

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen

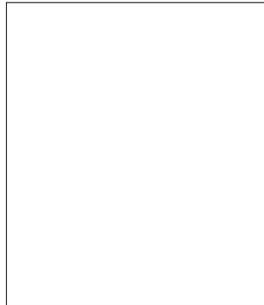
"Das Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen ist überholt"! Diese Aussage des AOK-Bundesverbands-Chefs Ahrens findet sich in gleicher und abgewandelter Form nahezu überall, wo gegenwärtig über die Gesundheitssystem-Modernisierung diskutiert wird. Schließlich hat auch der Kanzler in seiner Grundsatzrede am 14. März von abzubauenen "vertragsmonopolistischen, verkrusteten Strukturen", die noch dazu durch eine "Vermachtung" charakterisiert sind, gesprochen.

Dass für diese abzuschaffenden Strukturen bereits völlig unmonopolistische und machtlose, weil machtverachtende Nachfolger gefunden wurden (gemeint sind die Krankenkassen), erkennt man, wenn man die Konzeption des AOK-Bundesverbandes analysiert, die am 18. März in Berlin der Öffentlichkeit vorgestellt wurde.

Egal ist dabei, ob der Kanzler Recht hat oder nicht - gegenwärtig entscheiden nicht realistische Abwägungen von Sachargumenten, sondern die Ergebnisse langjähriger konsequenter Klischeebildung durch "interessierte Kreise". Dass wir Ärzte an dieser Entwicklung nicht ganz unschuldig sind, darüber wurde bereits intern viel und lange diskutiert - allerdings erfolglos. Wir haben das Medienfeld eben den überlassen, die, wie die Krankenkassen, ein starkes Eigeninteresse an Machtzuwachs im System haben bzw. die, wie die Gewerkschaften, Helfershelfer in diesem System (Verwaltungsräte bei den Krankenkassen oder politische Abgeordnete in den Parlamenten) sind.

Da hilft heute auch kein Beklagen dieser Situation. Aus der Ecke in die wir gestellt wurden - weil wir uns haben hineinstellen lassen - wird jeder Protest nicht mehr ernst oder wahr genommen, scheint einfach zwecklos zu sein.

Gleich wie man zu dieser Entwicklung steht - in jedem Fall, und dies ist bereits heute als Faktum zu konstatieren, werden die neuen Bedingungen, welche unsere tägliche Arbeit in den Praxen entscheidend beeinflussen, sehr viel Flexibilität von uns erwarten! Diese "positive Formulierung" heißt eigentlich, dass wir alle uns umstellen müssen und dass diese Umstellung nicht wenige Kollegen nicht schaffen werden. Diese "brutale" Wahrheit gehört zur Ehrlichkeit, die wenigstens wir im Umgang miteinander noch pflegen sollten. Diejenigen, welche derartige Systembrüche initiieren und gesetzlich wie politisch verantworten, nehmen zunehmend



immer seltener ein Blatt vor den Mund und stehen zu dem Bewusstsein einer "Anbietervereinigung"!

Es macht keinen Sinn, die Welt schön zu reden! Liebe Kolleginnen und Kollegen, wir müssen uns - jeder für sich - darauf einrichten, in Zukunft aus der heilen Welt der "Vertragsversorgung" durch die KV in das raue Klima der Eigenverantwortung für die Ausgestaltung der individuellen vertraglichen Beziehungen zu den Krankenkassen entlassen zu werden! Jeder täte gut daran, sich bereits heute auf das einzustellen und vorzubereiten, was demnächst unabweisbar auf uns zukommt.

Zunächst wird das Refugium KV für uns Kollegen nur noch eine Randfunktion spielen - zumindest was den vertraglichen und Honorarbereich angeht. Für die ungeliebten administrativen Aufgaben will man sich die KV als Buhmann und "Kanalarbeiter" natürlich noch halten. Jeder wird sich individuell mit Krankenkassen über die Konditionen seiner Mitwirkung an der ambulanten Versorgung auseinandersetzen müssen. Inwieweit hier einseitige Diktate zu erwarten sind oder faire Verhandlungen, das steht im Belieben des "Glaubens".

Inwieweit aber auch Energie in die Schaffung neuer Interessenvertretungskonstruktionen investiert werden muss, darüber darf heute nur spekuliert werden. Trotzdem habe ich in der Arbeitsgemeinschaft der Ost-KVen kürzlich angeregt, eine Art "Medi-Verbund" für die neuen Bundesländer zu entwickeln. Mit solch einem großen Mitgliederpotenzial könnte er eine echte Alternative als Interessenvertretung und Logistikstruktur darstellen.

Es gibt einige Kollegen, die in der zurückliegenden Zeit vielfach den Sinn einer KV angezweifelt haben. Die Ursachen für alle Probleme, welche sie mit diesem gesundheitspolitischen System hatten, wurden im Sinne einer klassischen Fehldiagnose bei der ärztlichen Selbstverwaltung lokalisiert. Unwidersprochen übrigens von denen, die sich da nicht so sicher waren und andere Erfahrungen gemacht hatten. Diese "Zweifler" werden nunmehr "Morgenluft" wittern - ich wünsche ihnen, dass sich das Erlebnis der Realität nachher nicht als Kakosmie darstellt.

Aber noch mal: Jeder - auch diejenigen, welche sich durchaus gut vertreten fühlen und sich eine wirklich eigenverantwortliche unternehmerische Einbindung in die wettbewerbliche Marktwirtschaft nicht so recht vorstellen können - jeder wird sich genau darauf einstellen müssen. Soweit und solange es die KV noch kann, werden wir hier Hilfestellung anbieten.

Je später wir also beginnen, die Augen aufzuschlagen, wach zu werden und zu handeln, desto verlorenere werden unsere Positionen sein. Ich rufe Sie jedenfalls auf, in dieser Situation aber auch eine Chance zu sehen!

Dr. med. Hans-Joachim Helming

Vorsitzender des Vorstandes der KV Brandenburg

Arztberuf muss ein freier Beruf bleiben!

Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Vorsitzenden der Vertreterversammlungen der Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Arbeitsgemeinschaft der Vorsitzenden der Vertreterversammlungen hat in einer Sondersitzung am 14. und 15. Februar 2003 in Berlin unter Beteiligung von Herrn Dr. Richter-Reichhelm (Vorsitzender der KBV), Herrn Dr. Bittmann (Mitglied der Satzungskommission), Herrn Dr. Helming (Mitglied der Strukturkommission) und in einem gesonderten Sitzungsabschnitt mit Herrn Dr. Hess (Hauptgeschäftsführer der KBV) über die von der Regierung geplanten Organisationsreform der Kassenärztlichen Vereinigungen beraten und anschließend die folgende Stellungnahme erarbeitet:

Die Vorsitzenden der Vertreterversammlungen halten nach wie vor die flächendeckende wohnortnahe hausärztliche, fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung für einen elementaren Bestandteil der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung.

Um die verschiedenen Aufgaben der KVen in gewohnter Qualität aufrecht erhalten zu können, wird ein ungeteilter Sicherstellungsauftrag als Voraussetzung für notwendig gehalten. Ein geteilter Sicherstellungsauftrag ist **nicht praktikabel** und wird demzufolge abgelehnt!

Die Qualitätssicherung wird wie bisher weiterhin als originäre Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung angesehen.

Nach unserem Selbstverständnis muss der Arztberuf ein freier Beruf bleiben. Ärzte benötigen von der Politik gesetzte kreative Rahmenbedingungen, um ihrer gesellschaftlichen Verantwortung in freier Praxis gerecht werden zu können. Für die Bevölkerung muss die freie Arztwahl erhalten bleiben.

Zur Sicherung der Qualität und der Einbeziehung von Wettbewerbselementen

in die kassenärztliche Versorgung werden differenzierte Kollektivverträge zur Anpassung an veränderte Bedürfnisse für sinnvoll gehalten. Die Koordinationen zwischen Kollektiv- und Einzelverträgen muss jedoch unter der Regie der KVen verbleiben, um eine gleichmäßige Versorgung auch weiterhin zu gewährleisten.

Die Bestellung der Organe der KVen muss wie bisher nach den Regeln der repräsentativen Demokratie erfolgen.

Zur Struktur der Organe der Kassenärztlichen Selbstverwaltung wurden folgende Beschlüsse gefasst:

Der Name "Vertreterversammlung" oder "Abgeordnetenversammlung" muss erhalten bleiben, da sich damit die Identifizierung der Interessenvertretung der Kassenärzte auch schon im Namen darstellt.

Eine Gleichsetzung der Namensgebung mit den Organen von Krankenkassen oder gar Aktiengesellschaften ist nicht akzeptabel, da es sich bei den genannten Organisationen um nicht vergleichbare Institutionen handelt und die Aufga-

benstellung durch große Unterschiede gekennzeichnet ist. Eine Vertreterversammlung oder Abgeordnetenversammlung kann deshalb nicht Verwaltungsrat genannt werden. Eine Gleichheit des Namens würde die wesentlichen Unterschiede verwischen.

Es wird jedoch nicht verkannt, dass geeignete Maßnahmen zur Effizienzsteigerung dieses Gremiums erarbeitet werden müssten. Dies ist jedoch Aufgabe der kassenärztlichen Selbstverwaltung und kann nicht in die Kompetenz des Gesetzgebers gelegt werden.

Die Größe der Vertreterversammlung oder Abgeordnetenversammlung sollte nach regionalen Gesichtspunkten von der regionalen Selbstverwaltung geregelt werden. Für die Amtsdauer wird eine maximale Zeit von 5 Jahren für sinnvoll gehalten.

Zur Vorstandsbildung wurden folgende Überlegungen angestellt:

Die Schaffung eines hauptamtlichen Vorstandes ohne Möglichkeit der Kassenarztztätigkeit wird abgelehnt, weil die Verbindung zwischen Kassenarztztätigkeit und Selbstverwaltung und die Verantwortung für eine Kassenarztpraxis als unabdingbarer Bestandteil der Tätigkeit in der kassenärztlichen Selbstverwaltung angesehen wird. Zumindest eine Teilzeitpraxis muss möglich sein.

In Bezug auf die Zahl der Vorstandsmitglieder wurde dafür plädiert, die Vorstände auf 5 Personen zu straffen, aber in den Satzungen keine fachliche Festlegung zu treffen. Die Selbstverwaltung soll die Anzahl der Vorstandsmitglieder nach eigenen Bedürfnissen selbst festlegen können.

Übereinstimmend wurde festgestellt,

dass in historischer Betrachtung und im Vergleich zu anderen Gesundheitssystemen die kassenärztliche Selbstverwaltung im deutschen Gesundheitswesen in der jetzigen Form effektiv, transparent und demokratisch organisiert ist und dass diese Organisationsform zunehmend von ausländischen Kollegen wahrgenommen wird mit der Absicht, Elemente davon in das eigene Krankenversicherungssystem zu übernehmen.

Sie hat bisher ihre Überlegenheit gegenüber staatlich dominierten und marktwirtschaftlich orientierten Systemen bewiesen. Massive staatliche Eingriffe in solche Selbstverwaltungssysteme haben sich nie bewährt und eher zu einer übermäßigen Bürokratisierung geführt.

Die Arbeitsgemeinschaft der Vorsitzenden der Vertreterversammlungen hat sich in ihren Überlegungen auf die Struktur der regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen beschränkt, gibt aber zu bedenken, dass bei einer **Organisationsreform der Kassenärztlichen Bundesvereinigung** die Schnittstelle zu den KVen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch demokratisch legitimierte Wahlen vorzunehmen ist.

Die Arbeitsgemeinschaft gibt weiter zu bedenken, dass Strukturveränderungen in der KBV kaum ohne Rückwirkungen auf die regionalen KVen bleiben werden. Deshalb hält die Arbeitsgemeinschaft eine angemessene Beteiligung an der Diskussion über die Strukturveränderungen der Organe der KBV für notwendig.

Dr. med. Herbert Wenzel

Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Berlin, Sprecher der Arbeitsgemeinschaft

Außerordentlich - ein Ärztetag als Positionsbestimmung

Viel Prominenz, wenig Neues, ein exzellenter Bundesärztekammerpräsident sowie ein überraschendes Ambiente

Sie waren alle gekommen - die Fraktionsvorsitzenden der Bundestagsparteien Angela Merkel (CDU), Birgit Sager (Grüne), Franz Müntefering (SPD) und Wolfgang Gerhard (FDP). Auch einige der Gesundheitsexperten wie Horst Seehofer, Gudrun Schaich-Walch oder Dieter Thoma hatten es sich nicht nehmen lassen, diesem Außerordentlichen Ärztetag beizuwohnen und nutzten zumindest die Pausen zu intensiven Gesprächen. Allein die Bundessgesundheitsministerin hatte es trotz Einladung abgelehnt, dem Auditorium beispielsweise die Grundzüge ihrer Gesundheitsreform zu erläutern ...

Über die Gründe dieser Ablehnung kann man reichlich orakeln, allein, es gab wohl kaum jemanden in dem neuen Tagungs- und Kongresszentrum am Pariser Platz in Berlin, der ihre Abwesenheit als Verlust empfand. Apropos Tagungsstätte: Sie präsentierte sich modern und technisch auf höchstem Niveau, doch sie erwies sich angesichts des überaus regen Interesses als eindeutig zu klein. Schade.

Standing Ovations für den Bundesärztekammerpräsidenten Prof. Hoppe. Rhetorisch geschliffen, ungemein bildhaft, teilweise fast lausbübisch sezierte er die gesundheitspolitische Situation. Er griff an, unterbreitete Vorschläge, verwies ungeschminkt auf die Probleme und benannte ebenso die enormen Heraus-

forderungen, die die Verantwortlichen zu bewältigen haben (siehe Auszüge aus der Rede ab Seite 8).

Ungeachtet aller Brüskierungen der Ärzteschaft in den zurückliegenden Monaten formulierte er: "Wir sind bereit, gemeinsam mit der Politik diese Herausforderungen anzugehen. Aber dazu brauchen wir keinen Paradigmenwechsel in die Staatsmedizin und wir müssen auch nicht alles kaputt reden, um etwas zu verbessern. Es muss wieder um Patientenbehandlung und nicht um Krankheitsverwaltung gehen!"

Die gegenwärtige Gesundheitspolitik ignoriere, dass "ein Mehr an Leistungen der Preis einer Gesellschaft des **Gesundheitsministerin verschließt die Augen vor der Realität!** Lebens" ist.

Doch genau dies müsse der Ansatz einer jeden Reform sein. Die Gesundheitsministerin schein jedoch davor die Augen zu verschließen und zu sagen: Seh ich nicht, gibt es nicht!

Die ständige Fokussierung auf Unter-, Über- und Fehlversorgung, der Verweis, das System sei zu teuer und zu wenig an den Erfordernissen der Patienten orientiert und es gäbe zu viele Anreize, auf Kosten der Beitragszahler ungenügende Leistungen zu erbringen, sei keine Analyse. "Das ist eine Unverschämtheit!"

Er, Hoppe, sehe in dem Kulturbruch einer der bisher der Humanität verpflichteten Patientenversorgung durch ein immer weiter um sich greifendes Denken der Kosten-Nutzen-Relation die größte Gefahr. "Wenn sich dieser Ökonomismus mit Gegennutzenrechnung in der Versorgung kranker Menschen breit

Reines Kosten-Nutzen-Denken ist für Versorgung Kranker untauglich!

macht, dann sind wir auf einer ethischen Tafelfahrt, an deren Ende die Verfügbarkeit menschlichen Lebens stehen könnte", stellte der Bundesärztekammerpräsident fest.

Und wie reagierten die politischen Vertreter? Der SPD-Fraktionsvorsitzende Müntefering verwies darauf, dass nicht allein die Gesundheitspolitik im Zentrum der Reformen stehe. Es gäbe noch weit mehr Probleme. Die zentrale Frage sei vielmehr, wie die Wohlstandsgesellschaft in Deutschland erhalten werden könne. Er unterbreitete der Ärzteschaft das Angebot zu Gesprächen noch im März.

"Die Ärzte haben nicht die Wahrheit gepachtet, wir auch nicht. Deshalb lassen Sie uns reden" forderte Müntefering die Ärzteschaft auf. Ob er sich wohl diesbezüglich mit seiner Kabinettskollegin Schmidt abgestimmt hatte? Wohl kaum, hatte sie doch in den zurückliegenden Monaten alles andere als das Gespräch mit den ärztlichen Vertretern gesucht.

Im Mai würden "Nägel mit Köpfen gemacht", sagte der SPD-Frontmann. Dann stehe das Konzept. Bis dahin jedoch seien Meinungsaustausch und

Meinungsbildung angesagt. Mit keinem Wort ging Müntefering auf das Eckpunktetpapier aus dem Hause Schmidt ein. Ein Indiz allemal, dass es offensichtlich innerhalb der SPD, aber auch zwischen Fraktion und Ministerium mehrere Sichtweisen gibt, von jener des Kanzleramtes ganz abgesehen.

Es gehe um Qualitätsverbesserung, mehr Eigenverantwortung der Bürger, mehr Effizienz im System. Und es dürfe nicht vergessen werden, dass der Gesundheitsbereich jener sei, der in Zukunft von mehr Beschäftigung geprägt sei. Wie dies jedoch angesichts von sogenannten "Nullrunden", von Rationierung und Entlassungen insbesondere von Praxispersonal aussehen soll - darüber schwieg sich der SPD-Fraktionschef aus.

Auch die Vertreterin des kleineren Koalitionspartners lehnte sich nicht allzu weit aus dem Fenster, und beließ es bei Schlagworten: Mehr Transparenz, mehr Wettbewerb, mehr Wahlfreiheit, mehr Vertragsfreiheit. Die

Grüne wollen mehr Transparenz, vor allem bei der Geldverteilung ...

Grünen wollten keine Zerschlagung der ärztlichen Selbstverwaltungsstrukturen, aber mehr Offenheit. "Zum Beispiel: Wie wird das (viele) Geld verteilt? Dieses Thema muss auf den Prüfstand", sagte Frau Sager, denn bei der Verteilung müsse es endlich mehr Gerechtigkeit geben. Als ob das das Problem sei!

Insgesamt müssten auch einige bisherige Tabus endlich gebrochen werden. Stichworte: Überprüfung des Leistungskatalogs, versicherungsfremde Leistun-

gen, Einbeziehung weiterer Personengruppen in die GKV.

Ein Plädoyer auf die Freiberuflichkeit hielt der FDP-Fraktionsvorsitzende. Die freie Arztwahl sei die Grundvoraussetzung für eine hohe ärztliche Qualität. Der Staat müsse sich zurück nehmen, noch mehr Runde Tische brächten

FDP: Weg mit der Budgetierung, der Staat muss sich zurück nehmen!

nichts. "Ein Lahnstein wird es mit der FDP nicht geben", sagte Gerhard. Und: Die Budgetierung müsse der Vergangenheit angehören. Über das Wie jedoch war auch von der FDP nichts zu hören.

Last but not least: Frau Merkel. Immer besser trifft sie den Ton, den die Ärzteschaft hören möchte. Was sich schon auf dem Kassenärztetag Ost in Rostock im vergangenen Jahr andeutete, fand jetzt in Berlin seine Fortsetzung. Motivierte Ärzte brauche das Land. Deshalb müsse diesem Berufsstand mehr Achtung entgegen gebracht werden. Das war Balsam auf die geschundene Arzt-Seele.

Und sie setzte noch eins drauf: "Lassen Sie mich noch einen Dank an die Ärzte in den neuen Bundesländern aussprechen. Seit 12 Jahren leisten sie das gleiche wie ihre Kollegen im Westen, aber mit weit weniger Geld!"

Sprach's und erntete Beifall. Doch wie

weiter? "Auf keinen Fall mit einer Nullrunde!" Das sei absurd und "nur noch zu überbieten mit einer Gesetzesinitiative, die das Krankwerden verbietet!" - Beifall. Mehr Wettbewerb sei notwendig, aber

dann auch bitteschön **CDU: Mehr Wettbewerb, aber bei ausgewogenem Kräftegleichgewicht!** bei einem ausgewogenen Kräftegleichgewicht. Viele Menschen seien bereit, so die CDU-Chefin, mehr Verantwortung für ihre Gesundheit zu übernehmen. Die Politik müsse dies nur endlich auch zulassen.

Zum Schluss ging sie direkt auf die Ärzte zu. "Haben Sie den Mut, auch über leistungsgerechte Honorierung zu reden", rief sie den Ärzten zu. "Und lassen Sie sich nicht auseinander dividieren!" Beifall. Das klang schon ein wenig nach dem Rufer im Wald ...

Zusammenfassend bleibt zu sagen: Wenig Neues an Inhalten, leider. Andererseits scheint doch Bewegung in die politische Szenerie zu kommen. Doch wie wird er aussehen (können), der Schulterschluss zwischen den großen Parteien? Wie werden die Karten (neu) gemischt?

Die kommenden Monate werden spannend. Das ist wohl im Moment die einzig verlässliche Aussage. Auch nach diesem Außerordentlichen Ärztetag.

R.H.

"Das ist kein Reformkonzept - das ist ein Dokument der Hilflosigkeit!"

Aus der Rede des Präsidenten der Bundesärztekammer, Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, auf dem Außerordentlichen Deutschen Ärztetag am 18. Februar in Berlin

"Vor allem aber brauchen wir eine Reform, die dem Versorgungsbedarf des Patienten gerecht wird. Wir können bei derart begrenzten Ressourcen nicht länger für die unbegrenzten Leistungsversprechen der Politiker einstehen.

Und wir können und wollen auch nicht länger diese Lebenslüge der gesetzlichen Krankenversicherung durch unser Engagement kompensieren!

Die "Eckpunkte zur Modernisierung des Gesundheitswesens" aus dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, meine Damen und Herren, weisen keinen Weg in eine soziale Reform. Schon der Ansatz, die dramatischen Einnahmeverluste der gesetzlichen Krankenkassen einfach zu ignorieren, war völlig verfehlt."

"Da lesen wir in diesen Eckpunkten unter der Überschrift "Ausgangslage", ich zitiere:

"Wir haben ein leistungsfähiges Gesundheitswesen in Deutschland; allein durch Beiträge stehen 142 Milliarden Euro den Patientinnen und Patienten zur Verfügung ... Aber es gibt Fehl-, Über- und Unterversorgung. Das System ist zu teuer ... und zu wenig an den Erfordernissen der Patientinnen und Patienten orientiert. Das System ist ständigem Druck von Lobbyisten und

Anbietern ausgesetzt; es gibt zu viele Anreize, auf Kosten der Beitragszahler ungenügende Leistungen zu erbringen."

Meine Damen und Herren: Das ist keine Analyse, sondern eine Unverschämtheit!"

"Mit haltlosen Vorwürfen der Fehl-Unter- und Überversorgung soll unser Gesundheitswesen, soll die Ärzteschaft sturmreif geschossen werden. Man kann den Eindruck gewinnen, eine ganz normale ärztliche Behandlung sei in Deutschland nicht mehr möglich. Ärzte seien unfähig, korrupt und leisteten schlechte Medizin - dieser immer wieder perpetuierte Eindruck soll den Weg frei machen für eine Medizinüberwachungsbehörde und eine Medizin light nach Computer-Programmen. Aber da machen die Menschen nicht mit. Sie wollen nicht nach Checkliste diagnostiziert und therapiert werden. Sie wollen in ihrer ganzen Persönlichkeit und in ihrem individuellen Schmerz behandelt werden.

Und auch die Ärztinnen und Ärzte sind nicht länger bereit, diesen Politik-Stil zu akzeptieren."

"Arbeiten bis zum Umfallen, geringer Verdienst bei ständiger Verunglimpfung des Berufes, das war schon viel. Jetzt aber noch zum Konkursverwalter einer

abgehalfterten Staatsmedizin zu werden, das ist dann einfach zu viel!"

"Die Vorstellungen des Bundesgesundheitsministeriums sind im Grunde eine Anleitung zum Aufbau einer staatsmedizinischen Bürokratie, wie wir sie bisher noch nicht gekannt haben.

Nehmen Sie einmal das so genannte "Deutsche Zentrum für Qualität in der Medizin". Was soll das nicht alles leisten! Es soll Behandlungsverfahren schematisieren, den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung überprüfen und die Indikationsstellung der Ärzte kontrollieren, doch bleibt bei all dem, ich zitiere "die Verantwortung der Selbstverwaltung für die Wirtschaftlichkeit unberührt".

Die Ärztinnen und Ärzte sollen also in der täglichen Praxis ausbaden, was politisch gesteuerte Theoretiker vorgeben. Ärzte sollen nicht einmal mehr beteiligt werden, sondern nur noch ausführen.

Vom Freien Arzt zum Erfüllungsgehilfen der Staatsmedizin - da sage ich: Mit uns nicht! Nie und nimmer!

Mit der Errichtung einer solchen Bundesanstalt für Krankheitsverwaltung geht es aber noch keinem Kranken bes-

ser, ist noch kein einziger Reformschritt getan."

"Mit den politischen Schlagworten vom "Ärzte-TÜV" und - ich zitiere nochmals aus dem Papier des Ministeriums - "einer Art Stiftung Warentest im Gesundheitswesen" soll letztlich nur der rezidivierende Kontrollzwang überdeckt werden, der unser Gesundheitswesen derart lähmt!

Bewusst oder unbewusst - es wird den Patienten gerade da Service und Qualität versprochen, wo Rationierung und Zuteilung drohen. Und wer angeblich Patientenrechte und Patientensouveränität stärken will, entlarvt sich mit dem Satz: "Patienten werden von Betroffenen zu Beteiligten" - so jedenfalls steht es wörtlich in dem Papier des Ministeriums. Wer so etwas schreibt, der hat keine blasse Ahnung von dem, was heute in unseren Alten- und Pflegeheimen an medizinischer Versorgung überhaupt noch möglich ist. So etwas ist kein Reformkonzept, sondern ein Dokument der Hilflosigkeit!

Wirklich gefährlich für die Patientenversorgung aber wird es mit der Absicht, die ambulante, wohnortnahe fachärztliche Versorgung abzubauen. Was leicht-

ANZEIGE

Hochwertiges Architektenhaus

Baujahr 1993, Grundstück (parkähnlicher Charakter am Stadtrand von Cottbus, 2.622 qm), 155 qm, wegen beruflicher Veränderung ohne Courtage zu verkaufen.

Gerda und Gregor Verhey
Mittelstr. 23 D, 03058 Gallinchen

Tel.: 0355/535668, Mobil: 0172/7329128

fertig als unnötige Doppelstruktur disqualifiziert wird, hat in Wirklichkeit Wartelisten verhindert und gute und eben auch wohnortnahe Versorgung mit spezialärztlichen Leistungen gesichert. Die Patienten konnten und können direkt zum Facharzt ihrer Wahl gehen. Darum beneiden uns die Menschen im Ausland. Und die, die es nicht glauben wollen, mögen doch einmal die Niederlande nicht nur als Ferienland aufsuchen!"

"Skeptisch allerdings stimmen mich Forderungen, nach denen die Leistungserbringer abermals einen spürbaren Beitrag zur Konsolidierung des Gesundheitswesens leisten sollen.

Meine lieben Kolleginnen und Kollegen, was machen wir denn seit Jahren anders, als einen spürbaren Beitrag zu leisten?

Wer erbringt denn in der Patientenversorgung Millionen unbezahlter Überstunden? Wer hat denn seit Jahren rückläufiges Einkommen bei steigenden Leistungen und Kosten - und wird dafür auch noch mit einer weiteren Minusrunde belohnt?

Wenn wir nicht schon seit Jahren diesen Solidar-Beitrag geleistet hätten, dann wären wir doch von der schleichenden längst in die harte Rationierung gekommen.

Es muss endlich Schluss sein mit dieser Schizophrenie, Ärzte als Halbgötter zu beschimpfen, aber zugleich zu erwarten, dass sie so arbeiten!"

"Unmenschliche Arbeitsbedingungen, überbordende Bürokratie und dann noch die fortgesetzte öffentliche Herabsetzung unseres Berufes haben schon jetzt

zu einer dramatischen Demotivation des ärztlichen Nachwuchses geführt. Über ein Fünftel der Medizinabsolventen beginnt nach dem Studium nicht mehr als Arzt im Praktikum, und 50 Prozent der heutigen Medizinstudenten wollen nicht mehr am Patienten tätig werden - das sind erschreckende Signale!"

"Ohnehin sind die meisten Probleme im Gesundheitswesen politisch erzeugt. So hätten wir keine Beitragssatzerhöhungen, kein Defizit, keine rhetorischen Schlachten und auch nicht dieses unerträgliche Gerede von der Unter-, Über- und Fehlversorgung, wenn die Politik die gesetzliche Krankenversicherung nicht fortwährend als sozialpolitische Manövriermasse missbrauchen würde.

Versicherungsfremde Leistungen in Höhe von drei Milliarden Euro allein im Jahre 2000 und zur Quersubvention anderer Sozialversicherungszweige noch einmal 30 Milliarden Euro in den Jahren von 1995 bis 2003 - das ist Betrug am Beitragszahler, meine Damen und Herren!"

"Die größte Gefahr sehe ich in dem Kulturbruch einer bisher der Humanität verpflichteten Patientenversorgung durch ein immer weiter um sich greifendes Denken der Kosten-Nutzen-Analyse. Wenn sich dieser "Ökonomismus" mit Grenznutzenrechnung in der Versorgung kranker Menschen breit macht, dann sind wir auf einer ethischen Tafelbahn, an deren Ende die Verfügbarkeit menschlichen Lebens stehen könnte - so weit dürfen wir es nie kommen lassen!"

DAK - 1. Klappe!

"26 Ärzte rechneten Leistungen an Patienten ab, die bereits verstorben sind!" - Schlagzeilen mit dem gewissen Etwas machen sich immer gut, solche mit derartiger angeblicher Brisanz immer. Das muss sich auch die DAK gedacht haben und offerierte ihre Weisheiten den Medien, die, einen neuerlichen Skandal witternd, derlei Informationen gierig aufgriffen.

Das war am 6. Februar 2003. Eine Woche später, am 12. Februar - Posteingang in der KV am 14. Februar - fühlte sich die DAK bemüht, die von ihr bereits lautstark in die Welt gepusteten Verdächtigungen der KV mitzuteilen. Geprüft hatte die DAK bis dato schlichtweg nichts, abgesehen davon, dass sie das Abrechnungsdatum gegen das Sterbedatum geschoben und so den "Betrug" festgestellt hat.

Kann und darf sie eigentlich nicht. Nur, um pure Verdächtigungen zu erhärten oder zu entkräften, bedarf es schon einer Prüfung. Vorausgesetzt, die DAK verfolge seriöse Absichten. Diesen Vorsatz allerdings kann man ihr keinesfalls unterstellen.

Wäre die DAK an sachlicher Aufklärung bemüht gewesen, dann hätte sie als erstes den Partner KV informiert. Und der Partner KV hätte dann jeden einzelnen Verdachtsfall geprüft.

So wie der Partner KV dies immer wieder betont und im Alltag mit anderen, ähnlichen Vorwürfen auch immer wieder getan hat.

Daran aber hatte die DAK scheinbar nicht das geringste Interesse. Ihr ging es offensichtlich - eine andere Erklärung passt nicht - ausschließlich um Stimmungsmache. Solche gegen die Vertragsärzte. Und da weiß sich die DAK in einer Reihe beispielsweise mit der AOK in Niedersachsen, die ihre Hauptbe-

Partnerschaftlich?

schäftigung mittlerweile im öffentlichen Anklagen und Verleumdungen niedergelassener Ärzte sieht. Sie scheint geradezu süchtig zu sein nach anklagenden, unterstellenden, ungerechtfertigt verallgemeinernden Anklagen gegen Vertragsärzte.

Die Vorwürfe der DAK werden gegenwärtig in der KV Brandenburg sorgfältig geprüft. So wie die KV Berlin das ihrerseits auch tut, denn auch einige ihrer Mitglieder waren im gleichen Atemzuge mit an den Pranger gestellt worden. Wenn diese Einzelfälle untersucht und aufgearbeitet sind, werden wir die Ergebnisse veröffentlichen. Denn die KV wird auch in Zukunft unnachgiebig gegen jene vorgehen, die meinen, sich auf Kosten der Kollegen bereichern zu können.

Abrechnungsbetrüger - wenn sich die Verdachtsmomente bestätigen sollten - haben in diesem System keinen Platz. Die ehrlich arbeitenden Ärzte müssen vor ihnen geschützt werden. Auch diesen Standpunkt vertritt die KV Brandenburg seit Jahren mit aller Konsequenz.

Zurück zum "Partner" DAK. Die KV

Brandenburg hat sich an die Aufsichtsbehörde - das Bundesversicherungsamt (BVA) - gewandt mit der Bitte, diesem unseligen Treiben, dieser öffentlichen Vorverurteilung und Verleumdung von Vertragsärzten durch die DAK, entgegenzutreten.

Am 20.02.2003 erreichte die KVBB das Antwortschreiben des BVA, das wir Ihnen im Folgenden zur Kenntnis geben:

Berichte über betrügerische Abrechnungen niedergelassener Ärzte

"Wir haben die DAK aufgefordert, etwaige Erkenntnisse über betrügerische Abrechnungen niedergelassener Ärzte - soweit nicht bereits geschehen - umgehend den jeweils zuständigen Kas-

senärztlichen Vereinigungen zuzuleiten, damit diese im Rahmen der Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgabe die entsprechenden Fälle prüfen und ggf. ahnden können.

Soweit in diesem Zusammenhang von Vertretern der Kasse Erklärungen gegenüber der Presse abgegeben wurden, haben wir ausdrücklich auf das Risiko **zivil- bzw. strafrechtlicher Konsequenzen** für den Fall hingewiesen, dass sich diese als unzutreffend erweisen sollten und auch insoweit an die **Einhaltung von Gesetz und sonstigem Recht** erinnert.

Wir werden den Fortgang der Angelegenheit weiterhin aufsichtsrechtlich beobachten und Sie über deren Ausgang unterrichten."

DAK - 2. Klappe!

Es geht ums nackte Überleben. Was bislang allein Alltag der sogenannten Leistungserbringer charakterisierte, trifft

Wettbewerbs-Erkenntnisse!

zunehmend auch die Krankenkassen: Finanzmangel! Der ach so mündige Versicherte wechselt

zu den Billiganbietern - preislich gesehen. Und so verlassen Zehntausende Mitglieder "ihre" bisherige Kasse und schließen sich jenen Konkurrenten an, die mit niedrigeren Beitragssätzen locken. Die Folge: Der gesetzlichen Krankenversicherung werden Finanzmittel von mehreren Millionen entzogen!

Nun ist Wettbewerb beileibe nichts

Unrühmliches. Im Gegenteil. Wenn jedoch bei unterschiedlichen Preisen ein identischer Leistungsanspruch besteht, wird der Wettbewerb ad absurdum geführt. Er verkommt zur Farce und trifft jene, die im Ergebnis dieses Schwachsinn mit weniger Geld die gleichen, oft jedoch sogar mehr Leistungen erbringen müssen: Die Ärzte.

Seit Jahren kritisiert die KV Brandenburg diesen Entzug von Finanzmitteln. Bislang ohne Erfolg. Nun aber scheint die Realität endlich auch einige Kassen eingeholt zu haben. In einem Schreiben an alle Arztpraxen in der Region widmet sich die DAK diesem Thema. Und - wer hätte es gedacht!? - sie kommt dabei zu

den gleichen Schlussfolgerungen wie die KV: Dem System werden auf diese Weise Gelder entzogen.

Woher der Sinneswandel? Er liegt auf der Hand - die DAK verliert Mitglieder. Und zwar gut verdienende gesunde Mitglieder.

Doch das ist das Schlimmste, was einer Kasse passieren kann. Weniger Mitglieder gleich weniger Einnahmen gleich weniger Macht im Scheinwettbewerb der Kassen.

Dass dem GKV-System schon in den letzten Jahren Gelder in Milliardenhöhe auf diese Weise entzogen wurden, hat bislang keine Krankenkasse ernsthaft interessiert. Sie wusste ja, die Ärzte würden zwar lautstark meckern und barmen, aber trotzdem die Patienten respektive Versicherten der Kassen behandeln.

Jetzt hat dieses Wechsel-Spiel der Versicherten jedoch Ausmaße angenommen, die den Kassen an die Substanz gehen. Hinzu kommt, dass offensichtlich auch immer mehr Ärzte zu der Erkenntnis kommen, dass sie nicht länger die Melkkühe der Nation sein wollen, um nicht zu sagen die Deppen.

Und so kommen auf einmal die Ärzte zu Verbündeten wie die Jungfrau zum Kinde.

Und nun? Besserung scheint mit Blick auf die aktuellen gesundheitspolitischen Weichenstellungen kaum in Sicht. Doch erste Einsichten sind oftmals auch erste Schritte in die richtige Richtung. Seien wir also optimistisch, meint Ihr ...

... specht



Prinzip Hoffnung!

Als ich diesen Brief eines Arztes las, fiel mir wieder ein, welche Mühe ich hatte, meinen alten Regenschirm los zu werden. Mehrmals hatte ich ihn stehen gelassen - im Restaurant, im Bus, auf dem Parkplatz. Doch immer wieder fand sich ein freundlicher Mensch, der ihn mir hinterher brachte.

Besagter Arzt hat das gleiche Problem, allerdings ist das Objekt ein viel brisanteres. Es handelt sich nämlich um die Chipkarte des bereits verstorbenen Eigentümers jenes Grundstückes, das der Doktor von selbigem zu dessen Lebzeiten erworben hatte.

Die Krankenkasse des Verstorbenen - die BKK Berlin - hat den Tod ihres Mitgliedes allerdings noch nicht wahr genommen. Was um so verwunderlicher ist, da der Doktor ihr, also der Kasse, bereits bei der ersten Zusendung der neuen Chipkarte mitteilte, dass er weder der rechtmäßige Empfänger sei noch die Absicht hätte, Mitglied dieser Kasse zu werden. Schon gar nicht auf dessen Namen!

Nachdem er die erste Chipkarte zurück geschickt hatte, hat er nun erneut eine erhalten. "Ich werde sie einfach nicht los", schrieb er an die "KV-intern-Redaktion".

Wie war das doch gleich? Ärzte rechnen Leistungen bei Toten ab?! Wen wunderts, wo doch Tote offensichtlich gleich mehrfach neue Chipkarten zugeschickt bekommen ... Mich wundert übrigens gar nichts mehr, Ihr ...

... specht



Welche gesundheitspolitischen Vorstellungen haben Sie für das Land Brandenburg?

Diese Frage richtete die Redaktion der Publikation "TKspezial Brandenburg" der Techniker Krankenkasse an das Gesundheitsministerium, die gesundheitspolitischen Sprecher der Parteien, an die Körperschaften von Ärzten und Zahnärzten.

Die Fragesteller hatten fünf Schwerpunkte vorgegeben.

Im Folgenden veröffentlichen wir die Antwort des Vorsitzenden der KV Brandenburg, Dr. med. Hans-Joachim Helming:

Gesundheitsziele in Brandenburg

Vor dem Hintergrund der zunehmenden "Überalterung" der brandenburgischen Bevölkerung stehen die Bekämpfung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen und des Diabetes im Vordergrund. Konsequente Präventionsmaßnahmen und auch effektive Behandlungsstrategien sind in Brandenburg notwendiger als in anderen Ländern der Bundesrepublik.

Neue Anforderungen an die Qualitätssicherung in der medizinischen Versorgung

In Kenntnis der neuerdings in der Öffentlichkeit verbreiteten Behauptung, in der bundesdeutschen medizinischen Versorgung mangle es an Qualität, kommt es vorrangig darauf an, die tatsächlich bereits praktizierten hohen Qualitätsstandards darzustellen und zu

kommunizieren. Falschdarstellungen von "Minderqualität" unter Beiziehung obskurer Auftrags- und Zweck"gutachten" können in Kenntnis der Wirklichkeit keine Handlungsnotwendigkeit sichern. Solange sich selbst im europäischen Ausland erkrankte Deutsche lieber mit dem Rettungsjet nach Deutschland fliegen lassen, solange europäische Ausländer nach Deutschland zur Behandlung kommen, solange ist die "Verlautbarung" der Medizinqualität nicht ernst zu nehmen.

Eine Befristung der Zulassung in Abhängigkeit vom Fortbildungsnachweis spricht aus sich heraus gegen die Sachkompetenz derjenigen, die derartige Unvernunft herausblasen! Dieser Unsinn bedarf keiner weiteren Kommentierung - es sei denn der, dass die Vorschlagenden mit gutem Beispiel vorangehen sollten!

Ein "Institut für Qualität in der Medizin", welches unabhängig von Ärzten (!) und Politik sein soll, kann nur eine "Stiftung Warentest" sein. Haben wir schon, brauchen wir nicht

Ärztemangel in Brandenburg

Unbestritten haben wir in Brandenburg einen deutlichen Ärztemangel, insbesondere im ländlichen Bereich. Dies betrifft sowohl Haus- als auch Fachärzte. Insgesamt sind in Brandenburg noch knapp 190 Arztsitze im ambulanten Bereich nicht besetzt!

Anzeige

Die Lauterbach'sche These von der Über-, Unter- oder Fehlversorgung spiegelt die Realität jedoch nicht wider (Gibt es eigentlich keine Normalversorgung mehr?).

Noch ist der größte Teil Brandenburgs sowohl qualitativ als auch strukturell gut versorgt. Ein großes Problem ist allerdings die Tatsache, dass es immer schwieriger wird, frei werdende Arztpraxen vor allem im ländlichen Bereich wieder neu zu besetzen. Zunehmend ist ein Unwille, sich niederzulassen, ambulant an der medizinischen Versorgung teilzunehmen, festzustellen.

Hier müssen Politik, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen gemeinsam ansetzen. Unerlässlich sind spezielle Anreize wie angemessene Vergütung von ärztlichen Leistungen, Landzuschläge sowie kommunal preisgünstige Mietkonditionen und anderweitige Unterstützungen.

Allerdings reichen diese Einzelmaßnahmen allein nicht aus - entscheidend ist die Beendigung der Unterfinanzierung der ambulanten Medizin in Ostdeutschland! Neben der demoralisierenden Darstellung der Ärzte durch die Medien ist die pekuniäre Demotivation ein maßgeblicher Hemmschuh für die Stabilisierung der Versorgung.

Krankenhausplanung

Der seit Jahren anhaltende Bettenabbau in brandenburgischen Kliniken, die Schließung ganzer Abteilungen führt zu einer erheblichen Leistungsverlagerung in den ambulanten Leistungsbereich. Mit

Einführung der DRG-Systematik wird dieser Effekt drastisch verstärkt. Bislang fehlen jedoch Konzepte von politisch Verantwortlichen und Krankenkassen, wie dem (drohenden?) Kollaps der ambulanten Versorgung vor diesem Hintergrund begegnet werden soll. Die Kassenärztliche Vereinigung jedenfalls sieht hier dringenden Handlungsbedarf!

Organisationsreform der Selbstverwaltung

Anstatt die Selbstverwaltung durch entsprechende Rahmgestaltung tatsächlich selbst verwalten zu lassen, administriert die Politik derartig subtil in diese Strukturen, dass konstruktives und sachgerechtes Gestalten nahezu unmöglich gemacht wird.

Im Ergebnis wird dann die Ergebnislosigkeit und vermeintliche Insuffizienz konstatiert und einer "Professionalisierung" das Wort geredet. Als würde Qualität von Hauptamtlichkeit oder Ehrenamtlichkeit abhängen! Die Befreiung von politischer Bevormundung derjenigen, die ihr Handwerk verstehen - das wäre die einzig notwendige Strukturreform!

Wer heute einen "geteilten Sicherstellungsauftrag" thematisiert, hat entweder nicht zu Ende gedacht oder will bewusst dem System den "Todesstoß" geben. Ich kann nur davor warnen, die Experimente zu weit zu treiben: Es gibt auch irreparable Schäden.

Ärzte werden systematisch kriminalisiert!

Pressemitteilung des NAV-Virchowbundes vom 25. Februar 2003

Es ist unverschämt und nicht mehr hinnehmbar, dass mit der nach verschiedenen Zeitungsberichten bei der Gesundheitsreform vorgesehenen Einsetzung eines Anti-Korruptionsbeauftragten nicht nur ein ganzer Berufsstand kriminalisiert, sondern auch das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Arzt bewusst zerstört wird.

Dies erklärte der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Maximilian Zollner, und verwahrte sich entschieden gegen die durch eine solche Maßnahme entstehende Unterstellung, die Ärzte seien alle Betrüger, die durch Abrechnungsmanipulationen das Gesundheitssystem schamlos ausnutzen.

Er wollte sich nicht, so Zollner, vor die in jedem Berufsstand existierenden "Schwarzen Schafe" stellen, die ihrer gerechten Strafe zugeführt werden müssten. Bis jetzt hätten sich jedoch sämtliche Vorwürfe der Abrechnungsbetrügerei weitgehend wieder in Luft aufgelöst, nachdem sie einer eingehenden Prüfung unterzogen worden seien.

Er habe den Eindruck, dass durch die ständige und systematische Diffamierung und Kriminalisierung der Ärzte der Weg für ein staatliches Gesundheitswesen geebnet werden soll, bei dem jedoch die Patienten die größten Verlierer sein würden, erklärte Zollner.

ANZEIGE

RATAJCZAK PRESSLER
WELLMANN OHLMANN & PARTNER
Rechtsanwälte
Sindelfingen Fürth Berlin

MEDIZINRECHT

Arzthaftungsrecht
Kassenarztrecht
Ärztliches Gesellschaftsrecht
Chefarztrecht

Christoph-M. Stegers Claudia Wieprecht

Märkisches Ufer 28, D-10179 Berlin
Tel.: 030 / 27 87 84 - 30, Telefax: 030 / 27 87 84 - 59
Email: berlin@rpwo.de
Internet: <http://www.rpwo.de>

"Blitzabrechnung" der KV Brandenburg informiert jetzt über Gesamtleistungsbedarf

Seit dem 01.09.2002 wird die "Blitzabrechnung" als unmittelbar in der Praxis verwendbare Dienstleistung der KVBB angeboten (siehe "KV-Intern" 8/2002 und 9/2002).

Die "Blitzabrechnung" umfasste bisher eine Schnellinformation zum Stand der Auslastung der Praxis- und Zusatzbudgets des EBM sowie der Punktzahlgrenzvolumen des HVM im laufenden Abrechnungsquartal.

Ab sofort informiert eine weitere Auswertung in tabellarischer und grafischer Form über den Gesamtleistungsbedarf. Hierbei werden Kosten, Wegegebühren und Pauschalvergütungen in Euro in einer Summe ausgewiesen. Bei den in Punkten bewerteten Leistungen wird zwischen den im Punktzahlgrenzvolu-

men anerkannten Leistungen, den auf das Restpunktzahlvolumen entfallenden Leistungen und sonstigen, nicht der Systematik der Punktzahlgrenzvolumen unterliegenden Leistungen unterschieden.

Um diesen Service zu nutzen, senden Sie der KV Brandenburg eine mit der Praxissoftware erstellte Zwischenabrechnung über die im laufenden Quartal bisher von Ihnen erbrachten Leistungen über Datennerv oder per Diskette zu. Sie selbst müssen keine Daten erheben oder eingeben und erhalten spätestens am nächsten Werktag Ihre persönliche Auswertung vorzugsweise per E-Mail zurück.

Für weitere Fragen wenden Sie sich bitte direkt an unseren Mitgliederservice.

Einführung der Blankoformularbedruckung

Auf Grund von zahlreichen Anfragen möchten wir unsere Informationen zur Einführung der Blankoformularbedruckung in "KV-intern" 01/03 ergänzen.

Bitte beachten Sie:

- Die Anwendung der Blankoformularbedruckung ist freiwillig und nicht vertraglich vorgeschrieben.
- Die Anträge zur Genehmigung der Blankoformularbedruckung erhalten Sie über Ihre Servicestellen.
- Das entsprechende Sicherheitspapier steht ab sofort in Ihrer Servicestelle zur Verfügung.

Ansprechpartner: Ihre Servicestellen

Neuer Totenschein ab 01.05.2003 im Land Brandenburg

Auf der Grundlage des § 17 Abs. 5 des Gesetzes über das Leichen-, Bestattungs- und Friedhofswesen im Land Brandenburg (BbgBestG) wurde die Dokumentation der Leichenschau durch Rechtsverordnung geregelt.

Die Rechtsverordnung, die am 22.01.2003 unterzeichnet wurde, löst den bisher geltenden Runderlass über die Dokumentation der Leichenschau vom 09. Januar 1995 ab und stellt eine eindeutige rechtliche Norm dar. Damit kommt auch ein neuer Totenschein-Vordruck zur Anwendung.

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg hat als Serviceleistung mit dem Kohlhammer-Verlag Verhandlungen aufgenommen und kann Ihnen diesen Vordruck statt eines Einzelpreises von 2,27 Euro für 0,87 Euro anbieten.

Die sich bisher im Umlauf befindlichen Formulare behalten übergangs-

weise bis zum 30. April 2003 ihre Gültigkeit.

Als Beileger dieser "KV-intern"-Ausgabe finden Sie weitere Informationen zur Verordnung über die Dokumentation der Leichenschau im Land Brandenburg und ein entsprechendes Bestellformular für den neuen Totenschein. Ihre Bestellung können Sie ebenfalls über das Intranet der KVBB im "Datennerv" unter Formularbestellungen aufgeben.

Der Inhalt der Verordnung über die Dokumentation der Leichenschau im Land Brandenburg wird im Gesetz- und Verordnungsblatt des Landes Brandenburg veröffentlicht.

Sie können diese Verordnung auch über Ihre Servicestellen erhalten.

Ansprechpartner:

GB Mitgliederservice
Servicestellen der KV Brandenburg

Termine der Qualitätssicherungskommissionen

März:

- 05.03.2003 - Labor
- 05.03.2003 - Radiologie
- 05.03.2003 - Onkologie
- 19.03.2003 - Substitutionsbehandlung
- 26.03.2003 - Chirotherapie

April:

- 02.04.2003 - Psychotherapie
- 09.04.2003 - Koloskopie

- 10.04.2003 - Dialyse
- 16.04.2003 - Sonographie
- 28.04.2003 - Schmerztherapie

Mai:

- 14.05.2003 - Substitutionsbehandlung
- 21.05.2003 - Radiologie

Änderungen vorbehalten!

Blutzucker-Teststreifen - ein Anhaltspunkt

Die AOK für das Land Brandenburg verweist auf ein Schreiben des Verbandes der Krankenversicherten Deutschlands e.V. mit angeblichen Empfehlungen der AOK zum Thema Blutzucker-Teststreifen und sinnvolle Verschreibungsmengen.

Sollten Sie ein derartiges Schreiben erhalten (haben), achten Sie bitte auf den Absender bzw. Verfasser. Denn die AOK kann keine derartigen Empfehlungen aussprechen und die AOK für das Land Brandenburg ist auch nicht der Verfasser.

Hier nun für Sie die **gemeinsame Stellungnahme der KVBB und der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg** zu diesem Thema:

Blutzucker-Teststreifen als Geltungsar-

neimittel gehen kostenmäßig in die Richtgrößen ein und stellen einen nicht unerheblichen Aufwand dar.

Es ist ein Trend zur Selbstmessung erkennbar, an dessen medizinischer Notwendigkeit gezweifelt werden kann. Speziell nach Fest- und Feiertagen und der damit ausgelösten Geschenkeflut steigt der Verbrauch.

Eine sinnvolle Selbstmessung setzt voraus, dass mit den ermittelten Werten vom Patienten auch umgegangen werden kann, d.h. die Insulinmenge dem gemessenen Wert angepasst wird. Messungen von Patienten, die dazu nicht in der Lage sind, sind unnötig und damit unwirtschaftlich.

Die folgende Tabelle ist ein Anhaltspunkt für sinnvolle Verschreibungsmengen.

Diabetestyp und Behandlungsform	Anzahl der BZ-Teststreifen pro Quartal
Intensivierte Therapie Typ I und Typ II	400
Schwangerschaftsdiabetes	nach Bedarf
Typ II mit 2mal Mischinsulin und 1mal Normalinsulin bzw. nur Normalinsulin	100
Typ II mit 2mal Mischinsulin oder Kombination Mischinsulin / orale Antidiabetika	/
Typ II nur orale Antidiabetika	/
Neu- und Ersteinstellung des Diabetes	150 für 6 Wochen
Sondersituationen (akute Erkrankung, etc.)	50

Krankenversichertenkarten für Bedienstete der Polizei Brandenburg

Bei der Erstellung der Krankenversichertenkarten für Bedienstete der Polizei Brandenburg ist aufgrund technischer Probleme das Institutionskennzeichen (IKZ) fehlerhaft gespeichert worden. Dadurch entstehen Schwierigkeiten beim Einlesen der Karten in der Praxis.

Das gültige IKZ für Bedienstete der Polizei Brandenburg lautet 103600514 mit der weiterhin gültigen Vertragskassennummer 79870.

Bitte achten Sie für die Quartalsabrechnung I/03 darauf, dass die Kassennum-

mer 79870 für Polizei Brandenburg zur Anwendung gelangt.

Sollten Schwierigkeiten bei der Quartalsabrechnung I/03 für diese Kasse auftreten, wenden Sie sich bitte an die Servicestellen der KVBB.

Ein Austausch der fehlerhaften Versichertenkarten ist ab dem 01.04.2003 vorgesehen.

Ansprechpartner:
Fachbereich Abrechnung

ANZEIGE

Anzeige

Ärztliche Verordnung einer Hörhilfe

Wir bitten alle Vertragsärzte um die Beachtung folgender Grundsätze:

1. Die Verordnung einer Hörhilfe bzw. Tinnitusmasker/Tinnitusinstrument erfolgt **grundsätzlich unter Verwendung des Musters 15**.

2. Die Verordnung setzt eine tonaudiometrische und auch eine sprachaudiometrische Untersuchung voraus. Bei Verordnung eines Tinnitusmaskers sind die Frequenz und die Verdeckbarkeit mit zu bestimmen. Die Verordnung von Hörhilfen bzw. Tinnitusmasker/Tinnitusinstrument darf nur von solchen Vertragsärzten vorgenommen werden, die in der Lage sind, die erforderlichen ton- und sprachaudiometrischen Befunde vollständig zu erheben und die entsprechende Indikationsstellung vorzunehmen.

Es ist nicht statthaft, hiermit Hörgeräteakustiker zu beauftragen und dann entsprechend deren Angaben das Ausfüllen des Musters 15 vorzunehmen.

3. Der Vertragsarzt hat auf dem Verordnungsblatt anzukreuzen, ob es sich um eine Erst- oder Nachversorgung handelt. Eine Nachversorgung ist zu begründen.

4. Bei Verordnung von Hörhilfen bzw. Tinnitusmasker/Tinnitusinstrument ist durch Ankreuzen kenntlich zu machen, ob die Versorgung rechts, links oder beidseitig notwendig ist.

5. Auf dem Verordnungsblatt ist durch Ankreuzen zu kennzeichnen, ob die Versorgung mit einer Hörhilfe aufgrund eines Unfalls, Unfallfolgen oder eines Versorgungsleidens (BVG) notwendig ist.

6. Der Vertragsarzt hat sich nach Anpassung der verordneten Hörhilfe davon zu überzeugen, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird und auf dem Vordruck zu bestätigen, dass das Gerät zweckmäßig ist.

Der Vertragsarzt hat sich bei der Versorgung mit einem Tinnitusmasker/Tinnitusinstrument von der ausreichenden Zweckmäßigkeit für den Versicherten zu überzeugen und dies auf dem Vordruck zu bestätigen.

Ansprechpartner:

GB Mitgliederservice
Herr Staub-Lambrecht, Beratender Arzt
Tel.: 0331/2309-357

Änderung der Ultraschall-Vereinbarung

Die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben eine Änderung der apparativen Anforderungen für die Mammasonographie im Rahmen der bestehenden Ultraschall-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V beschlossen.

Ziel der Änderung ist es, die Verwendung bestimmter hochauflösender Schallköpfe, mit denen eine Verbesserung der Diagnostik erreicht werden kann, zu ermöglichen. Diese Schallköpfe entsprachen bisher nicht den apparativen

Anforderungen an die Bildbreite. Als Mindestanforderung an die Ausstattung der Untersuchungsgeräte in der Anwendungsklasse IX (Brustdrüse), Anlage I der Ultraschall-Vereinbarung war bisher vorgeschrieben, einen Schallkopf mit einer Nennfrequenz von 5,0 bis 7,5 MHz zu verwenden.

Diese Anforderung wird dahingehend geändert, dass zukünftig die Untersuchungen mit einem Schallkopf mit einer Nennfrequenz von mindestens 5,0 MHz durchgeführt werden können, also auch mit einem Schallkopf höherer Frequenz als 7,5 MHz.

Des Weiteren ist es möglich, einen zusätzlichen Schallkopf zu verwenden,

bei dem die Bildbreite mindestens 3,8 cm ab Hautoberfläche beträgt.

Die Änderungen traten mit der Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt Nr. 5 am 31. Januar 2003 in Kraft.

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass gemäß § 10 der Ultraschall-Vereinbarung eine Änderung der apparativen Ausstattung bei der Kasernenärztlichen Vereinigung anzuzeigen ist.

Ansprechpartner:

Geschäftsstelle Qualitätssicherung
Frau Hinze
Tel.: 0331/2309-319

Bitte vormerken: Aktuelle Termine für DMP-Informationsveranstaltungen

An folgenden Tagen finden gemeinsame Informationsveranstaltungen der KV Brandenburg und der AOK für das Land Brandenburg zum Thema "Disease-Management-Programm Diabetes mellitus" statt.

02. April 2003,	17.00 Uhr	Pritzwalk
04. April 2003	16.00 Uhr	Potsdam
09. April 2003	17.00 Uhr	Neuruppin
11. April 2003	15.00 Uhr	Cottbus
16. April 2003	16.00 Uhr	Bernau/Eberswalde
23. April 2003	19.00 Uhr	Neuruppin
14. Mai 2003		Frankfurt(Oder)
04. Juni 2003		Wittstock

Die Ärzte in den entsprechenden Regionen werden durch die AOK noch persönlich angeschrieben und eingeladen.

Diese Informationsveranstaltungen werden für die teilnehmenden Ärzte als solche im Sinne des DMP-Vertrages gewertet. Das heißt, damit haben diese Ärzte eine der Zugangsvoraussetzungen für die Teilnahme am DMP-Vertrag erfüllt.

Ansprechpartner: GB Mitgliederservice, Tel.: 0331/23 09-260

Nekroseabtragung beim diabetischen Fuß

Zum 1. Oktober 2002 ist die Leistungsposition GNR 2018 - Nekroseabtragung beim diabetischen Fuß - neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab aufgenommen worden.

Bitte beachten Sie, dass entsprechend der Anmerkung zur Leistungsposition die Leistung nur dann berechnet werden kann, wenn der Arzt nachweist, dass er - im Durchschnitt der letzten vier Quartale vor Antragstellung - je Quartal die Behandlung von mindestens 100 Patienten mit Diabetes mellitus durchgeführt hat und programmierte ärztliche Schu-

lungen von Patienten mit Diabetes mellitus (Typ I und II) nachweislich durchführt.

Im Fall der Nichterfüllung dieser Voraussetzung kann durch den Arzt alternativ die kurative (chirurgische) GNR 2213 angesetzt werden.

Die formlose Antragstellung zur Erbringung und Abrechnung o.g. Leistung ist zu richten an:

Geschäftsstelle Qualitätssicherung,
Frau Boss
Postfach 600861, 14408 Potsdam

Verordnung einer Nagelspange

Zahlreiche Anfragen von Vertragsärzten veranlassen uns, zu diesem Thema Stellung zu beziehen. Finger- oder Zehennagelspangen sind Hilfsmittel im Sinne des Leistungsrechts der Gesetzlichen Krankenversicherung. Sie werden auf Muster-16-Rezepten als Hilfsmittel (Status "7" drucken) auf Namen des Patienten rezeptiert.

Die Verordnung dieses Hilfsmittels darf nur erfolgen, wenn der Vertragsarzt vom Erfolg dieser Behandlung überzeugt ist.

Die Orthonyxie-Behandlung ist eine rein ärztliche Tätigkeit und darf nicht auf

andere Leistungserbringer (Orthopädie-schuhmacher, Fußpfleger u.a.) delegiert werden.

Das Anlegen einer Finger- oder Zehennagelspange ist Bestandteil des Verzeichnisses im EBM der ab 1. Januar 1996 nicht mehr gesondert abrechnungsfähigen Leistungen. Diese Leistung ist in die Ordinationsgebühr-Nummer 1 eingegangen.

Marianna Kaiser,
Beratende Apothekerin
Tel.: 0331/2309-200

Das Werben um Nachwuchs - Existenzgründerseminare der KVBB

Am 22.02.03 fand der nunmehr 9. Existenzgründertag der KV Brandenburg statt und zog auch im fünften Jahr niederlassungswillige Ärzte in die Landesgeschäftsstelle der KV in der Potsdamer Gregor-Mendel-Straße. Folgt man den Ergebnissen der Studie zur Altersstruktur- und Arztlzahlentwicklung der KBV, so darf allein die Teilnahme von 22 interessierten Ärzten in der heutigen Zeit als Erfolg verbucht werden.

Der Studie gemäss ist die Zahl der Absolventen eines Medizinstudiums zwischen 1994 und 2000 um 23 % gesunken.

Die Zahl der Studienabbrecher bzw. Studienplatzwechsler steigt an. Mittlerweile liegt ihre Zahl bei etwa 2.400 jähr-

lich, das entspricht etwa 20 % eines Studienjahrgangs. Die Zahl der Ärzte im Praktikum ist zwischen 1994 und 2001 um knapp ein Viertel gesunken, die Zahl der Approbationen zwischen 1994 und 2000 um 22 %.

Angesichts dieser Problematik und der Tatsache, dass die rahmenpolitischen Bedingungen des ambulanten vertragsärztlichen Sektors (gerade in den neuen Bundesländern) nicht unbedingt dazu ausgelegt sind, jungen Nachwuchs in Vielzahl anzulocken, ist es eine Herausforderung, neue Vertragsärzte für das Land Brandenburg zu werben.

Ein Baustein im Mosaik ist hierbei das Angebot von qualitativ hochwertigen Seminaren, die auf die wichtigsten The-

ANZEIGE

Mietangebot für Ärztehaus: Eichwalde, August-Bebel-Allee 34

Bisheriges Bürogebäude, Baujahr 1995, wird derzeit umgestaltet als Ärztehaus, im 1. OG werden wir eine Zahnarztpraxis haben.

Unser Ziel ist es, auch im EG sowie im ausgebauten Dachgeschoss Arztpraxen zu etablieren. Im EG stehen 150 qm zur Verfügung, im DG 140 qm + zusätzliche Verkehrsflächen. Das Gebäude ist komplett neu renoviert, in allen Etagen lichtdurchflutet. Hinter dem Gebäude befinden sich PKW-Stellplätze.

Miete VB 7,67 EUR/qm netto-kalt. Sehr gute Verkehrsverbindungen. Frei ab sofort. Interessenten melden sich bitte bei der Hausverwaltung Kapella, Tel.: 030/78802 / 495-496

menschwerpunkte des Zielpublikums zugeschnitten sind. Das Existenzgründerseminar der KV Brandenburg hat sich dieser Herausforderung bereits schon im Oktober letzten Jahres mit einem inhaltlich und organisatorisch neuen Konzept gestellt.

Das Seminar stellt betriebswirtschaftliche Themenschwerpunkte wie Finanzierung und Liquiditätsplanung einer Arztpraxis in den Vordergrund, beinhaltet steuerliche Aspekte einer Niederlassung, informiert umfassend zu vertraglichen Gestaltungen aller Art, möglichen Kooperationsformen, Honorarverteilung und anderem mehr.

Fast alle Themen werden in Workshops mit einer Gruppenstärke von maximal 10 Personen behandelt, der ausreichend bemessene Zeitrahmen ermöglicht es, individuelle Fragen lösungsorientiert zu erörtern und eine persönliche Bindung herzustellen.

Eine Befragung der Teilnehmer mittels

Bewertungsbogen verdeutlichte, dass sich die KV Brandenburg mit dem Existenzgründertag im Konkurrieren um zukünftige Vertragsärzte in einer guten Position befindet. Sowohl die Themenauswahl als auch die persönliche Atmosphäre der Workshops hinterließen bei den Teilnehmern einen positiven Eindruck. Als sehr gut wurde die Tatsache bewertet, dass fast alle Themenschwerpunkte auch im Nachgang der Veranstaltung vertiefend durch die bestehenden Beratungsangebote der KVBB unterstützt werden konnten.

Für das Jahr 2003 sind erstmals insgesamt drei Existenzgründerseminare geplant, verbunden mit dem Ziel, möglichst viele Ärzte für das Land Brandenburg zu gewinnen.

Die weiteren Termine:

17. Mai und 8. November 2003.

Jeannette Klasse

Betriebswirtschaftliche Beraterin
Geschäftsbereich Mitgliederservice

Arzneimittel-Richtlinie 17.1 m

Nach Arzneimittel-Richtlinie 17.1 m sind sogenannte Zellulartherapeutika und Organhydrolysate nicht zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Wer es trotzdem tut, riskiert einen Antrag auf sonstigen Schaden durch die Krankenkassen.

Man versteht unter Zellulartherapeutika alle Zellpräparationen tierischen Ursprungs im Rahmen der Frischzellen-therapie. Organhydrolysate sind "grobe" Zubereitungen aus tierischen Organen, wie z.B. Milz- und Knorpelhydrolysate oder ähnliches.

Nicht darunter zu verstehen sind aus

Organen gewonnene Einzelsubstanzen wie Heparin oder Pankreatin. Auch standardisierte Zubereitungen gehören nicht unter den hier gemeinten Begriff der Organhydrolysate, sofern sie auf einen für das Therapieziel wesentlichen Wirkstoff quantitativ standardisiert sind. Die Art der Aufbereitung spielt für die Definition keine Rolle.

Diese Definitionen erhielten wir vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen.

Marianna Kaiser, Beratende Ärztin

Tel.: 0331/2309-200

1. Ball der Freiberufler des Landes Brandenburg

Im Ergebnis der Aussendung von "KV-Intern" 2/2003 sind bereits viele Anmeldungen für den im Dorint-Hotel Potsdam stattfindenden

1. Ball der Freiberufler am 25.10.2003 um 19:00 Uhr

eingegangen.

Dennoch besteht für Sie die Möglichkeit, sich zu diesem erstmaligen gesellschaftlichen Höhepunkt anzumelden. Der Vorstand des Landesverbandes der Freien Berufe Brandenburg e. V. lädt Sie nochmals herzlich hierzu ein.

Das vorliegende Programm lässt bereits jetzt einen stimmungsvollen Abend erwarten, an dem die kulinarischen Genüsse, aber auch die Tanzfreuden nicht zu kurz kommen sollen.

Diese Veranstaltung, die im übrigen für die Vertragsärzteschaft im Jahr 2003 die einzige in dieser Art sein wird, soll abseits vom Berufsalltag nicht nur ein gesellschaftlicher Höhepunkt sein, sondern auch die Kommunikationsmöglichkeit untereinander als auch mit maßgeblichen Politikern schaffen.

Von den eingeladenen Ehrengästen aus der Landespolitik sowie von den Verbänden haben bereits viele ihr Kommen zugesagt.

Der Teilnehmerpreis für den 1. Freiberufler-Ball beträgt 75,00 € je Person,

worin die Getränke allerdings nicht eingeschlossen sind.

Zimmerreservierungen werden ab sofort im Dorint-Hotel Potsdam zum Preis von 99,00 € im DZ incl. eines reichhaltigen Frühstücks unter der Rufnummer (0331) 274 9033, Kennwort "Ball der Freiberufler" gern entgegen genommen.

Für die Weiterführung der Vorbereitungen wären wir für Ihre Rückantwort bis zum 25. April 2003 dankbar. Wir bitten um Verständnis, dass diese "Primäreinladung" aus Kostengründen in dieser rationellen Form erfolgt ist.

Selbstverständlich werden alle Damen und Herren, die sich für eine Teilnahme am 1. Freiberufler-Ball entschieden haben, nochmals persönlich angeschrieben.

Wegen der Begrenztheit der Plätze im Dorint-Hotel Potsdam bitten wir Sie zu beachten, dass die Anmeldungen nach der zeitlichen Reihenfolge des Posteinganges berücksichtigt werden.

Organisation:

Landesverband der Freien Berufe e. V.
Frau Ines Philipp,

Tel.: 0331/2977413

Fax: 0331/2977171

E-Mail: info@freie-berufe-brandenburg.de

Diesen Termin sollten Sie sich schon einmal reservieren!

Rezept des Monats

Unter dieser Überschrift setzen wir uns mit konkreten Verordnungen auseinander. Alle Beispiele beziehen sich auf Zuarbeiten von Vertragsärzten, die diese Fälle in der Praxis erlebt haben.

Kritische Anmerkungen von Therapieentlassungsmedikationen erfolgten ebenfalls größtenteils durch die Einsender der Beiträge.

Folgendes Rezept ist aus "KV Hessen-Pharmakotherapie", Nr. 34, entnommen und wurde durch Apotheker der Krankenkassen und der KV BB kommentiert.

Patient:

81jährige Frau, Entlassungsrezept nach stationärer Behandlung

Diagnose:

- Arterielle Hypertonie mit häufigen hypertensiven Krisen
- Zerebrovaskuläre Insuffizienz
- Angst- und depressive Störung gemischt
- Polyarthrose, Zustand nach Hüft-TEP rechts
- Hyponatriämie

Entlassungsmedikation:

Medikament	morgens	mittags	abends
Concor 5mg	1	0	1
Dilatrend 12,5mg	1	0	1
Carmen	0	0	1
Cynt 0,3	1	0	0
Delix 10mg	1	0	½
Jarsin 300mg	1	1	1

Insidon	1	1	1
Unat 10mg	1	0	0
Bifiteral	10ml	10ml	10ml
Schwedentabletten	1	1	1
Valoron Tropfen	20 Tropfen	20 Tropfen	20 Tropfen

In der hier zur Behandlung der Hypertonie eingesetzten 6-fach-Kombination sind zwei Betablocker, ein nicht-selektiver und ein selektiver enthalten. Dies ist weder als sinnvoll noch als sicher anzusehen und entspricht ganz sicher nicht den Empfehlungen der Hochdruckliga.,

Der ACE-Hemmer ist mit 15 mg/d deutlich überdosiert. Die Maximaldosierung für Ramipril übersteigt laut Fachinfo für keine Indikation 10 mg. Bei einer Dosis, die außerhalb der Zulassung liegt, sind die veränderten Haftungsbedingungen zu beachten. Zur Behandlung der Hypertonie kämen neben Ramipril andere langwirksame ACE-Hemmer wie Enalapril oder Lisinopril infrage, die auch generisch zur Verfügung stehen. Auch beim Calcium-Antagonisten Lercanidipin und dem Diuretikum Torasemid kann man fragen, ob der Einsatz von bewährten Substanzen möglich ist.

Da Moxonidin bei Vorliegen einer

Depression kontraindiziert ist, wäre zu überlegen, ob der zusätzliche Nutzen des Einsatzes von Cynt hier das Risiko überwiegt.

Für Behandlung der depressiven Symptomatik ist der Sinn der gleichzeitigen Anwendung von Johanniskraut und Opi-pramol zweifelhaft.

Bei Valoron-Tropfen könnte man durch die Verwendung von Generika ca. 10 € pro 100 ml sparen.

Es sei noch angeführt, dass Schwedentabletten (es handelt sich hierbei um Kochsalztabletten) als nicht apothekenpflichtige Arzneimittel nach § 31 SGB V nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ordnungsfähig sind, und dass Bifiteral nur unter Beachtung der Arzneimittel-Richtlinien Pkt. 16.1 auf ein Kassenrezept verordnet werden kann.

M. Kaiser, Beratende Apothekerin

Neue Therapieempfehlung "Osteoporose"

Die erste deutsche evidenzbasierte Leitlinie zur Prophylaxe und Therapie der Osteoporose ist erschienen.

An der Volkskrankheit Osteoporose leiden allein in Deutschland vermutlich vier bis acht Millionen Menschen, davon etwa 80 Prozent Frauen. Eine optimierte Behandlung entsprechend dem derzeiti-

gen wissenschaftlichen Erkenntnisstand stellt eine besondere ärztliche und gesundheitspolitische Herausforderung dar. Deshalb erschien die Erarbeitung einer derartigen Leitlinie für die hausärztlich tätige Ärzteschaft besonders wichtig.

Die Leitlinie der Arzneimittelkommission

gibt Hinweise zum diagnostischen Vorgehen, das sich am individuellen Osteoporose-Risiko des Patienten orientieren muss. Wichtige Kriterien für die Verordnung von Osteoporose-Medikamenten sind Nachweise zur Verminderung von Osteoporose-bedingten Knochenbrüchen und Belege für ein möglichst geringes Risiko von Arzneimittel-Nebenwirkungen.

Die Therapieempfehlung "Osteoporose" der AkdÄ repräsentiert den Konsens der jeweiligen Fachmitglieder, der allgemeinmedizinischen Kommissionsmitglieder und des Vorstandes der Arzneimittelkommission und stellt auch eine

wesentliche Grundlage für die Erarbeitung der nationalen Versorgungs-Leitlinie Osteoporose dar.

Die Therapieempfehlung der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft nach Nr. 14 der Arzneimittel-Richtlinien soll gerade dem niedergelassenen "Nicht-Spezialisten" den aktuellen Wissensstand vermitteln.

Diese Leitlinie kann über die Servicestellen der KVBB kostenlos bestellt werden.

Marianna Kaiser

Beratende Apothekerin
0331/2309-200

Insulinanaloga - ihre Vor- und Nachteile

Mit mehr als 5 Millionen Diabetikern in Deutschland, davon etwa 90 % mit einem Diabetes mellitus Typ 2, stellt diese Erkrankung eine bedeutende gesundheitspolitische, aber insbesondere hinsichtlich Prävention und Behandlung von Folgeerkrankungen auch eine große individualmedizinische Herausforderung dar.

Vor kurzem ist die Therapieempfehlung der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zum Thema "Diabetes mellitus" als Konsens der jeweiligen Fachgesellschaften, der allgemeinmedizinischen Kommissionsmitglieder und des Vorstandes der Arzneimittelkommission erschienen.

Gemeinsam mit führenden und wissenschaftlich tätigen Diabetologen des Landes Brandenburgs, der Krankenkassen im Land Brandenburg und den Apothe-

kern der KV Brandenburg ist das Teilgebiet "Einsatz der Kunstinsuline in der modernen Diabetestherapie" nachfolgend beleuchtet worden.

Die Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft beurteilen **Insulin aspart** und **Insulin lispro** zusammenfassend wie folgt:

Die vorteilhafte Pharmakokinetik von Insulin aspart und lispro führt zur einer verbesserten postprandialen Glukose-senkung bei Diabetes mellitus Typ 2, jedoch nicht zu wesentlich günstigeren HbA1c -Werten im Vergleich zu Normalinsulin (Studienlage hierzu uneinheitlich).

Ob durch Therapie mit Insulinanaloga die Langzeitprognose günstig beeinflusst wird, ist nicht bekannt. Untersuchungen zu klinischen Endpunkten wie diabetes-

bedingten Komplikationen oder zur Letalität liegen nicht vor.

Die Diabetologen des Landes Brandenburg weisen darauf hin, dass sich bei einer Vielzahl von Typ 1- und insulinpflichtigen Typ 2-Diabetikern eine gute Stoffwechsellage mit Humaninsulin erzielen lässt, wie harte Endpunkte, beispielsweise UKPDS, zeigen. Der Einsatz von Insulinanaloga ist jedoch nur dann indiziert, wenn sich mit Humaninsulin keine ausreichend gute Stoffwechsellage erzielen lässt.

Kurzwirksame Insulinanaloga sind seit 5 bzw. 3 Jahren im Einsatz und beanspruchen folgende Vorteile:

- Verbesserung der postprandialen Blutzuckerwerte ohne wesentlichen Einfluss auf den HbA1c
- Reduktion des Risikos leichter Hypoglykämien, jedoch treten schwere Hypoglykämien etwa gleich häufig wie unter Humaninsulin
- Injektionen unmittelbar zur Mahlzeit evtl. auch postprandial möglich
- Auslassen von Zwischenmahlzeiten möglich
- flexiblerer Lebensstil möglich
- erleichterte Gewichtskontrolle bei Typ 2-Diabetes.

Mitteilung der Leyh-Pharma GmbH Trusetal:

Rhinoguttæ pro infantibus N (PZN 1883036) Nasentropfen

sind ordnungsfähig und werden von den Krankenkassen erstattet!

Die im Bundesanzeiger vom 11.09.2002 erschienene Arzneimittelübersicht zur Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung hat Rhinoguttæ pro infantibus SR gelistet.

Die Nasentropfen befinden sich nicht mehr in Verkehr, da im Rahmen des laufenden Nachzulassungsverfahrens der Bestandteil Ephedrin eliminiert werden musste. Achten Sie bitte bei Ihrer Verordnung auf die Bezeichnung

Rhinofuttæ pro infantibus N (PZN 1883036) Nasentropfen

Zusammensetzung:

1g enth.: Silbereiweiß-Acetyltannat 30 mg.

Weitere Bestandteile: Chlorhexididiguconat (Konservierungsmittel). Gereinigtes Wasser

Anwendung: Entzündung der Nasenschleimhaut mit Sekretbildung (seröse Rhinitis)

Anwendungsbeschränkung: Daueranwendung

Dosierung: bis zu 6 mal täglich 1-5 Tropfen in jedes Nasenloch eintropfen

Die Diabetologen des Landes Brandenburgs weisen darauf hin, dass gerade der Aspekt der Verbesserung der postprandialer Blutzuckerwerte, die bei Erhöhung über den Normalbereich hinaus als eigenständiger Risikofaktor für KHK-Morbidität und -Mortalität gelten (u. a. DECODE-Studie) den Einsatz von kurzwirksamen Insulinanaloga interessant macht.

Weiterhin wird festgestellt, dass eine wesentliche Indikation zum Einsatz von kurzwirksamen Analoga die Durchbrechung einer massiven Insulinresistenz bei adipösen Typ 2-Diabetikern darstellt, die in zwei Dritteln der Fälle erfolgreich ist. Die Durchbrechung einer Insulinresistenz ist jedoch auch mit hohen Dosen von Humaninsulin möglich.

Die Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zum langwirksamen Insulinanalogon **Insulin glargin** lauten:

Glargin besitzt eine über 24 Stunden anhaltende Wirkung, ohne ein ausgeprägtes Wirkungsmaximum aufzuweisen. Erste klinische Studien zum Typ 2-Diabetes weisen auf eine dem NPH-Insulin vergleichbare blutzuckersenkende Wirkung und eine verminderte Häufigkeit nächtlicher Hypoglykämien unter Insulin glargin hin.

Weitere klinische Studien sind erforderlich um zu zeigen, ob es auch zu einer verbesserten Stoffwechsellage und zu einer Reduktion klinischer Endpunkte kommt. Dabei ist auch anderen Sicherheitsaspekten Rechnung zu tragen. Beobachtungen über eine schnellere Progression der diabetischen Retinopa-

thie wurden mit einem erhöhten mitogenen Potential von Insulin glargin in Zusammenhang gebracht. Langzeituntersuchungen, die über diese wichtige Frage, u.a. mögliche Folgewirkungen einer erhöhten Mitogenität, Auskunft geben, sind daher erforderlich, bevor eine gesicherte Nutzen-Risiko-Bewertung vorgenommen werden kann.

Die Diabetologen des Landes Brandenburgs weisen darauf hin, dass die Einmalgabe von Insulin glargin als Vorteil gelten kann, ebenso die nichterforderliche Mischung des klaren Insulins. Allerdings zeigt hier die Erfahrung, dass bei adipösen Typ 2-Diabetikern, insbesondere mit Insulinresistenz, in ca. 30 bis 40 % der Fälle eine zweite Insulin glargin-Injektion erfolgen muss, um den Stoffwechsel ausgeglichen zu gestalten.

Die teratogene Unbedenklichkeit ist noch nicht abschließend beurteilt und hängt mit dem Wirkungsmechanismus von Insulin glargin mit einer erhöhten Bindungsaffinität zum IGF 1-Rezeptor zusammen. Der Einsatz von Insulin glargin sollte insbesondere bei Patienten mit höhergradiger Retinopathie vermieden werden. Auch ist die Gewichtszunahme unter Einsatz von Insulin glargin auf Grund seines langen Wirkungsmechanismus nicht unerheblich und in der Regel höher als bei den üblichen NPH-Insulin.

Die anfängliche Euphorie zum Einsatz von Insulin glargin ist mittlerweile auch bei vielen Diabetologen des Landes Brandenburgs einer kritischen Stellung gegenüber diesem neuen Kunstinsulin gewichen.

Fazit:

Es bleibt festzuhalten, dass Langzeitstudien für alle Insulinanaloga fehlen. Bis zum Vorliegen von Untersuchungen mit Endpunkten wie Mortalität, Morbidität und unerwünschte Arzneimittelwirkungen (Glaskörper- oder Retinablutungen, mitogene Aktivität) sollte sorgfältig abgewogen werden, ob das Therapieziel nicht mit einem Humaninsulin erreicht werden kann, und für welche Patienten

Vorteile wie eine flexiblere Lebensgestaltung von entscheidender Bedeutung sind.

Die neue Therapieempfehlung der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zu Diabetes mellitus können über die Servicestellen abgerufen werden.

Marianna Kaiser
Beratende Apothekerin

ANZEIGE

Anzeige

Ärzte müssen Grenzen bei Werbung weiterhin strikt beachten!

Viele Ärzte rufen in den Servicestellen der KVBB an und möchten sich über Fragen im Zusammenhang mit der Werbung für die eigene Praxis informieren.

Am 20. Februar diesen Jahres veröffentlichte die "Ärzte Zeitung" dazu wichtige Hinweise. Im Folgenden veröffentlichen wir einige Passagen aus diesem Beitrag.

Ärzte Zeitung:

Nach den Beschlüssen des Deutschen Ärztetages im Jahr 2002 in Rostock ist jetzt beim Werberecht grundsätzlich "alles erlaubt, was nicht ausdrücklich verboten ist", fasste der Medizinrechtler Professor Klaus Ulsenheimer aus München die Neuerungen in einer Formel zusammen.

Für den Arzt bestehe damit aber nun die Gefahr, "dass er durch das weit geöffnete Tor des Berufsrechts hindurchstürmt und sich an der dahinter aufgebauten Mauer des Heilmittelwerbegesetzes (HWG) die Nase blutig stößt", schränkte Rechtsanwalt Till Hausdorf beim 8. Münchner Abendsymposium "Medizinrecht" der Kanzlei Ulsenheimer und Friedrich ein.

Gerade in ärztlichen Kreisen sei das HWG weitgehend unbekannt und zunehmend häufiger Grundlage uner-

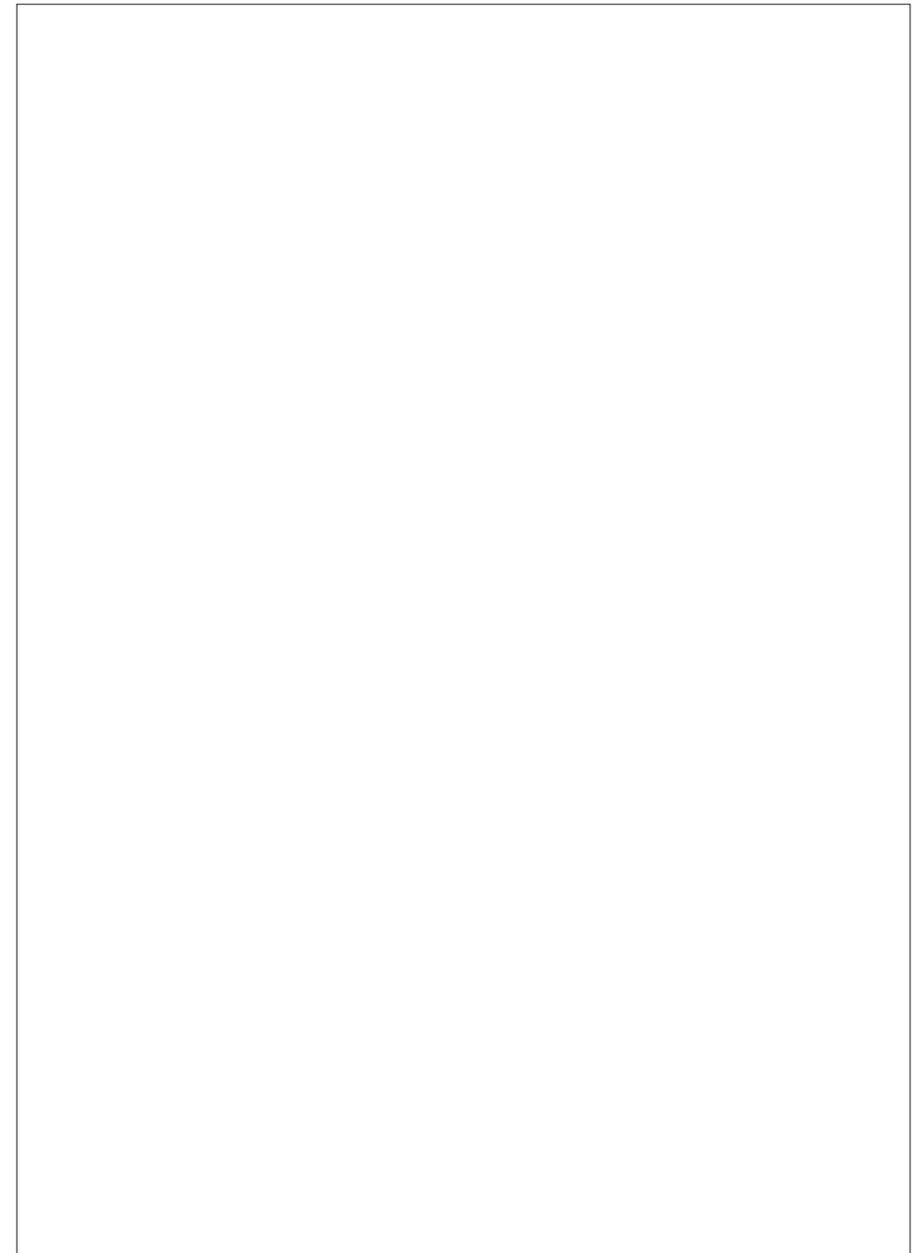
freulicher und teurer Auseinandersetzungen.

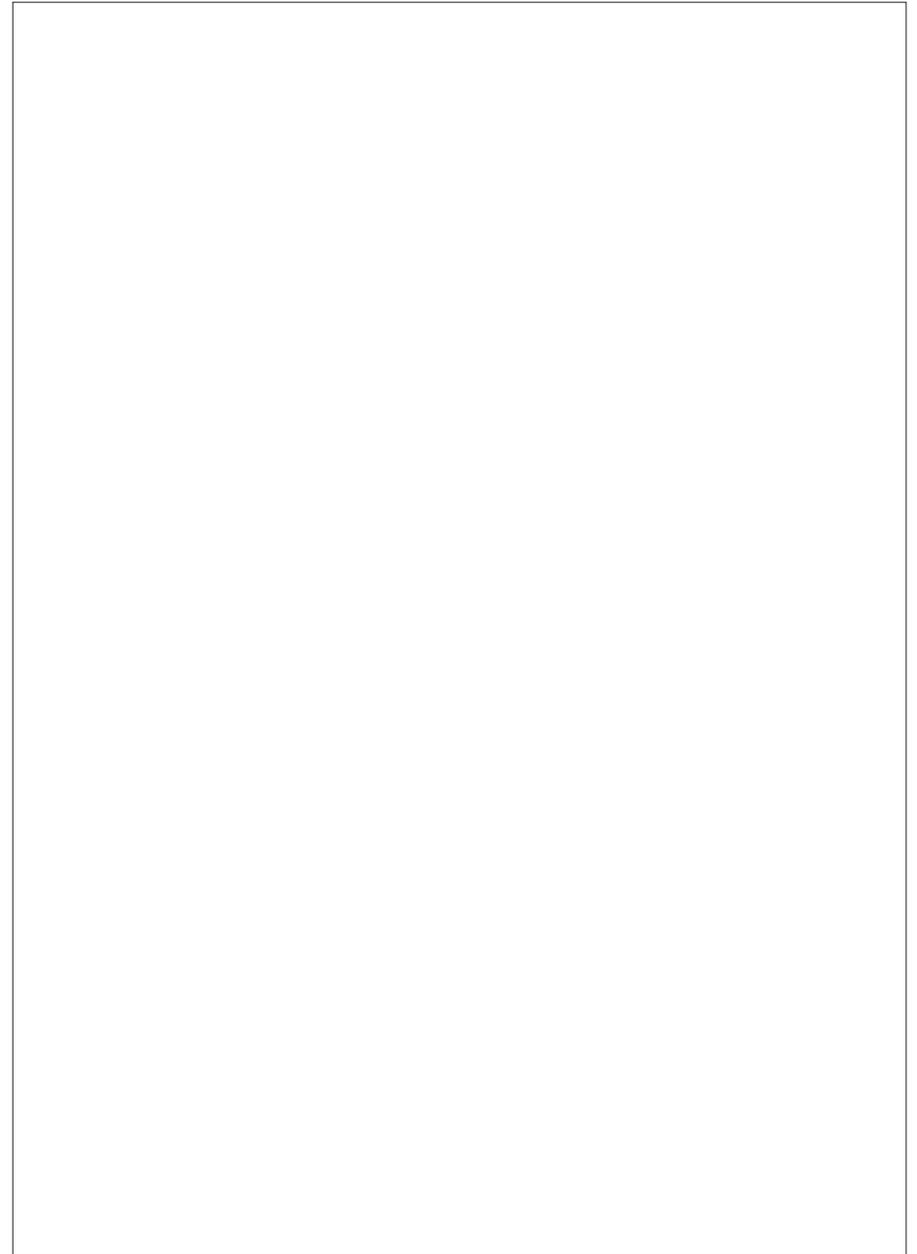
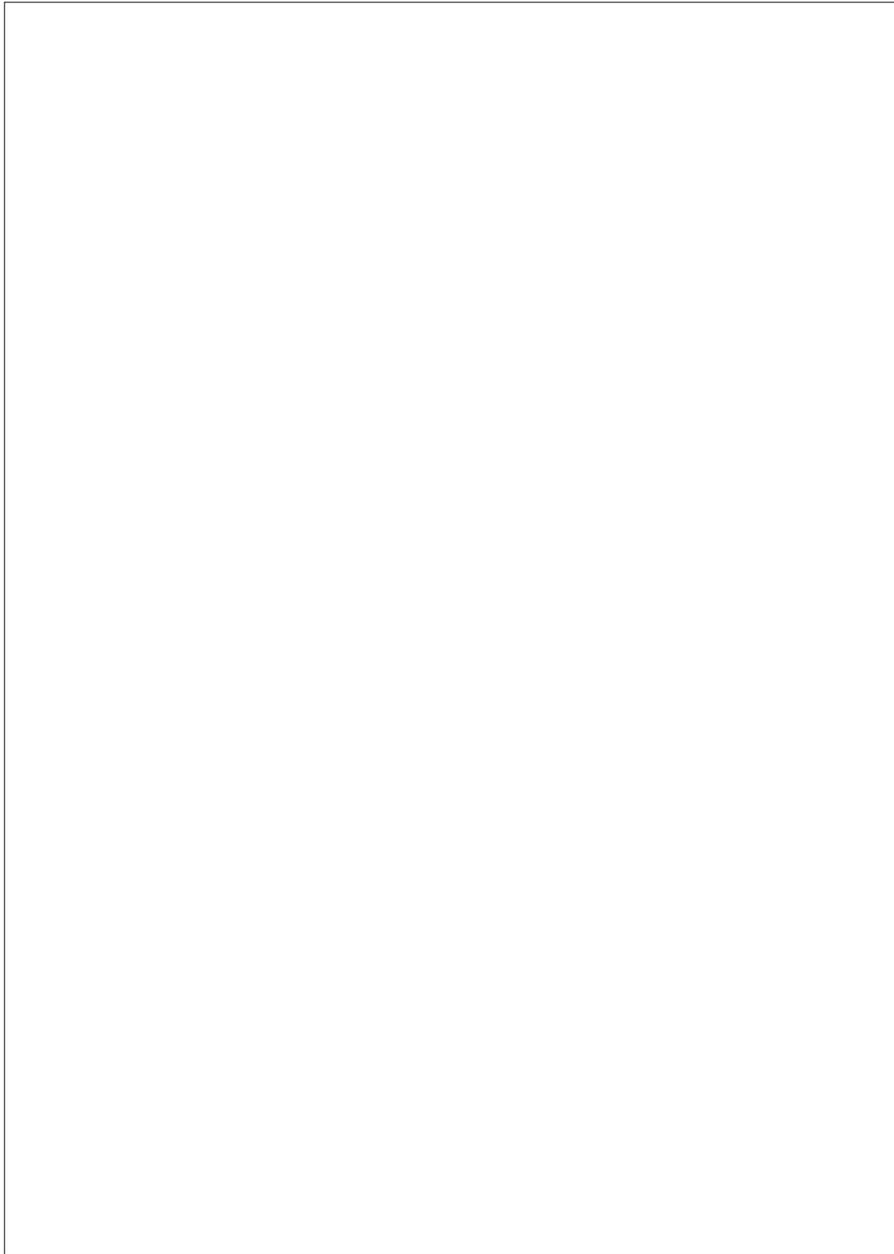
Die Gefahr, gesetzliche Grenzen zu überschreiten, die es schon immer gab, die aber wegen der bislang "strengen" Berufsordnung nicht erreicht wurden, besteht insbesondere beim Internetauftritt einer Praxis, warnte Hausdorf:

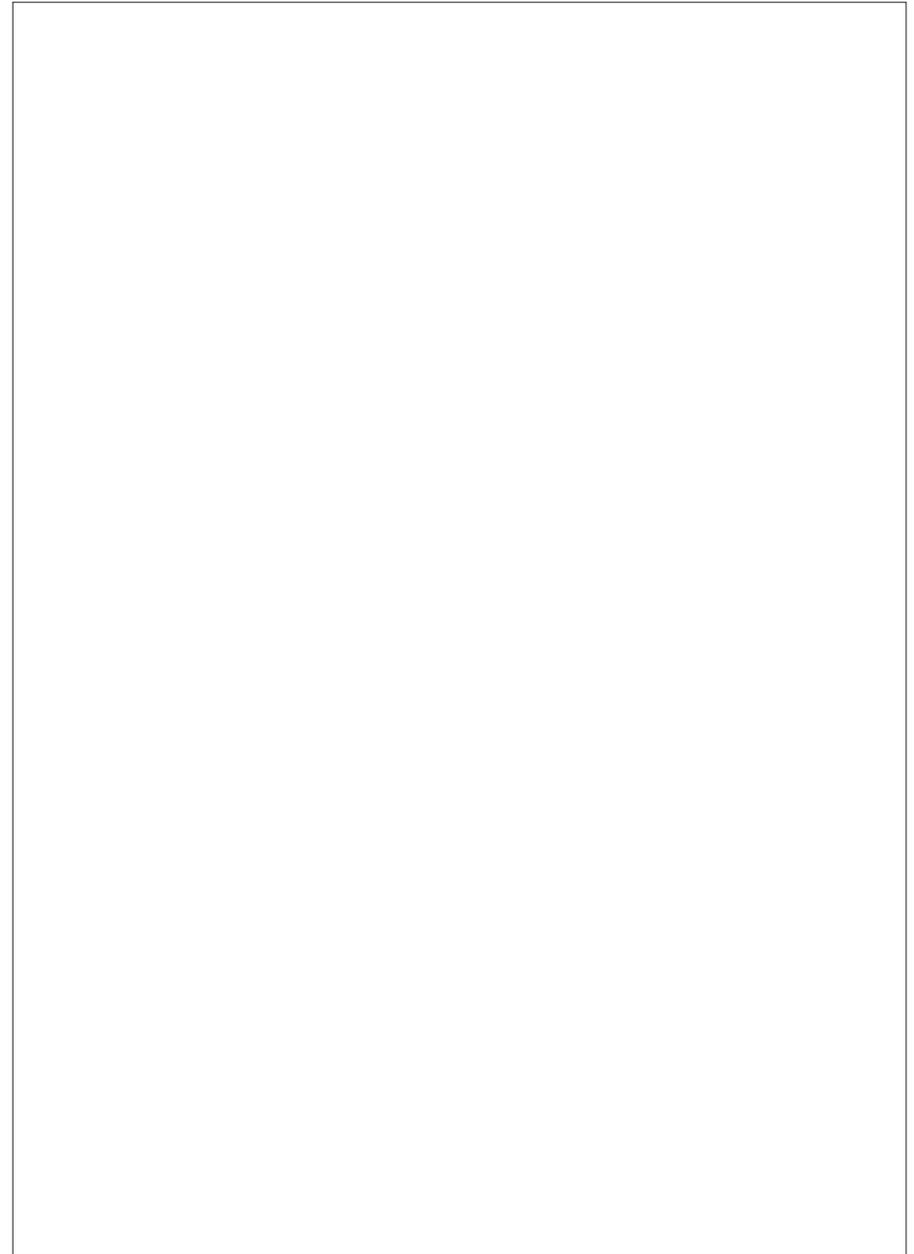
Nach den neuen Bestimmungen kann der Arzt in sachlicher Weise auch auf besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden seiner Praxis hinweisen. Wer dies nun auch auf der eigenen Homepage tut und dabei Heilverfahren mit dem Hinweis angekündigt, die Behandlung werde mit einem Gerät der Firma X oder den Präparaten der Firma Y durchgeführt, verstoße gegen das HWG, erläuterte Hausdorf.

Vorsicht ist auch geboten, wenn auf der Homepage zur Ergänzung der eigenen Mitteilungen über Links auf weitergehende Informationen auf anderen Homepages verwiesen wird. Wenn dort unzulässige Informationen verbreitet werden, könne sich der Arzt strafbar machen, warnte Hausdorf.

Wir verweisen zugleich noch einmal auf die Veröffentlichung in "KV-intern" 12/2002, Seite 40.







Praxisbörse

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

Biete

Fachärztlicher Internist mit kardiologischer Ausrichtung sucht wegen Ausscheidens des Partners einen Facharzt für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin (hausärztlich) für eine Praxisgemeinschaft mit überdurchschnittlich hohen Fallzahlen im Planungsbereich Oberspreewald-Lausitz.

Chiffre: 03/03/01

Biete

Ich habe die Absicht, meine urologische Praxis am 01.01.2005 abzugeben. Mitarbeit in der Praxis wäre ab Mitte 2004 möglich.

Chiffre: 03/03/03

Biete

Ausbaufähige internistische Praxis mit hausärztlicher Tätigkeit am südlichen Stadtrand von Berlin aus Altersgründen schnellstmöglich abzugeben. Sie ist seniorenorientiert und gewährleistet stabile Umsätze.

S-Bahnverbindung 40 Minuten zum Berliner Zentrum. Sehr günstige Mietkonditionen.

Chiffre: 03/03/05

Biete

Gutgehende, verkehrsgünstig gelegene Augenarztpraxis im Bereich Oberhavel (Autobahnanschluss Berliner Ring) mit hohen Fallzahlen aus Altersgründen im 1. Quartal 2005 (auch eher möglich) zu günstigen Konditionen abzugeben.

Die Übergabe kann von einem netten, langjährig eingearbeiteten Mitarbeiter-Team begleitet und unterstützt werden.

Chiffre: 03/03/02

Biete

Gebe aus Altersgründen zum Januar 2005 gutgehenden allgemeinmedizinischen Kassenarztsitz im südöstlichen Randgebiet Berlins ab. (S-Bahn-Bereich); Stabile Fallzahlen, angenehme Klientel

Chiffre: 03/03/04

Biete

Alteingesessene 1993 neu erbaute allgemeinmedizinische Praxis (im gleichen Gebäude Zahnarztpraxis - komplett getrennt) in landschaftlich schöner Lage (Nähe Dresden, Riesa ca. 13 km zur A13) baldmöglichst aus Altersgründen zu vermieten/zu verkaufen.

Stabile Fallzahlen (ausbaufähig). In naher Zukunft sehr günstige Notfalldienstregelung.

Chiffre: 03/03/06

Praxisbörse

Biete

aus Altersgründen allgemeinmedizinische Praxis in Strausberg zur Übernahme im 3. Quartal 2005 an; sie befindet sich im Ärztehaus neben dem Krankenhaus und der Laborgemeinschaft.

Chiffre: 03/03/07

Biete

Allgemeinmedizinische Gemeinschaftspraxis sucht im Planungsbereich Oberspreewald-Lausitz zum 01.10.2003 Praxisnachfolger (Hausarzt) in gutgehender Kooperation. Sehr gute Betriebs- und Verkehrslage. Günstige Konditionen zur Übernahme werden zugesichert.

Chiffre: 03/03/08

Biete - Suche

Koloskop (Carl Zeiss Jena) preiswert abzugeben; Vergrößerung 5, 8, 12, 20, 32 Grünfilter, Stativ.

Interessenten melden sich bitte unter:
0331/710095 oder 0331/520930

Suche Ultraschallgerät, speziell mit Abdomenschallkopf, das den Ultraschallabrechnungsbestimmungen von 1993 entspricht.

Tel.: 03381/66 02 14

ANZEIGE

Praxis für Allgemeinmedizin

Ort: Neustrelitz, Zentrale Lage am Marktplatz in unmittelbarer Nähe der Apotheke, Hochparterre, 120 Quadratmeter, Wartezimmer incl. Anmeldung, 1 Arztzimmer, 2 Funktionsräume, hell, modern eingerichtet.

Umfassender Praxisstamm vorhanden (ca. 1200 Patienten pro Quartalsabrechnung)

Übernahmetermin: ab sofort

Tel.-Nr. 03981/207020

<http://Lenz.Neustrelitz.bei.t-online.de>

Ärztehaus-West

im Industrie- und Gewerbepark Brandenburg
- Praxis, EG, 128,85 qm, neu renoviert, frei ab 01.04.2003

- Praxis 1. OG, 116,0 qm, 5 Räume, Mietbeginn nach Absprache

-Praxis, UG, ca. 60 qm, 2 Büros plus Praxisraum (40qm) frei zu disponieren.

Vermietung erfolgt provisionsfrei durch Eigentümer, Miete nach Vereinbarung,

10 Ärzte, 1 Apotheke im Haus, gute Verkehrsverbindung und Parkmöglichkeiten.

Telefon 08151/6481

Niederlassungen im Februar 2003

Planungsbereich Potsdam

Dr. med. Wolfram Kiene
FA für Orthopädie
Kopernikusstr. 32, 14482 Potsdam
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Helmut Lang)

Planungsbereich Frankfurt/Stadt-Oder-Spree

Dipl.-Med. Bärbel Sanftleben
FÄ für Allgemeinmedizin
Prager Str. 35, 15234 Frankfurt
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Günter Leider)

Sylke Thunig
FÄ für Innere Medizin/HA
Am Kleistpark 1, 15230 Frankfurt
(Übernahme der Praxis
von SR Erika Kotlarski)

Dr. med. Frank Schulz
FA für Innere Medizin
H.-Hildebrand-Str. 22, 15232 Frankfurt

Dipl.-Psych. Gerhild Mindach
Psychologische Psychotherapeutin/Verhaltenstherapie
Gartenstr. 14g,
15517 Fürstenwalde
(Übernahme der Praxis
von Dipl.-Psych. Georg Schmitt)

Planungsbereich Brandenburg/Stadt und Potsdam-Mittelmark

Dipl.-Med. Wulf-Eckahard Grasemann
FA für Allgemeinmedizin
Magdeburger Landstr. 5
14770 Brandenburg
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Gudrun Leimbach)

Planungsbereich Barnim

Dr. med. Andreas Franke
FA für Urologie
Karl-Liebknecht-Str. 3
16225 Eberswalde
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Sepp Würfel)

Planungsbereich Oberhavel

Dr. med. Sven Förste
FA für Allgemeinmedizin
Poststr. 58, 16727 Velten
(Übernahme der Praxis
von Dr. med. Volkmar Bartels)

Planungsbereich Teltow-Fläming

Dr. med. Christian Schäfer
FA für Innere Medizin/HA
Berliner Str. 32
14979 Großbeeren

Neuzulassungen und Ermächtigungen

Neuzulassungen

Dr. med. Gräfin Petra von Saurma Jeltsch,
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in
Kleinmachnow
ab 01.04.2003

Dipl.-Med. Dietmar Hörster,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in
Oranienburg
ab 01.04.2003

Dr. med. Thomas Belian,
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie in
Rüdersdorf
ab 01.07.2003

Dr. med. Liane Hartmann,
Fachärztin für Augenheilkunde in Eberswalde
ab 01.03.2003

Sabine Matena-Pöschke,
Fachärztin für Innere Medizin in Heckelberg
ab 19.02.2003

Einstellung in einer Einrichtung gem. § 311 Abs. 2 SGB V

Dr. med. Matthias Redsck,
Facharzt für Allgemeinmedizin in der
Med. Einrichtungsgesellschaft
Landkreis Havelland, Betriebsstätte Nauen
ab 20.02.2003

Ermächtigungen

Dipl.-Med. Kathrin Vock,
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in
den Ruppiner Kliniken Neuruppin,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen
Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen
gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem
Gebiet der pädiatrischen Allergologie, Bron-

chopulmologie und Endokrinologie für die
Zeit vom 12.02.2003 bis zum 31.03.2005.

Dr./B Nikolaus Lutz-Dettinger,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in
den Ruppiner Kliniken Neuruppin,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen
Kinderärzten sowie Praktischen Ärzten,
die die Facharztbezeichnung Kinderarzt
erworben haben, und entsprechenden Ärzten
in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V
für Problemfälle ausgewählter Krankheitsbilder
(gastroenterologische, rheumatologische,
onkologische sowie andere singuläre Fälle)
zur Beratung niedergelassener Pädiater
sowie für Doppler-sonographische und
Duplex-sonographische Gefäßdiagnostik für
die Zeit vom 12.02.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Eva-Susanne Behl,
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin am
Klinikum "E. v. Bergmann" in Potsdam,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen
Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtun-
gen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Diagno-
se und Therapie von Patienten mit Mucoviszi-
dose-zystischer Fibrose für die
Zeit vom 12.02.2003 bis zum 31.03.2005.

Dr. med. Helmut Weber,
Facharzt für Innere Medizin in Falkensee,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen
Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtun-
gen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für diagnosti-
sche und therapeutische Leistungen auf dem
Gebiet entzündlich rheumatischer Erkrankun-
gen bei Problempatienten für die
Zeit vom 12.02.2003 bis zum 31.03.2005.

Klaus Endres,
Facharzt für Innere Medizin am Luise-Hen-
rietten-Stift in Lehnin,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen
Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtun-

gen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Erbringung von Auftragsleistungen auf dem Gebiet der Inneren Medizin für die
Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Brigitte Böttcher,
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin in den Ruppiner Kliniken Neuruppin, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Kinderärzten sowie Praktischen Ärzten, die die Facharztbezeichnung Kinderheilkunde erworben haben, bzw. entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der pädiatrischen Kardiologie und pädiatrischen Diabetologie für die
Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Albrecht Weinecke,
Facharzt für Innere Medizin an den Helmuth-Ulrici-Kliniken in Sommerfeld, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Lungenheilkunde und Internisten/SP Pneumologie sowie Fachärzten für Lungenheilkunde und Internisten/SP Pneumologie in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Durchführung der ambulanten Bronchoskopie für die
Zeit vom 01.04.2003 bis zum 31.03.2005.

Dr. med. Diana Jüge,
Fachärztin für Diagnostische Radiologie am Kreiskrankenhaus Finsterwalde, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von ermächtigten Krankenhausärzten; auf Überweisung des KfH-Kuratorium für Heimdialyse und Nierentransplantation und auf Überweisung von Zahnärzten für die
Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Karsten Suhr,
Facharzt für Anästhesiologie am Kreiskrankenhaus Finsterwalde, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Schmerztherapie für die
Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Birgit Klee,
Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde am Städtischen Klinikum Brandenburg, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Hals-Nasen-Ohren-Ärzten sowie Hals-Nasen-Ohren-Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Betreuung von Patienten mit schweren onkologischen Erkrankungen, zur Durchführung der ambulanten Chemo- und Schmerztherapie sowie zur Untersuchung und Mitbehandlung von Problemfällen auf dem Gebiet der HNO-Heilkunde für die
Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Ao.Univ.-Prof./A Dr. med. Jörg Wissel,
Facharzt für Neurologie in der Neurologischen Rehabilitationsklinik des Gesundheitsspraks Beelitz, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Neurologen, Psychiatern und Orthopäden sowie entsprechenden Fachärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Behandlung von Dystonien, Hyperhidrosis und speziellen Formen der Spastik mit Botulinum-Toxin A; auf Überweisung von zugelassenen Pädiatern sowie Pädiatern in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Behandlung der infantilen Zerebralparese mit Botulinum-Toxin A; auf Überweisung von zugelassenen Neurologen, Orthopäden, Neurochirurgen und Psychiatern sowie entsprechenden Fachärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Neuroelektrodiagnostik für die
Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Irina Schöffauer,
Fachärztin für Innere Medizin am Klinikum Frankfurt, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Angiologie für die
Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2004.

Dipl.-Med. Claudia Büttner,
Fachärztin für Innere Medizin am Krankenhaus Templin,

ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf den Gebieten Hämatologie und Onkologie für die
Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Frank Petri,
Facharzt für Innere Medizin an der Krankenhaus Märkisch-Oderland GmbH, Betriebsteil Strausberg, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen pneumologisch tätigen Internisten/Lungenärzten bzw. pneumologisch tätigen Internisten/Lungenärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Bronchoskopie für die
Zeit vom 19.02.2003 bis 30.06.2004.

Dr. med. Christof Arntzen,
Facharzt für Innere Medizin am Medizinisch und Sozialen Zentrum Angermünde, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für duplexsonographische Untersuchungen und auf dem Gebiet der Koloskopie für die
Zeit vom 19.02.2003 bis 31.12.2004.

Dr. (PL) Piotr Borowiec,
Facharzt für Diagnostische Radiologie am Klinikum Uckermark in Schwedt,

ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Chirurgie, Gynäkologie, Nervenheilkunde, Neurochirurgie, Orthopädie und Radiologie bzw. entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Magnetresonanztomographie für die
Zeit vom 19.02.2003 bis 31.12.2003.

Verlegung des Praxissitzes

Dipl.-Med. Gabriele Graf,
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Cottbus, neue Adresse: Bahnhofstr. 66;

Bernd Knacke,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Putlitz, neue Adresse: Kiebitzberg 4a;

Dietmar Schade,
Facharzt für Innere Medizin in Lindow/Mark, neue Adresse: Straße d. Friedens 60;

Dr. med. Kurt Schröder,
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Beeskow, neue Adresse: Bodelschwinghstr. 46-47;

Dr. med. Bernd Möhl,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Fürstenwerder, neue Adresse: E.-Thälmann-Str. 15

Bioterrorismus und Pockenschutz

Die Gefahr bioterroristischer Anschläge wird nicht nur in den Medien, sondern auch in Krisenstäben und in Gesundheitsministerien diskutiert.

Die Landesärztekammer Brandenburg informiert alle interessierten Kolleginnen und Kollegen auf fünf regionalen Veranstaltungen über die derzeitigen Kenntnisse zur Gefährdung und die geplanten Schutzmaßnahmen.

16. April 2003, 16.00 bis 18.00 Uhr, Carl-Thiem-Klinikum Cottbus

23. April 2003, 15.00 bis 17.00 Uhr, "Oderland" Klinikum Frankfurt/Oder

23. April 2003, 16.00 bis 18.00 Uhr, Klinikum Ernst von Bergmann Potsdam

7. Mai 2003, 17.00 bis 19.00 Uhr, Klinikum Uckermark Schwedt

21. Mai 2003, 16.00 bis 18.00 Uhr, Ruppiner Kliniken Neuruppin

Anmeldung: Landesärztekammer Brandenburg, Referat Fortbildung, Postfach 101445, 03014 Cottbus, Fax: (0355) 7 80 10 44, e-mail: akademie@laekb.de

Nachzubesetzende Vertragsarztsitze

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

Es werden die Vertragsarztsitze:

Facharzt/Fachärztin für Chirurgie
Planungsbereich: Bernau
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 18/2003

Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin (fachärztlich)
Planungsbereich: Uckermark
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 19/2003

Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde
Planungsbereich: Potsdam-Stadt
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 20/2003

Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin
Planungsbereich: Potsdam-Stadt
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 21/2003

Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin
Planungsbereich: Potsdam-Stadt
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 22/2003

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde
Planungsbereich: Havelland
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 23/2003

Facharzt/Fachärztin für Augenheilkunde
Planungsbereich: Havelland
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 24/2003

Facharzt/Fachärztin für Frauenheilkunde
Planungsbereich: Barnim
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 25/2003

ausgeschrieben.

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

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

Unter dem Stichwort "Ausschreibung" sind die Unterlagen bis zum **06.05.2003** bei der KV Brandenburg, Friedrich-Engels-Str. 103, 14473 Potsdam, einzureichen. Wir machen ausdrücklich darauf aufmerksam, dass die in der Warteliste eingetragenen Ärzte nicht automatisch als Bewerber für die ausgeschriebenen Vertragsarztpraxen gelten.

Herzliche Glückwünsche!

zum 50.

Dipl.-Med. Karin Bartel, Zernsdorf

Dipl.-Med. Petra Borth, Borkheide

Claus Endres, Lehnin

Dipl.-Med. Gabriele Gürntke,
Bad Freienwalde

Dr. med. Esther-Evelyn Hildebrandt
Zossen

Wolfgang Kornmesser, Bernau

Dr. med. Uta Merkel,
Königs Wusterhausen

Dipl.-Med. Aneta Nikolova, Treuenbrietzen

Dipl.-Psych. Helga Schäfer, Potsdam

Dipl.-Med. Frank Sprenger, Brandenburg

zum 60.

MR Dr. med. Hans-Peter Braun, Cottbus

Dr. med. Helmut Fraatz, Frankfurt

Dr. med. Christian Gatzweiler,
Senftenberg

Heidrun Glaschke, Michendorf

Dr. med. Evemarie Graening, Teltow

MR Dr. med. Hansjörg Hahn,
Brandenburg

OMR Prof. Dr. sc. med. Herbert Kreibich
Schulzendorf

Norbert Leucht, Zossen

Prof. Dr. sc. med. Günter Linß,
Hennigsdorf

Dr. med. Renate Müller, Teltow

SR Dr. med. Anke Noack, Kyritz

MR Dr. med. univ (H) Irmgard Pehle,
Guben

MR Dr. sc. med. Jürgen Sima, Lehnin

Dr. med. Jutta Tiedt, Falkensee

Dr. med. Helga Wellmann,
Eisenhüttenstadt

zum 65.

SR Dr. med. Erika Bergmann, Potsdam

Dr. med. Ulrich Frahm, Bad Wilsnack

SR Marianne Otto, Blumenthal

Prof. Dr. med. habil. Helmut Reichelt,
Bad Saarow-Pieskow

Dr. med. Uwe Reiß, Eisenhüttenstadt

Dr. med. Heinz Voigt, Hennigsdorf

Annemarie Wendland, Ziesar

zum 66.

OMR Dr. med. Reiner Frenzel,
Brandenburg

Dr. med. Johanna Grafe, Gollmitz

MR Dr. med. Karin Ludwig, Potsdam

zum 67.

SR Hans Hackel, Prösen

Dr. med. Peter Holstein, Cottbus

Dr. med. Siegfried Koker, Beeskow

Dr. med. Annemarie Sem,
Eisenhüttenstadt

zum 68.

SR Joachim Gerschner, Guben

zum 75.

SR Dr. med. Hans Arnold, Wittenberge

zum 78.

Dr. med. Hans Laux, Wittenberge

Impressum

KV-intern

Monatsschrift der Kassenärztlichen
Vereinigung Brandenburg

Herausgeber:

Landesgeschäftsstelle der
Kassenärztlichen Vereinigung
Brandenburg

Gregor-Mendel-Str. 10 - 11
14469 Potsdam

Telefon: 0331/28 68 100

Telefax: 0331/28 68 191

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

Email: info@kvbb.de

Redaktion:

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

Redaktionsschluss:

18. März 2003

Satz und Layout:

KV Brandenburg
Bereich Öffentlichkeitsarbeit

Telefon: 0331/28 68 196

Telefax: 0331/28 68 197

Druck:

Druckerei Stein

Hegelallee 53, 14467 Potsdam

Telefon: 0331/291 103

Telefax: 0331/292 004

Anzeigenverwaltung:

Druckerei Stein

Hegelallee 53, 14467 Potsdam

Telefon: 0331/291 103

Telefax: 0331/292 004

Anzeigenannahmeschluss:

Jeder 5. des Monats

Zur Zeit gilt die Preisliste Nr. 3 vom
2. Januar 2002

Erscheinungsweise: Monatlich

Auflage: 4.500 Exemplare