

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Welche Gefühle verbinden Sie mit dem Begriff "Richtgrößenprüfung"? Ein kardiologisch tätiger Kollege hatte gleich eine kurze Antwort parat: "Damit spare ich Arzneimittel, wenn ich ein Stress-echo bei einem Kollegen machen muss." Nun ja, dieser Kollege scheint glücklicherweise keine Probleme damit zu haben. Aber die 480 Kollegen, die für 1999 bzw. 2000 einen Prüfantrag wegen der Richtgrößenüberschreitung im Arznei- und Heilmittelbereich erhielten, können damit sicher nicht so locker umgehen.

Eigentlich haben wir doch Medizin studiert, um Krankheiten zu erkennen, sie zu verhindern oder zu behandeln. Dem medizinischen Fortschritt und dem Wirken der Ärzte ist es zu verdanken, dass heutzutage Krankheiten, die noch vor 30 Jahren lebensbegrenzend wirkten, nicht mehr das Todesurteil für den Betroffenen bedeuten. Dieser Fortschritt hat seinen Preis, so dass auch die Medizin heute zunehmend an die Grenzen des finanziell Machbaren stößt.

Wenn aber in diesem Zusammenhang ein Mediziner mit dem Namen Lauterbach, der offenbar nicht lange mit hilfeschuchenden Patienten zu tun hatte, von uns praktizierenden Ärzten fordert, die Therapienotwendigkeit eines Patienten von "seinem Nutzen für die Gesellschaft" (Zitat) abhängig zu machen, dann fragt man sich schon, welchen Hippokratischen Eid er geschworen hat. Auf der anderen Seite ist es aber genau dieser Eid, den jeder Gesetzgeber der letzten Jahre wunderbar für sich ausnutzte. Dadurch brauchte bislang keiner der Bevölkerung reinen Wein über die finanziellen Grenzen des Gesundheitswesens in Deutschland einzuschenken.

Da ist es schon einfacher, die Ärzteschaft insgesamt als betrügerisch, raffgierig, unfähig usw. zu diffamieren und so den Konflikt, der eigentlich auf öffentlicher Ebene ausgetragen werden müsste, in jedes Sprechzimmer hineinzutragen. So ist es immer der einzelne Arzt, der einem Patienten ein bestimmtes, oft jahrelang mit Erfolg eingesetztes Medikament verweigern muss und niemand anderes.

Aber wir haben nun mal mit der Erlaubnis zum Führen einer Vertragsarztpraxis auch die Verpflichtungen aus den damit zusammenhängenden Verträgen, Richtlinien und Vereinbarungen übernommen. Dazu gehören unter anderem die Arzneimittelrichtlinien, Prüfvereinbarungen und eben auch die Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel.

Für das Jahr 1999 wurden im Rahmen der Richtgrößenprüfungen in der ersten Instanz bisher in 30 Fällen Regresse in einem Gesamtumfang von 2,5 Mio. DM ausgesprochen. Diese Tatsache löst bei mir jedes Mal Beklemmungen aus.

Da die gemeinsame Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen in Gestalt der Prüfungsausschüsse von Amts wegen zur Durchführung dieser Prüfung verpflichtet ist, lautet meine dringende Empfehlung: Lassen Sie es nur in eindeutig begründeten und nachvollziehbaren Fällen zu einer Richtgrößenüberschreitung in Ihrer Praxis kommen. Führen Sie eine entsprechende lückenlose Statistik, mit der Sie Ihre Verordnungen im Prüfungsfall nachweisbar begründen können. Fehlen diese Begründungen, so droht unter Umständen der Regress und hier sollen Sie dann für etwas zahlen, wofür andere nicht wenig Geld bekommen haben: Pharmaindustrie, Staat (Mehrwertsteuer), Großhandel und Apotheken.

In der Hoffnung, dass Sie nicht zu den Empfängern eines Briefes vom Prüfungsausschuss gehören, verbleibe ich mit den besten kollegialen Grüßen

Dr. med. Marion Zahradka

Mitglied des Vorstandes der KV Brandenburg

Fazit: Ein staatlich verantwortetes, kassenpraktiziertes Versorgungs- und Strukturchaos!

Mitglieder der Vertreterversammlung auf der Suche nach zukünftigen Strukturen,
Entsetzen über Ahnungs- und Orientierungslosigkeit der Verantwortung tragenden Politiker,
Sorge um die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung

Gemessen an so manch anderen Vertreterversammlungen war die jüngste geradezu ein Kurzstreckensprint. Als sich nach vierstündiger Diskussion die Mitglieder nach Hause begaben, herrschte bei vielen aber noch eine erhebliche Ratlosigkeit, gepaart mit blankem Entsetzen darüber, wie die politisch Verantwortlichen die Probleme im Gesundheitsbereich lösen wollen.

Wird es auch in Zukunft noch eine Freiberuflichkeit geben? Oder mutiert das Gesundheitswesen zum Kassenstaat, basierend auf einer staatlich verordneten Medizin? Was wird aus der ärztlichen Selbstverwaltung? Bleibt sie auf der Strecke oder wird sie zum Zwangsvollstrecker staatlicher Vorgaben degradiert? Und was wird mit der Qualität der medizinischen Versorgung?

Jeder der Anwesenden war an diesem 21. März mit ganz eigenen Erwartungen zu dieser Vertreterversammlung erschienen. Doch alle wollten neben aktuellen Informationen vor allem eines: Antwort auf die Frage, wie weiter?

Um es vorweg zu nehmen - eine abschließende Antwort wurde nicht gefunden. Dafür aber durchaus Ansätze.

Im Bericht zur Lage ging der Vorsitzende der KVBB, Dr. Helming, ausführlich auf die gegenwärtige Situation ein. Sie sei verwirrend, ein Sammelsurium an Vorschlägen, Gegenvorschlägen und Willenserklärungen, die vor allem ideologisch geprägt seien.

Trotzdem kristallisierte sich eine Grundtendenz heraus, die für die verfasste Ärzteschaft alles andere als ermutigend sei. Dabei nannte er vor allem folgende Kernpunkte, die sich bei allen widersprüchlichen Äußerungen und Veröffentlichungen abzeichneten:

- Das Kollektivvertragssystem soll schrittweise auf ein Einzelvertragssystem umgestellt werden;
- Der Sicherstellungsauftrag soll auf die Krankenkassen übergehen;
- Die KVen sollen einer Organisationsreform unterzogen werden;
- Die Fortbildung soll für die Niedergelassenen zur Zertifikats-Pflicht werden, bei deren Nicht-Erfüllung der Entzug der Zulassung droht;
- Die ärztlichen Leistungen und die Abrechnung dieser Leistungen sollen vom Patienten überwacht werden;

- Die freie Arztwahl soll eingeschränkt werden;
- Die Versorgungsstrukturen sollen hausärztlich dominiert neu gestaltet und die fachärztliche Versorgung soll am Krankenhaus angesiedelt werden;
- Die Rechte der Patienten sollen gestärkt werden.

Allein diese kurze Auflistung zeige, so Helming, dass zumindest der ambulante Bereich gründlich durcheinander geschüttelt würde. Das Schlagwort von den "verkrusteten Strukturen", die aufgebrochen werden müssten, mache völlig undifferenziert die Runde. Niemand bestreite, dass das System weiter entwickelt, verbessert werden müsse, doch bei den nun publik werdenden Überlegungen bliebe auch vieles auf der Strecke, was sinnvoll und nützlich sei.

Immer deutlicher werde, dass das Gros der Vorhaben rein ideologisch geprägt sei. Die rot-grüne Regierung wolle offensichtlich mit Macht in die Staatsmedizin. Freiberuflichkeit hingegen sei ihr ein

Dorn im Auge. Anders seien zumindest die immer wieder geäußerten Überlegungen nicht zu bewerten. Das bewiesen unter anderem das staatstragende zentrale Institut für Qualität, die Glorifizierung von Gesundheitszentren mit angestellten Ärzten und die Ansiedlung des Sicherstellungsauftrages bei den Krankenkassen.

Wer das propagiere, wolle weder eine hoch qualifizierte Medizin, noch den mündigen Patienten. "Wir haben die fatale Situation, dass allein reine Kosten-Nutzen-Rechnungen die Entscheidungen der Politik bestimmen", sagte der KV-Vorsitzende. Immer mehr Bürokratie, immer mehr Überwachung, immer mehr Staat einerseits, und immer weniger individuelles Arzt-Patienten-Verhältnis andererseits - dies sei offensichtlich das Credo der "Reformen". Dabei sei besonders abstrus, dass der zur Zeit auf dem (öffentlichen) Tisch liegende Rohentwurf der Regierung für eine Reform durchgängig die "Ersatzvornahme-Option" als Instrument zur staat-

Beschluss der Vertreterversammlung der KV Brandenburg am 21.03.2003

Die Vertreterversammlung beschließt, dass unter Anwendung der Grundsätze der Honorarverteilung gem. § 2 Abs. 1 HVM in Verbindung mit § 7 Abs. 2 für die Quartale I/2002 bis III/2002 die hausärztliche Grundvergütung im Ersatzkassenbereich mit einem Zusatzpunktwert in Höhe von 1,9 Ct. vergütet wird.

Nach Vergütung aller Leistungen mit den gem. HVM festgelegten Punktwerten, einschließlich des RPZV mit 4,1 Ct., verbleibende Mittel werden vorläufig neben den allgemeinen Rückstellungen gem. § 4 Abs. 2 HVM zurückgestellt.

Der Vorstand wird beauftragt, die Verwendung solcher Mittel im Rahmen eines Sicherstellungsfonds zur Förderung der ambulanten ärztlichen Versorgung zu prüfen und Vorschläge zu unterbreiten.

lichen Bevormundung eines formal nichtstaatlichen Systems vorsehe.

Als Fazit stellte Dr. Helming fest: "Die Einführung eines Vertragswettbewerbs der Kassen zerstört noch stärker das Solidarprinzip. Die GKV wird in eine Vielzahl von Kassen-, Leistungserbringer-, Versorgungs- und Vergütungsstrukturen, die dazu noch im konkurrierenden Wettbewerb stehen, zergliedert."

Das deutsche Gesundheitswesen werde zu einem staatlich verantworteten, kassenpraktizierten Versorgungs- und Strukturchaos führen, prognostizierte der KV-Vorsitzende. Ungeachtet dieser düsteren Prognosen sei jeder Umbruch auch eine Chance. Die Ärzteschaft müsse nur endlich ihre Zerstrittenheit ablegen und mehr Selbstbewusstsein ob ihrer Fähigkeiten und mehr Engagement an den Tag legen. Die zentrale Frage sei jetzt: Wie kann die Schlagkraft der Vertragsärzte auch unter neuen Bedingungen erhalten werden?

"Wenn die ärztliche Selbstverwaltung in der bisherigen Form zerschlagen wird, dann muss an ihre Stelle ein neuer Zusammenschluss treten. Diese neuen Strukturen dürfen

sich aber nicht allein auf reine Interessenvertretung fokussieren."

Vielmehr gelte es, darüber hinaus insbesondere die wirtschaftlichen Belange der Ärzte im Auge zu behalten, so Helming. Noch in diesem Monat werde sich der Vorstand der KV gemeinsam mit Vertretern der Berufsverbände zusammensetzen und über mögliche neue Strukturen beraten.

Für die Einschätzung der Situation und die Schlussfolgerungen daraus gab es viel Zustimmung durch die VV-Mitglieder. Der Kinderarzt Dr. Wagner forderte alle auf, die Flinte nicht schon vorher ins

Karikatur

Korn zu werfen. Jetzt müsse um die eigenen Interessen hart gekämpft werden. Wenn KVen abgeschafft werden sollten, dann müssten gewerkschaftliche Strukturen her. "Dann müssen auch wir die Folterkammer aufmachen und die Werkzeuge zeigen", sagte er.

Dr. Fischer aus Teltow forderte die Kollegen auf, sich nicht länger in Nischen zu verziehen, sondern endlich aufzuwachen. So schlecht sei die Position der Ärzte gar nicht, zumindest hier in Brandenburg, angesichts des eklatanten Ärztemangels. Viele Kollegen wollten eine Orientierung, sagte Dr. Göhre. Er sei jedoch skeptisch, dass es innerhalb der Ärzteschaft wieder zu einer Geschlossenheit komme.

Dr. Hausen plädierte dafür, die Qualitätssicherung, dieses ureigene ärztliche Anliegen, nicht aus der Hand zu geben. Die Vorwürfe der Politik und der Kassen über mangelnde Qualität seien fern jeder Realität. Die Ärzteschaft sei hoch qualifiziert und würde, nicht zuletzt mit

den vielen Qualitätszirkeln, sehr wohl sich permanent weiterbilden.

Neben dieser breiten gesundheitspolitischen Diskussion standen weitere Themen zur Entscheidung. Beispielsweise die Finanzsituation im Hausarzttopf bei den Ersatzkassen. Obwohl in den ersten drei Quartalen 2002 alle Leistungen mit 4,1 Cent vergütet wurden, blieb noch Geld im Topf. Auf Vorschlag des Vorstandes beschloss die Vertreterversammlung, die hausärztliche Grundvergütung in den Quartalen I bis III 2002 mit einem Zusatzpunktwert von 1,9 Cent zu versehen. Mit zwei Gegenstimmen und sechs Enthaltungen votierte die VV dafür, dass der Vorstand darüber hinaus die Einrichtung eines Sicherstellungsfonds prüfen soll.

Noch über eine Stunde nach Ende der Vertreterversammlung saßen einige Mitglieder an Tischen in der KV-Kantine, vertieft in heftige Diskussionen. Auch das, alles andere als alltäglich. Aber was ist das schon, in diesen Zeiten? **R.H.**

"Nein, die fachärztliche Versorgung soll nicht unbedingt kaputt gehen!"

Aufschlussreich, bezeichnend, bemerkenswert - Anmerkungen zum jüngsten KBV-Symposium "Qualität in der ambulanten Versorgung - der Vertragsarzt zwischen Staat, Selbstverwaltung und Wettbewerb"

Deutschlands niedergelassene Fachärzte können aufatmen: Die von ihnen gesicherte flächendeckende Versorgung der Patienten soll ja "nicht unbedingt kaputt gehen"! So jedenfalls sieht es die fünfte Ebene des Bundesministeriums für Gesundheit, angereist in Gestalt des

Regierungsdirektors Walzik. Schon allein die Tatsache, wen das Bundesgesundheitsministerium an den Müggelsee schickte, sagt alles aus über die Wertschätzung, die die niedergelassene Ärzteschaft insgesamt beim Hause Schmidt genießt.

Ungeachtet dessen war es ein Ohrenschmauß, besagtem Regierungsdirektor zuzuhören. Eine weitere "Kostprobe" gefällig? Bitte: "Das Ding ist doch noch nicht entschieden!", sinnierte er und meinte - richtig - die Reformwürfe seiner Ministerin.

Auch zur Sinnhaftigkeit von Einzel- oder Kollektivverträgen hatten der Herr Regierungsdirektor so seine ganz eigene Philosophie: "Da ist doch alles im Fluss. Sehen Sie, einzelne Krankengeschichten zeigen, da wird in den Praxen herumgewerkelt, aneinander vorbei ... Im Übrigen: Natürlich müssen Sie damit rechnen, dass Verträge nicht verlängert werden. Das bringt der Wettbewerb so mit sich."

Diese Art des Auftretens veranlassten selbst den ansonsten eher um Ausgleich bemühten stellvertretenden KV-Vorsitzenden Dr. Hansen zu der Einschätzung, dass "diese Ahnungslosigkeit und Kompetenz, diese Arroganz und Flapsigkeit schon sehr bemerkenswert seien, um nicht zuzugedenken". Ein Urgestein in der gesundheitspolitischen Landschaft dieser Republik, der Ministerialdirektor a.D. und heutige Vorsitzende des Bundesausschusses Ärzte / Krankenkassen, Karl Jung, ließ sich ob dieser Ausführungen zu folgender Verbalattacke hinreißen: "Hinter dem kommt nur noch der Pfortner!"

Nun drehte sich glücklicherweise nicht alles um Herrn Walzig, sondern im Zentrum des Symposiums stand die Qualitätssicherung in der ambulanten Medizin. Und diese Diskussionen waren schon bemerkenswert, im positiven Sinne. In vier Arbeitsgruppen und im Auditorium ging es um Qualität vor dem

Hintergrund der sich wahrscheinlich verändernden gesundheitspolitischen Gemengelage.

Ist bei einem Einzelvertragssystem eine einheitliche, flächendeckende Qualität überhaupt möglich? Braucht die Ärzteschaft ein zentrales Qualitätsinstitut oder verfügt sie nicht bereits heute über ein ausreichendes Instrumentarium? Wer definiert eigentlich, was Qualität in der medizinischen Versorgung ist?

Dies sind nur einige der wichtigsten Fragen, für die Antworten gesucht, und auch, zumindest teilweise, gefunden wurden. So wurde abschließend festgestellt, dass Qualität zunächst definiert wird über "das vom Patienten erwünschte Ergebnis". Mit anderen Worten, Qualität in der Medizin heißt Partnerschaft auf möglichst gleicher Augenhöhe zwischen Behandeltem und Behandler.

Darüber hinaus muss die Behandlung in "Übereinstimmung mit dem aktuellen Wissen des Berufsstandes erfolgen". Also, jeder praktizierende Arzt muss sich regelmäßig fortbilden, wie dies auch in der Berufsordnung explizit verlangt wird.

Und es gibt noch einen dritten Aspekt von Qualität in der medizinischen Versorgung, der nicht minder bedeutungsvoll ist: Die Erfahrung. Niemand kann die Gewähr dafür übernehmen, dass eine bestimmte Behandlungsmethode bei einer bestimmten Krankheit immer einen vorausgesehenen, klar definierten Effekt, besser Erfolg hat.

Gerade dieser letzte Punkt ist eng im Zusammenhang zu sehen mit der aktuellen Diskussion um Leitlinien. Dabei, so der KBV-Vorsitzende Dr. Richter-Reich-

helm in seinem Gesamtresümee der Veranstaltung, können "verbindliche Behandlungsvorschriften in der Medizin niemals Qualität garantieren". Aber, als Orientierungsrahmen sind Leitlinien, wenn sie denn evidenz-basiert sind, durchaus sinnvoll.

Die lebhafteste Diskussion verdeutlichte, dass Leitlinien aus der Praxis für die Praxis entstehen müssen. Oder anders ausgedrückt: Sie müssen praxistauglich sein. Dies bedeutet aber auch, dass Patienten sie verstehen. Eine für den Patienten nicht nachvollziehbare Leitlinie habe viel von ihrer Bedeutung und Wirksamkeit, von ihrer Akzeptanz verloren.

Kritisch äußerten sich viele der Diskutanten darüber, dass es nicht gelinge, der Öffentlichkeit das Engagement der Ärzte um eine hohe Qualität zu verdeutlichen. Es sei nun einmal zwingend, dass auch sogenannte Selbstverständlichkeiten publik gemacht werden müs-

sten. Denn erst diese Informationsdefizite ermöglichten es der Regierung, die These von der schlechten Qualität im Gespräch zu halten.

Ein zentrales "Überinstitut" zur Qualitätssicherung sei hingegen vollkommen überflüssig. "Wir haben alle Strukturen und wir haben hoch qualifizierte Kollegen", stellte Karl Jung fest. Wenn nur ein Bruchteil der für dieses Institut veranschlagten 25 Millionen Euro der gemeinsamen Selbstverwaltung zur Verfügung gestellt würde, seien diese viel effizienter angelegt.

Von dieser Diskussion hatte der Herr Regierungsdirektor aus dem Bundesgesundheitsministerium nichts mehr mitbekommen. Er war bereits gegangen. Gut so, was hätte er auch wem und warum überbringen sollen?

R.H.

Alle Materialien des Symposiums finden Sie unter www.kbv.de im Internet

Hochrechnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung belegt:

Wohnortprinzip bringt im Osten nicht mehr Geld!

In einem Brief an den Staatssekretär beim Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Dr. Schröder, weist die KBV den Eindruck zurück, dass das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips zu einer Verbesserung der Vergütungen der Vertragsärzte in den neuen Bundesländern führt.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat auf der Grundlage des ersten und

zweiten Quartals des Jahres 2002 Analysen angestellt, die aufgrund der Stabilität des Datenmaterials eine Hochrechnung der Auswirkungen des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips im Jahre 2002 erlauben.

"Im Ergebnis können wir drei Effekte feststellen, die die Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer im Jahre 2002 in

einem gegenläufigen Effekt beeinflussen", heißt es in dem Schreiben. Dies führe dazu, dass das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips keine nominelle Verbesserung der Vergütungen der Vertragsärzte der neuen Bundesländer erzeugt.

Die drei Effekte sind:

1. Die Umverteilung der Gesamtvergütungen nach dem Wohnortprinzip ersetzt das Fremdkassenzahlungsausgleichsverfahren bei den Primär- und Ersatzkassen gemäß den derzeit gültigen Richtlinien nach § 75 Abs. 7 SGB V nicht. Vielmehr werden die Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Bundesländer dadurch schlechter gestellt.

2. Der nach Art. 2 des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips vorgesehene Aufstockungsbetrag für die Betriebskrankenkassen wird in seinen Auswirkungen zu ca. einem Drittel durch

den Mitgliederwechsel zu den Betriebskrankenkassen mit niedrigen Kopfpauschalen aufgezehrt.

3. Durch das Beitragssatzstabilitätsgesetz wird die angestrebte Anhebung der Gesamtvergütungen nach Art. 3 des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips verhindert.

Die Gesamtvergütungen der KVen der neuen Bundesländer werden daher, unter Berücksichtigung der Vergütungen für besondere Leistungen (Dialyse-, Sachkosten, Metadonsubstitutionsbehandlung, Schutzimpfungen, Prävention, Leistungen nach regionalen Sondervereinbarungen), nur geringfügig erhöht. Ohne Berücksichtigung dieser Leistungen ist sogar eine Absenkung der budgetierten Gesamtvergütungen der KVen um ca. 9 Millionen EURO in 2002 festzustellen."

Berliner Erklärung von fast 40 Berufsverbänden:

Geschlossener Einsatz für die Kassenärztlichen Vereinigungen

Auf immer stärkeren Widerstand stoßen die Pläne des Bundesgesundheitsministeriums (BMGS), die wohnortnahe ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Versorgung zu zerschlagen. Am Wochenende verabschiedeten rund 40 fachärztliche und psychotherapeutische Berufsverbände eine "Berliner Erklärung".

Darin unterstützten sie das Reformkonzept flexibler Vertragsstrukturen, wie es

die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) vorgeschlagen hat.

Dieses sieht unter anderem vor, im Sinne einer bundesweit einheitlichen, hochwertigen Versorgung für den Patienten in der Regel kollektive Honorarverträge zwischen Kassenärztlicher Vereinigung (KV) und Kassen abzuschließen. Aufbauend auf kollektiven Rahmenverträgen können besondere Versorgungsaufträge (zum Beispiel inte-

grierte Versorgung) von Krankenkassen ausgeschrieben und als Einzelverträge abgeschlossen werden.

Außerdem setzten sich die Verbände in Berlin für die Freiberuflichkeit des Arztes sowie für den Erhalt der wohnortnahen ambulanten Versorgung in Deutschland ein. "Das fachübergreifende haus-, fachärztliche und psychotherapeutische Versorgungsangebot durch freiberufliche, in ihrer ärztlichen Entscheidung gegenüber Krankenkassen unabhängige Vertragsärzte und Psychotherapeuten, muss erhalten und durch kooperative Organisationsstrukturen ausgebaut werden", hieß es.

Die Verbände hoben die Bedeutung der fachübergreifenden Selbstverwaltung in KVen als Körperschaften des öffentlichen Rechts hervor. "Die unterzeichnenden versammelten Berufsverbände setzen sich geschlossen für deren Erhalt

und Weiterentwicklung ein", betonten sie. Gleichzeitig wollen sie - vergleichbar dem Beschluss des KBV-Länderaussschusses eine Woche zuvor - durch "Komplementärorganisationen zu den KVen deren Erhalt und weiteren Ausbau stärken". Im Falle einer Auflösung der Kassenärztlichen Vereinigungen durch den Gesetzgeber sollen die Parallelinstitutionen "als eigenständige Organisationen handlungsfähig bleiben".

Das Treffen der Verbände erfolgte auf Einladung der KBV. Deren Vorsitzender, Dr. Manfred Richter-Reichhelm, wertete das Ergebnis als Erfolg. "Das Bundesgesundheitsministerium muss sich darüber bewusst sein, das sich eine formierte Ärzteschaft gemeinsam mit den Patienten für den Erhalt einer wohnortnahen, flächendeckenden ambulanten Versorgung in freier Praxis einsetzen wird."

Was haben Aachen und Wildau gemeinsam? Sie sind zwei der Lieblingsstädte von Ulla. Und so war es auch kein Wunder, dass Ulla jüngst bei ihrem dritten offiziellen Besuch in der brandenburgischen Kleinstadt mit den Worten begrüßt wurde: "Wir freuen uns, Ulla, dass du wieder mal bei uns bist. Herzlich Willkommen!" Küsschen!

Zweite Heimat

Etwa 200 Interessierte hatten sich eingefunden, um der oberste Gesundheitshüterin in diesem Lande zu lauschen. In Zeiten des Umbruchs im Gesundheitswesen waren alle gespannt, was sie zu verkünden hatte. Nur wenige wurden

enttäuscht, denn die Frau Ministerin bestätigte den ihr vorausseilenden Ruf erneut eindrucksvoll: Lebensfroh, fast immer mit einem Lächeln, verkündete sie, was sich ändern müsse. Und warum.

Naja, zumindest manchmal.

Mehr Wettbewerb müsse es geben. Vor allem zwischen den Leistungsanbietern. Die Kassen müssten endlich Einzelverträge mit den Ärzten abschließen. Dann würde auch mehr Qualität in der medizinischen Versorgung eintreten. Überhaupt: Die Deutschen bezahlten in der Krankenversicherung einen Mercedes und bekämen als Gegenwert aber nur

einen Golf. Mehr Transparenz müsse es geben. Vor allem, wie die Milliarden von Euro unter den Ärzten verteilt würden. Es dürfe nicht länger sein, dass schlechte Ärzte ebenso viel Geld bekommen würden wie gute Ärzte.

Und dass Ärzte seit 20 Jahren keine Weiterbildung absolviert hätten - nein, das sei auch nicht länger zu tolerieren. Schluss müsse endlich sein mit den Doppeluntersuchungen. Viel zu viele Röntgenuntersuchungen würden die Ärzte machen. Und viel zu viele Arzneimittel würden sie den Menschen verschreiben.

Reformen durchzusetzen sei jedoch schwierig, bei den verkrusteten Strukturen. Deshalb muss das Vertragsmonopol der Kassenärztlichen Vereinigungen aufgebrochen werden. Sie haben ihre Berechtigung verloren. Nicht zuletzt, da sie die Entwicklung der Polikliniken seit Jahren behindern.

Dabei sind Polikliniken mit angestellten Ärzten die Struktur der Zukunft: Patienten haben kurze Wege, Ärzte müssen sich nicht verschulden, und überhaupt arbeiten Polikliniken effizienter. Dort können nämlich Ärzte gemeinsam die teuren Geräte nutzen.

Beifall für Ulla. Langanhaltend. "Auf den Weg gebracht" hat Ulla an diesem späten Nachmittag mindestens dreißig Mal etwas. "Wir gucken Mal, was dann passiert" - auch diese liebevolle Umschreibung von Entschlossenheit kam ihr mindestens 20 Mal über die Lippen.

Der ortsansässige, schwergewichtige SPD-Bundestagsabgeordnete strahlte. Das war wieder ein Auftritt. Zwei Geschäftsführer von Gesundheitszentren mit angestellten Ärzten fühlten sich - jahrelang missverstanden - nun endlich bestätigt. Die späte Rehabilitation gewissermaßen. Deshalb kamen sie nicht umhin, ihre Begeisterung auch verbal im Auditorium der Ulla kund zu tun. Mit Seitenhieben gegen die etablierten Strukturen. Das stärkt so richtig die eigene Position. Die Zukunft kann kommen. Ein Heimspiel für die sonderschulereifere Amtsträgerin. Ein grandioses dazu. Weiter so!

Dann wachte ich schweißgebadet auf und fiel aus dem Nest. War es nun wirklich wahr oder nur ein Alptraum?

... specht



ANZEIGE

Hochwertiges Architektenhaus

Baujahr 1993, Grundstück (parkähnlicher Charakter am Stadtrand von Cottbus) 2.622 qm Wohnfläche 206 qm. Einliegerwohnung (vermietet) 56 qm, Keller (incl. Doppelgarage 48,5 qm) 155 qm, wegen beruflicher Veränderung ohne Courtage zu verkaufen.

Gerda und Gregor Verhey, Mittelstr. 23 D, 03058 Gallinchen, Tel.: 0355/535668, Mobil: 01727329128

Behandlungsmanagement-Vereinbarung mit der AOK

Vor nunmehr einem Jahr, am 19.04.2002, unterzeichneten KVBB und AOK die geltende Behandlungsmanagement-Vereinbarung, welche als Anschlussvereinbarung zu der gleichnamigen Altvereinbarung rückwirkend zum 01.01.2001 in Kraft trat.

Inhalt dieser Vereinbarung ist u.a. die Durchführung von Beratungsgesprächen durch die KVBB zum Einweisungsverhalten, was vielen von Ihnen sicherlich von Ärztstammischen und Beratungsgesprächen bekannt ist. Von diesen Arztberatungen wurden seitens der KVBB seit Inkrafttreten der Anschlussvereinbarung über 250 durchgeführt.

Um zu ermitteln, inwieweit die gemeinsamen Bemühungen zur Senkung der Krankenhausaussgaben von Erfolg gekrönt sind, hat sich die AOK im Gegenzug vertraglich verpflichtet, neben quartalsweise zu erstellenden Zwischenauswertungen jährlich zum 31.05. eine vergleichende Betrachtung der Krankenhauskosten des Abrechnungsjahres im Vergleich zum Jahr 2000 zu liefern.

Sofern es danach zu nach einem vertraglich vereinbarten Modus errechneten Netto-Einsparungen gekommen ist, fließt als finanzieller Anreiz die Hälfte der erzielten Netto-Einsparungen an die brandenburgischen Vertragsärzte.

Soweit die klassische Win-Win-Situation, wenn auch die AOK, anstelle der KVBB ständig eine zu geringe Beratungstätigkeit vorzuwerfen, regelmäßig Ihren ver-

traglichen Verpflichtungen zur Lieferung von Daten zur Betrachtung der Kostenentwicklung nachkäme. Statt dessen verweist sie immer wieder auf die von ihr vertragsgemäß (tatsächlich im Wesentlichen regelmäßig) gelieferten arztbezogenen Krankenhauseinweisungsstatistiken, die den Beratungsgesprächen zugrunde liegen. Diese Daten sind zwar gemäß Vertrag auch zu liefern, geben allerdings keinen Einblick in die Kostenentwicklung.

So bedurfte es seit Inkrafttreten der Vereinbarung permanenter, z.T. mehrfacher Mahnungen seitens der KVBB an die AOK, um die vereinbarten quartalsweisen Kostenauswertungen zu erhalten. Gerade erst ist es nach vier Mahnungen über einen Zeitraum von drei Quartalen gelungen, die Kostenentwicklung für II/2002 (!) zu erhalten.

Besonders hartnäckig jedoch verweigert die AOK nun seit Mai vergangenen Jahres die Bereitstellung der Jahresauswertung für das Jahr 2001! Diese bildet die vertragliche Grundlage für die Einsparberechnung und könnte zeigen, ob es im Jahr 2001 gegenüber dem Jahr 2000 zu Einsparungen bei den Krankenhausbehandlungskosten von AOK-Versicherten gekommen ist.

Warum also liefert die AOK nicht? Haben die brandenburgischen Vertragsärzte Krankenhauskosten eingespart? Sucht die AOK nach Möglichkeiten, der KVBB ihren Anteil nicht auszahlen zu müssen?

Man muss es fast annehmen, hat doch die AOK in der Vergangenheit keine Möglichkeit ausgelassen, den Vertragsärzten "nachzuweisen", zu oft in Krankenhäuser einzuweisen.

Es liegt an der AOK, diese Vermutung zu widerlegen! Insofern bleibt abzuwarten, ob die Gesundheitskasse ihren Ver-

tragsverpflichtungen in diesem Jahr endlich auch einmal nachkommt.

Anmerkung der Redaktion:

Ob deswegen der Bundeskanzler vom Vertragsmonopol (der KV?) und verkru-steten, vermachteten Strukturen gesprochen hat, die es abzuschaffen gilt?

AOK Brandenburg weigert sich, offene Forderungen zu begleichen!

Die Vergütungsvereinbarungen für die Jahre 2000 und 2001 sind im April 2002 abgeschlossen worden, aber immer noch sind im Rahmen der Abrechnung dieses weit zurückliegenden Zeitraumes offene Forderungen gegenüber der AOK für das Land Brandenburg vorhanden.

Dabei geht es um die Vergütung der Präventionsleistungen. So wurde auf Basis der Ist-Abrechnungen im Jahr 1999 hierfür eine spezifische Kopfpauschale für die Jahre 2000 und 2001 vereinbart. Zudem wurde ein Punktwert in Höhe von 7,0 Pf mit der Option vereinbart, dass ein eventuell vorhandener Mehrbedarf zusätzlich von der AOK beglichen wird. Gemäß der o.g. Vereinbarung ist jedoch mindestens die Höhe der vereinbarten Kopfpauschale seitens der AOK zu zahlen.

Nach Rechnungslegung für die Jahre 2000 und 2001 offenbarte die AOK der KVBB erstmalig ihre völlig neue Betrachtung des Präventionsbereiches. Aufgrund der Tatsache, dass der in diesen beiden Jahren abgerechnete und mit dem o.g. Punktwert bewertete Leistungsbedarf geringer war als die ver-

einbarte Kopfpauschale, war die AOK jetzt der Auffassung, nur einen Einzelleistungspunktwert von 7,0 Pf zahlen zu wollen und nicht die ursprünglich vereinbarte Kopfpauschale.

Im August 2002 hatte die AOK diesen Auslegungsfehler ihrerseits eingesehen und schriftlich zugesagt, den Differenzbetrag zur Vergütung der Einzelleistungspunktwerte und Kopfpauschalen zu zahlen. Daraufhin hat die KV Brandenburg eine entsprechende Nachzahlung an ihre Mitglieder ausgelöst.

An diese schriftlich vorliegende Zusage fühlt sich die AOK für das Land Brandenburg nun, da es um die Zahlung an die KV Brandenburg geht, nicht mehr gebunden. Sie behauptet nunmehr, mit den 7,0 Pf für Präventionen in 2000 und 2001 sei alles bezahlt.

Hier wird durch die AOK für das Land Brandenburg zu Lasten der Vertragsärzte agiert, die im Vertrauen auf die Gültigkeit von Vereinbarungen bisher zeitnah von den Verhandlungsergebnissen profitieren konnten.

Gesamtvergütung 2002 mit BKK-Landesverband Ost festgelegt

Landesschiedsamt bestätigt Notwendigkeit der Anhebung von Kopfpauschalen und erkennt Defizite bei der Vergütung der vertragsärztlichen Versorgung an

Das Landesschiedsamt Brandenburg hat in der Sitzung am 01.04.2003 unter Vorsitz von Prof. Azzola die Gesamtvergütung zwischen der KV Brandenburg und dem BKK-Landesverband Ost für das Jahr 2002 festgelegt. Über die wichtigsten Eckpunkte möchten wir Sie im Folgenden informieren.

Das Landesschiedsamt ist dem - insofern einvernehmlich von den Parteien gestellten - Antrag zur Anhebung der nach Maßgabe der Anlage 14 BMV-Ä festgestellten Kopfpauschalen um die vollständigen Grundlohnsummensteigerungsraten in Höhe von 1,87 v.H. bzw. 1,84 v.H. für BKKn des Rechtskreises Ost bzw. des Rechtskreises West gefolgt.

Bei dem wesentlichen Dissenspunkt der Parteien ist das Landesschiedsamt der Auffassung der KVBB gefolgt. Für den Rechtskreis Ost von Betriebskrankenkassen, die sich von den alten in die neuen Bundesländer erstrecken, wurde die Durchschnittskopfpauschale als Basis der Verhandlungen für das Jahr 2002 deklariert (Art. 2 § 2 WOP-G) und nicht, wie vom BKK-Landesverband Ost gefordert, als die im Ergebnis zu vereinbarende Kopfpauschale betrachtet.

Damit wurde verhindert, dass der historische Vergleichswert der Vergütung aus dem Jahr 2001 nicht gleichzeitig das

Vergütungsniveau des Jahres 2002 bestimmt. Für BKKn, deren Ausgangskopfpauschale den Durchschnittsbetrag überschreitet, kommt die Grundlohnsummensteigerungsrate von 1,87 v.H. zum Ansatz.

Darüber hinaus sind die Kopfpauschalen aller BKKn neben den bereits genannten Steigerungsraten um weitere 0,5 v.H. anzuheben, da auch das Landesschiedsamt die Notwendigkeit zur Vergütungsanhebung aufgrund von Sicherstellungsproblemen anerkennt. Die aus dieser Anhebung resultierenden Gelder sind nach Auffassung des Landesschiedsamtes vorrangig zur Verbesserung der bisher defizitären Vergütung der Wegegenschalen im Notfalldienst zu verwenden.

Kinderfrüherkennungsuntersuchungen werden extrabudgetär mit einem Punktwert von 4,5 Ct. vergütet. Für die übrigen Gesundheitsuntersuchungen, die Jugendgesundheitsuntersuchung und Schutzimpfungen gilt ein Punktwert von 4,0 Ct., für alle weiteren Präventionsleistungen und Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit ein Punktwert von 4,25 Ct.

Die neu in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommenen Leistungen MRT der Mamma und präventive Koloskopie sind extrabudgetär mit einem Punktwert von 4,5 Ct. zu vergüten.

Für die photodynamische Therapie, die Soziotherapie und die ICSI einschließlich aller damit im Zusammenhang erbrachten Leistungen hat das Landesschiedsamt einen Punktwert von 4,0 Ct. festgesetzt.

Zum Ausgleich des Finanzbedarfs, welcher mit der Höherbewertung der kurati-

ven Koloskopie verbundenen ist, wird die Gesamtvergütung des vierten Quartals 2002 um 0,05 v.H. angehoben.

Ansprechpartner:
Fachbereich Verträge
Geschäftsbereich Mitgliederservice

Weitergeltung der Diabetesvereinbarungen

Im Heft 01/2003 informierten wir Sie über die Weitergeltung der Diabetesvereinbarungen mit der BKK, IKK und der Bundesknappschaft bis zum 31.03.2003.

Während die IKK ihre Vereinbarung um ein weiteres Quartal bis zum 30.06.2003 und die Bundesknappschaft die Vereinbarung bis zum 30.04.2003 verlängert haben, lehnte der BKK-Landesverband die Weitergeltung der Diabetesvereinbarung ab.

Als Bedingung für eine nicht näher unterlegte Übergangsregelung nannte der BKK-Landesverband Ost dabei die

sofortige bedingungslose Unterzeichnung eines DMP wie mit der AOK vereinbart, allerdings ohne einen mit der AOK vereinbarten ergänzenden Strukturvertrag Diabetes, ohne eine Vereinbarung zum Screening auf Gestationsdiabetes sowie ohne mit der AOK vereinbarte Zusatzregelungen, beispielsweise zur Hausarztvergütung und zur optionalen Facharztvergütung.

Diese ultimative Vorgehensweise wurde von der KVBB kategorisch zurückgewiesen, so dass die BKK-Diabetesvereinbarung ab dem **01.04.2003 nicht** weitergilt.

Damit sind für die Behandlung von BKK-

Fortgeltung der bisherigen Diabetesvereinbarung nach dem 31.03.2003

AOK	bis zum Inkrafttreten des neuen Strukturvertrages Diabetes mit Akkreditierung durch das BVA
Ersatzkassen	bis zum Abschluss eines DMP Diabetes mellitus Typ 2
BKK	Weitergeltung abgelehnt
IKK	bis 30.06.2003
Bundesknappschaft	bis 30.04.2003
LKK	bis zum Abschluss eines DMP Diabetes mellitus Typ 2

Diabetikern ab diesem Zeitpunkt ausschließlich die im EBM enthaltenen Leistungen abrechenbar.

Die LKK, für deren Versicherte die IKK-Vereinbarung zur Anwendung kommt, erklärte sich bereit, unabhängig von den Entscheidungen der IKK die IKK-Vereinbarung bis zum Abschluss eines DMP Diabetes mellitus Typ 2 gegen sich gelten zu lassen. Eine solche Regelung war bereits mit den Ersatzkassen getroffen worden ("KV-intern" 12/2002)

Für AOK-Versicherte gilt, wie ebenfalls bereits in "KV-intern" 12/2002 mitgeteilt, die Altvereinbarung fort, bis der neue AOK-Strukturvertrag Diabetes nach Akkreditierung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 mit der AOK durch das BVA in Kraft treten kann.

Ansprechpartner:
Fachbereich Verträge
Geschäftsbereich Mitgliederservice

Aktionismus, oder das Spiel mit den sogenannten Wahrheiten!

Unter Aktionismus versteht man, laut Fremdwörterbuch des Duden, einen (oft abwertend) übertriebenen Tätigkeitsdrang. In der Umgangssprache ist damit "viel Wind um nichts" gemeint.

Und genau das scheint im Moment in zu sein. Jeder fühlt sich berufen, sein Süppchen zu kochen, dies auch lauthals kund zu tun und dabei mit mehr oder weniger sinnvollen Ideen aufzutrompfen. Wobei - um Ideen im eigentlichen Sinne geht es wohl am wenigsten. Hauptsache, es wird Staub aufgewirbelt und - das scheint ein weiteres Ziel - ein anderer bekommt den Dreck ab. Im übertragenen Sinne.

Wo man vor Jahren noch zusammen saß, ernsthaft über Verträge verhandelte und über gemeinsame Verantwortung sprach, hat längst das Schwarze-Peter-Spiel Einzug gehalten. Am besten über die Öffentlichkeit. Das macht sich gut und man ist selbst in der Vorhand. Also

wird beispielsweise beim Verdacht einer Unregelmäßigkeit im Abrechnungsverhalten einzelner Ärzte nicht etwa der Partner KV angeschrieben, um die Hintergründe zu klären. Nein, zuerst wird die Öffentlichkeit informiert. Einer positiven Schlagzeile ist sich der "Aufklärer" sicher.

Dass sich dann bereits nach einer ersten wirklichen Prüfung von 26 "Betrugsvorwürfen" der DAK gegenüber brandenburgischen Ärzten 20 als grundlos offenbaren, die anderen sechs lediglich einen Anfangsverdacht erhärten und nun weiter aufgearbeitet werden, interessiert dabei nicht. Die Schlagzeile war es wert und irgend ein Verdacht bleibt immer hängen.

Das ist auch das Motto der gegenwärtig politisch Verantwortung Tragenden. Mit billiger Biertisch-Argumentation wird die Realität so dargestellt, wie man sie haben möchte.

Da bezahlt der mündige Bundesbürger mit seinen Krankenversichertengeldern einen Mercedes und bekommt - wer hätte es anders erwartet - natürlich einen Golf als Gegenwert. Beweise werden natürlich keine geliefert. Aber es hört sich doch gut an - oder?

Da herrscht in der ambulanten Medizin Unter-, Fehl und Überversorgung! Eine normale Versorgung scheint es schon gar nicht mehr zu geben. Beweise? Fehlanzeige, wenn man von Einzelbeispielen absieht. Aber Unter-, Fehl- und Überversorgung hört sich gut an, oder?

Da stellt sich die Ministerin Schmidt in Wildau vor rund 200 Teilnehmer hin und sagt: Ich finde es schlecht, dass gute Ärzte genau so viel verdienen wie schlechte. Und die Menge applaudiert, verständlicherweise. Doch wer legt fest, was ein guter, was ein schlechter Arzt ist? Und woran erkennt ihn der mündige Bürger? Aber es hört sich gut an - oder?

Da fordert der Kanzler vehement das "Aufbrechen des Vertragsmonopols der KVen" - und andere beten es ohne Überlegung nach - obwohl er natürlich weiß, dass von einem "Vertragsmonopol der KVen" keine Rede sein kann. Ein Monopol nämlich kann Preise diktieren, eine KV kann dies nicht. Schließlich hat der Gesetzgeber verfügt, dass die Honorarentwicklung an die Steigerung der Grundlohnsumme gebunden ist. Deshalb kann das gegenwärtig so ver-teufelte Vertragssystem gar nicht kostentreibend wirken ... Aber es klingt gut - oder?

Biertisch-Argumentation eben. Aktionismus pur. Viel Wind um nichts, aber es sieht nach Aktivitäten aus. Garniert wird

diese "Analyse" mittlerweile von solch - Entschuldigung - hirnrissigen Überlegungen wie jene, die Risikosportarten aus der GKV heraus zu nehmen, Dicke, wenn sie denn abspecken, mit einem Bonus zu belohnen oder anzunehmen, dass mit einem 25 Millionen teuren zentralen Qualitätsinstitut sich die Qualität der medizinischen Versorgung auch nur um einen Deut besser oder schneller oder überhaupt entwickeln würde.

Was, bitteschön, ist eine Risikosportart? Paragleiten oder Bungeespringen? Wie viele Menschen müssen sich wohl im Ergebnis von Unfällen bei diesen Sportarten ärztlich behandeln lassen im Vergleich zu den fußballspielenden, joggenden, Gymnastik treibenden Zeitgenossen?

Und die abspeckenden Dicken? Nach dieser Logik wird ja der belohnt, der bislang nichts für seine Gesundheit getan hat, während jener, der genau dies bislang tat, bestraft wird, in dem er den vollen Beitrag zu zahlen hat!

Und das zentrale Qualitätsinstitut, staatlich finanziert aber "unabhängig"? Worum wird es da wohl angesichts der Löcher in den Kassen der Kassen in erster Linie gehen? Um Qualität in der Medizin oder um bezahlbare Medizin mit Mindestanforderungen an ärztliches Können?

Uns wird viel zugemutet in diesen Tagen. Aber scheinbar ertragen wir es noch. Ich allerdings fliege jetzt in den Süden. Es wird mir zu kalt hier, zu ungemütlich, zu realitätsfern ... Ihr ...

... **specht**



"Pockenalarmplan - wir möchten um Bereitschaft bei den Kollegen werben!"

Aktuell im Gespräch mit
Dr. med. Harald Geyer,
niedergelassener Kinderarzt in
Brandenburg/Havel



Eine ganze Reihe Ihrer Kolleginnen und Kollegen haben dieser Tage Informationsschreiben vom Amtsarzt oder dem Öffentlichen Gesundheitsdienst erhalten. Darin geht es um möglich Pockenimpfungen.

Richtig, auch ich habe vor Kurzem ein solches Schreiben bekommen.

Mit welchem Inhalt?

Es geht im Kern um eine Umsetzung des Pockenalarmplanes für das Land Brandenburg insgesamt bzw. die entsprechende Region. Ein solcher Plan, von dem ich hoffe, dass er nie umgesetzt werden muss, kann aber nur dann funktionieren, wenn sich auch die niedergelassenen Ärzte, gegebenenfalls mit ihrem Praxispersonal, mit konkreten Maßnahmen einbringen.

Für Brandenburg an der Havel würde das was bedeuten?

Laut diesen ersten Informationen müssten sich allein in unserer Stadt 36 Kolleginnen und Kollegen finden und bereit erklären.

Nur aus dem niedergelassenen Bereich?

Nein, insgesamt, also sowohl stationär als auch niedergelassen.

Wie sollten sich Ihre Arztkollegen verhalten, wenn sie solche Informationsschreiben erhalten?

In der jetzigen Phase geht es vor allem um eine Bereitschaftserklärung. Dafür wollen wir die Kollegen werben. Sie sollten also beispielsweise auf ihren Amtsarzt zugehen, sollten ihre grundsätzliche Bereitschaft annonciieren, damit der Amtsarzt weiß, auf welches Potenzial er dann bei den dringend notwendigen Schulungen zurückgreifen kann. Vielleicht noch ein Gedanke: Eine solche Bereitschaftserklärung ist keine Verpflichtung!

Können Ärzte aller Fachgebiete sich bereit erklären?

In erster Linie sollten dies sicher jene tun, die auch heute schon impfen. Prinzipiell kann es aber jeder Arzt sein.

Stichwort Schulungen. Wo erfahre ich, wann eine solche angeboten wird?

Jeder Interessierte sollte sich entweder an seinen Amtsarzt oder an die Lan-

desärztekammer wenden. Ich weiß, dass bereits erste Schulungen jetzt im April angeboten werden. Die richten sich jedoch meines Wissens vorrangig an Kollegen in den Kliniken und jene in den Ämtern, die danach selbst Schulungen durchführen werden.

Also zuerst Schulung der Schuler ... Sie sprachen anfangs auch von der Bereitschaft des Praxispersonals. Sollte der Arzt also gleich die Arzthelferin mitnehmen?

Das sollte erst der zweite Schritt sein. Jetzt geht es zuerst einmal darum, einen gewissen Stamm an Kollegen so "auszurüsten", dass eine flächendeckende Schulung später problemlos möglich ist. Und dann darf man sicher auch nicht vergessen, dass es noch einiger gesetzlicher Regelungen bedarf, die es heute gar nicht gibt.

Woran denken Sie da?

Es gibt gegenwärtig keine Regelung über Impfungen gegen Pocken. In Deutschland ist zwar der Impfstoff für den, lassen Sie mich bitte diesen etwas vorbelasteten Begriff gebrauchen, Ernstfall eingelagert, aber dieser Impfstoff ist noch gar nicht zugelassen!

In den letzten Tagen haben auch einige Ärzte hier angerufen und doch sehr konkrete Fragen im Zusammenhang mit dem Pockenalarmplan gestellt. Beispielsweise, wie es mit dem Haftungsrecht für jene Ärzte steht, die selbst erst einmal geimpft werden. Oder, was passiert, wenn Kollegen Impfschäden erleiden?

Dazu kann ich zur Zeit nichts sagen. Doch diese und andere Fragen aus dem Kollegenkreis werden von der KV Brandenburg an das zuständige Ministerium in Potsdam mit der Bitte um Klärung weitergegeben.

Herr Dr. Geyer, Sie sind ja auch Präsident der Vertreterversammlung, wird die KV Brandenburg darüber hinaus in dieser Angelegenheit tätig?

Ich komme gerade aus der Vorstandssitzung. Dort haben wir festgelegt, dass insbesondere auch über die Beiräte der Servicestellen diese Thematik breit gestreut und diskutiert wird. Dieses Gespräch ist gewissermaßen die Erstinformation, weitere werden zu gegebener Zeit folgen.

Vielen Dank für das Gespräch Gefragt und notiert von Ralf Herre

ANZEIGE

Praxisräume

ca. 95 m² für neues Ärztehaus mit Apotheke im Ortskern von Mahlow - direkt an der S-Bahn (Berlin Zentrum), südlicher Stadtrand - sind zum Ende des Jahres bezugsfertig.

Fax: 03379/370331

e-mail: praxishaus-mahlow@gmx.de

Höchstverordner - antreten zum Rapport!

Sie auch, Frau Kollegin! Und Sie, Herr Kollege, brauchen sich gar nicht zu verstecken! Jetzt holt die Wirklichkeit Sie ein! Warten Sie mal ab!

Bislang haperte es ja meist mit den Datenlieferungen bei den Kassen, jetzt scheint es besser zu werden. So ist die BARMER nun - Originalton eines Schreibens an die KV Brandenburg - "aufgrund von Datenlieferungen in der Lage, spezielle Analysen zu fahren und wird diese nun auf verschiedenen Ebenen nach Verordnern, Leistungserbringern und Versicherten einer Auswertung zuführen".

Was sich hinter dieser harmlos anmutenden Auswertung verbirgt, belegt bereits die erste, bislang nur angedrohte Maßnahme. So verkündet die BARMER - Originalton - "Zunächst werden wir Vertragsärzte, die rein statistisch gesehen ‚Vielverordner‘ sind, über die von ihnen veranlassten Leistungen informieren und sie bitten, ihr Ordnungsverhalten einer kritischen Prüfung zu unterziehen."

Wenn Sie bei "Vielverordner" etwa an Arzneimittel denken sollten, dann liegen Sie schlichtweg schief. Hier geht es der BARMER um die Ausgaben für Fahrt-

und Transportkosten bei ambulanter Behandlung. Die seien nämlich drastisch angestiegen, wobei die "Steigerungsraten in hohem Maße auf die Mengenentwicklung zurückzuführen sind".

Im Klartext: Die Ärzte haben zu viel, zu oft und dann offensichtlich nicht gerechtfertigt, Taxi- und Mietwagen für die Patienten "verordnet". Ergo muss dies jetzt begründet werden: War das verordnete Transportmittel medizinisch indiziert? Ist der Grundsatz der nächst erreichbaren Behandlungsmöglichkeit beachtet worden? Erfolgte die Ausstellung der entsprechenden Notwendigkeitsbescheinigung (diesen Begriff sollte man sich auch auf der Zunge zergehen lassen!) sorgfältig und unmissverständlich entsprechend den Krankentransport-Richtlinien sowie der Vordruckvereinbarung?

Zunächst also haben Sie erst einmal diese Fragen zu beantworten. Wahrheitsgetreu! Zugleich werden Sie aber schon einmal klassifiziert. Denn mit den BARMER-Schreiben, die Ihnen zugehen werden, haben Sie Ihr Image schon einmal vorweg weg: "Sie zählen zu den Höchstverordnern" ist da im Text, über den uns die BARMER freundlicher Weise vorab in Kenntnis setze, zu lesen.

Nächste Vertreterversammlung

Am **23. Mai 2003** findet die nächste Vertreterversammlung der KV Brandenburg in der Landesgeschäftsstelle, Gregor-Mendel-Straße 10/11 in Potsdam statt.

Beginn ist um **15.00 Uhr**.

Die Veranstaltung ist für Mitglieder der KV Brandenburg öffentlich.

Wenn Sie nun allerdings frohlocken, dass es bei einer einmaligen Überprüfung bleiben möge - Irrtum! Drei Absätze weiter heißt es: "Das weitere Ordnungsverhalten werden wir zukünftig beobachten!"

Nun ist es sicher eine Interpretationsfrage, ob dies schon unter (An)Drohung einzuordnen ist - fest steht jedoch, die Selektiv- oder Einzelverträge lassen grüßen. Als Einzelvertragspartner einer Kasse werden Sie dann ganz genau "untersucht", ob Sie mit minimalen

Kosten im Sinne der Kasse auch am Patienten tätig werden. Schöne Aussichten - oder was meinen Sie? **-re**

Nachsatz der Redaktion:

Wenn auch Sie Erfahrungen dahingehend machen durften, dass Sie statt eines angeforderten KTW nachts oder am Wochenende nur noch einen RTW geschickt bekommen haben, dann teilen Sie uns das bitte mit. Danke im Voraus!

Sie fragen - wir antworten

Seit 1. Oktober 2002 gibt es die neue Abrechnungsnummer 154 EBM für die Beratung zur Früherkennungs-Koloskopie. Kann diese jeder Arzt abrechnen oder benötigt man dazu eine besondere Qualifikation?

Nach den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien kann die Beratung zur präventiven Koloskopie nach GNR 154 EBM von allen Ärzten abgerechnet werden, die an Krebsfrüherkennungs-Programmen teilnehmen. Danach ist GNR 154 EBM abrechenbar für Allgemeinärzte/Praktiker, Chirurgen, Gynäkologen, Hautärzte, Internisten und Urologen.

In der Leistungslegende zur GNR 154 EBM wird ein Merkblatt angesprochen. Muss dieses Merkblatt dem Patienten ausgehändigt werden?

Ja. Es ist zwingender Bestandteil zur Erbringung und Abrechnung der Leistung.

Muss die Beratung nach GNR 154 EBM zur Krebsfrüherkennungs-Koloskopie dokumentiert werden, z. B. über den Dokumentationsbogen?

Nein. Sie müssen, wie alle ärztlichen Leistungen, auch diese Beratung intern in Ihren Patientenunterlagen dokumentieren, aber einen offiziellen Dokumentationsbogen gibt es dafür nicht. Der neue Vordruck Nr. 38 ist nur vorgesehen zur Dokumentation der präventiven Koloskopie.

Die Untersuchung auf occultes Blut im Stuhl kann man ab dem 56. Lebensjahr, wenn ich die neuen Richtlinien richtig verstanden habe, nur alle zwei Jahre abrechnen, vorausgesetzt der Patient möchte nach Beratung eine Koloskopie nicht durchführen lassen. Kann man dann auch die Krebsvorsorge nur noch alle zwei Jahre abrechnen?

Nein. Die Krebsfrüherkennungs-Untersuchung kann weiterhin jährlich durchgeführt werden. Die Änderungen beziehen sich vor allem auf die Untersuchung zu occultem Blut im Stuhl und auf die Möglichkeit der Früherkennungs-Koloskopie.

Zur Früherkennungs-Koloskopie habe ich folgende Fragen:

- Kann neben GNR 156 EBM, der präventiven Koloskopie, Nr. 1 EBM abgerechnet werden, und

- was für die einige Tage vorher stattfindende Risikoberatung und Verordnung der Abführmittel?

Neben rein präventiven Leistungen kann GNR 1 EBM nicht in Ansatz gebracht werden, also auch nicht bei Erstberatung oder neben GNR 156 EBM. Die vorher stattfindende Beratung ist zwingender Bestandteil der Leistung nach GNR 156 EBM, sie kann daher nicht gesondert berechnet werden.

Wir haben erfahren, dass medizinische Fußpflege inzwischen verordnet werden kann, vor allem bei Diabetikern. Dazu haben wir folgende Fragen:

1. Kann medizinische Fußpflege auch bei Nicht-Diabetikern verordnet werden?

2. Über welchen Vordruck muss die Verordnung erfolgen?

Zu 1. Die Maßnahmen der Podologischen Therapie können nur bei diabetischem Fuß verordnet werden. Andere Grunderkrankungen sind nicht genannt.

Zu 2. Die Anforderung erfolgt über Muster 13, den Vordruck für die Physikalische Therapie.

Wann kann medizinische Fußpflege bei Diabetikern verordnet werden?

Die Podologische Therapie wurde in die Heilmittel-Richtlinien aufgenommen bei diabetischem Fußsyndrom. Dazu zählen Schädigungen der Haut und der Zehennägel bei nachweisbaren Gefühls- und/oder Durchblutungsstörungen der Füße (Makro-, Mikroangiopathie, Neuropathie, Angioneuropathie).

Die Podologische Therapie kommt nur in Betracht bei Patienten, die ohne diese Behandlung unumkehrbare Folgeschäden der Füße, wie Entzündungen und Wundheilungsstörungen erleiden würden.

Verordnet werden kann das Abtragen bzw. Entfernen von krankhaften Hornhautverdickungen und/oder das Schneiden von krankhaft verdickten Zehennägeln sowie die Behandlung von Zehennägeln mit Tendenz zum Einwachsen.

Aufgabe des Podologen ist außerdem die regelmäßige Unterweisung zur Fuß-, Haut- und Nagelpflege, Vermittlung von Verhaltensmaßnahmen, um Fußverletzungen und Folgeschäden zu vermeiden und die Inspektion des getragenen Schuhwerkes.

Auffälligkeiten sind dem verordnenden Arzt mitzuteilen.

Mit der Erst-VO können bis zu drei Behandlungen rezeptiert werden, die Frequenzempfehlung lautet auf alle 4 bis 8 Wochen, eine erste und zweite Folge-VO sowie eine Langfrist-VO sind ggf. möglich.

Stimmt es, dass jetzt Ultraschall-Wärmetherapie als Einzelbehandlung verordnet werden kann?

Ja. Die Ultraschall-Wärmetherapie und die Elektrotherapie, die bislang nur als ergänzendes Heilmittel neben Krankengymnastik oder Massagen o.ä. verordnet werden konnten, können jetzt auch als alleiniges Heilmittel verordnet werden. Voraussetzung ist, dass diese Anwendungen im Heilmittelkatalog indikationsbezogen als ergänzendes Heilmittel vorgesehen sind.

Hinsichtlich der Frequenz und Anzahl der Verordnungen gilt dasselbe wie bei der ergänzenden Therapie.

Uns wurde Geld abgezogen wegen der Verordnung von verschiedenen Mitteln, die angeblich nicht auf Kassenrezept verordnet werden können. Wir sind sehr sparsam und kritisch mit der Verordnung von Medikamenten, was die uns zugegangene Information zu den Verordnungs-kosten aus dem Jahr 2000 auch beweist, wo wir deutlich unter der Richtgröße liegen. Warum beanstanden die Krankenkassen dann die Verordnung einzelner Mittel. Und mit welcher Begrün-

ANZEIGE

Anzeige

zung? In der Negativliste sind die von uns verordneten Mittel nicht genannt.

Auch wenn Ihre Gesamtverordnungskosten Ihr Richtgrößenvolumen unterschreiten, müssen die einschränkenden Bestimmungen der Arzneimittel-Richtlinien und der Negativliste beachtet werden. Während die Negativliste die nicht verordnungsfähigen Präparate mit Handelsnamen aufführt, so dass die Orientierung einfach ist, führen die Arzneimittel-Richtlinien nur Präparatgruppen auf, deren Verordnung generell als entbehrlich und deshalb unwirtschaftlich oder nur bei den dort genannten Ausnahmen ggf. als erforderlich und damit wirtschaftlich angesehen wird.

So dürfen z. B. Raucherentwöhnungsmittel gar nicht, Vitamine nur bei nachgewiesenem Vitaminmangel, der durch Ernährung nicht behoben werden kann, verordnet werden.

Die Krankenkassen stellen Anträge zur Überprüfung der Ordnungsweise im Einzelfall bei Nichtbeachtung dieser Bestimmungen mit deutlich steigender Tendenz. Wir empfehlen deshalb dringend, diese Verordnungseinschränkungen zu beachten.

Wir haben einen Regress wegen der Anforderung von Kathetersets im

Sprechstundenbedarf erhalten und einen Hinweis zu Verweilkathetern. Kathetersets sind aus unserer Sicht sinnvoll, zweckmäßig und dienen der Verhütung von aufsteigenden Infekten. Es ist für uns nicht nachvollziehbar, warum wir diese nicht über Sprechstundenbedarf anfordern können. Das gleiche gilt für die Verweilkatheter. Würden Sie dazu bitte Stellung nehmen?

Die in den Kathetersets enthaltenen Artikel (sterile Einmalhandschuhe, sterile Unterlagen etc.) zählen zu den Kosten, die mit dem Honorar abgegolten sind (siehe EBM, S. 12, "Allg. Bestimmungen A Punkt 2, dritter Spiegelstrich"). Lediglich das Gleitmittel, das ebenfalls in diesen Sets enthalten ist, können Sie ggf. über

Sprechstundenbedarf als Einzelmittel anfordern.

Verweilkatheter fallen nicht unter den Katalog des Sprechstundenbedarfs, diese sind auf den Namen des Patienten zu Lasten seiner Kasse zu verordnen.

Bitte achten Sie darauf, nur die Mittel über Sprechstundenbedarf anzufordern, die ausdrücklich in dem Katalog der Vereinbarung zum Sprechstundenbedarf genannt sind (nachzulesen im grünen Ordner der KVBB).

Entnommen mit freundlicher Genehmigung aus dem Mitteilungsheft der KV Hessen

Zeitprofile aktualisiert

Die KBV hat die Zeitprofiliste für die Durchführung von Plausibilitätsprüfungen weiter aktualisiert.

Die komplett überarbeitete Zeitprofiliste finden Sie auf der Internetseite der KBV (www.kbv.de/themen/honorar.htm).

Wir bitten, diese Aktualisierung in der täglichen Arbeit zu beachten.

Mit Unmut zur Kenntnis genommen

Meinung zum "KV-intern"-Artikel in der Ausgabe 03/03 "Blutzucker-Teststreifen - ein Anhaltspunkt"

Mit Unmut haben wir den Artikel "Blutzucker-Teststreifen - ein Anhaltspunkt" zur Kenntnis genommen. Die darin festgelegte Anzahl von Blutzucker-Teststreifen pro Quartal entspricht in keiner Weise den von der Landesfachgesellschaft Diabetologie (Interessengemeinschaft der Diabetologen des Landes Brandenburg) mehrfach mitgeteilten Empfehlungen.

Sie sind konform mit einer seinerzeitlich vertraglich vereinbarten Ordnungsgröße im Land Sachsen und den Empfehlungen der Deutschen Diabetesgesellschaft. Demnach sollten Patienten mit einer intensivierten Insulintherapie (Typ 1 und 2) konform zu Ihrer Veröffentlichung 400 Blutzucker-Teststreifen/Quartal verordnet werden können.

Bei Schwangerschaftsdiabetes gehen wir ebenfalls konform mit einer bedarfsgerechten Kontrolle, die sicherlich mehr als 400 Blutzucker-Teststreifen/Quartal erfordert. Bei einer konventionellen Insulintherapie muss die Verordnung von 200 Blutzucker-Teststreifen/Quartal möglich sein.

Für Patienten mit oralen Antidiabetika insbesondere mit Insulinsekretagoga ist die Verordnung von 50 Blutzucker-Teststreifen/Quartal konsent und sinnvoll.

Bei der Neu- und Ersteinstellung des Diabetes und Sondersituationen gehen wir wieder mit den in "KV-intern" genannten Zahlen konform. Sicherlich muss darauf geachtet werden, dass die Blutzucker-Selbstkontrolle sinnvoll als diagnostisches Kriterium für die Therapieentscheidungen bzw. -änderungen eingesetzt wird. Das heißt auch, dass die Frequenz der Selbstkontrolle z.B. bei der konventionellen Insulintherapie z.T. deutlich reduziert werden, aber keinesfalls vollständig weggelassen werden kann.

Dr. med. K. Funke
i.A. der Diabetes-Kommission

Anmerkung der Redaktion:

Nach Hilfsmittelverzeichnis, Produktgruppe 21, haben nur insulinpflichtige Diabetiker Anspruch auf Blutzucker-Teststreifen

Arzttasche gehört wieder dazu!

Die Allianz Private Krankenversicherungs-AG teilt in einem Schreiben der KV Brandenburg mit, dass die Arzttasche zukünftig wieder im Gesamtversicherungspaket integriert ist.

Damit hat der Gruppenvertragspartner der KV Brandenburg positiv auf den kritischen Hinweis des Vorstandes der KV reagiert.

Internet und Computer-Viren

Grundsätzlich sollten Sie zum Schutz vor Computerviren Ihren Praxiscomputer nicht mit dem Internet verbinden, mit Ausnahme von Labordaten-Übertragung, ggf. Fernwartung von Ihrem Softwarehaus und dem Intranet "Datennerv" der KVBB.

Für das Surfen im Internet sollten Sie einen separaten PC verwenden, der nicht mit dem Praxiscomputer verbunden ist. Bevor Sie sich das erste Mal in das Internet einwählen, ist darauf zu achten, dass auf diesem "Online"-PC ein Virencanner-Programm installiert ist.

Sollte sich trotzdem ein Computervirus auf einem Rechner einschleichen, empfiehlt es sich, die folgenden Verhaltensregeln vom Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik zu beachten:

Gibt es Anzeichen, dass ein Rechner von einem Computer-Virus befallen ist (z. B. Programmdateien werden länger, unerklärliches Systemverhalten, nicht auffindbare Dateien, veränderte Dateiinhalte, ständige Verringerung des freien Speicherplatzes, ohne dass etwas abgespeichert wurde), so sind zur Feststellung eines Computer-Virus und zur anschließenden Beseitigung folgende Schritte durchzuführen:

1. Ruhe bewahren!
2. Falls möglich, holen Sie einen fachkundigen PC-Betreuer zur Hilfe.
3. Beenden Sie die laufenden Programme und schalten Sie den Rechner aus.
4. Legen Sie eine einwandfreie, schreibgeschützte System-Diskette (die Notfall-Diskette) in Laufwerk A: ein.

5. Booten Sie den Rechner von dieser Diskette (evtl. vorher Boot-Reihenfolge im CMOS-Setup ändern).

6. Überprüfen Sie den Rechner mit einem aktuellen Viren-Suchprogramm um festzustellen, ob tatsächlich ein Computer-Virus aufgetreten ist und um welchen Computer-Virus es sich ggf. handelt.

7. Entfernen Sie den Virus abhängig vom jeweiligen Virustyp.

8. Überprüfen Sie mit dem Viren-Suchprogramm die Festplatte erneut.

9. Untersuchen Sie alle anderen Datenträger (Disketten, Wechselplatten) auf Virenbefall und entfernen Sie die Computer-Viren.

10. Versuchen Sie, die Quelle der Vireninfektion festzustellen. Ist die Quelle auf Original-Datenträger zurückzuführen, dann sollte der Hersteller informiert werden. Liegt die Quelle in Dateien oder E-Mail, so ist der Ersteller der Datei zu unterrichten.

11. Warnen Sie andere IT-Benutzer, wenn ein Daten-Austausch mit dem infizierten Rechner erfolgte.

Sollte der Computer-Virus Daten gelöscht oder verändert haben, versuchen Sie, die Daten aus den Datensicherungen und die Programme aus den Sicherungskopien zu rekonstruieren. Anschließend sollte nochmals Schritt 8 wiederholt werden.

Ansprechpartner:

Fachbereich EDV, Herr Krüger,
Tel.: 0331/2309-337

Auch "Alzheimer-Beratungsstellen" sind von Sparmaßnahmen betroffen

Im Februar diesen Jahres ist im Rahmen der Beiträge zur Gesundheits- und Sozialberichterstattung des Landes Brandenburg die neueste Ausgabe mit dem Thema: Demenz als sozialpolitische Herausforderung erschienen. Danach lebten im Jahr 2001 in Brandenburg etwa 27.000 Demenzkranke.

Im Jahr 2015 werden es nach bisherigen Prognosen 43.000 sein.

Bereits seit vier Jahren ist die Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V. bestrebt, dieser Herausforderung in vielen Bereichen zu begegnen. Eine wesentliche Aufgabe bestand darin, in allen Kreisen und kreisfreien Städten Beratungsstellen aufzubauen, damit die Angehörigen von Demenzkranken Ansprechpartner vor Ort haben, die auch über gute Kenntnisse der regionalen Angebote verfügen. Inzwischen gibt es diese Beratungsstellen, und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben ihrerseits Angehörigengruppen und sog. niedrigschwellige Betreuungsangebote initiiert.

Die Bemühungen der Alzheimer-Gesellschaft wurden von Anfang an sehr stark, sowohl ideell als auch finanziell, vom brandenburgischen MASGF unterstützt. Ebenso von den meisten Kreis- und Stadtverwaltungen. Dies ist in dieser Größenordnung in den neuen Bundesländern beispielhaft.

Gerade jetzt aber, da sich diese Beratungsstellen gut etabliert haben und immer stärker in Anspruch genommen werden, droht im Zuge der allgemeinen Sparmaßnahmen einer Vielzahl dieser

Stellen das Aus. Eine Reihe von Mitarbeitern hat bereits die Kündigung erhalten, andere sind darauf vorbereitet worden. Das heißt, jahrelange Aufbauarbeit war umsonst, und die Kranken und Angehörigen werden wieder mit ihren Problemen alleine gelassen.

Daraus ist nur der Schluss zu ziehen, dass Demenz zwar als sozialpolitische Herausforderung erkannt worden ist, die Sozialpolitiker im Land Brandenburg sich aber dieser Herausforderung nicht stellen. Wir werden dann in einigen Jahren wieder soweit sein und die Defizite in der ambulanten wie stationären Versorgung Demenzkranker feststellen und wieder von Neuem beginnen, ambulante Beratungs- und Betreuungsstrukturen aufzubauen. Dann allerdings vor dem Hintergrund einer stark angestiegenen Zahl von Erkrankten.

Über diese leider sehr unerfreulichen und im Grunde auch nicht zu verstehenden Entwicklungen wollten wir Sie in Kenntnis setzen und gleichzeitig bitten, in Ihrer Stadt, Ihrem Kreis auf die Verwaltung und Abgeordneten zuzugehen, um diesen die Wichtigkeit von Beratung und Vermittlung von Hilfen für Demenzkranke und deren Angehörige deutlich zu machen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Angelika Winkler

Alzheimer-Gesellschaft Brandenburg e.V.
(0331-7409008)

Ansprechpartnerin in der KV:
Janet Fischer, KOSA (0331/2309-220)

Hauptstadtkongress vom 25. bis 27. Juni 2003

Vom 25. bis zum 27. Juni 2003 findet im Berliner ICC der "HAUPTSTADTKONGRESS Medizin und Gesundheit" statt.

Wie in den vergangenen Jahren stehen sowohl eine intensive gesundheitspolitische Diskussion als auch fachliche Fortbildung für Ärzte, Pflege und Management im Zentrum des Kongresses.

Das aktuelle Kongressprogramm zum HAUPTSTADTKONGRESS, seinen Fachkongressen und Diskussionsforen können Sie ab sofort unter www.hauptstadtkongress.de nachlesen. Dort finden Sie auch weitere Hintergrundinformationen, die Möglichkeit zur Online-Akkreditierung und aktuelle Presstexte zum Kongress.

Bitte beachten Sie auch das ausführliche Programm des Kongresses, das dieser Ausgabe von "KV-intern" beiliegt.

Unser Info-Tipp

Ratgeber für Rollstuhlfahrer

Mehrere spezielle Ratgeber für Rollstuhlfahrer und Behinderte sind jetzt in überarbeiteten Versionen wieder auf dem Markt.

Interessante Angebote sind unter anderem die Hotelführer "Handicapped-Reise Deutschland" und "Handicapped-Reise

Ausland" sowie das Buch "Reisen für Behinderte".

Alle drei Publikationen sind bei dem FMG-Verlag in Meerbusch erschienen.

Informationen: www.fmg-verlag.de

KOSA

ANZEIGE

Arztpraxis zu vermieten!

In Spremberg vollmöblierte Arztpraxis, bis dato als gut laufende Kinderarztpraxis genutzt, zu günstigen Konditionen ab III/03 zu vermieten (weitere Praxen befinden sich im selben Haus).

Tel.: 03563/94246

LÄK: Kindermedizin-Hotline der DAK ist standes- und wettbewerbsrechtlich bedenklich

Zu einer Veröffentlichung der DAK über ihre bundesweit gestartete Kindermedizin-Hotline teilte uns auf Nachfrage die LÄKB folgendes mit.

Die LÄKB hält diese bundesweite Kindermedizin-Hotline standesrechtlich als auch wettbewerbsrechtlich für sehr bedenklich.

Dem niedergelassenen Arzt ist nach § 7 Abs. 3 der Berufsordnung (BO) der Landesärztekammer Brandenburg Fernbehandlung - abgesehen von Notfällen - nicht erlaubt. Eine Fernbehandlung liegt vor, wenn der Kranke oder für ihn ein Dritter dem Arzt Angaben über die

Krankheit, insbesondere Symptome oder Befunde übermittelt und dieser, ohne den Kranken gesehen und die Möglichkeit einer Untersuchung gehabt zu haben, entweder die Diagnose stellt und/oder einen Behandlungsvorschlag unterbreitet.

Dem vorliegenden Artikel ist zu entnehmen, dass Eltern aufgefordert werden, sich mit der Schilderung konkreter Symptome an die Hotline der DAK zu wenden.

Selbst wenn der Hotline-Arzt den Rat erteilt, einen niedergelassenen Kinderarzt aufzusuchen, ist darin schon ein

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>

Behandlungsvorschlag zu sehen. Es ist daher von einer berufsrechtlich unzulässigen Fernbehandlung auszugehen.

Erst recht darf eine Fernbehandlung nicht von Ärzten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen oder bei Krankenkassen angestellten

Ärzten durchgeführt werden, da die Ausübung der Heilkunde an die Niederlassung gebunden ist.

Ansprechpartner:
Justitiar, Herr Fischer
Tel.: 0331/23 09-202

Dumpingpreise nicht gestattet!

Gericht untersagt das Anbieten von Laboruntersuchungen der Bereiche O I und O II zu Preisen, die unterhalb der Honorarsätze für technische Laborleistungen des EBM liegen

(Urteil des Oberlandesgerichts Celle, AZ: 13 U 137/01 vom 11. Juli 2002)

Der Entscheidung des OLG Celle lag im Wesentlichen folgender Sachverhalt zugrunde.

Die Beklagten (Fachärzte für Labormedizin) betreiben eine Gemeinschaftspraxis und sind außerdem Mitgesellschafter einer Laborgemeinschaft, die unter der selben Adresse ebenfalls Laboruntersuchungen durchführt.

Die Laborgemeinschaft bot ihren Mitgliedern O I- und O II-Untersuchungen zu Kostensätzen an, die wesentlich niedriger waren als die Honorarsätze des EBM. Die in Rechnung gestellten Preise für Laborleistungen der Bereiche O I und O II machten überwiegend weniger als die Hälfte der Honorarsätze des EBM aus. Zum Teil betragen sie nur 1/3.

Das OLG Celle sah darin einen Wettbewerbsverstoß. Es stellte fest, dass die

Preisgestaltung der Laborgemeinschaft als "übertriebenes Anlocken" sittenwidrig ist im Sinne von § 1 UWG. Die Preisdifferenz schafft erhebliche Anreize für die Ärzte, Laboruntersuchungen der Bereiche O I und O II von der Laborgemeinschaft ausführen zu lassen.

Nach Überzeugung des Gerichts liegt es gleichfalls nahe, dass viele Ärzte die Gelegenheit nutzen und bei den Beklagten weitere von der Laborgemeinschaft nicht angebotene Untersuchungsmöglichkeiten in Anspruch nehmen (insbesondere Leistungen des Bereichs O III).

Die Wettbewerbswidrigkeit des übertriebenen Anlockens ergibt sich daraus, dass die angebotenen Preise nicht leistungsgerecht sind. Diese Preise liegen erheblich unter den Sätzen des EBM auf Selbstkostenbasis, die die Laborgemeinschaft nur deshalb unterschreiten kann, weil sie von den Beklagten quersubventioniert wird.

Auch wenn - so das Gericht - grundsätzlich nicht zu beanstanden ist, dass einzelne Waren oder Dienstleistungen unter Einstandspreis angeboten werden, ist ein derartiges Verhalten dann als sittenwidrig einzustufen, wenn besondere

Umstände hinzutreten. So handelt wettbewerbswidrig, wer Kunden dadurch gewinnt, dass er sie durch übermäßige Kaufanreize anlockt und sie dadurch davon abhält, das Gesamtangebot sachgerecht und kritisch zu prüfen.

Im Ergebnis hat das OLG Celle den Beklagten verboten, "Laboruntersuchungen der Bereiche O I und O II zu Preisen anzubieten, die unterhalb der

Honorarsätze für technische Laborleistungen des EBM liegen und/oder für derartige Laboruntersuchungen Preise zu berechnen, die unterhalb der vorher bezeichneten Honorarsätze liegen."

Ansprechpartner:
Justitiar Herr Fischer
Tel.: 0331/23 09-202

Geringfügige Beschäftigungsverhältnisse - ab 01.04.2003 wieder interessant!

Im Rahmen der Umsetzung der Vorschläge der sogenannten Hartz-Kommission wurde auch der Bereich der geringfügigen Beschäftigung ("Mini-Jobs") geändert. Angestrebt wird u. a. die Schaffung zusätzlicher legaler Arbeitsplätze. Erreicht werden soll dies durch verschiedene Maßnahmen im Sozialversicherungs- und Steuerrecht. Folgende Grundzüge der Neuregelung lassen sich hervorheben:

- Die Entgeltgrenze für geringfügige Beschäftigung wird erhöht von 325 € auf **400 €** je Monat. Nur der Arbeitgeber zahlt **pauschal 25 %** des Entgelts (für Rentenversicherung 12 %, für Krankenversicherung 11 % sowie 2 % an Steuern (incl. Solidaritätszuschlag und Kirchensteuern). Die Pauschale wird an eine zentrale Stelle abgeführt

- Die bisherige zeitliche **Höchstarbeitsgrenze** von 15 Stunden pro Woche entfällt für alle geringfügigen Beschäftigungsverhältnisse.

- Auch **Nebenbeschäftigungen** zu einer

Hauptbeschäftigung werden jetzt wieder anerkannt. Besonders interessant ist diese Änderung für Ehegattenarbeitsverhältnisse in Freiberuflerpraxen. Die effektive Belastung der Einkünfte beträgt lediglich ca. 13 % (nach Steuern), die entsprechende Steuerersparnis bei dem Ehegattenarbeitgeber kann dagegen bis zu 52 % betragen.

- Eine sogenannte **Gleitzone** für Arbeitentgelt von über **400 € bis 800 €** sorgt dafür, dass bei den Arbeitnehmern nicht sogleich die vollen Sozialversicherungsbeiträge anfallen. Dabei setzt ab dem Arbeitsentgelt von 400,01 € der **volle Arbeitgeberanteil** zur Sozialversicherung für das gesamte Arbeitsentgelt ein. Für Arbeitsentgelte zwischen 400 € und 800 € steigt der vom Arbeitnehmer für das gesamte Arbeitsentgelt zu zahlende Anteil **stufenweise** bis zum vollen Arbeitnehmeranteil an. Die Regelungen für die Gleitzone gelten nicht, wenn ein Versicherungspflichtiger außer der Nebenbeschäftigung eine Hauptbeschäftigung mit mehr als 800 € Arbeit-

sentgelt ausübt. Bei einem Arbeitsentgelt von mehr als 400 € erfolgt grundsätzlich eine individuelle Besteuerung.

- Die Neuregelungen zu den Mini-Jobs treten am 01.04.2003 in Kraft.

- Weitere Besonderheiten gelten bei sogenannten **haushaltsnahen Dienstleistungen im privaten Bereich**: Nur der Arbeitgeber muss hier regelmäßig **pauschal** lediglich 12 % (für Renten- und meist Krankenversicherung jeweils 5 % und 2 % an Steuern) aufbringen und an eine Zentralstelle abführen.

Dafür hat der Arbeitgeber in diesen Fällen die Möglichkeit eines Abzugs von der tariflichen Einkommensteuer, und zwar

- für Mini-Jobs in Höhe von 10 % der Aufwendungen, höchstens jedoch 510 €,
- für voll sozialversicherungspflichtig Beschäftigte in Höhe von 12 % der Aufwendungen, höchstens jedoch 2.400 €.

Dipl.-Oec. Frank Pfeilsticker,
Steuerberater,
Konzept Steuerberatungsgesellschaft mbH,
Potsdam

Migräne - Welche Arzneimitteltherapie ist wirtschaftlich?

Seit November 2002 gibt es das nunmehr 7. Triptan zur Akutbehandlung der Migräne auf dem Markt. Anlass genug, um noch einmal auf die Therapie-Empfehlung der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft zu chronischen Kopf- und Gesichtsschmerzen hinzuweisen.

Ziel der Akuttherapie ist die Kupierung des Anfalls oder eine signifikante Linderung von Kopfschmerz und vegetativer Begleitsymptomatik. Als Erfolgskriterien für eine erfolgreiche Behandlung eines Migräneanfalls werden eine Besserung der Kopfschmerzen von schwer oder mittelschwer auf leicht oder kopfschmerzfrei innerhalb zwei Stunden nach Applikation des entsprechenden

Präparates und eine reproduzierbare Wirkung bei 2 von 3 Migräneattacken angesehen. Zur Anfallskupierung wird eine frühzeitige medikamentöse Intervention empfohlen. Die Einnahme der Arzneimittel sollte erst erfolgen, wenn es sich nach der Erfahrung des Patienten eindeutig um eine Migräneattacke handelt.

Arzneimittel:

Dopaminantagonisten, Analgetika/Nichtsteroidale Antiphlogistika

Die Wirksamkeit von Dopaminantagonisten wie Metoclopramid und Domperidon bei Migräneanfällen ist gut belegt. Sie dienen nicht nur der Beseitigung von Übelkeit und Erbrechen, sondern för-

dern auch die Resorption der Analgetika, indem sie die anfallsbedingte Beeinträchtigung der gastrointestinalen Motilität antagonisieren. Kein Einsatz bei Kindern (extrapyramidalmotorische Nebenwirkungen)!

Die Wirksamkeit von Acetylsalicylsäure, Paracetamol und Ibuprofen ist bei leichten und mittelschweren Migräneanfällen gut belegt. Sie sind daher Therapeutika der ersten Wahl. Für die Kupierung schwerer Migräneanfällen eignet sich die intravenöse Gabe von Lysinacetylsalicylat. Lysinierte ASS in Kombination

mit Metoclopramid ist fast genauso wirksam wie Sumatriptan. Paracetamol wird besser nach rektaler als nach oraler Gabe resorbiert (rektale Gabe bei initialer Übelkeit und Erbrechen). Nichtsteroidale Antirheumatika wie Naproxen oder Diclofenac sind ebenfalls wirksam, der Wirksamkeitseintritt ist allerdings etwas langsamer.

Ergotamin und Dihydroergotamin sind bei Migräneanfällen nachweislich wirksam. Es gibt nur sehr wenige prospektive Studien zum Einsatz der Mutterkornalkaloide bei der Migräne. Die Behand-

Anzeige

lung mit Ergotamintartrat sollte sehr langen Migräneattacken oder solchen mit multiplen "recurrences" vorbehalten bleiben.

Patienten, die ihre Migräneattacken erfolgreich mit einem Mutterkornalkaloid behandeln, können diese Akuttherapie beibehalten. Unter dem Trivialterminus "Triptane" werden die selektiven Serotonin-(5-HT 1B/1D-)Agonisten wie Almotriptan, Naratriptan, Rizatriptan, Sumatriptan, Zolmitriptan, Eletriptan (neu) und Frovatriptan (neu) zusammengefasst.

Die Wirksamkeit der Triptane ist in vielen klinischen Studien nachgewiesen. Im Mittel kann bei > 70% der Patienten nach 2 Stunden eine deutliche Besserung der Kopfschmerzen erreicht werden. Etwa 30% der Patienten sind bei oraler Applikation nach 2 Stunden kopfschmerzfrei (50% bei der s.c. Gabe von Sumatriptan). Die Konsistenz der Wirkung beträgt 70% (wirksam bei 2 von 3 Migräneattacken).

Triptane wirken im Gegensatz zu Ergotamintartrat zu jedem Zeitpunkt innerhalb der Attacke, d.h. sie müssen nicht notwendigerweise unmittelbar zu Beginn der Attacke genommen werden. Sie wirken anders als die Mutterkornalkaloide auch auf die typischen Begleitsymptome der Migräne, nämlich Übelkeit und Erbrechen, und reduzieren signifikant die Einnahme von Schmerzmitteln.

Der effektiven Wirkung stehen jedoch hohe Kosten gegenüber (s. Tabelle zu aktuellen Preisen der Triptane). Für jedes Triptan gilt, dass eine erneute Verabreichung bei derselben Attacke sinnlos ist, wenn die Erstgabe wirkungslos war.

Die ausführliche Therapie-Empfehlung kann bei den Servicestellen der KV Brandenburg abgerufen werden.

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

Aktuelle Preise der Triptane auf dem deutschen Arzneimittelmarkt

Wirkstoff	Arzneimittel	Preis/Tablette in □
Almotriptan 12,5 mg	Almogran	9,64
Eletriptan 20/40 mg	Relpax	10,72
Frovatriptan 2,5 mg	Allegro	6,76
Naratriptan 2,5 mg	Naramig	10,29
Rizatriptan 5/10 mg	Maxalt	11,16
Sumatriptan 50/100mg	Imigran	8,71 / 15,17
Zolmitriptan 2,5/5 mg	Ascotop	10,29

Preise laut Deutscher Lauer-Taxe, Stand 01.03.03

Preissturz bei Simvastatin

Gute Nachrichten zum erstmals begangenen "Tag des Cholesterins" am 12.3. des Jahres!

In etlichen Studien wurde in den vergangenen Jahren die Wirkung der CSE-Hemmer untersucht. Die größte und aufwändigste Studie stellt hierbei die Heart Protection Study (HPS) dar. Hier wurde bei Risikopatienten die mortalitätssenkende Wirkung des Simvastatin eindrucksvoll belegt. Erfreulicherweise steht gerade dieses Statin nunmehr auch generisch zur Verfügung.

Seit 15.03.2003 bieten zwei Generika-Firmen (Hexal, Betapharma) dieses Produkt unter den Handelsnamen Simvahexal bzw. Simvabeta bis zu 43 % billiger an (Preise s.Tabelle). Das Originalpräparat Zocor® belegte in 2002 in der Liste der umsatzstärksten Arzneimittel Brandenburgs mit einem Bruttoumsatz von 9,3 Mio □ den zweiten Platz. Das zweite

Original Denan® hat noch einmal ca. 25% dieses Umsatzes.

Nach Ankündigungen führender Generikahersteller ist eine weitere Preisreduktion bis zu knapp 50% gegenüber dem jetzigen Zocor® - Preis zu erwarten (Mai 2003). Hochgerechnet ergibt dies allein in Brandenburg ein Einsparpotential von weit über 5 Mio □ lediglich bei generischer Umstellung.

Die Kosten für alle CSE-Hemmer lagen in 2002 landesweit bei 44,6 Mio □, bundesweit sogar bei 1,2 Mrd □. Eine etwaige Umstellung auf das hochevidente Simvastatin kann enorme Einsparpotentiale bringen.

Umsatz einzelner CSE-Hemmer in Brandenburg in 2002 (Quelle GAMSi, 12/02):

Präparat	Anzahl VO	Umsatz (Brutto) 2002
Sortis®	161.200	20,49 Mio □
Zocor®	68.400	9,26 Mio □
Pravasin®	34.300	4,66 Mio □

Preise der Simvastatin-Generika

Arzneimittel	Packungsgröße (Stückzahl)	Apothekenverkaufspreis (□)
Simvahexal/Simvabeta 5 mg	30	22,45
	50	36,55
	100	68,95
Simvahexal/Simvabeta 10 mg	30	29,90
	50	42,95
	100	79,85
Simvahexal/Simvabeta 20 mg	30	39,95
	50	59,90
	100	109,90
Simvahexal/Simvabeta 40 mg	30	49,95
	50	81,90
	100	159,80

Preise laut Deutscher Lauer-Taxe, Stand 15.03.03

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.

Patient, 78 Jahre alt

wird in ein Brandenburger Krankenhaus wegen zunehmender Dyspnoe mit Husten und Auswurf eingewiesen und nach 2 Wochen mit den Diagnosen exazerbierte COPD, KHK, Diabetes mellitus Typ II (tablettenpflichtig), chronisch-venöse Insuffizienz und Hyperlipoproteinämie entlassen.

Die Therapieempfehlung aus dem Krankenhaus:

Celebrex (Celecoxib) 200	1-0-0
ACC (Acetylcystein) 200	1-1-1
Nexium (Esomeprazol) 20	0-0-1
Pentalong (Pentaerithrityltetranitrat) 80	1-0-1
Pentapuren (Pentoxifyllin) 600	1-0-0
Amaryl (Glimepirid) 1 mg	1-0-0
Falicard (Verapamil) 40	1-1-1-1

Prostawern	2x20 Tropfen
Metypred (Methylprednisolon) 4 mg	1-0-0
Unat (Torasemid) 5	1-0-0
Broncho ret. (Theophyllin) 200	1-0-1
Bromhexin (Bromhexin-HCL)	3x20 Tropfen
ASS (Acetylsalicylsäure) 100	0-1-0
Berotec (Fenoterol)-Spray	3x2 Hübe

Die Therapieempfehlung aus dem Krankenhaus enthält 14 verschiedene Arzneimittel. Da kommen Zweifel hinsichtlich der Compliance auf. Der Magenschutz ist angesichts der Vielzahl der Präparate vielleicht sinnvoll, dem Einsatz eines Omeprazol-Generikums sollte

Vorrang gegeben werden. Ein Beispiel für Polypragmasie stellt die parallele Verordnung von ACC und Bromhexin dar. Nach neuer COPD-Leitlinie ist die Mukopharmaka-Therapie in der Langzeitbehandlung der stabilen COPD kritisch zu sehen: "Die Indikation zum Einsatz von Mukopharmaka zur besseren Sekretelimination sollte kritisch gestellt werden und sich an dem subjektiven Therapieerfolg orientieren. N-Acetylcystein, Ambroxol, Cineol und Myrthol können bei einigen Patienten mit viskösem Sekret hilfreich sein."

Die Gabe systemischer Glukokortikoide wird lediglich als Kurzzeittherapie (max. 14 Tage) bei Exazerbation empfohlen. Da etwa die Hälfte der COPD-Patienten von einer Theophyllin-Therapie profitiert, wird in der Leitlinie ein dreitägiger Auslassversuch während einer stabilen Erkrankungsphase empfohlen, um die "Responder" zu identifizieren.

Andernfalls kann wegen der geringen therapeutischen Breite auf eine Lang-

zeittherapie mit Theophyllin verzichtet werden. Durch die gleichzeitige Gabe von Pentoxifyllin ist die Gefahr von Nebenwirkungen erhöht. Der Einsatz dieses Arzneistoffes, dessen Nutzen schon bei der pAVK umstritten ist, ist bei den genannten Diagnosen nicht indiziert.

Aus der Diagnosestellung ist auch die Indikation für die Anwendung von Prostawern und Celebrex nicht nachvollziehbar und folglich kritisch zu hinterfragen. Nach der Mitteilung der AkdÄ zur Sicherheit von COX-2-Inhibitoren ist bei Patienten mit einer Indikation zur ASS-Langzeittherapie ein Vorteil der Behandlung mit COX-2-Hemmern gegenüber nichtselektiven NSAR nicht zu erkennen.

Es sei auch noch darauf verwiesen, dass Unat u.U. durch ein ret. Furosemid austauschbar wäre.

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

Neues Arzneimittel zur MS-Behandlung

Seit Januar dieses Jahres ist ein neues Arzneimittel zur Behandlung nicht-rollstuhlpflichtiger Patienten mit bestimmten Formen der Multiplen Sklerose verfügbar.

Der Inhaltsstoff der Injektionslösung Raleno ist das aus der Onkologie bekannte Mitoxantron. Da es sich um einen zytotoxischen Stoff handelt, sind bei der Handhabung von Raleno alle Sicherheitsvorkehrungen wie beim Umgang mit Zytostatika zu beachten.

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

Broschüren kostenlos erhältlich

Der Verband Forschender Arzneimittelhersteller veröffentlichte drei neue Broschüren zu den Themen Brustkrebs, HIV-Infektion und Herzinsuffizienz.

Kostenlose Exemplare können beim Verband Forschender Arzneimittelhersteller e.V., Hausvogteiplatz 13, 10117 Berlin, E-Mail: info@vfa.de bezogen werden. Unter www.vfa.de/publikationen.de kann man sie auch in elektronischer Form herunterladen.

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

Praxisbörse

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

Biete

Suche Praxismachfolger für hausärztlich geführte Landpraxis mit stabiler Schein- zahl (entspricht dem Durchschnitt des Landes Brandenburg) ab Januar 2004 im Planungsbereich Barnim, Nähe Berlin Buch (5 bis 7 km).

Chiffre: 03/04/01

Biete

Gutgehende allgemeinmedizinische Praxis in Rathenow mit stabilen überdurchschnittlich hohen Fallzahlen aus Altersgründen zum 2. Oder 3. Quartal 2004 abzugeben. Einarbeitung in Form gemeinsamer Zusammenarbeit möglich.

Chiffre: 03/04/02

Suche

Praxiseinstieg (auch Jobsharing oder angestellt) als hausärztlicher Internist (Diabetologe DDG).

Kontakt: 030/322 76 57 oder e-mail: M.Zoellner55@t-online.de

Praxisräume

und Büroräume im Ärztehaus Teltow zu vermieten. Sehr gute Verkehrsanbindungen, Pkw-Stellplätze stehen ausreichend zur Verfügung.

Anfragen: Bernd Grieger, Geschäftsführer, Tel.: 03328/427 315.

Suche

Bin Facharzt für Kinderheilkunde (Chiro- therapie, Akkupunktur). Suche Kinderarzt- praxis zur Übernahme im Land Branden- burg. Potsdamer und Berliner Bereich bevorzugt. Übernahmzeitraum: 2005 bis 2007.

Chiffre: 03/04/03

Suche

Bin Fachärztin für Innere Medizin. Suche im Raum Lübben hausärztlich Praxis zur Übernahme. Die Aufnahme der Tätigkeit wäre frühestens zum 1.1.2004 möglich, würde aber auch bei entsprechender Ver- einbarung später erfolgen können.

Chiffre: 03/04/04

Suche

Fachärztin für Innere Medizin sucht im Raum nördlich von Oranienburg (Löwen- berger Land) oder Gebiet um Kremmen oder Sommerfeld hausärztliche Praxis zur Nachbesetzung bzw. Übernahme.

Chiffre: 03/04/05

Niederlassungen im März 2003

Praxis aktuell

Planungsbereich Barnim

Dr. med. Jens-Uwe Klavehn
FA für Chirurgie
(Sonderbedarfszulassung
Unfallchirurgie)
Berliner Str. 69, 16321 Bernau

Planungsbereich Oberhavel

Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes
FA für Allgemeinmedizin
Dorfstr. 28b
16727 Schwante

Biete - Suche

Verkaufe

Ultraschallgerät Sono Fritz mit Vaginal- sonde 6,5 MHz, Konkav-Abdominal- sonde 3,5 MHz und Linear-Mammaso- nde 7,5 MHz mit einem Kristallausfall, Printer Sony UP-D890 (Bauj. 1998), Preis: 5900 Euro
Tel.: 03302/224736

Suche

medizinische Gebrauchtgeräte (Praxisauflösung ect.), insbeson- dere Sonographiegerät, Spirome- ter, Langzeit RR, Fahrrad-Ergo ect.

Tel.: 03381/660214
Fax: 03381/798801

ANZEIGE

Zu vermieten

120 qm eingerichtete Arztpra- xis, in Brandenburg Stadt, direkt vom Eigentümer zu ver- mieten.

Bei Bedarf Wohnung im Haus.
Preis nach Vereinbarung

Tel.: 03381/521649

Zu vermieten

Zwischen Hamburg und Berlin gelege- nes Arzthaus (130 qm und erweiterbar) zu vermieten.

Niederlassungsfrei für Fachärzte mit hausärztlicher Versorgung oder Orthopädie, auch für Existenzgründer geeignet, günstige Konditionen.

Tel.: 01758874675

Neuzulassungen und Ermächtigungen

Neuzulassungen

Dr. med. Susanne Hoffmann,
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Potsdam
ab 01.04.2003

Dr. med. Nicola Hofer,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Frankfurt
ab 01.04.2003

Dipl.-Med. Marina Schwarz,
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Oranienburg
ab 01.04.2003

Carola Peschke,
Fachärztin für Innere Medizin in Fürstenwalde
ab 01.06.2003

MUDr./CS Karin Krekow,
Fachärztin für Innere Medizin in Guben
ab 01.07.2003

Oliver Hirsch,
Facharzt für Psychiatrie in Senzig (ausschließlich psychotherapeutisch tätig)
ab 12.03.2003

Dipl.-Psych. Falk Burmeister,
Psychologischer Psychotherapeut in Templin
ab 01.04.2003

Dipl.-Psych. Andreas Pelz,
Psychologischer Psychotherapeut in Wandlitz
ab 01.07.2003

Dipl.-Psych. Margret Kleinmanns,
Psychologische Psychotherapeutin in Rüdersdorf
ab 12.03.2003

Dipl.-Päd. Monika Bossy,
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Kleinmachnow
ab 01.09.2003

Ines Kürschner,
Fachärztin für Urologie in Blankenfelde
ab 19.03.2003

Dr. med. Falk Schneider,
Facharzt für Innere Medizin in Cottbus
ab 01.04.2003

Cathrin Uhl,
Fachärztin für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Brandenburg
ab 01.07.2003

Dr. med. Guntram Gola,
Facharzt für Innere Medizin in Bernau
ab 26.03.2003

Dr. med. Ingrid Diesterweg,
Fachärztin für Mikrobiologie und Infektions-epidemiologie in Frankfurt
ab 01.04.2003

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

Dr. med. Silvia-Christiane Urchs,
Fachärztin für Innere Medizin in der MEG mbH Gesundheitszentrum Wildau
ab 05.03.2003

Ermächtigungen

Dipl.-Med. Sylvine Freese,
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am DRK-Krankenhaus in Luckenwalde, ermächtigt nach § 31 a Abs. 1 Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Gynäkologen und Gynäkologen in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V für die Durchführung ambulanter Chemotherapien, Immuntherapien und Begleittherapien auf dem Gebiet der gynäkologischen Onkologie sowie auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen

gemäß § 311 Abs. 2 SGB V zur Planung der Geburtsleitung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge gem. § 5 Abs. 2 BMV-Ärzte und § 9 Abs. 2 BMV-Ärzte/Ersatzkassen in Verbindung mit den Mutterschafts-richtlinien gem. Teil B Nr. 6 für die Zeit vom 05.03.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Dr. med. dent. Thilo Prochnow,
Facharzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie am Werner Forßmann Krankenhaus in Eberswalde, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Chirurgie, HNO-Heilkunde, MKG-Chirurgie und Zahnärzten sowie Fachärzten für Chirurgie, HNO-Heilkunde, MKG-Chirurgie und Zahnärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für Problemfälle auf dem Gebiet der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sofern es sich nicht um vor- und nachstationäre Leistungen handelt für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Roland Seiring,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin am Werner Forßmann Krankenhaus in Eberswalde, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Kinderheilkunde für EEG-Leistungen, sonographische Untersuchungen, Diagnostik und Therapie von Kindern mit Anfallsleiden (Epilepsie) für die Zeit vom 01.04.2003 bis zum 31.03.2005.

Dr. med. Bernhard Goetzke,
Facharzt für Chirurgie am Werner Forßmann Krankenhaus in Eberswalde, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Chirurgen und gastroenterologisch tätigen Internisten bzw. Chirurgen und gastroenterologisch tätigen Internisten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Onkologie und Pankreaserkrankungen davon ausgenommen sind alle prä- und poststationären Leistungen für die Zeit vom 01.04.2003 bis zum 31.03.2005.

Dr. med. Edith Holz,
Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin am Städt. Krankenhaus Eisenhüttenstadt, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. von Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der EEG-Ableitung und -Befundung für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Thomas Funk,
Facharzt für Neurochirurgie am Klinikum Frankfurt, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Neurochirurgie ausgenommen sind prä- und poststationäre Leistungen für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Klaus Tischer,
Facharzt für Orthopädie am Ambulanten Therapie- u. Gesundheitszentrum in Herzberg, ermächtigt nach § 31 Abs. 1 a Ärzte-ZV auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V für die Durchführung einer orthopädischen Sprechstunde sofern es sich nicht um vor- und nachstationäre Untersuchungen gem. § 115 a SGB V handelt für die Zeit vom 05.03.2003 bis zum 31.03.2005.

Dr. med. Martina Matthes,
Fachärztin für Innere Medizin am Klinikum Niederlausitz in Senftenberg, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V im Rahmen der internistischen Grundversorgung für die Durchführung einer Sprechstunde im Ärztehaus Lautau für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Roland Linke,
Facharzt für Orthopädie am Carl-Thiem-Klinikum, Klinikbereich Kolkwitz, ermächtigt auf Überweisung von zugelas-

nen Fachärzten für Orthopädie und Fachärzten für Innere Medizin/Rheumatologie und entsprechenden Fachärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V für Problemfälle auf dem Gebiet der Orthopädie und Rheumatologie soweit es sich nicht um vor- oder nachstationäre Betreuung handelt für die Zeit vom 05.03.2003 bis 31.03.2005.

Dipl.-Psych. Wolfram Thiel,
Psychologischer Psychotherapeut am Gesundheitsamt Cottbus, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sowie auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Frank-Frieder Schiefer,
Facharzt für Psychotherapeutische Medizin am Klinikum Niederlausitz in Klettwitz, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie davon ausgenommen sind Patienten, die im Rahmen der Institutsermächtigung gem. § 118 Abs. 2 SGB V im Klinikbereich Klettwitz betreut werden für die Zeit vom 12.03.2003 bis 31.03.2005.

Dipl.-Psych. Cordula Schellenberg,
Psychologische Psychotherapeutin in Oranienburg, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Verhaltenstherapie für Erwachsene für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2004.

Dr. rer. nat. Dr. med. Christopher Rommel,
Fachärztin für Nervenheilkunde am Johanniter-Krankenhaus in Treuenbrietzen, ermächtigt auf Überweisung von zugelasse-

nen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sowie analytischen Psychotherapie für die Zeit vom 12.03.2003 bis 31.03.2005.

Dipl.-Psych. Jochen Schwarzkopf,
Facharzt für Psychiatrie am Johanniter-Krankenhaus in Treuenbrietzen, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie sowie analytischen Psychotherapie für die Zeit vom 12.03.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Henning Ritter,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in der Spreewaldklinik Lübben, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Gynäkologie bzw. Fachärzten für Gynäkologie in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur weiterführenden differentialdiagnostischen sonographischen Abklärung des fetomaternalen Gefäßsystems und zur Direktionalen Doppler-sonographischen Untersuchung im fetomaternalen Gefäßsystem sowie auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Planung der Geburtsleitung gem. § 5 Abs. 2 BMV-Ärzte und § 9 Abs. 2 BMV-Ärzte/Ersatzkassen in Verbindung mit den Mutterschaftsrichtlinien gem. Teil B Nr. 6 für die Zeit vom 19.03.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Rudi Lucius,
Facharzt für Chirurgie am Ev. Krankenhaus Ludwigsfelde-Teltow in Ludwigsfelde, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur ambulanten Chemotherapie gastrointestinaler Tumore für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Prof. Dr. sc. med. Gernot Badtke,
Facharzt für Sportmedizin an der Universität Potsdam, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten, die über eine Chirotherapie-Genehmigung verfügen und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V, die über eine Chirotherapie-Genehmigung verfügen auf dem Gebiet der Chirotherapie für die Zeit vom 01.04.2003 bis 30.09.2004.

Dipl.-Med. Dieter Karcher,
Facharzt für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Prignitz in Perleberg, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für echokardiographische Untersuchungen, eindimensionale dopplerechokardiographische Untersuchungen und zweidimensionale farbcodierte dopplerechokardiographische Untersuchungen für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Steffen Jährig,
Facharzt für Chirurgie am Johanniter-Krankenhaus in Treuenbrietzen, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für ausgewählte Leistungen auf dem Gebiet der Gastroenterologie sowie für die Durchführung der präventiven Koloskopie für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Ines Schulzke,
Fachärztin für Humangenetik am Klinikum "Ernst v. Bergmann" in Potsdam, ermächtigt auf Überweisung von am Klinikum "E. v. Bergmann" Potsdam ermächtigten Frauenärzten, Kinderärzten und Internisten für die Durchführung ausgewählter human-genetischer und zytogenetischer Leistungen für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Egon Gelszus,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Klinikum "Ernst v. Bergmann" in Potsdam, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Gynäkologen und Gynäkologen in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Betreuung von Patientinnen mit pathologischer Gravidität sowie auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Planung der Geburtsleitung gem. § 5 Abs. 2 BMV-Ärzte und § 9 Abs. 2 BMV-Ärzte/Ersatzkassen in Verbindung mit den Mutterschaftsrichtlinien gem. Teil B Nr. 6 für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

PD Dr. med. Thomas Weinke,
Facharzt für Innere Medizin am Klinikum "Ernst v. Bergmann" in Potsdam, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen endoskopisch tätigen Vertragsärzten und endoskopisch tätigen Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für gastroscopisch therapeutische Leistungen einschließlich erforderlicher Nachuntersuchungen, soweit die gastroscopisch therapeutischen Eingriffe ambulant erbracht werden sind, sowie für die gastroenterologische und endoskopische Diagnostik von Problemfällen; auf Überweisung der für Strahlentherapie am Klinikum Potsdam ermächtigten Fachärztin für Radiologie für Endoskopien des Magen-Darm-Traktes im Zusammenhang mit strahlentherapeutischen Maßnahmen sowie auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie auf Überweisung der am Klinikum Potsdam ermächtigten Frau Dr. Pasold für Endosonographie für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Dirkpeter Schulze,
Facharzt für Augenheilkunde am Klinikum "Ernst v. Bergmann" in Potsdam, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Augenärzten und Augenärzten in Einrich-

tungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V ausgewählte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sowie konsiliarische Beratung bei ophthalmologischen Problemfällen für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Prof. Dr. med. Hubertus Kursawe,
Facharzt für Nervenheilkunde am St. Josefs Krankenhaus in Potsdam,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Neurologen, Psychiatern und Orthopäden und entsprechenden Fachärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie auf Überweisung von am Krankenhaus ermächtigten Orthopäden für die Behandlung von Dystonien, Hyperhidrosis und speziellen Formen der Spastik mit Botulinum-Toxin A sowie auf Überweisung von zugelassenen Neurologen und entsprechenden Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für eine Konsiliartätigkeit bei Patienten mit Neuroborreliose für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Lothar Niedrig,
Facharzt für Innere Medizin am DRK-Krankenhaus in Luckenwalde,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V 1. auf dem Gebiet der Echokardiographie sowie für dopplersonographische und duplexsonographische Untersuchungen für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Udo Dommel,
Facharzt für Nervenheilkunde an der Landes-klinik in Lübben,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V vom 01.04.2003 bis 30.09.2003 zur neurologischen Grundversorgung sowie vom 01.04.2003 bis 31.03.2004 für dopplersonographische Untersuchungen, duplexsonographische Untersuchungen und elektroenzephalographische Untersuchungen.

Uwe Patzelt,
Facharzt für Neurologie an der Landes-klinik in Lübben,
ermächtigt vom 01.04.2003 bis 31.03.2005 auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V zur Messung evozierter Hirnpotentiale, für elektromyographische Untersuchungen sowie zur Bestimmung der sensiblen Nervenleitgeschwindigkeit.
ermächtigt vom 01.04.2003 bis 31.03.2005 auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Neurologie, Psychiatrie und Orthopädie bzw. Fachärzten für Neurologie, Psychiatrie und Orthopädie in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V für die Behandlung von Dystonien und speziellen Formen der Spastik mit Botulinum-Toxin A.

Dr. med. Manfred Kamenz,
Facharzt für Radiologie am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V sowie von am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus ermächtigten Ärzten für die phlebographische Gefäßdiagnostik sowie für arterielle Gefäßdiagnostik für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Karl-Hans Mahal,
Facharzt für Diagnostische Radiologie am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gemäß § 311, Abs. 2 SGB V sowie von am Carl-Thiem-Klinikum Cottbus ermächtigten Ärzten für die pädiatrische Röntgendiagnostik und CT bei Kindern bis zum 18. Lebensjahr für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

MR Dr. med. Hans-Peter Jaskulla,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Kreiskrankenhaus Finsterwalde,
ermächtigt auf Überweisung von zugelas-

senen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Planung der Geburtsleitung gemäß § 5 Abs. 2 BMV-Ärzte und § 9 Abs. 2 BMV-Ärzte/Ersatzkassen in Verbindung mit den Mutterschaftsrichtlinien gemäß Teil B Nr. 6 sowie auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Gynäkologie und Fachärzten für Gynäkologie in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur onkologischen Behandlung von gynäkologischen malignen Tumorerkrankungen für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Ingo Franke,
Facharzt für Innere Medizin am Klinikum Niederlausitz in Lauchhammer,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Gastroenterologie; zur Endosonographie des oberen Verdauungstraktes; zur Endosonographie des unteren Verdauungstraktes sowie zur präventiven Koloskopie für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Hans-Jürgen Zietz,
Facharzt für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus in Herzberg,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Gastroenterologie; für die Durchführung einer Sprechstunde auf dem Gebiet der Endosonographie; zur präventiven Koloskopie sowie für Laborleistungen des Kapitels O/II für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Prof. Dr. med. habil. Hubert Vogler,
Facharzt für Nuklearmedizin am Humaine Klinikum in Bad Saarow,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 SGB V sowie von am Humaine Klinikum Bad Saarow ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der Nuklearmedizin sowie zur

therapeutischen Anwendung offener Radionuklide für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Frank Hoffmann,
Facharzt für Chirurgie am Klinikum Frankfurt,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Chirurgie und Orthopädie in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V für eine Konsiliartätigkeit auf dem Gebiet der Chirurgie für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

MR Dr. med. Karin Kozew,
Fachärztin für Innere Medizin am Ev.-Freikirchl. Krankenhaus in Rüdersdorf,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V 1. auf dem Gebiet der Hämatologie sowie für die Durchführung ambulanten Chemotherapie für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Friedrich Knöfler,
Facharzt für Orthopädie am Klinikum Uckermark in Schwedt,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Orthopädie, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie und Fachärzten mit Schwerpunkt Rheumatologie sowie Fachärzten für Orthopädie, Chirurgie, Neurochirurgie, Neurologie und Fachärzten mit Schwerpunkt Rheumatologie in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie auf Überweisung von am Klinikum Schwedt für eine neuropädiatrische Sprechstunde ermächtigten Kinderärzten auf dem Gebiet der Orthopädie für Problemfälle für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dipl.-Med. Rainer Sadowski,
Facharzt für Innere Medizin am Klinikum Uckermark in Schwedt,
ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Funkti-

onsanalyse von Herzschrittmachern für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Udo Müller,
Facharzt für Innere Medizin am Klinikum Uckermark in Schwedt, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Zeit vom 01.04.2003 bis zum 31.03.2005 auf den Gebieten der Proktologie und Gastroenterologie sowie für die Zeit vom 01.04.2003 bis zum 31.03.2004 zur präventiven Koloskopie.

Dr. med. Konrad Eckert,
Facharzt für Anästhesiologie am Klinikum Uckermark in Schwedt, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie auf Überweisung des am Klinikum Schwedt ermächtigten Facharztes für Gefäßchirurgie, Herrn Dr. Hinze auf dem Gebiet der angiographischen und phlebographischen Diagnostik für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Harald Rönitz,
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin an der Kinderklinik des Klinikums Frankfurt, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. von Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Betreuung von Patienten mit Mukoviszidose-cystische Fibrose für die Zeit vom 01.04.2003 bis 30.06.2005.

Dr. med. Ludwig Wustmann,
Facharzt für Chirurgie am Klinikum Frankfurt, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 SGB V auf dem Gebiet der Gefäßchirurgie zur Konsiliaruntersuchung ausgenommen sind alle Leistungen im Rahmen der prä- und poststationären Behandlung für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Hermann Seik,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Klinikum Frankfurt, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Gynäkologie bzw. Fachärzten für Gynäkologie in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V zur Mitbehandlung von besonderen Problemfällen im Rahmen der Mammadiagnostik und -therapie sofern es sich dabei nicht um vor- oder nachstationäre Betreuung handelt für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Frank Gottschalk,
Facharzt für Nuklearmedizin am Klinikum Frankfurt, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V sowie von am Klinikum Frankfurt ermächtigten Ärzten auf dem Gebiet der Nuklearmedizin sowie auf Überweisung von Fachärzten, die über die Genehmigung der KVBB zur Durchführung nuklearmedizinischer Untersuchungen verfügen für die Zeit vom 01.04.2003 bis 30.09.2003.

Dr. med. André Werner,
Facharzt für Innere Medizin am Klinikum Frankfurt, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die endoskopische Diagnostik für die Zeit vom 01.04.2003 bis 30.06.2003.

Dr. med. Horst Richter,
Facharzt für Innere Medizin am Kreiskrankenhaus Beeskow, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie gastroenterologischer Erkrankungen und zur präventiven Koloskopie für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2004.

Dr. med. Knut Strewinski,
Facharzt für Innere Medizin am Ev.-Freikirchl. Krankenhaus u. Herzzentrum Brandenburg in Bernau, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Rheumatologie für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Hasso Behr,
Facharzt für Innere Medizin an der Brandenburg Klinik in Bernau, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für kardiologische Leistungen für die Zeit vom 01.04.2003 bis 30.09.2003.

Dr. med. Dieter Liebe,
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde am Humaine Klinikum Bad Saarow, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde zur Konsiliaruntersuchung und im Rahmen der Tumornachsorge für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Doz. Dr. med. habil. Wolfgang Schultze,
Facharzt für Innere Medizin am Humaine Klinikum Bad Saarow, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten bzw. Ärzten in Einrichtungen gemäß § 311 Abs. 2 SGB V auf dem Gebiet der Hämatologie/Onkologie für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. habil. Helge Steffen,
Facharzt für Neurochirurgie am Humaine Klinikum Bad Saarow, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Neurologie und Fachärzten für Orthopädie bzw. Fachärzten für Neu-

rologie und Fachärzten für Orthopädie in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur konsiliarischen Beratung von Patienten mit Tumoren des zentralen Nervensystems und der Wirbelsäule sofern es sich nicht um vor- und nachstationäre Diagnostik handelt für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. habil. Christian Zur,
Facharzt für Diagnostische Radiologie am Humaine Klinikum Bad Saarow, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 SGB V sowie von am Humaine Klinikum Bad Saarow ermächtigten Ärzten; auf Überweisung des Herrn Dr. Grabley, Facharzt für Chirurgie in Bad Saarow sowie auf Überweisung des am Humaine Klinikum Bad Saarow ermächtigten Facharztes für Innere Medizin, Herrn Dr. Schultze auf dem Gebiet der Computertomographie für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Christa Buchelt,
Fachärztin für Innere Medizin am Humaine Klinikum in Fürstenwalde, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 SGB V auf dem Gebiet der Rheumatologie für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2004.

Dr. med. Gerd Koinzer,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe an der Spremberger Krankenhausgesellschaft in Spremberg, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V gem. § 5 Abs. 2 BMV-Ärzte und § 9 Abs. 2 BMV-Ärzte/Ersatzkassen in Verbindung mit den Mutterschafts-Richtlinien Teil B Nr. 6 zur Planung der Geburtsleitung für die Zeit vom 01.04.2003 bis 30.09.2005.

Prof. Dr. med. habil. Hans-Harald Riedel,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus,

ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Gynäkologie und Fachärzten für Gynäkologie in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie der weiblichen Sterilität, zur Reproduktionsmedizin (Einschließlich IvF und ET) sowie zur Diagnostik unklarer gynäkologischer Schmerzzustände für die Zeit vom 01.04.2003 bis 31.03.2005.

Dr. med. Günter Schulze,
Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am Carl-Thiem-Klinikum in Cottbus, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Gynäkologie und Fachärzten für Gynäkologie in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Betreuung von Patientinnen mit pathologischer Gravidität sowie auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für die Planung der Geburtsleitung gem. § 5 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte und § 9 Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen in Verbindung mit den Mutterschaftsrichtlinien gem. Teil B Nr. 6 für die Zeit vom 01.04.2003 bis 30.06.2005.

Dipl.-Med. Hubertus Kruse,
Facharzt für Innere Medizin am Krankenhaus Forst, ermächtigt auf Überweisung von zugelassenen Vertragsärzten und Ärzten in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für zweidimensionale echokardiographische Untersuchungen, doppler-echokardiographische Untersuchungen, für Herzschrittmacherkontrollen sowie für duplex-sonographische Diagnostik für die Zeit vom 01.04.2003 bis 30.06.2005.

Dr. med. Thilo Hennecke,
Facharzt für Orthopädie am Naemi-Wilke-Stift in Guben, auf Überweisung von zugelassenen Fachärzten für Orthopädie und Fachärzten für Orthopädie in Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V für eine Konsiliarsprechstunde bei

orthopädischen Problemfällen für die Zeit vom 01.04.2003 bis 30.06.2003.

Verlegung des Praxissitzes

Dr. med. Thoralf Wiegand,
Facharzt für Orthopädie in Eberswalde, neue Adresse: Eisenbahnstr. 37;

Dipl.-Med. Dieter Gälke,
Facharzt für Innere Medizin in Eberswalde, neue Adresse: Dorfstr. 33;

Dipl.-Psych. Johannes Grünbaum,
Psychologischer Psychotherapeut in Lübben, neue Adresse: Logenstr. 18;

Dipl.-Psych. Gabriele Grünbaum,
Psychologische Psychotherapeutin in Lübben, neue Adresse: Logenstr. 18;

Dipl.-Psych. Markus von Bechtolsheim,
Psychologischer Psychotherapeut in Potsdam, neue Adresse: Großbeerstr. 139;

Dipl.-Psych. Kerstin Reisner,
Psychologische Psychotherapeutin in Strausberg, neue Adresse: Ernst-Thälmann-Str. 25;

Dipl.-Psych. Cornelia Bauch,
Psychologische Psychotherapeutin in Seelow, neue Adresse: Breite Str. 6;

Dipl.-Psych. Margit Schwab,
Psychologische Psychotherapeutin in Potsdam, neue Adresse: Lindenstr. 24;

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Christina Matthé,
Psychologische Psychotherapeutin in Seelow, neue Adresse ab 01.05.2003: Fürstenwalder Str. 8 in Müncheberg;

Dr. med. Roland Karl,
DRK-Blutspendedienst, Institut Potsdam, Facharzt für Transfusionsmedizin in Potsdam neue Adresse: Behlertstr. 3a;

Dirk Harms,
Praktischer Arzt in Brandenburg, neue Adresse: Kirchstr. 6;

Dipl.-Med. Wolfgang Stiller,
Facharzt für Innere Medizin in Wittstock, neue Adresse: Lindenstr. 2;

Dr. med. Friederike Bressel,
Fachärztin für Allgemeinmedizin in Falkensee, neue Adresse: Dallgower Str. 10-14;

MR Dr. med. Bernhard Fehse,
Facharzt für Allgemeinmedizin in Joachimsthal, neue Adresse: Marktstr. 15;

Dipl.-Med. Dagmar Klinger,
Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Zepernick, neue Adresse: Bahnhofstr. 83;

Dr. sc. med. Kurt Strähnz,
Facharzt für Innere Medizin in Kolkwitz, neue Adresse: Berliner Str. 185

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.

Ausgeschrieben werden:

**Facharzt/Fachärztin für
Allgemeinmedizin
Planungsbereich:**

**Frankfurt(O)-Stadt/Oder-Spree
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 26/2003**

**Facharzt/Fachärztin für Chirurgie
Planungsbereich: Spree-Neiße
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 27/2003**

**Facharzt/Fachärztin für
Augenheilkunde
Planungsbereich: Prignitz
Zeitpunkt: schnellstmöglich
Bewerbungskennziffer: 28/2003**

Nähere Informationen und Bewerbungsunterlagen erhalten Sie bei der Kasernenärztlichen 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 **04. Juni 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.

Potsdam, den 4. April 2003

Herzliche Glückwünsche!



zum 50.

Dipl.-Med. Joachim Bärwolff,
Birkenwerder

Dr. med. Matthias Bernsdorf,
Ludwigsfelde

Dipl.-Psych. Anke Blaufelder, Glienicke

Ingolf Bock, Potsdam

Dipl.-Med. Katrin Bredahl, Storkow

Dr. med. Manuela Jacopian, Potsdam

Krystyna Mette, Ludwigsfelde

Dr. med. Reiner Musikowski, Cottbus

Dr. med. Winfried Winkler, Fürstenberg

Dr. med. Elke Wolff, Doberlug-Kirchhain

zum 60.

Rainer Bartsch, Birkenwerder

Dr. med. Ingo Bastian, Zehdenick

Dr. med. Barbara Bormann,
Fürstenwalde

MR Dr. med. Monika Dzikonski, Hönow

Dr. med. Harald Geyer, Brandenburg

Dr. med. Renate Klein,
Königs Wusterhausen

Dr. med. Margit Kreibich, Schulzendorf

Dr. med. Ihno Meyl, Meyenburg

MR Dr. med. Eckhard Moos, Templin

Ulrike Müller, Dahlwitz-Hoppegarten

Dr. med. Bernd Oswald, Treuenbrietzen

Dr. med. Magdalena Primm,
Brandenburg

Dr. (H). Maria Strauß, Birkenwerder

MR Dr. med. Bernd Winkler, Rüdersdorf

zum 65.

Dr. med. Gerlinde Abendroth,
Hohen Neuendorf

Dr. med. Dieter Hagen, Zossen

Dr. med. Hartmut Hollstein, Frankfurt

Dipl.-Med. Klaus-Dieter Neumann,
Gallinchen

zum 66.

Dr. med. Peter Bischof, Baruth

MR Dr. med. Werner Buchecker, Guben

Margitta Lehnigk, Calau

zum 67.

MR Dr. med. Ilse Bostelmann, Berge

SR Wolfgang Hermann, Marienthal

Dr. med. Heinz Neumann, Rathenow

zum 68.

Prof. Dr. med. Bernhard von Barsewisch

Groß Pankow

MR Reinhard Richter, Guben

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:

15. April 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:

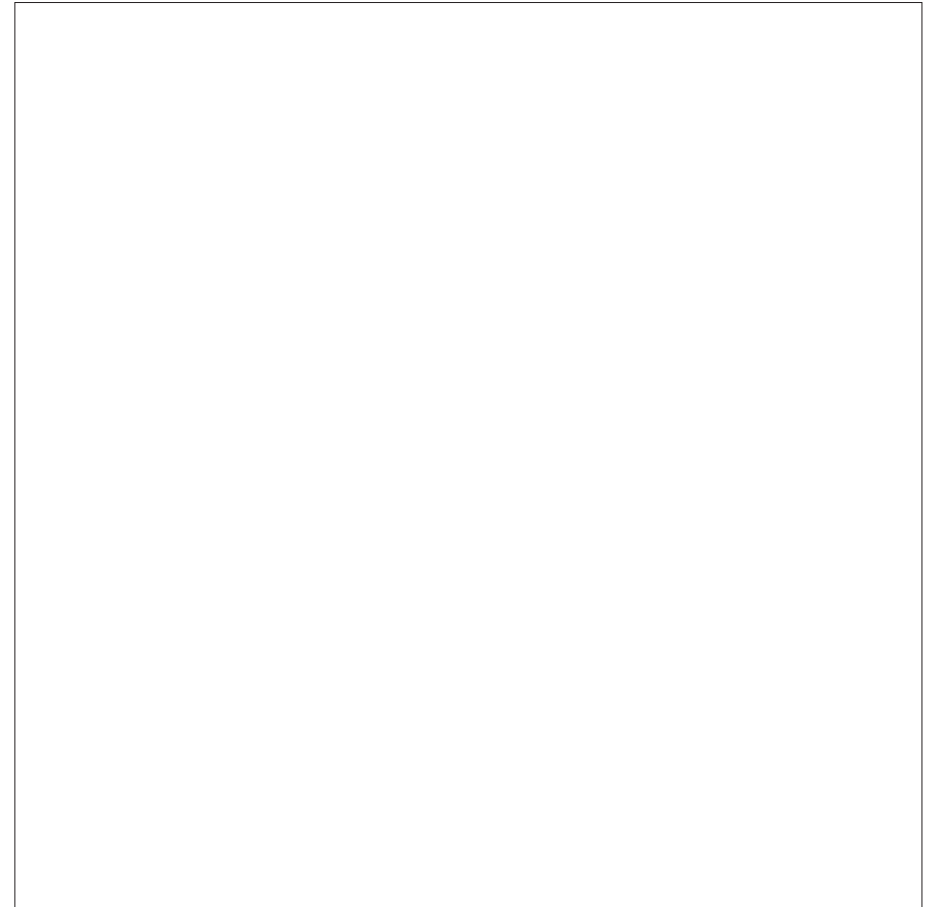
Jeder 5. des Monats

Zur Zeit gilt die Preisliste Nr. 3 vom

2. Januar 2002

Erscheinungsweise: Monatlich

Auflage: 4.500 Exemplare



“Sie werden sich doch nicht den zukunftsweisenden
Reformideen aus unserem Ministerium verschließen!”

Zeichnung: **A. Purwin**