</b>	30 Euro
<b>04.09.2013</b> 15.00-18.00 <b>Potsdam</b>	<b>Praxisabgabe/Praxisveräußerung</b> Michael Stillfried, Betriebswirtschaftlicher Berater der KVBB	für Mitglieder der KVBB kostenfrei Nichtmit- glieder 40 Euro
<b>06.09.2013</b> 15.00-18.00 <b>Potsdam</b>	<b>Erben und Schenken</b> Elke Best, Rechtsanwältin/Fachanwältin für Medizinrecht, Raffelsieper & Partner GbR	40 Euro
<b>11.09.2013</b> 15.00-19.00 <b>Potsdam</b>	<b>Qualitätssicherung des ärztlichen Bereit-            schaftsdienstes</b> Dr. med. Antje Nimtz-Talaska, FÄ f. Kinder- u. Jugendmedizin Holger Marschner, FA f. Nervenheilkunde	85 Euro
<b>20.09.2013</b> 15.00-17.00 <b>Potsdam</b>	<b>Gestationsdiabetes - Diabetes-Screening bei            Schwangeren</b> Beate Schur, FÄ f. Allgemeinmedizin, Diabetologin <b>Fortbildungspunkte</b> <b>2</b>	40 Euro
<b>21.09.2013</b> 09.30-15.00 <b>Blankenfelde-            Mahlow</b>	<b>Kombinierte            DMP-Fortbildungsveranstaltung</b> KVBB & Partner <b>Fortbildungspunkte</b> <b>5</b>	85 Euro

# Aktuelles Seminarangebot

## für Praxispersonal

Termin   Ort	Thema   Referent	Kosten
28.08.2013 14.00-19.00 <b>Cottbus</b>	<b>Telefontraining für das Praxispersonal</b> Dipl.-Phil. Joachim Hartmann, Personal- und Persönlichkeitsentwicklung	65 Euro <b>AUSGEBUCHT</b>
04.09.2013 15.00-18.00 <b>Cottbus</b>	<b>Notfälle in der Praxis mit Reanimation</b> Lehrrettungsassistent der Johanniter- Unfall-Hilfe e. V.	40 Euro <b>AUSGEBUCHT</b>
13.09.2013 14.00-19.00 <b>Potsdam</b>	<b>Patienten richtig motivieren zur Lebensstiländerung</b> Dr. Sven Sebastian, Coach und Trainer f. inte- gratives Stress- u. Gesundheitsmanagement DINM	75 Euro
18.09.2013 14.00-19.00 <b>Potsdam</b>	<b>Kritikgespräche - Wie Kritik, richtig eingesetzt, eine Praxis stärken und persönliche Verletzungen vermeiden kann</b> Dipl.-Phil. Joachim Hartmann, Personal- u. Persönlichkeitsentwicklung	65 Euro
18.09.2013 15.00-17.00 <b>Brandenburg</b>	<b>Der anaphylaktische Zwischenfall</b> Lehrrettungsassistent der Johanniter- Unfall-Hilfe e. V.	40 Euro
18.09.2013 15.00-17.00 <b>Cottbus</b>	<b>EBM-Schulung für das Praxispersonal</b> Abrechnungsmanagerinnen der KVBB	30 Euro
25.09.2013 14.00-19.00 <b>Bad Saarow</b>	<b>Sag nicht „Ja“, wenn Du „Nein“ denkst</b> Torsten Klatt-Braxein, Praxis- u. Unternehmensentwicklung, Coach u. Dozent	65 Euro

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

## „Kombinierte DMP- Fortbildungsveranstaltung“

Im Zusammenhang mit den Anforderungen an die Erfüllung der Strukturqualität ist unter anderem die jährliche Nachweiserbringung einer DMP-spezifischen Fortbildung durch teilnehmende Vertragsärzte notwendig.

Mit dieser Veranstaltung bieten wir Ihnen die Möglichkeit, an einem Tag der Fortbildungspflicht der DMP für das aktuelle Jahr nachzukommen.

**Termin:** 21. September 2013 09.30 – 15.00 Uhr

**Veranstaltungsort:** Van der Valk Hotel Berlin Brandenburg

### Themenschwerpunkte für den Arzt:

- Diabetestherapie in Sondersituationen
- Behandlung der akuten und chronischen KHK, die stabile Angina pectoris
- Nichts geht mehr – Therapieversagen in der ambulanten Versorgung bei Asthma/COPD

### Themenschwerpunkte für das Praxispersonal:

- Kardiopulmonale Funktionsdiagnostik in der Allgemeinmedizin (Seminar 1)
- Medizinisch therapeutisches Grundlagenwissen bezogen auf DMP-Indikationen (Seminar 2)

### Teilnahmegebühr:

Ärzte pro Person: 85 Euro

Praxispersonal pro Person/pro Seminar : 35 Euro

Weitere Details zur Veranstaltung können Sie dem Einladungsflyer entnehmen. Diesen finden Sie unter [www.kvbb.de](http://www.kvbb.de) bzw. in der „KV-intern“ Ausgabe 6/2013.

### Ansprechpartnerin:

KVBB, Bereich Fortbildung, Frau Thiele Telefon: 0331/23 09 459



# Herzliche Glückwünsche

50

Dr. med. Heiko Enke,  
Cottbus

Dipl.-Med. Hannelore Merek,  
Peitz

Dr. med. Cornelia Holzheimer-Stock,  
Blankenfelde-Mahlow

Dr. med. Marianne Plehm,  
Panketal

Dr. med. Thomas Hoppert,  
Frankfurt (Oder)

Dipl.-Med. Susanna Sasse,  
Cottbus

Dr. med. Susanne Jödicke-Fritz,  
Fürstenwalde/Spree

Renate Seiring,  
Eberswalde

Dr. med. Astrid Kubutat,  
Massen-Niederlausitz

Dr. med. Eva Steingrüber,  
Dallgow-Döberitz

Silvia Schiffer,  
Hennigsdorf

Dr. med. Dieter Frommhold,  
Strausberg

65

60

Dipl.-Med. Hans-Joachim Berger,  
Potsdam

Dipl.-Med. Angelika Koch,  
Eisenhüttenstadt

Dr. med. Aeilke Brenner,  
Eberswalde

Dr. med. Dietrich Metz,  
Wittstock/Dosse

Dr. med. Gabriele Brömmer,  
Strausberg

Dipl.-Psych. Jutta Strobel,  
Bernau b. Bln./OT Ladeburg

Dr. med. Thomas Fritsche,  
Finsterwalde

Hartwig Frohmann,  
Werder (Havel)

66

Dr. med. Gerd Kittel,  
Zernitz-Lohm

Dr. med. Nikolaus Hohlfeld,  
Neuruppin

Thomas Linke,  
Seelow

Dr. med. Gisela Meister,  
Spremberg

# Herzliche Glückwünsche

67

Wolfgang Glaubitt,  
Strausberg

Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes,  
Kremmen/OT Sommerfeld

68

Dipl.-Med. Johannes Jurga,  
Kyritz

Dr. med. Bärbel Krause,  
Potsdam

69

OMR Dr. sc. med. Wilfried Dschietzig,  
Cottbus

Dr. med. Ute Gebauer,  
Luckau

Dipl.-Psych. PD Dr. phil. habil.  
Wolfram Zimmermann,  
Bernau b. Bln.

70

Gabriele Kinner,  
Cottbus

Dr. med. Helmut Rosenberger,  
Burg (Spreewald)

71

Jörg Joswig,  
Elsterwerda

Dr. med. Sigrun Vetterlein,  
Eberswalde

72

Wolf-Rüdiger Boettcher,  
Potsdam/OT Neu Fahrland

Dr. med. Renate Decker,  
Fredersdorf-Vogelsdorf

Ilona Fuchs,  
Cottbus

Dr. med. Hans-Peter Lüdemann,  
Falkensee

Dr. med. habil. Georgi Tontschew,  
Bernau b. Bln.

Dr. med. Hans-Georg Ziegert,  
Wriezen

73

Dr. med. Rainer Scholz,  
Letschin

74

Irene Gerner,  
Schwarzheide

75

Dieter Mittag,  
Hohenleipisch



**Monatsschrift der Kassenärztlichen  
Vereinigung Brandenburg**

**Herausgeber:**

Landesgeschäftsstelle der  
Kassenärztlichen Vereinigung  
Brandenburg

Gregor-Mendel-Str. 10-11  
14469 Potsdam

Telefon: 0331/28 68 100

Telefax: 0331/28 68 175

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

Email: [info@kvbb.de](mailto:info@kvbb.de)

**Redaktion:**

Dr. med. H. J. Helming (ViSP)

MUDr./CS Peter Noack

Dipl.-Med. Andreas Schwark

Kornelia Hintz, Ralf Herre

**Redaktionsschluss:**

17. Juli 2013

**Satz und Layout:**

KV Brandenburg

Bereich Kommunikation

Telefon: 0331/28 68 196

Telefax: 0331/28 68 197

**Druck:**

Druckerei Humburg Berlin

Zimbelstraße 26, 13127 Berlin

Telefon: 030/47 49 78 0

Telefax: 030/47 49 78 99

E-Mail: [info@humburg-berlin.de](mailto:info@humburg-berlin.de)

**Anzeigenverwaltung:**

Druckerei Humburg Berlin

Zimbelstraße 26, 13127 Berlin

Telefon: 030/47 49 78 0

Telefax: 030/47 49 78 99

E-Mail: [info@humburg-berlin.de](mailto:info@humburg-berlin.de)

**Anzeigenannahmeschluss:**

Jeder 5. des Monats

Zur Zeit gilt die Preisliste

vom 1. Januar 2010

Erscheinungsweise: Monatlich

Auflage: 4.700 Exemplare