

KVBFORUM 10|16



ANTIKORRUPTIONSGESETZ

Was Fachleute dazu sagen

GESUNDHEITSPOLITIK: Innovationsfonds – neue Versorgungsformen fördern

PSYCHOTHERAPIE: Depression bei Männern

GESUNDHEITSTELEMATIK: Computer im Würgegriff von Schadprogrammen

Bitte wählen Sie!



Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

egal ob Werbeprospekte, Rechnungen oder Behördenschreiben: An manchen Tagen ist es eine wahre Papierflut, die sich über uns ergießt. Und immer wieder wünscht man sich, man möge von Briefen, Faxen und E-Mails in dieser Größenordnung verschont bleiben.

In den kommenden Wochen werden Sie in Ihrem Briefkasten jedoch einen Umschlag finden, auf den Sie in jedem Fall ein besonderes Augenmerk haben sollten. Denn in diesem Briefumschlag befinden sich **Ihre Wahlunterlagen zur Vertreterversammlung der KVB.**

Die Wahl findet von 6. bis 19. Oktober statt und wir möchten Sie bitten, von Ihrem Stimmrecht in jedem Fall Gebrauch zu machen! Denn nur, wenn Sie sich an der Wahl beteiligen, können Sie die Zukunft der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Bayern, also auch die Ihrer eigenen Praxis, mitbestimmen. Wie wichtig die politische Stärkung der ärztlichen Selbstverwaltung ist, haben wir Ihnen in der September-Ausgabe von KVB FORUM im Rahmen unseres Titeltthemas bereits dargestellt.

Auch in der vorliegenden Ausgabe haben wir wieder ein gesundheitspolitisch spannendes Thema für Sie aufgegriffen – die Hintergründe und Auswirkungen des sogenannten „Antikorruptionsgesetzes“. Politiker verschiedener Parteien erläutern, wie das Gesetz in erster Linie dafür sorgen soll, die Mehrheit der rechtschaffenen Akteure im Gesundheitswesen vor den wenigen „schwarzen Schafen“ zu schützen. Übrigens war es nur durch eine starke Interessenvertretung der ärztlichen Verbände und Organisationen möglich, uns in den Prozess des Gesetzgebungsverfahrens miteinzubringen. Wieder ein Beispiel für gelebte Mitbestimmung der von Ihnen gewählten politischen Vertreter! Deshalb unsere Bitte: Bringen Sie Ihre Stimme ein. Gehen Sie zur Wahl!

Ihr KVB-Vorstand

Dr. med. Krombholz
Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Schmelz
1. Stellv. Vorsitzender des Vorstands

Dr. med. Enger
2. Stellv. Vorsitzende des Vorstands

ZITAT DES MONATS

„Es kann nicht sein, dass die Versicherten allein zahlen. Die Arbeitgeber müssen sich wieder zur Hälfte an den Gesundheitskosten beteiligen.“

Dr. jur. Edgar Franke MdB, Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestags

(Quelle: Handelsblatt vom 8. September 2016)

ZAHL DES MONATS

3.020

Euro wurden im vergangenen Jahr durchschnittlich pro GKV-Versicherten in Deutschland ausgegeben.

(Quelle: Bundesgesundheitsministerium - KV45)

VERTRETERVERSAMMLUNGEN 2016

Die nächste Vertreterversammlung der KVB findet an folgendem Termin in der Eisenheimerstraße 39, 80687 München, statt:

- Samstag, 26. November 2016

DIAGNOSE: BRUSTKREBS. PROGNOSE: LEBEN!

Einladung zur gemeinsamen Veranstaltung von KVB und Bayerischer Landesärztekammer (BLÄK) im Rahmen der Fortbildungsreihe „Ärzte und Selbsthilfe im Dialog“ am Mittwoch, 12. Oktober 2016.



Brustkrebs ist eine Diagnose, mit der sich für betroffene Frauen und deren Angehörige das Leben von jetzt auf gleich verändert. Neben Verzweiflung, Angst und Wut müssen sich die Patientinnen mit unzähligen Fragen und der Entscheidung für die beste

Therapieoption auseinandersetzen. Im Rahmen dieser Veranstaltung sollen Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie sich Brustkrebspatientinnen trotz ihrer Diagnose wieder dem Leben zuwenden können.

Mit Betroffenen und deren Angehörigen diskutieren Ärzte, Psychotherapeuten und Vertreter der Selbsthilfe. Auch Sie sind herzlich eingeladen. Die Veranstaltung ist kostenlos und findet in der Bayerischen Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 81677 München statt. Teilnehmende Ärzte und Psychotherapeuten erhalten von der BLÄK drei Fortbildungspunkte. Anmeldung unter Telefon 0 89 / 41 47 - 4 16.

Redaktion

Wichtiges für die Praxis

Start der Diensttauschbörse im Ärztlichen Bereitschaftsdienst

Wer seinen Bereitschaftsdienst tauschen oder abgeben möchte, kann seit Ende August auf das modernisierte Tool DPP-Online der KVB zurückgreifen. DPP-Online ist eine Internetanwendung, die Gruppensprechern, Bereitschaftsärzten und Notärzten die Organisation ihrer Dienste erleichtert. Die Gruppensprecher können über das Internet die Dienste planen, den Gruppenmitgliedern wird ermöglicht, all ihre Dienste sowie den künftigen Dienstplan der Gruppe einzusehen. Es besteht nun auch die Möglichkeit, mithilfe der **neuen Diensttauschbörse** den Bereitschaftsdienst einfach und komfortabel innerhalb der Bereitschaftsdienstgruppen zu tauschen oder zur Abgabe anzubieten.

Die Diensttauschbörse beschränkt sich zunächst auf den Allgemeinen Ärztlichen Bereitschaftsdienst. Der Fachärztliche Bereitschaftsdienst wird zu einem späteren Zeitpunkt in die Diensttauschbörse integriert, ebenso der Notarztendienst.

Die Diensttauschbörse kann von allen zur Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst verpflichteten Ärzten sowie von Poolärzten mit Kooperationsvertrag genutzt werden. Ausgenommen sind in der ersten Version Medizinische Versorgungszentren. Diese werden voraussichtlich Anfang Dezember 2016 in die Diensttauschbörse integriert.

Ebenfalls ausgenommen sind in der ersten Version Dienste, für die ein Vertreter eingetragen ist. Hier muss zunächst der Vertreter gelöscht werden, um den Dienst zum Tausch oder zur Abgabe anbieten zu können. Vertreter können Dienste generell nur an den vertretenen Arzt zurückgeben.

Poolärzte können Dienstabgabebesuche einstellen, jedoch keinen Tausch vornehmen. Die bayerischen Notärzte erhalten die Berechtigung zur Nutzung der Diensttauschbörse, sobald der Notarztendienst in die Anwendung integriert wird.

Sie finden die Diensttauschbörse unter www.kvb.de in der Rubrik *Praxis/Ärztlicher Bereitschaftsdienst*.

Redaktion

TITELTHEMA

- 6 Neues Gesetz soll Korruption verhindern

Seit 4. Juni 2016 ist das neue „Antikorruptionsgesetz“ in Kraft. Wir stellen Ihnen die wichtigsten Auswirkungen für niedergelassene Vertragsärzte und -psychotherapeuten vor

- 10 Korruption bedroht unabhängige Behandlung

Interview mit dem rechtspolitischen Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion, Dr. jur. Johannes Fechner, der das Gesetzesvorhaben zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen mitgestaltet hat



Nach Inkrafttreten des Antikorruptionsgesetzes geht die Bundesregierung deutschlandweit von einer geringen Ermittlungszahl pro Jahr aus

- 12 „Das Gesetz ist ein wichtiger und richtiger Schritt“

Gastkommentar des Bayerischen Justizministers Prof. Dr. jur. Winfried Bausback MdL zur Notwendigkeit eines Antikorruptionsgesetzes und der flächendeckenden Etablierung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften im Freistaat

GESUNDHEITSPOLITIK

- 13 Hohe Wertschätzung für Ärzte und Psychotherapeuten

Auch die diesjährige Patientenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durch die Forschungsgruppe Wahlen zeigt, dass Patienten mit der Arbeit niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten sehr zufrieden sind



Die Patientenbefragung der KBV belegt das hervorragende Vertrauensverhältnis von niedergelassenen Ärzten und Patienten

- 14 Innovationsfonds – neue Versorgungsformen fördern

Seit Jahresbeginn ist der Innovationsfonds in aller Munde: Wir geben einen Überblick über Fördermöglichkeiten, Ausschreibungsverfahren, Projektideen und Antragsteller

PATIENTENORIENTIERUNG

- 16 Fachwelt und Selbsthilfe – gemeinsam gewinnen alle

Vorstellung des Selbsthilfezentrums München, das seit mehr als 30 Jahren Selbsthilfegruppen unterstützt und in vielfältiger Weise mit professionellen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens kooperiert



Um neue Versorgungsformen durch den Innovationsfonds fördern zu können, ist die KVB auf der Suche nach kreativen Projektpartnern

18 Post-Polio-Syndrom
 Nachbericht von der Selbsthilfeveranstaltung am 3. September, die von der KVB in Kooperation mit dem BV Polio e. V. Landesverband Bayern und der Polio Regionalgruppe 85 München organisiert wurde

20 Gesundheitspreise für Patientenorientierung
 Wir stellen Ihnen sowohl auf Landes-, als auch auf Bundesebene interessante Wettbewerbe für Ihre Projektideen vor



Michael Stahn, Leiter des KVB-Teams Patientenorientierung, begrüßt die Gäste der Post-Polio-Veranstaltung Anfang September

PSYCHOTHERAPIE

21 Depression bei Männern: außen Action – innen Krise
 Interview mit Prof. Dr. rer. soc. Anne Maria Möller-Leimkühler, die an der LMU in München seit Jahren die Depression unter geschlechtsspezifischen Aspekten untersucht

AUS DER PRAXIS

24 Beim Arzt in Deutschland
 Eine Broschüre soll den Arzt-Patientenkontakt insbesondere mit und für Menschen aus arabischen Herkunftsländern in den Praxen erleichtern. Wir erläutern die Hintergründe und Inhalte der Publikation



Um psychisch gesund zu bleiben, sollten Männer unter anderem ihre Selbstansprüche reduzieren

GESUNDHEITSTELEMATIK

26 Computer im Würgegriff: Bedrohungen und Gegenstrategien
 Angriffe durch Ransomware sind längst auch im Gesundheitswesen auf dem Vormarsch. Auf was Sie zu Ihrem Schutz unbedingt achten müssen

KURZMELDUNGEN

28 Orientierungswert: Keine Einigung
 28 Die Mär von der Überversorgung
 29 Prävention von Kindesmissbrauch

29 **IMPRESSUM**

30 **KVB SERVICENUMMERN**



Der Erfolg von Ransomware beruht meist auf groben Versäumnissen bei der Prävention

NEUES GESETZ SOLL KORRUPTION VERHINDERN

Nachdem die Bundesregierung ihren Entwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen vom 14. August 2015 dem Bundesrat zugeleitet hatte, ist das Gesetz – nach einer Reihe von juristischen Diskussionen – ein knappes Jahr später, am 4. Juni 2016, in Kraft getreten. Schon im Gesetzgebungsverfahren fand es viel Beachtung in der Öffentlichkeit. Grund genug, das „Antikorruptionsgesetz“ näher vorzustellen und einige Auswirkungen – insbesondere für die niedergelassenen Vertragsärzte und -psychotherapeuten – zu beleuchten.

Unsicherheit

Strafgesetze sollen das Verhalten der Menschen leiten. Du sollst nicht stehlen, sonst wirst du wegen Diebstahls gemäß § 242 StGB bestraft! Du sollst im Unglücksfall helfen, andernfalls wirst du wegen unterlassener Hilfeleistung gemäß § 323c StGB bestraft! So einfach können strafrechtliche, verhaltensregulierende Botschaften des Strafgesetzbuchs (StGB) sein. Im Korruptionsstrafrecht ist es nicht so einfach. Klar ist, dass ein Heilberufstätiger sich nicht bestechen lassen darf. Doch wer glaubt, zulässige Kooperation von unzulässiger Korruption nach Lektüre des Gesetzestextes abgrenzen zu können, der wird enttäuscht sein. Welche Kooperationen erlaubt und welche verboten sind, ist noch nicht geklärt. Gewissheit gibt es zunächst nur in einem Punkt: Es besteht Unsicherheit [1], die auch der folgende Beitrag nicht auflösen kann. Der Artikel soll jedoch über das „Antikorruptionsgesetz“ selbst, die gesetzgeberischen Motive und auszugsweise über den Stand der Diskussion informieren.

Schutzzweck der Regelungen

Die Straftatbestände §§ 299a und b StGB verfolgen nach dem Willen des Gesetzgebers einen doppelten Rechtsgüterschutz [2]. Sie dienen zum einen der Sicherung eines fairen Wettbewerbs im Gesundheitswesen und kommen damit der ganz großen Mehrheit der ehrlich arbeitenden und Korruptionsrisiken vermeidenden Ärzte, Psychotherapeuten, Apotheker und sonstigen Heilberufsausübenden zugute [3]. Zum anderen dienen die neuen Strafnormen dem Schutz des Vertrauens der Patienten in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen [4]. Mittelbar bezwecken die Straftatbestände auch den Schutz der Vermögensinteressen der Wettbewerber im Gesundheitswesen sowie der Patienten und der gesetzlichen Krankenversicherung [5].

Inhalt des „Antikorruptionsgesetzes“

Verkürzt gesprochen: Die Neuregelungen untersagen dem Heilberufstätigen das Fordern, Sich-Versprechen-Lassen oder Annehmen von Vorteilen als Gegenleistung für eine unlautere Bevorzugung im

Wettbewerb im Gesundheitswesen entweder beim Verordnen von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten, oder aber beim Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufstätigen oder bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial. Neben der Bestechlichkeit gemäß § 299a StGB („Nehmerseite“) bedroht das Gesetz mit § 299b StGB auch die Bestechung im Gesundheitswesen („Geberseite“) mit Strafe. Die wichtigsten Tatbestandsmerkmale des „Antikorruptionsgesetzes“ stellt der Beitrag im Folgenden vor.

Vorteil

Ein Vorteil ist jede Zuwendung, auf die der Täter keinen Rechtsanspruch hat und die seine wirtschaftliche, rechtliche oder persönliche Lage objektiv verbessert [6]. Der Straftatbestand des neuen § 299a StGB erfasst nicht nur materielle, sondern auch immaterielle Vorteile, beispielsweise Ehrungen oder Ehrenämter [7]. Eine Geringwertigkeits- oder Bagatelldgrenze regelt das Gesetz nicht [8]. Wo es aber wie bei geringfügigen oder allge-

mein üblichen Werbegeschenken oder bei kleinen Präsenten von Patienten an einer objektiven Eignung fehlt, konkrete heilberufliche Entscheidungen zu beeinflussen, ist von einer sozialadäquaten Zuwendung auszugehen, die den Tatbestand nicht erfüllt [9]. Nicht sozialadäquat sind dagegen beispielsweise Vorteile, deren Annahme den Eindruck erweckt, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird, und die damit bereits berufsrechtlich unzulässig sind [10]. Bei Geschenken von Patienten als Dank für eine erfolgreiche Behandlung handelt es sich um nachträgliche Zuwendungen, die ohnehin nicht vom Tatbestand erfasst sind [11]. Wer Kugelschreiber, kleine Taschenrechner, Notizblöcke, Kalender oder Vergleichbares von Pharmaunternehmen erhält, bekommt zwar nützliche Gegenstände. Vorteile im Sinne von § 299a StGB sind es jedoch nicht, weil Geschenke dieser Art sozial üblich sind.

Unrechtsvereinbarung

Das bloße Annehmen eines Vorteils erfüllt den Straftatbestand nicht. Zusätzlich muss eine sogenannte „Unrechtsvereinbarung“ verabredet worden sein. Es geht darum, dass zwischen dem Vorteil und der Gegenleistung, das heißt der unlauteren Bevorzugung im Wettbewerb – beispielsweise beim Verordnen von Arzneimitteln durch den Vertragsarzt oder bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial –, ein Gegenseitigkeitsverhältnis besteht. Gerade um den Vorteil zu erhalten, muss im Gegenzug beispielsweise ein bestimmtes Arzneimittel verordnet oder ein Patient an einen anderen Arzt überwiesen werden. Wer etwa als Orthopäde ein Entgelt dafür erhält, dass er Patienten einem Radiologen zuweist, erfüllt die Unrechtsvereinbarung.

Schwieriger zu beurteilen sind berufliche Kooperationen, wie zum Beispiel die vor- und nachstationäre Behandlung gemäß § 115a SGB V oder die integrierte Versorgung gemäß § 140a SGB V. Sie sind gesundheitspolitisch gewollt [12]. So ist es zulässig, im Rahmen solcher oder anderer berufs- beziehungsweise vertragsarztrechtlich gewünschter Kooperationen angemessene Entgelte für in diesem Rahmen erbrachte heilberufliche Leistungen zu fordern und zu erhalten [13]. Ohne Hinzutreten weiterer Umstände kann die Honorierung heilberuflicher Leistungen, die in Ausübung solcher Kooperationen gezahlt wird, nicht den Verdacht begründen, dass diese Verdienstmöglichkeit eine Gegenleistung für die Zuweisung von Patienten ist und eine Unrechtsvereinbarung vorliegt [14]. Der Gesetzgeber hat zwar erklärt, dass die berufliche Zusammenarbeit zwischen Leistungserbringern gesundheitspolitisch gewollt ist und im Interesse des Patienten liegt, wie beispielsweise bei Kooperationsvereinbarungen über die Durchführung von vor- oder nachstationären Behandlungen (§ 115 a SGB V), über die Durchführung ambulanter Behandlungen (§ 115b SGBV) etc. Liegen aber weitere Umstände nicht vor, kann die Honorierung heilberuflicher Leistungen im Rahmen zulässiger beruflicher Zusammenarbeit grundsätzlich nicht den Verdacht begründen, dass die eingeräumte Verdienstmöglichkeit als Gegenleistung für die Zuwendung des Patienten verabredet wurde und eine Unrechtsvereinbarung besteht.

Etwas anderes gilt, wenn festgestellt wird, dass das Entgelt nicht entsprechend dem Wert der erbrachten heilberuflichen Leistung nachvollziehbar festgelegt beziehungsweise gezahlt wurde [15]. Wenn beispielsweise ein Vertragsarzt mit einer Teilzulassung für eine 20-

stündige honorarärztliche Tätigkeit im Krankenhaus eine Vergütung vom Krankenhaus in einer Höhe erhält, die die eines in Vollzeit tätigen Leitenden Oberarztes des Krankenhauses sogar übersteigt und der Vertragsarzt ausschließlich die selbst eingewiesenen Patienten im Krankenhaus operiert, bestehen gewichtige Indizien, die für eine Unrechtsvereinbarung sprechen.

Auf die gelebte Wirklichkeit kommt es an

Ebenso wenig schützen rechtskonforme Kooperationsvereinbarungen, wenn das vertraglich Festgelegte nicht gelebt wird. Verfehlt wäre es zu glauben, nur weil etwa eine integrierte Versorgung gemäß § 140a SGB V vereinbart oder ein berufliches Zusammenwirken vertraglich geregelt ist, allumfassenden Schutz vor strafrechtlichen Ermittlungsmaßnahmen zu genießen. Wenn die Kooperation nur ein Feigenblatt für verdeckte Korruption ist, wird weder der Staatsanwalt von Ermittlungen noch das Strafgericht von der Verurteilung abgehalten. Es geht darum, Kooperationen nicht nur vertraglich zu manifestieren, sondern rechtskonform zu leben.

Unlautere Bevorzugung im Wettbewerb

Unter einer unlauteren Bevorzugung im Wettbewerb versteht man eine sachfremde Entscheidung zwischen mindestens zwei Bewerbern, das heißt der Wettbewerb ist Voraussetzung und setzt die Benachteiligung eines Konkurrenten voraus. An der Wettbewerbslage kann es fehlen, wenn ein Unternehmen eine Monopolstellung hat. Unlauter ist die Bevorzugung, wenn sie geeignet ist, Mitbewerber durch die Umgehung der Regelung des Wettbewerbs und durch Ausschaltung der Konkurrenz zu schädigen. An

der Unlauterkeit fehlt es insbesondere, wenn die Bevorzugung berufsrechtlich zulässig ist, sofern in diesen Fällen nicht ohnehin bereits der erforderliche Zusammenhang zwischen Vorteil und freiberuflicher Handlung zu verneinen ist und der Zuwendung damit keine Unrechtsvereinbarung zugrunde liegt.

Für den Beginn des Strafverfahrens ist kein Strafantrag nötig

Der Regierungsentwurf sah noch vor, dass Korruption im Gesundheitswesen auf Antrag verfolgt werden würde. Nur wenn ein besonderes öffentliches Interesse bestünde, wäre der Antrag nicht nötig ge-



wesen. Die in Kraft getretene Fassung macht die Strafverfolgung nicht mehr von einem Strafantrag abhängig. Wenn die Staatsanwaltschaft einen sogenannten Anfangsverdacht bejaht, ist sie verpflichtet, gemäß § 152 Absatz 2 Strafprozessordnung (StPO) die Ermittlungen aufzunehmen.

Mit dem Beginn des Ermittlungsverfahrens ist zwar noch kein Urteil gesprochen. Dennoch können damit beachtliche Eingriffe in Rechte des betroffenen Arztes einhergehen, wie zum Beispiel die Durchsuchung der Wohnung oder der Praxisräume und die Beschlagnahme von Unterlagen oder benötigter IT-Technik. Somit kann schon die bloße Strafverfolgung, ohne Strafurteil, für den Betroffenen zur Belastungsprobe werden. Im Er-

mittlungsverfahren werden Beweise gesammelt, das heißt, es kann auch sein, dass sich ein bestehender Verdacht nicht bestätigt. Das Ermittlungsverfahren führt im Ergebnis entweder zu einer Einstellung oder zur Anklage beim zuständigen Gericht.

Konsequenzen im Blick behalten

Kommt es zu strafrechtlichen Ermittlungen, sollte sich ein beschuldigter Arzt beziehungsweise Psychotherapeut anwaltlich vertreten lassen. Hierfür erforderlich ist nicht nur strafrechtliche, sondern auch medizinrechtliche Kompetenz. Keineswegs darf aus dem Blick geraten,

dass nach oder schon während der strafrechtlichen Ermittlungen berufs- und vertragsarztrechtliche Folgen drohen können. Beispielsweise kann eine strafrechtliche Verurteilung zum Widerruf der Approbation durch die Approbationsbehörde und zur Streichung aus dem Arztregister der Kassenärztlichen Vereinigung und schließlich zum Entziehen der Zulassung durch den Zulassungsausschuss führen. Deshalb ist das rechtzeitige Einbinden eines kompetenten Rechtsanwalts angezeigt und sorgfältig mit ihm abzuwägen, ob zum Beispiel eine Verfahrenseinstellung gemäß § 153a Strafprozessordnung (StPO) gegen Erfüllung von Auflagen sachgerecht ist oder dem betroffenen Arzt sogar ein Bärendienst erwiesen wird, denn auch nach einer Einstellung des Strafverfahrens gemäß § 153a

StPO kann es zu einem Approbationswiderufsverfahren kommen [16].

Ausblick

Nachdem das Gesetz in Kraft getreten ist, ist nach den Schätzungen der Bundesregierung keine große Flut von Ermittlungen zu erwarten. Die Regierung geht bundesweit von einer niedrigen dreistelligen Ermittlungszahl pro Jahr aus. Es ist jedoch allen kooperierenden Ärzten beziehungsweise Psychotherapeuten zur kritischen Prüfung ihrer Kooperationsverträge durch kompetente Rechtsanwälte zu raten, sofern Anhaltspunkte dafür bestehen, dass eine Überprüfung mit Blick auf das neue Gesetz angezeigt ist.

Wie eingangs dargelegt, ist die Unsicherheit darüber, was noch erlaubt ist und was bestraft wird, groß. Deshalb ist auch die KVB tätig: Um das Erlaubte vom Verbotenen abzugrenzen, erarbeitet sie unter Einbeziehung von Experten ein Papier, das verschiedenste Konstellationen darstellen und bewerten wird und damit Ärzten beziehungsweise Psychotherapeuten eine Orientierung geben will. Alle denkbaren Konstellationen zu erfassen, wird freilich nicht möglich sein.

Ronny Rudi Richter
(Rechtsabteilung der KVB)

[1] So Badle, Gaede, Kubiciel, Plassmann und Tsambikakis, 2. Medizinrechtsabend der Bucerius Law School am 31. Mai 2016 in Hamburg.

[2] BT-Drucks. 18/6446, S. 12.

[3] BT-Drucks. 18/6446, S. 12.

[4] BT-Drucks. 18/6446, S. 12 f.

[5] BT-Drucks. 18/6446, S. 13.

[6] BT-Drucks. 18/6446, S. 17.

[7] BT-Drucks. 18/6446, S. 17.

[8] BT-Drucks. 18/6446, S. 17.

[9] BT-Drucks. 18/6446, S. 17 f.

[10] BT-Drucks. 18/6446, S. 18.

[11] BT-Drucks. 18/6446, S. 18.

[12] BT-Drucks. 18/6446, S. 18.

[13] BT-Drucks. 18/6446, S. 18.

[14] BT-Drucks. 18/6446, S. 18.

[15] BT-Drucks. 18/6446, S. 18 f.

[16] Hesral/Reinhold/Steinhipler/von Strachwitz-Helmstatt, Disziplinarrecht, 2. Auflage, Rn 944.

Der Gesetzestext

§ 299a

Bestechlichkeit im Gesundheitswesen

Wer als Angehöriger eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er

1. bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten,
2. bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder
3. bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial

einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 299b

Bestechung im Gesundheitswesen

Wer einem Angehörigen eines Heilberufs im Sinne des § 299a im Zusammenhang mit dessen Berufsausübung einen Vorteil für diesen oder einen Dritten als Gegenleistung dafür anbietet, verspricht oder gewährt, dass er

1. bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten,
2. bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder
3. bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial

ihn oder einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 300

Besonders schwere Fälle der Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr und im Gesundheitswesen

In besonders schweren Fällen wird eine Tat nach den §§ 299, 299a und 299b mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn

1. die Tat sich auf einen Vorteil großen Ausmaßes bezieht oder
2. der Täter gewerbsmäßig handelt oder als Mitglied einer Bande, die sich zur fortgesetzten Begehung solcher Taten verbunden hat.

KORRUPTION BEDROHT UNABHÄNGIGE BEHANDLUNG

Dr. jur. Johannes Fechner arbeitet in Baden-Württemberg als Rechtsanwalt und ist seit 2013 Bundestagsabgeordneter für den Wahlkreis Emmendingen-Lahr. Der rechtspolitische Sprecher der SPD-Bundestagsfraktion hat das Gesetzesvorhaben zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen von Anfang an maßgeblich mitgestaltet. Im Interview mit KVB FORUM geht er unter anderem auf die Intention des Gesetzes ein, das Vertrauen der Patienten in eine unabhängige Behandlung zu stärken.

Herr Fechner, Anfang Juni trat nach langer öffentlicher Diskussion das „Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen“ – kurz: Antikorruptionsgesetz – in Kraft. Sie haben als Berichterstatter das Gesetzesvorhaben von Anfang an begleitet. Gilt auch hier der Satz von Peter Struck, dass kein Gesetz den Bundestag so verlässt, wie es hineinkommt?

Wir haben dieses wichtige Gesetz intensiv diskutiert und an einigen Stellen auch im Gesetzgebungsverfahren verändert. Zum Beispiel war uns als SPD wichtig, dass wünschenswerte und sinnvolle Kooperationen, etwa zwischen Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern, weiterhin möglich sind und keinesfalls bestraft werden.

Welche grundsätzliche Intention hatte die Koalition, besondere Korruptionstatbestände für das Gesundheitswesen gesetzlich neu zu regeln? Gab es singuläre Gründe?

Korruption im Gesundheitswesen beeinträchtigt das Vertrauen der Patienten in die Integrität heilberuflicher Entscheidungen. Sie führt zu Verteuerungen medizinischer

Leistungen und beeinträchtigt den Wettbewerb. Der Bundesgerichtshof befand nun 2012, dass das geltende Recht nicht alle strafwürdigen Formen unzulässiger Einflussnahme im Gesundheitswesen erfasst. Wir mussten deshalb die gesetzlichen Voraussetzungen dafür schaffen, dass schwarze Schafe im Gesundheitswesen bestraft werden



können. Nur so erhalten wir das Vertrauen der Patienten in eine unabhängige Behandlung, die nur am Patientenwohl ausgerichtet ist.

Das Berufsrecht – ebenso wie das Vertragsarztrecht – enthielt bislang schon umfangreiche und detaillierte Regelungen zur Wahr-

nehmung der Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung. Warum hat Ihrer Meinung nach die bisherige rechtliche Situation nicht ausgereicht?

Das Berufsrecht bietet nicht die Sanktionsmöglichkeiten des Strafrechts. Korruption im Gesundheitswesen muss deshalb zusätzlich mit den Mitteln des Strafrechts bekämpft werden.

Zuletzt wurde der Verstoß gegen das Berufsrecht als Tatbestandsmerkmal aus dem Strafgesetz gestrichen. Was waren die Gründe hierfür?

Da sich der Anwendungsbereich der sogenannten Berufsrechtsalternative in den Beratungen als gering erwiesen und verfassungsrechtliche Bedenken überwogen hatten, haben wir uns für eine Streichung entschieden. Wir haben jedoch gewährleistet, dass die wenigen Anwendungsfälle von Korruption im Gesundheitswesen außerhalb des Wettbewerbs von der ersten Tatbestandsalternative erfasst werden.

Es fällt auf, dass die Gesetzesbegründung mit dem jetzt geltenden Gesetz zum Teil nicht

Johannes Fechner, MdB, ist für die SPD-Bundestagsfraktion unter anderem Obmann im Ausschuss für „Recht und Verbraucherschutz“.

übereinstimmt, sich vielmehr noch auf die Entwurfsfassung bezieht. Ist das nur ein redaktionelles Versehen?

Es liegt kein Versehen vor, vielmehr sind die im Ausschussverfahren erfolgten Änderungen in der Bundestagsdrucksache „Beschlussempfehlung und Bericht des Rechtsausschusses“ – BT-Drs. 18/8106 – ausführlich erläutert.

Oft ist im Zusammenhang mit Korruption im Gesundheitswesen von einigen wenigen „schwarzen Schafen“ die Rede. Von welcher wirtschaftlichen Dimension gehen Sie aus? Besteht durch das Gesetz nicht die Gefahr der „Kriminalisierung“ eines ganzen Berufsstandes?

Nach Schätzung des Brüsseler Netzwerks gegen Korruption im Gesundheitswesen entsteht in Deutschland ein jährlicher Schaden durch Korruption in Höhe von 13 Milliarden Euro. Die Gefahr der Kriminalisierung eines ganzen Berufsstandes besteht natürlich nicht. Es geht darum, die schwarzen Schafe in den Heilberufen bestrafen zu können, damit das Vertrauen der Patienten in die unabhängige, allein fachlichen Kriterien folgende Behandlung durch die ganz überwiegend ehrlichen Ärzte nicht erschüttert wird.

Verstehen Sie Ärzte, die jetzt darüber verunsichert sind, ob ihre – teils seit Jahren transparent gelebten – Kooperationen mit anderen Kollegen oder auch anderen Partnern im Gesundheitswesen nach den neuen Vorgaben noch statthaft sind?

Zu dieser Sorge besteht wirklich kein Grund, weil wir genau diese gesundheitspolitisch sinnvollen und wünschenswerten Kooperationen nicht unter Strafe gestellt haben.



In der Gesetzesbegründung haben wir dies explizit und ausführlich klargestellt.

Wie konnten die vom Gesetz Betroffenen und ihre Verbände und Organisationen ihren Sachverstand im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens miteinbringen?

Für die SPD war der enge Austausch mit den Verbänden der betroffenen Berufe sehr wichtig. Deshalb haben wir uns in sehr vielen Gesprächen zu dem Gesetzentwurf ausgetauscht. Die Berufsverbände konnten sich zudem als Vertreter in der Sachverständigenanhörung und in Gesprächen mit dem Bundesjustizministerium einbringen.

Obwohl der Regierungsentwurf neben den Ärzten auch den Apothekern eine Schlüsselstellung im Gesundheitssystem zuweist, hat sich das Strafbarkeitsrisiko

für Apotheker mit der nun Gesetz gewordenen Fassung erheblich reduziert. Was waren die Gründe hierfür?

Bei den Apothekern hätte die Gefahr bestanden, dass bereits die Annahme von Rabatten des Herstellers als berufsrechtswidrig und somit als strafrechtlich relevant eingestuft worden wäre – selbst dann, wenn dies im Einklang mit gesetzlichen Vorschriften wie dem Arzneimittel- oder Apothekengesetz gestanden hätte. Bis auf diese Aufnahme stellt das Gesetz auch korruptives Verhalten von Apothekern unter Strafe, sodass keine strafrechtliche Privilegierung von Apothekern vorliegt.

Herr Fechner, vielen Dank für das Gespräch!

*Interview Martin Degenhardt,
Markus Kreikle (beide KVB)*

„DAS GESETZ IST EIN WICHTIGER UND RICHTIGER SCHRITT“

In seinem Gastbeitrag legt der Bayerische Justizminister, Prof. Dr. jur. Winfried Bausback, MdL, dar, warum er das sogenannte Antikorruptionsgesetz für notwendig hält, um die übergroße Mehrheit der rechtschaffenen Akteure auf dem Gesundheitsmarkt vor den wenigen „schwarzen Schafen“ zu schützen. Außerdem erläutert er, welche Rolle dabei im Freistaat zukünftig flächendeckende Schwerpunktstaatsanwaltschaften spielen werden.

Nach langem Ringen ist das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen am 4. Juni 2016 in Kraft getreten. Es mag vielleicht nicht überall auf Zustimmung stoßen, aber ich sage klar: Das Gesetz ist ein

wird der Besuch von Kongressen und Fortbildungen auch weiterhin nicht den Staatsanwalt auf den Plan rufen. Sanktioniert werden lediglich Auswüchse besonders sozialschädlichen Verhaltens. Das Gesetz zielt allein auf die einzelnen schwarzen Schafe im Gesundheitswesen, die sich bei ihren medizinischen Entscheidungen nicht vom Wohl der Patienten, sondern von unzulässigen Gegenleistungen leiten lassen.

Aufgabe der Strafverfolgungsbehörden ist es, diesen Auftrag des Gesetzes mit Leben zu füllen. Das bedeutet: Ermittlungen im Gesundheitswesen müssen mit Augenmaß und Ziel geführt werden, wo nötig freilich auch mit Konsequenz und Entschlossenheit. Deshalb halte ich es für sinnvoll, flächendeckend Schwerpunktstaatsanwaltschaften zu bilden, die mit den Besonderheiten und Gepflogenheiten des Gesundheitswesens vertraut sind. Bayern hat hier die Weichen bereits frühzeitig gestellt: Schon vor etwa zwei Jahren habe ich bei den Staatsanwaltschaften München I, Nürnberg-Fürth und Hof drei Schwerpunktstaatsanwaltschaften eingerichtet, die für Korruptions- und Vermögensdelikte von Angehörigen der akademischen Heilberufe im Zusammenhang mit ihrer Berufsausübung

zuständig sind. Die dort tätigen Staatsanwälte haben das spezifische Fachwissen, sei es beim kasernenärztlichen Abrechnungssystem oder im Sozialrecht, und die nötige Erfahrung, um einerseits Korruption im Gesundheitswesen effektiv verfolgen und andererseits Formen zulässiger Kooperation von strafbarem Verhalten zuverlässig abgrenzen zu können. Unsere bisherigen Erfahrungen mit den Schwerpunktstaatsanwaltschaften sind gut. Deshalb habe ich auch entschieden, deren Zuständigkeit auf die nichtakademischen Heilberufe auszuweiten. Das werden wir voraussichtlich zum Ende des Jahres umsetzen.

Ich meine, diese Spezialisierung, aber auch die neuen strafrechtlichen Regelungen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen liegen im wohlverstandenen Interesse aller – der Patienten, der Gesundheitsversorgung und gerade auch der übergroßen Mehrheit der rechtschaffenen Akteure auf dem Gesundheitsmarkt. Wir können nicht hinnehmen, dass eine kleine Zahl von schwarzen Schafen den ganzen ärztlichen Berufsstand und andere Heilberufe in Misskredit bringt!

Prof. Dr. Winfried Bausback



Winfried Bausback ist seit 2013 Bayerischer Staatsminister für Justiz und hat das Gesetzgebungsverfahren auch als Mitglied des Rechtsausschusses des Bundesrates intensiv begleitet.

wichtiger und richtiger Schritt. Auch ich habe mich dafür eingesetzt, dass Vorschriften zur Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen in das Strafgesetzbuch kommen. Denn: Der Staat hat eine Verantwortung für das Funktionieren des Gesundheitswesens und den Schutz seiner Bürger. Jeder Patient muss darauf vertrauen können, dass bei der Behandlung allein sein Wohl im Vordergrund steht. Die Sorge, das Gesetz stelle die Ärzteschaft und andere Heilberufe unter eine Art Generalverdacht, ist unbegründet. Was bisher als berufliche Kooperation erlaubt war, bleibt auch weiterhin erlaubt. Ebenso

HOHE WERTSCHÄTZUNG FÜR ÄRZTE UND PSYCHOTHERAPEUTEN

Wartezeiten, Kompetenz, Vertrauen – auch die diesjährige Patientenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beweist einmal mehr, dass Versicherte mit der Arbeit ihrer Ärzte sehr zufrieden sind. Das Ergebnis der von der Forschungsgruppe Wahlen durchgeführten Umfrage zeigt, dass niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten eine konstant hohe Wertschätzung ihrer Patienten genießen.

Entsprechend erfreut äußerte sich der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. med. Andreas Gassen, Ende August in Berlin: „Die Ergebnisse bezeugen das hervorragende Vertrauensverhältnis der Patienten zu ihren niedergelassenen Ärzten und zeigen erneut, wie zufrieden die Bürger insgesamt mit der ambulanten Versorgung sind.“

Seit mittlerweile zehn Jahren führt die Forschungsgruppe Wahlen im Auftrag der KBV repräsentative Versichertenbefragungen durch. Dieses Jahr wurden bundesweit insgesamt 6.113 zufällig ausgewählte Personen befragt. Demnach haben 91 Prozent der Befragten ein „gutes“ bis „sehr gutes“ Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt. Ebenso hoch fällt die Beurteilung der Fachkompetenz (93 Prozent), der Freundlichkeit (96 Prozent) und der Verständlichkeit der Erklärungen (92 Prozent) aus. „Gerne zeichnen Teile der Politik das Bild, dass die ambulante Versorgung im Argen liege und alles schlecht sei. Gegen diesen Populismus setzen wir Fakten: Die repräsentative Umfrage zeigt seit nunmehr einem Jahrzehnt sehr hohe Zufriedenheitswerte“, so der KBV-Chef.

Besonders interessant, da in den Medien immer wieder aufgegriffen,

ist das Thema Wartezeiten: Laut der aktuellen Umfrage wird das Warten auf einen Termin beim Arzt von der Mehrheit der Patienten – wie bereits in den Vorjahren – nicht als großes Problem empfunden. Nur einer von zehn Befragten beurteilt die Wartezeit auf einen Termin als zu lang. Für 41 Prozent hat es nicht zu lange gedauert und für 47 Prozent stellt sich diese Frage überhaupt nicht, da sie keine Wartezeiten hatten: Sie wurden entweder sofort angenommen (31 Prozent), kamen ohne Voranmeldung (14 Prozent) oder besuchten eine Praxis, die keine Termine vergibt (2 Prozent).

Erst Hausarzt ansteuern

Ein weiteres Thema der Befragung war die Versorgungssteuerung: Mehr als die Hälfte der Befragten (54 Prozent) fände es grundsätzlich sinnvoll, vor dem Facharzt immer erst einen Hausarzt anzusteuern. 65 Prozent der gesetzlich versicherten Befragten wären dazu bereit, wenn dies spürbar den Beitrag zur Krankenversicherung senken würde. „Die Patienten wünschen sich einen zentralen, wohnortnahen Ansprechpartner. Die Ergebnisse untermauern unsere im KBV-Programm 2020 vorgeschlagene Lotsenfunktion eines niedergelassenen Arztes, der in den meis-

ten Fällen der Hausarzt sein wird“, erklärte Dipl.-Med. Regina Feldmann, stellvertretende KBV-Vorstandsvorsitzende.

In einer zweiten Studie ging die KBV in qualitativen Fokusgruppen durch das Beratungsunternehmen „Patientenprojekte“ noch weiter in die Tiefe. Hier zeigte sich, dass viele der Teilnehmenden ohnehin ihren Hausarzt als erste Anlaufstation aufsuchen. Chronisch Kranke wünschen sich allerdings einen direkten Zugang zu Fachärzten. „Die freie Arztwahl muss gewährleistet bleiben. Sie ist deshalb auch Bestandteil des Konzeptes KBV 2020“, so Regina Feldmann.

116 117

Ein deutliches Signal für die KBV ist auch das Ergebnis, dass der ärztliche Bereitschaftsdienst offenbar noch zu wenig bekannt ist. Lediglich knapp die Hälfte der Interviewten hatte schon einmal davon gehört. Nur wenige kannten die bundesweit einheitliche Rufnummer 116 117. „Viele nutzen daher die Notfallambulanz, auch wenn kein echter Notfall vorliegt. Hier müssen wir noch besser aufklären“, betonte Gassen.

Redaktion

INNOVATIONSFONDS – NEUE VERSORGUNGSFORMEN FÖRDERN

Der Innovationsfonds ist spätestens seit Jahresbeginn in aller Munde. Die KVB hat sich bereits an entsprechenden Projekten beteiligt. Auf die bisherigen Förderbekanntmachungen werden in den folgenden Jahren weitere Ausschreibungen folgen. Auch hier wird sich die KVB aktiv in innovative Vorhaben mit einbringen und ihre Mitglieder unterstützen. Doch was steckt hinter dem Innovationsfonds und wie kann eine finanzielle Förderung durch den Innovationsfonds beantragt werden? Hier ein kurzer Überblick.

Mit Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes im Juli 2015 wurde mit dem Innovationsfonds eine Möglichkeit geschaffen, neue innovative Versorgungsformen zu etablieren und die Versorgungsforschung weiter voranzubringen. Der Innovationsfonds stellt von 2016 bis 2019 jährlich insgesamt 300 Millionen Euro zur Verfügung, davon 225 Millionen Euro für neue Versorgungsformen und 75 Millionen Euro für Projekte aus dem Bereich Versorgungsforschung.

Neue Versorgungsformen – was wird gefördert?

Der Gesetzgeber hat festgelegt, neue Versorgungsformen durch den Innovationsfonds zu fördern, die:

- über die bisherige Regelversorgung hinausgehen,
- eine Verbesserung der sektorübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und
- ein hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden.

Einer der Kernpunkte der Projekte und Voraussetzung für eine Förderung ist die wissenschaftliche Be-



gleitung und Evaluation des Vorhabens. Diese soll darauf abzielen, eine dauerhafte Übernahme der Maßnahmen in die Regelversorgung zu beurteilen. Der Gesetzgeber sieht außerdem vor, dass bei Anträgen in der Regel eine Krankenkasse zu beteiligen ist. Gefördert werden ausschließlich Kosten, die nicht bereits in der Regelversorgung abgebildet sind. Darüber hinaus können projektbezogene Investitions- und Entwicklungskosten geltend gemacht werden. Reine Produktinno-

vationen werden durch den Innovationsfonds nicht gefördert. Zudem sind Förderkriterien für Innovationsfondsvorhaben im Gesetz festgelegt worden. Gefördert werden Projekte, die beispielsweise folgende Kriterien aufweisen:

- Verbesserung der Versorgungsqualität und -effizienz
- Behebung von Versorgungsdefiziten
- Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen

verschiedenen Versorgungsbereichen/-einrichtungen oder Berufsgruppen beziehungsweise

- interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle.

Versorgungsforschung – was wird gefördert?

Schwerpunkte im Bereich der Versorgungsforschung bilden Projekte,

- die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung ausgerichtet sind,
- Evaluationen von Verträgen nach Paragraph 73 c oder 140 a SGB V und
- Evaluationen von Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).

Förderungen aus dem Bereich Versorgungsforschung richten sich insbesondere an universitäre und nichtuniversitäre Forschungseinrichtungen. Für die Versorgungsforschung wurden im Gesetz ebenfalls Förderkriterien festgelegt. Diese umfassen beispielsweise die Relevanz der Projekte für die Versorgungsqualität und -effizienz sowie die Behebung von Versorgungsdefiziten in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Innovationsausschuss – wer entscheidet?

Die Gelder aus dem Topf des Innovationsfonds werden im Rahmen eines Antragsverfahrens vergeben. Die Entscheidung über die Anträge trifft der Innovationsausschuss, dieser ist direkt beim G-BA angesiedelt. Er besteht aus insgesamt zehn Vertretern der Politik und Selbstverwaltung. Der Innovationsausschuss berät über die eingegangenen Anträge und entscheidet über deren Förderfähigkeit. Für eine Förderung ist eine Mehrheit von mindestens sieben Stimmen erforder-

lich. Unterstützt wird der Innovationsausschuss durch den Expertenbeirat, der sich aus insgesamt zehn Personen aus Wissenschaft und Versorgungspraxis zusammensetzt.

Wie erfolgt die Vergabe der Fördermittel?

Die Vergabe der Fördermittel erfolgt jeweils über themenbezogene Förderbekanntmachungen. Diese werden durch den Innovationsausschuss festgelegt und auf der Internetseite des Innovationsausschusses sowie im Bundesanzeiger veröffentlicht. Ab dem Zeitpunkt der Veröffentlichung der Förderungsschwerpunkte können innerhalb einer festgelegten Frist Anträge eingereicht werden.

Für das Jahr 2016 wurden bereits drei Ausschreibungstermine veröffentlicht. Diese sind in einen themenspezifischen und einen themenoffenen Bereich unterteilt. Unter den themenspezifischen Schwerpunkten der neuen Versorgungsformen finden sich beispielsweise folgende Themenfelder:

- Modellprojekte zur Arzneimitteltherapie sowie Arzneimitteltherapiesicherheit
- Versorgungsmodelle in strukturschwachen oder ländlichen Gebieten
- Versorgungsmodelle unter Nutzung von Telemedizin, Telematik und E-Health
- Auf- und Ausbau der geriatrischen Grundversorgung

Die KVB hat sich an Projekten in allen drei bisher veröffentlichten Ausschreibungen für den Innovationsfonds beteiligt. Die eingereichten Anträge werden derzeit durch den Innovationsausschuss geprüft und bewertet. Die ersten Förderbescheide werden also mit Spannung erwartet. Weitere ausführliche Informationen rund um den Innovationsfonds finden Sie auf der Internetseite des Innovationsausschusses unter www.innovationsfonds.g-ba.de.

Tanja Kreiser (KVB)

Partner mit Projektideen gesucht

Die KVB beteiligt sich an Ausschreibungen und unterstützt potenzielle Antragssteller. Auch zukünftig möchte sie sich an Projektanträgen zum Innovationsfonds beteiligen. Aus diesem Grund sucht sie Partner mit Projektideen.

Unterstützungsleistungen der KVB:

- Einschätzung von Ideen unter Gesichtspunkten des Innovationsfonds
- Formulierung der Projektidee
- Unterstützung bei der Auswahl geeigneter Projektpartner
- Einreichung von Förderanträgen

Wenn Sie eine innovative Idee haben oder einen Partner für ein Innovationsvorhaben suchen, können Sie sich gerne an uns wenden. Bitte nutzen Sie hierfür das Formular auf unserer Internetseite unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Partner/Innovationsfonds*.

FACHWELT UND SELBSTHILFE – GEMEINSAM GEWINNEN ALLE!

Seit mehr als 30 Jahren unterstützt das Selbsthilfezentrum München (SHZ) Selbsthilfegruppen und selbstorganisierte Initiativen in München. Darüber hinaus informiert es Interessierte über die Themen Selbsthilfe und Selbstorganisation. Das SHZ kooperiert dabei in vielfältiger Weise mit professionellen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, um den Selbsthilfgedanken zu fördern und Kooperationen anzuregen. Mirjam Unverdorben-Beil und Stephanie Striebel stellen die Arbeit des SHZ München vor.

Mirjam Unverdorben-Beil (links) und Stephanie Striebel, sind beim SHZ München im Ressort Gesundheitsselfhilfe für das Thema Kooperation und Vernetzung zuständig.

Allein in München engagieren sich in rund 1.300 Selbsthilfegruppen bis zu 20.000 Menschen. Die Themenpalette umfasst Gesundheit, Behinderung, Alter, Familie, Migration oder Arbeitslosigkeit. Etwa zwei Drittel der Selbsthilfegruppen sind im Gesundheitsbereich aktiv. Das Spektrum reicht von körperlichen Erkrankungen wie Diabetes, Krebs oder seltenen Erkrankungen bis zu psychosozialen Problemen wie Depression oder Sucht. Betroffene und Angehörige finden in den Gruppen Erfahrungsaustausch, Verständnis durch Gleichgesinnte, ein soziales Netz und praktische Hilfe.

Das Selbsthilfezentrum München

Das SHZ ist die zentrale Anlaufstelle für die Selbsthilfe in München. Menschen, die eine Gruppe suchen oder gründen möchten, werden vom Fachpersonal des SHZ beraten und unterstützt, das Gleiche gilt für die Gruppen selbst. Den Engagierten in der Selbsthilfe stehen Räume und ein breites Qualifizierungsprogramm kostenfrei zur Verfügung. Für Menschen mit chronischen Erkrankungen gibt es den INSEA-Selbstmanagementkurs „Gesund und aktiv leben“, der Wege in



die Selbsthilfe eröffnen kann. Das SHZ koordiniert die finanzielle Förderung der Selbsthilfegruppen durch die gesetzlichen Krankenkassen am Runden Tisch Region München. Durch Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit wird der Selbsthilfgedanke in Politik und Gesellschaft verbreitet. Das SHZ ist Kooperationspartner für Fachkollegen verschiedenster Einrichtungen und Organisationen im Gesundheits- und Sozialbereich und wirkt in Facharbeitskreisen und politischen Gremien mit.

Kooperationen der Selbsthilfe und der Fachwelt

Im Gesundheitsbereich arbeitet das SHZ mit zahlreichen Partnern –

Ärzten, Apothekern, Verbänden, Kliniken sowie medizinischen Ausbildungsinstituten – zusammen, um über den Wert und die Wirkung der Selbsthilfe zu informieren. Medizinischen Fachkräften bietet das SHZ persönliche Beratung und Schulung an, informiert mit Vorträgen oder Infoständen bei Tagungen und steht für gemeinsame Veranstaltungen – auch mit Beteiligung von Selbsthilfegruppen – bereit. Inhalte sind die Funktion der Selbsthilfe, die erfolgreiche Gestaltung von Kooperationen sowie die Vorteile der Kooperationen für das Gesundheitswesen.

Bei vom SHZ organisierten Ideenwerkstätten oder Austauschtreffen kommen Selbsthilfe und Profis

in Kontakt und können gemeinsame Projekte entwickeln. Wenn gewünscht, werden bestehende Kooperationen bedarfsorientiert durch Mitarbeiter des SHZ betreut.

Ziele der Kooperationen und gegenseitiger Nutzen

Mit den Kooperationen möchte das SHZ die Selbsthilfe bekannter machen, ihre Akzeptanz als ergänzende Unterstützung in der Gesundheitsversorgung erhöhen und eine für alle Beteiligten gewinnbringende Zusammenarbeit fördern. Wenn sich Profis darauf einlassen, den Erfahrungsschatz der Betroffenen ernst zu nehmen und in die Behandlung miteinzubeziehen, profitieren alle davon.

Beide Seiten – die Selbsthilfe und das professionelle Gesundheitssystem – können voneinander lernen. Das erlebte Know-How der Betroffenen und die Expertise von Ärzten und Therapeuten ergänzen sich zu einem ganzheitlichen Wissen, das zur Verbesserung der Versorgung beiträgt. Medizinisch Tätige können bei der Betreuung der Patienten entlastet werden, wenn sie die Angebote der Selbsthilfe mitberücksichtigen und an sie verweisen. Denn in den Selbsthilfegruppen finden Erkrankte die Hilfestellungen, die im knappen Versorgungsalltag kaum geleistet werden können, sei es beim Verkraften der Diagnose, oder bei krankheitsbedingten lebenspraktischen beziehungsweise sozialen Problemen sowie bei der Unterstützung zum Durchhalten der Therapie.

Bestehende Lücken zwischen Angeboten der medizinischen Versorgung und Bedürfnissen der Patienten kann die Selbsthilfe auffangen oder mildern. Die Zusammenarbeit zwischen Profis und Selbsthilfe trägt dazu bei, bestehende Vorurteile und Vorbehalte zu beseitigen, um im

Dialog Lösungen für vorhandene Probleme zu finden, neue Ideen zu entwickeln und Innovationen umzusetzen.

Patientenorientierung und -beteiligung

All dies trägt zu mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen bei. Das SHZ vertritt Patienteninteressen in Gremien, insbesondere als Vorstand im Gesundheitsbeirat der Landeshauptstadt München und ist in Arbeitskreisen mit Ärzte-/Apothekerverbänden und Krankenkassen aktiv. Unter Einbeziehung der Betroffenenkompetenz der in der Selbsthilfe Engagierten realisiert das SHZ Projekte und Veranstaltungen. Es wirkt im Patientennetzwerk Bayern mit, das die Patientenbeteiligung nach Paragraph 140f SGB V organisiert, und nimmt als Patientenvertretung am Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Bayern teil.

Kooperation mit dem SHZ und der Selbsthilfe

Wenn Sie sich als niedergelassener Arzt oder Psychotherapeut für eine Zusammenarbeit mit dem SHZ oder der Selbsthilfe interessieren, nehmen Sie gerne Kontakt mit uns auf. In einem unverbindlichen Informationsgespräch können Schnittstellen aufgezeigt und Möglichkeiten für gemeinsame Aktivitäten ausgetestet werden.

Bei Interesse vermittelt das SHZ Kontakte zu Selbsthilfegruppen und begleitet Sie im Rahmen neuer oder laufender Kooperationen. Unsere Aktivitäten reichen hier vom Auslegen von Flyern in der Arztpraxis, über die Beteiligung von Profis an einer Gruppensitzung sowie die Planung gemeinsamer Veranstaltungen bis hin zur Einbeziehung der Selbsthilfe bei Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Um-



setzung einer stärkeren Patientenorientierung.

Weitere Informationen finden Sie unter www.shz-muenchen.de.

*Mirjam Unverdorben-Beil,
Stephanie Striebel (beide SHZ)*

Hier erreichen Sie uns

Selbsthilfezentrum München
Westendstraße 68
80339 München

Vernetzung und Kooperation
Mirjam Unverdorben-Beil
Telefon
0 89 / 53 29 56 – 17
E-Mail
mirjam.unverdorben-beil@shz-muenchen.de

Stephanie Striebel
Telefon
0 89 / 53 29 56 – 20
E-Mail
stephanie.striebel@shz-muenchen.de

POST-POLIO-SYNDROM

Anlässlich des fünften Bayerischen Poliotags fand am 3. September in der KVB in München eine Selbsthilfeveranstaltung für Post-Polio-Betroffene, deren Angehörige und interessierte Ärzte sowie Psychotherapeuten statt. Bereits im Vorfeld hatte das Team der Patientenorientierung der KVB in Kooperation mit dem BV Polio e. V. Landesverband Bayern und der Polio Regionalgruppe 85 München organisatorisch ganze Arbeit geleistet, galt es doch, den Bedürfnissen von 60 Rollstuhlfahrern und deren körperlichen Einschränkungen gerecht zu werden.

Zwar ist der Zugang zur Konferenztagung im fünften Stock der KVB barrierefrei, trotzdem mussten für die körperlich teils schwerbehinderten Teilnehmer einige sonst übliche Veranstaltungsabläufe angepasst werden. Dass dies alles reibungslos funktioniert, ist dem KVB-Team Patientenorientierung und dem des Konferenzmanagements zu verdanken, die sich der besonderen Herausforderung dieses Tages gerne gestellt haben und mit einer erfolgreichen Veranstaltung – insgesamt waren 195 Teilnehmer der Einladung gefolgt – belohnt wurden.

lich übermittelten Grußworte von Schirmherr Hermann Imhoff, MdL, aufmerksam, der die dramatischen Hintergründe der Post-Polio auf den Punkt brachte: „Die Herausforderungen, die sich durch die Spätfolgen einer Kinderlähmung, dem sogenannten Post-Polio-Syndrom, ergeben, sind für Patienten, ihre Angehörigen und ihr weiteres Umfeld sehr komplex. Bei Betroffenen können auch Jahrzehnte nach überstandener Krankheit neue Lähmungen und Schmerzen auftreten. Der fünfte Bayerische Poliotag ermöglicht es Betroffenen, Angehörigen, Ärzten und Therapeuten, sich über Charakteristika dieses Syndroms sowie über den Umgang mit den Folgen auszutauschen. Als Patienten- und Pflegebeauftragter der Bayerischen Staatsregierung halte ich es für wichtig, dass Betroffene hier selbst zu Wort kommen.“

Herausforderungen des Post-Polio-Syndroms

Anschließend übergab Ostner das Wort an Dr. med. Peter Brauer, wissenschaftliches Mitglied im Ärztlichen Beirat der Polio-Selbsthilfe e. V., Hamburg. Brauer, selbst an Post-Polio erkrankt, widmete seinen Vortrag den besonderen Herausforderungen dieses Syndroms, gab jedoch zuvor einen kurzen medizinischen Abriss des Krankheits-

bildes. So hinterlasse jede Kinderlähmungsinfektion bleibende Schäden in Gehirn und Rückenmark, deren Folgen äußerlich nicht immer sichtbar seien, weil bis zu 50 Prozent des Nervenzellverlustes durch die verbleibenden Nervenzellen ausgeglichen würden. „Die noch vorhandenen Nervenzellen und Muskeln erbringen teilweise das bis zu Zehnfache an Leistung.“ Nach durchschnittlich 35 Jahren erkranken etwa 80 Prozent aller Fälle mit Lähmungsfolgen am Post-Polio-Syndrom, einer eigenständigen schwerwiegenden chronischen Erkrankung. Sie ist das Resultat eines fortschreitenden Untergangs vorgeschädigter und gesunder Nervenzellen infolge chronischer Überlastung. Da es sich um einen Strukturschaden im Nervensystem handelt, ist die Erkrankung nicht heilbar. Die Symptome sind unter anderem neuerliche Schwächen und Lähmungen des Nerv-Muskel-Systems, ungewohnte schwere Erschöpfungszustände, Atemregulationsstörungen, Herz-Kreislauf-Regulationsstörungen, Muskel- und/oder Gelenkschmerzen etc. „Das bedeutet für die Betroffenen eine zunehmende Funktionseinbuße mit weitreichendem Leistungsverlust und einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität,“ so der Mediziner. Als schwierige Herausforderungen nannte er die Versor-



Mit 195 Teilnehmern, darunter 60 Rollstuhlfahrern, war der Große Saal der KVB-Konferenztagung voll besetzt.

Nach der Begrüßung durch den Leiter der Patientenorientierung Michael Stahn übernahm Ulrike Ostner vom Bayerischen Rundfunk in gewohnt routinierter Manier die Moderation der von 10 bis 15 Uhr angesetzten Veranstaltung. Gleich zu Anfang machte sie auf die schrift-



gung der Patienten mit Heil- und Hilfsmitteln, die oft unzureichend sei, sowie eine Anerkennung nach dem Schwerbehindertengesetz. Auch die Verfahren zu Berufsunfähigkeit und Rentenbegehren müssten beschleunigt und verbessert werden. „Eine rechtzeitige Entlastung befördert ein selbstbestimmtes Leben sowie eine gesellschaftliche Teilhabe und zögert eine unabwendbare Pflegebedürftigkeit hinaus.“ Die größte Kritik richtete Brauer gegen ungeeignete Behandlungsmaßnahmen, die zum Teil schwerwiegende Verschlechterungen der Erkrankung mit sich brächten. „Ein wesentliches Therapieziel muss immer eine weitgehende Zustandserhaltung unter Verlangsamung des Fortschreitens des Post-Polio-Syndroms sein,“ so der Appell des Hamburger Arztes.

Psychologische Aspekte

Brauer stand den Anwesenden nach seinem Vortrag für weitergehende Fragen zur Verfügung. Nach der Mittagspause übernahm dann Carola Hiedl, Diplom-Psychologin und Psychotherapeutin aus Kassel zum Thema „Psychologische Aspekte des Post-Polio-Syndroms“ das Wort. Auch sie ist selbst betroffen und mittlerweile auf den Rollstuhl angewiesen. Hiedl beschrieb zunächst die Entwicklungsstufen eines „Polio-Lebens“: von der Phase des gesunden Lebens, über die Erkrankung durch die Infektion mit dem Polio-

Virus, bis hin zum Auftreten des Post-Polio-Syndroms, dem Leben als Behinderter und der Phase des Altseins und Abschiednehmens. Natürlich, so die Psychologin, müsse die Diagnose immer als Trauma begriffen werden, das viele Betroffene in eine innere Starre, Panik und Isolation, andere dagegen in Hyperaktivität verfallen lasse. Patienten müssten daher rechtzeitig psychologisch und psychotherapeutisch begleitet werden, damit sie auch mit ihren krankheitsbedingten körperlichen Einschränkungen ihre „klassischen“ Lebensaufgaben (Berufsausübung, Partnerschaft, Kindererziehung, Entwicklung des seelischen Selbstbildes, wenn sich der Körper verändert) bewältigen könnten. Als heilsame Maßnahmen empfahl Hiedl, offen über Schwierigkeiten, Ängste, Hoffnungen und Sehnsüchte zu reden, in Einzelfällen eine gezielte Traumatherapie in Anspruch zu nehmen und die eigene Erlebnisintensität zu schulen, um sich auch an den kleinen Dingen des Lebens erfreuen zu können.

Hilfsmittel

Den dritten Vortrag der Veranstaltung bestritt Dagmar Eikenkötter, Hilfsmittelexpertin im Integrationszentrum für Cerebralpareesen in München. Die Physio- und Bobaththerapeutin informierte unter anderem über die rechtlichen Grundlagen der Hilfsmittelversorgung und zeigte Alternativen auf, mit

denen eine Behinderung ausgeglichen beziehungsweise einer drohenden Behinderung vorgebeugt werden kann. Eikenkötter stellte auch die Zuständigkeit der verschiedenen Kostenträger vor, erinnerte an das Wirtschaftlichkeitsgebot der Versorgung und an die Verordnungsgrundsätze im Rahmen der Hilfsmittelrichtlinie und widmete sich am Schluss den grundsätzlichen Problemen des Versorgungsprozesses: So würden die Bedürfnisse der Betroffenen oft nicht genügend berücksichtigt, der Medizinische Dienst der Krankenkassen entscheide meist nach Aktenlage, den Betroffenen würden ungeeignete Hilfsmittel zur Verfügung gestellt, grundsätzlich seien die Entscheidungswege zu lang und die Zuständigkeiten sehr oft unklar.

Nach dem Aufzeigen dieser Missstände war es nicht verwunderlich, dass in der anschließenden Diskussionsrunde mit der Hilfsmittelexpertin viele Fragen aufkamen. Das Ende des offiziellen Teils der Veranstaltung um 15 Uhr war somit schnell erreicht. Im Anschluss an die Vorträge dankte Mitveranstalterin Gertrud Meister vom BV Polio e.V. Landesverband Bayern allen Unterstützern und präsentierte eine Collage aus Anlass des zehnjährigen Verbandsbestehens. Musikalisch untermalt wurde die Feierstunde vom Saxophonisten Stefan Tiefenbacher und dem Pianisten Walter Weh. Für Heiterkeit sorgte trotz der schweren inhaltlichen Kost des Tages der Kabarettist Holger Kiesel alias Robert Rollinger vom Bayerischen Rundfunk. Beim Abschied gegen 17 Uhr war von den Teilnehmern mehr als einmal zu hören, dass Veranstaltungen dieser Art enorm wichtig und der Zusammenhalt der einzelnen Selbsthilfegruppen von großer Bedeutung seien.

Marion Munke (KVB)

Gertrud Meister, Vorsitzende des BV Polio e.V. Landesverbandes Bayern, gemeinsam mit ihren Kollegen Hans Joachim Wöbbeking, Waltraud Joa, Susanne Müller und Ludwig Bauer bei der Feierstunde anlässlich des zehnjährigen Verbandsbestehens (von links).

GESUNDHEITSPREISE FÜR PATIENTENORIENTIERUNG

Gleich zwei Wettbewerbe – einmal landesweit und einmal bundesweit – stellen die Patientenorientierung im Gesundheitswesen in den Mittelpunkt. Während es beim Bayerischen Gesundheits- und Pflegepreis unter anderem um die „Gesunde Psyche“ geht, richtet sich der Berliner Gesundheitspreis an Projekte zum Thema „Migration und Gesundheit“.

Gesundheits- und Pflegepreis 2017

Voraussichtlich im zweiten Quartal 2017 verleiht das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege zum zweiten Mal den Bayerischen Gesundheits- und Pflegepreis. Im Rahmen einer feierlichen Veranstaltung in der Würzburger Residenz werden Projekte und Initiativen ausgezeichnet, die zur Verbesserung der gesundheitlichen und pflegerischen Situation der Menschen in Bayern beitragen. Zudem werden die 30 am besten bewerteten Projekte auf der Internetseite des Ministeriums sowie in einer eigenen Broschüre veröffentlicht. Ziel ist es, die Ideen einer breiten Öffentlichkeit zu präsentieren und so eine „best practice“-



Plattform in Bayern zu schaffen. Eine unabhängige Fachjury wird die eingereichten Projekte bewerten und über die Preisträger entscheiden. Die drei Geldpreise sind mit jeweils 5.000 Euro dotiert. Projekte können bis zum 7. Oktober 2016 bei der Geschäftsstelle des

Bayerischen Gesundheits- und Pflegepreises eingereicht beziehungsweise vorgeschlagen werden. Alle Informationen zum Preis sowie die Bewerbungsunterlagen finden Sie unter www.stmgp.bayern.de in der Rubrik Ministerium/Auszeichnungen.

Berliner Gesundheitspreis ausgeschrieben

Für den Berliner Gesundheitspreis 2017 zum Thema „Migration und Gesundheit – Integration gestalten“ werden bundesweit Projekte gesucht, bei denen es vor allem um zwei Aspekte geht: eine gleichermaßen gute Gesundheitsversorgung für Menschen mit Migrationshintergrund und die Integration von Fachkräften mit Migrationshintergrund in das deutsche Gesundheitssystem. Bis zum 30. November 2016 können Projekte eingereicht werden. Die Wettbewerbsunterlagen sind online auf www.berliner-gesundheitspreis.de abrufbar. Die Ausschreibung richtet sich unter anderem an Einrichtungen aller Gesundheitsberufe, Migrations- und Patientenorganisationen, wissenschaftliche Einrichtungen und Hochschulen sowie Bildungseinrichtungen, Selbsthilfegruppen, Nichtregierungsorganisationen (NGO) und ehrenamtliche Initiativen.



Die Initiatoren des mit insgesamt 50.000 Euro dotierten Preises sind der AOK-Bundesverband, die Ärztekammer Berlin und die AOK Nordost. Die Entscheidung über die Preisträger und die Verteilung des Preisgeldes trifft eine unabhängige, hochkarätig besetzte Jury mit Vertretern aus Wissenschaft, Politik und Praxis.

Redaktion

DEPRESSION BEI MÄNNERN: AUSSEN ACTION – INNEN KRISE

Am 10. Oktober startet der zweite Teil der diesjährigen Schwerpunktkampagne des Bayerischen Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege. Nach der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dreht sich dann alles um das Thema Depression bei Erwachsenen. Wir haben anlässlich des Kampagnenstarts mit Frau Prof. Dr. rer. soc. Anne Maria Möller-Leimkühler von der Psychiatrischen Klinik des Klinikums der LMU in München gesprochen. Seit Jahren beschäftigt sie sich mit dem Thema Gender und Psyche.

Frau Prof. Dr. Möller-Leimkühler, als Wissenschaftlerin im Bereich Depressionsforschung beschäftigen Sie sich seit Jahren auch intensiv mit der sogenannten Gendermedizin. Wieso muss speziell die Depression geschlechtsspezifisch untersucht werden?

Jede Krankheit sollte prinzipiell auch unter geschlechtsspezifischen Gesichtspunkten betrachtet werden, da Geschlechterunterschiede in Biologie, Psychologie und Lebenslagen, zum Beispiel die Wahrnehmung von Symptomen und ihre Äußerung, das Hilfesuchverhalten, aber auch Risiko- und Schutzfaktoren oder die Wirksamkeit einer Therapie beeinflussen können. Besonders wichtig ist dies bei Krankheiten, die als geschlechtstypisch gelten, denken Sie nur an kardiovaskuläre Erkrankungen bei Frauen, die ja als typische Männerkrankheiten gelten und dadurch zu einer Unterschätzung bei Frauen geführt haben, beziehungsweise führen, da Frauen andere Symptome äußern als Männer. Einen solchen Geschlechterbias gibt es auch bei der Depression, die umgekehrt als typische Frauenkrankheit gilt. Hier müssen wir von einer systematischen Unterdiagnostizierung bei Männern ausgehen.



Wo genau liegen die Unterschiede: Also wie macht sich eine Depression typischerweise bei einer Frau und wie bei einem Mann bemerkbar?

Frauen berichten typischerweise über klassische Symptome wie depressive Verstimmung, Interessens- und Antriebslosigkeit. Die in den gängigen Depressionsfragebögen abgefragten Symptome werden von Männern konsistent seltener angegeben. Dies lässt aber nicht auf ein prinzipiell geringeres Depressionsrisiko bei Männern schließen, sondern eher darauf, dass diese Symptome verdeckt sein könnten durch Abwehrstrategien, die damit zu tun haben, dass die typischen

weiblichen Symptome vermeintlich nicht mit traditionellen Männlichkeitsvorstellungen vereinbar sind und Depression als persönliches Versagen erlebt wird. Entsprechende Studien haben gezeigt, dass es sich hier um Verhaltensmuster handelt, die zunächst keine Rückschlüsse auf eine Depression zulassen, sondern als eher typisches männliches (Stress-)Verhalten gelten: Aggressivität, Wut, Risikoverhalten, gesteigerter Alkoholkonsum, Hyperaktivität wie Arbeits- oder Sportsucht, aber auch übermäßiger Internet- oder Fernsehkonsum. Man könnte dies auf die Formel bringen: außen Action, innen Krise.

Gibt es spezielle Risikofaktoren, die eine Depression auslösen können? Und bestehen auch hierbei genderspezifische Unterschiede?

Kritische Lebensereignisse, insbesondere Verlustereignisse und chronische Alltagsbelastungen können bei Männern und Frauen eine Depression auslösen, wenn eine bestimmte Disposition dafür besteht, die biologisch angelegt ist oder lebensgeschichtlich erworben wurde. Nach bisherigen Befunden der Genderforschung zur Depression können wir annehmen,

Anne Maria Möller-Leimkühler ist Wissenschaftlerin im Bereich Depressionsforschung an der Psychiatrischen Klinik des Klinikums der LMU in München.

Um psychisch gesund zu bleiben, müssen Männer unter anderem lernen, einen besseren Zugang zu ihrer Psyche zu finden. Selbststörerische Männlichkeitsvorstellungen sollten abgebaut werden.



dass darüber hinaus Unterschiede in den Risikofaktoren aus Belastungen entstehen, die mit der männlichen und weiblichen Geschlechterrolle zusammenhängen. Ergebnisse deuten darauf hin, dass chronischer Arbeitsstress, zum Beispiel Gratifikationskrisen am Arbeitsplatz oder Arbeitsplatzverlust, auch Pensionierung bei Männern möglicherweise größere Risikofaktoren für eine Depression sind als für Frauen. Aber auch eine Trennung oder Scheidung bedeutet ein größeres Depressions- und Suizidrisiko für Männer als für Frauen. Ebenso eine chronische körperliche Erkrankung. Das sind alles Faktoren, die zu einem empfundenen Statusverlust führen und die männliche Identität bedrohen.

Ihr neuestes Buch heißt „Vom Dauerstress zur Depression“. Ist Stress tatsächlich der größte Risikofaktor für Männer, an einer Depression zu erkranken?

Chronischer Stress ist sicherlich nicht der einzige Weg in die Depression, aber oft Auslöser. Unabhängig von psychosozialen Faktoren können auch biologische oder genetische Ursachen eine Rolle spielen. Generell muss man davon ausgehen, dass bei der Entstehung einer Depression immer mehrere Faktoren zusammenkommen – wie es

das Stress-Vulnerabilitätsmodell annimmt. Wie groß allerdings der Einfluss der verschiedenen Faktoren ist und wie diese miteinander interagieren, ist individuell ganz unterschiedlich. Außerdem müssen wir berücksichtigen, dass eine Depression ein zusätzlicher, eigener hirnhysiologischer und psychosozialer Stressfaktor ist. Dass der Begriff Dauerstress im Titel meines Buches auftaucht, hat nicht zuletzt den Grund, dass über diese „gesellschaftsfähige“ Brücke ein Zugang zur Depression gefunden werden sollte, der nicht negativ besetzt oder stigmatisiert ist. Damit soll Männern die Annäherung an das Thema Depression erleichtert werden.

Angenommen, ein Mann merkt, dass er psychisch angeschlagen ist und professionelle Unterstützung benötigt: Wie sieht das männliche Hilfesuchverhalten typischerweise aus?

Da Männer in der Regel keinen vergleichbaren unmittelbaren Zugang zu ihren Gefühlen und Körpersignalen haben wie Frauen, liegt es nahe, dass psychische Konflikte – die oft auch nicht richtig gedeutet werden können – verleugnet, verdrängt und durch ausagierendes Verhalten kompensiert werden, zum Beispiel durch exzessives Sporttrei-

ben oder gesteigerten Alkoholkonsum als Selbstmedikation, was natürlich auf Dauer nicht funktionieren kann. Zahlreiche Studien belegen eine Geschlechterrelation von 1M : 2F in Bezug auf die Inanspruchnahme professioneller Hilfe jedweder Art. Barrieren der Hilfesuche sind bei Männern Angst vor der Diagnose, Angst vor dem Verlust ihrer Männlichkeit und Angst davor, als psychisch krank stigmatisiert zu werden.

Die bisherige Forschung zeigt, dass bei Männern letztendlich nur halb so häufig eine Depression diagnostiziert wird wie bei Frauen. Welche Gründe gibt es hierfür? Und welche Konsequenzen hat dies für die Betroffenen?

Die Gründe liegen sowohl in einer mangelnden Hilfesuche und in spezifischen männertypischen Stressverarbeitungsstrategien („kämpfen oder flüchten“), als auch in den gesellschaftlichen Erwartungen an die Leistung und das Funktionieren von Männern („Konkurrenz, Karriere, Kollaps“). Auf der anderen Seite müssen wir einen Genderbias in der Depressionsdiagnostik annehmen, die hauptsächlich an Frauen entwickelt wurde und männliche Erfahrungen von Depressionen weitgehend ausklammert. Dies wird von internationalen Studien zunehmend bestätigt. Da Männer weniger konventionelle Depressionssymptome angeben als Frauen, erreichen sie oft nicht den klinischen Schwellenwert für eine Depression und fallen durch das diagnostische Raster. Eine niedrigere Depressionsprävalenz bedeutet damit keinesfalls ein geringeres Depressionsrisiko. Warum ist die Suizidrate bei Männern mindestens dreimal so hoch wie die der Frauen, wenn doch bei Männern nur halb so häufig eine Depression diagnostiziert wird, aber bekannt ist, dass Depression die häufigste Ursache für einen Suizid ist? Das

ist ein Paradox, über das zu selten nachgedacht wird. Die Konsequenzen einer nicht erkannten und behandelten Depression sind gravierend: Abgesehen von dem massiven subjektiven Leid des Betroffenen und seiner Familie, steigt nicht nur das Suizidrisiko, sondern auch das Risiko für psychische und körperliche Komorbidität, die kaum erkannt wird, also für Alkoholabhängigkeit, kardiovaskuläre Erkrankungen, Schlaganfall und Diabetes.

Wie lässt sich aus Ihrer Sicht das Bewusstsein für männerspezifische Depressionssymptome stärken?

Eine Sensibilisierung für Männer und ihre Depressionen muss auf verschiedenen Ebenen laufen. Einerseits durch gezielte Fort- und Weiterbildungen der Ärzte, speziell der Allgemeinmediziner, weil sie die erste Anlaufstelle auch für depressiv Erkrankte sind. Andererseits durch gendersensitive Screening-Instrumente, um routinemäßig auch männerspezifische Symptome erkennen zu können. Wichtig erscheint mir ebenfalls die betriebliche Gesundheitsförderung, die das Thema Depression bei Männern stärker berücksichtigen sollte. Schließlich müssen die Männer selbst mehr Zugang zu ihrer Psyche finden, um Emotionen besser einschätzen und Barrieren aufgrund von selbstzerstörerischen Männlichkeitsvorstellungen abbauen zu können. Dies ist natürlich auch eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, an der auch die Partnerinnen mitarbeiten müssen. Die Medien spielen bei diesem Prozess ebenfalls eine wichtige Rolle. Es nutzt niemandem, Männer als Gesundheitsidioten und Vorsorgemuffel abzuwerten.

Wie sieht eine männertypische Therapie aus? Läuft beispielsweise eine medikamentöse Behandlung anders ab als bei Frauen?

Grundsätzlich läuft eine medikamentöse oder psychotherapeutische Therapie symptomorientiert und weitgehend geschlechterneutral ab. Idealerweise sollte sie aber wegen geschlechterspezifischer biologischer und psychosozialer Unterschiede das Geschlecht berücksichtigen. Studien dazu fehlen weitgehend, aber es gibt Hinweise darauf, dass bestimmte Antidepressiva besser bei Männern wirken als bei Frauen – etwa Trizyklika – und dass sich auch Nebenwirkungen geschlechtsspezifisch unterscheiden. Hinsichtlich psychotherapeutischer Verfahren hat sich die kognitive und interpersonelle Verhaltenstherapie bei Männern und Frauen gleichermaßen bewährt. Das Problem ist allerdings, Männer, die von Haus aus ja nicht gern reden, für eine Psychotherapie zu motivieren.

Wie von Ihnen bereits angemerkt, führt eine manifeste Depression bei Männern häufiger zum Suizid als bei Frauen. Können Sie das noch etwas ausführen?

Hinter der Suizidalität von Männern steht eine wesentlich stärker ausgeprägte Tötungsabsicht, über die nicht gesprochen wird. Im Unterschied zur weiblichen Suizidalität ist die männliche kein Schrei nach Hilfe. Im Gegenteil: Ein Suizid soll gelingen, deshalb wählen Männer auch die härteren Methoden. Dies betrifft nicht nur depressive Männer, sondern Männer im Allgemeinen. Weil der Suizid als letzter Ausweg aus einer hoffnungslos erscheinenden Situation gesehen wird und sozusagen der letzte Beweis von Männlichkeit ist, muss er auch gelingen. Möglicherweise trägt auch ein Serotoninmangel bei Männern zu ihrer stärkeren Selbsttötungsabsicht bei, der – anders als bei Frauen – impulsive Aggressivität befördert.

Zum Schluss: Wie können Männer lernen, psychische Belastungen so zu bewältigen, dass die Gefahr einer depressiven Erkrankung möglichst gering bleibt?

Indem sie lernen, Resilienz, also persönliche Stärke, zu entwickeln, die eine bessere Bewältigung von psychischen Belastungen erlaubt. Voraussetzung dafür ist, die eigenen Gefühle besser zu erkennen, zu berücksichtigen und zu kommunizieren sowie die eigenen Grenzen anzuerkennen. Dazu benötigen Männer bestimmte Einstellungen wie Optimismus, die Überzeugung, dass es immer eine Problemlösung gibt, die Übernahme von Eigenverantwortung, Selbstreflexion und die Pflege von Freundschaften. Konkret kann das zum Beispiel heißen: Immer wieder Entspannungszeiten einplanen. Die Selbstansprüche nicht zu hoch treiben, Selbstoptimierung nicht übertreiben. Sich nicht zu sehr abhängig machen von äußerer Anerkennung. Sich klarmachen, dass der Körper keine Maschine ist. Probleme nicht herunterspielen, sondern mit einer Vertrauensperson darüber sprechen. Daran denken, dass Burnout keine Auszeichnung ist. Nicht zu selbstkritisch sein. Sich über Misserfolge nicht aufregen. Die Opferrolle ablegen, Eigenverantwortung übernehmen. Nicht versuchen, ständig alles unter Kontrolle haben zu müssen. Körperlich aktiv sein und sich gesund ernähren. Auf einen geregelten Tag-Nacht-Rhythmus achten. Statt auf „Konkurrenz, Karriere, Kollaps“ auf „Wir-Gefühl, Worklife-Balance und Wohlbefinden“ setzen.

Frau Prof. Dr. Möller-Leimkühler, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Marion Munke (KVB)

„BEIM ARZT IN DEUTSCHLAND“

So lautet der Titel einer Broschüre, die von einer Arbeitsgruppe erstellt und jetzt in Zweitaufgabe mit finanzieller Unterstützung der KVB erschienen ist. Die Broschüre soll im Praxisalltag bei der medizinischen Behandlung von Flüchtlingen behilflich sein und kann bei der KVB kostenfrei bezogen werden. Dr. med. Maria Domes, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Psychotherapeutin, war Mitglied der Arbeitsgruppe und beschreibt, wie es zu dem Broschürenprojekt gekommen ist.

Frau Dr. Domes, die Broschüre „Beim Arzt in Deutschland“ ist ein ungewöhnliches Projekt – sozusagen von Ärzten für Ärzte. Können Sie uns den Entstehungsprozess etwas näher erläutern? Was waren die Beweggründe? Wer hatte die Idee und wie ist die Arbeitsgruppe bei der Umsetzung vorgegangen?

zu entwerfen, war meine erste Reaktion „Das gibt es doch sicher sowieso schon im Internet.“

Aber bei unserer Recherche haben wir nichts gefunden, was wirklich hilfreich und praktikabel gewesen wäre. Also doch: „Handeln statt Jammern.“ Zu unserem großen Glück hatte mein Mann Kontakte zu der Passauer Firma ICUnet.AG, dem Marktführer für interkulturelle Qualifizierungen in Europa, deren Chef sich großzügig bereit erklärte, unser Projekt zu unterstützen.

Wir haben uns dann an mehreren Abenden mit Veronika Hackl von der ICUnet.AG getroffen, außerdem mit Kommunikationsdesignerin Valeska Merklinger, mit befreundeten Ärzten verschiedener Fachrichtungen, einem Psychologen und mit ausländischen Betroffenen. Da wurden in lockerer Runde bei Apfelsaft und Nüssen Ideen gesammelt, Entwürfe diskutiert und wieder verworfen oder für gut befunden, anschließend ein Konzept erstellt und dieses dann Schritt für Schritt verbessert.

Die Teilnehmer Ihrer Arbeitsgruppe haben Sie ja bereits aufgeführt. Aber wie schwer war es, sie als Mitstreiter für das Projekt zu finden?

Wenn wir in unserem Umfeld von unserem Projekt erzählt haben, gab es grundsätzlich nur positive Reaktionen. Welchen befreundeten Arztkollegen auch immer wir um Mitarbeit gebeten haben – jeder hat gerne geholfen und die Inhalte der Broschüre bereichert. Sehr schnell war auch klar, dass die Krankenkassen großes Interesse an dem Druck einer solchen Broschüre haben und gerne die Druckkosten für eine erste Auflage übernehmen.

Die KVB wird nun die zweite Auflage in Höhe von 20.000 Exemplaren finanzieren und interessierten Mitgliedern auf Anfrage kostenfrei zur Verfügung stellen. Wie kann und soll die Broschüre im Praxisalltag optimal genutzt werden?

Meines Erachtens wird die Broschüre am meisten Nutzen bringen, wenn sich sowohl Ärzte als auch Asylbewerber schon vorab mit der Broschüre vertraut machen. Dann könnte der ausländische Patient in der Publikation bereits vor dem Arztbesuch die Informationen in seiner Muttersprache finden, die er dem Arzt mitteilen möchte.

Wie aber ist diese Publikation für Flüchtlinge erhältlich?



Die Broschüre „Beim Arzt in Deutschland“ soll helfen, Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Medizinerinnen und Mediziner und geflüchteten Menschen in der Praxis zu überbrücken.

Die Idee, die Kommunikation zwischen Asylbewerbern und Ärzten zu verbessern, stammt nicht von einem Arzt, sondern von meinem Mann, der als Asylbeauftragter unserer Gemeinde die Not der Flüchtlinge sieht, wenn sie bei der medizinischen Behandlung regelmäßig auf massive Kommunikationsprobleme stoßen. Als er mir von seinem Vorhaben erzählte, eine Übersetzungshilfe für den Arztkontakt

Unsere Hoffnung ist, dass Helferkreise, Sozialarbeiter in den Gemeinschaftsunterkünften oder Gemeindevertreter die Broschüren kostenlos anfordern können und an die Asylbewerber verteilen. Selbstverständlich könnte dies auch über die behandelnden Ärzte erfolgen, die in Gemeinden mit Asylbewerberheimen ihre Praxen haben. Diese Ärzte profitieren ja sehr davon, wenn die Kommunikation mit den ausländischen Patienten zeitsparender und fehlerfreier abläuft. Ideal wäre, wenn jeder ausländische Patient seine eigene Broschüre besitzen würde und sie dann zum Arzttermin mitnehmen könnte.

Angenommen, Sie müssen einem geflüchteten Menschen in Ihrer Praxis bestimmte Medikamente verschreiben. Wie gelingt es Ihnen, mithilfe der Broschüre die Sprachbarriere zu überwinden und ihm die Art der Medikamenteneinnahme plausibel zu machen?

Auf den letzten Seiten der Broschüre befindet sich ein Abreißzettel, der beliebig oft kopiert werden kann. Darauf findet sich in fünf Sprachen die genaue Anweisung, wann, wie oft und wie lange ein bestimmtes Medikament eingenommen werden soll. Zusätzlich gibt es hier den wichtigen Hinweis für Patienten muslimischen Glaubens, dass im Ramadan für Kranke das Fastengebot nicht gilt. Anders ausgedrückt: Muslime handeln nicht ihren Religionsvorschriften zuwider, wenn sie in ihrer Fastenzeit vor Sonnenuntergang Flüssigkeit und Medikamente zu sich nehmen.

Die Broschüre ist in fünf Sprachen geschrieben und schwerpunktmäßig für Patienten aus dem arabischen und persischen Raum gedacht. Wer hat die Arbeitsgruppe bei den Übersetzungen der medizinischen Inhalte

unterstützt? Und wie konnten Sie deren Richtigkeit sicherstellen?

Die Übersetzungen wurden von interkulturellen Beratern der ICUnet AG durchgeführt und von Ärzten überprüft. Zum Beispiel haben afghanische Ärzte in Afghanistan die Dari-Übersetzungen korrigiert.

Gibt es bereits Feedback von Ärzten, wie diese im Praxisalltag mit der Broschüre arbeiten und damit zurechtkommen?

Die Reaktion eines Hamburger Klinikarztes beim Durchblättern der Broschüre: „Ah! Das ist gut: Probleme beim Wasserlassen – wie oft habe ich das in der letzten Zeit schon pantomimisch darstellen müssen.“ Aber die Verwendungsmöglichkeiten sind weit vielfältiger, als wir bei der Erstellung gedacht haben: So hat sich zum Beispiel eine Krankenschwester bei der Betreuung von minderjährigen Flüchtlingen darüber gefreut, die Bilder der Broschüre auch bei der Aufklärungsarbeit nutzen zu können. Zahlreiche Ärzte, aber auch Lehrer, freiwillige Helfer und Institutionen sind mittlerweile begeistert – sie finden die Broschüre hilfreich und sehr praktikabel. Durch die Entwicklung von und mit Ärzten ist sie im wahrsten Sinne des Wortes „praxisnah“. Dennoch ist sicher auch die zweite Auflage unserer Broschüre verbesserungswürdig. Zum Beispiel fiel erst nach dem Druck der zweiten Auflage auf, dass muslimische Patienten die Einnahme von Medikamenten in Kapselform verweigern, weil die Kapselhülle aus Schweinegelatine sein könnte. Ein diesbezüglicher Hinweis für den verschreibenden Arzt kann erst in der nächsten Auflage untergebracht werden.

Falls Benutzer der Broschüre weitere Verbesserungsvorschläge für die dritte Auflage haben, ist unser



Team sehr daran interessiert. Wohin man sich mit diesen Vorschlägen wenden kann, steht auf der vorderen Umschlagseite der Broschüre.

Frau Dr. Domes, vielen Dank für das Gespräch!

Interview Marion Munke (KVB)

Die Broschüre wurde von einer Arbeitsgruppe, bestehend aus niedergelassenen Ärzten, Psychotherapeuten und Flüchtlingen, entwickelt und in vier Sprachen übersetzt.

Broschüre bestellen

KVB-Mitglieder können die Broschüre „Beim Arzt in Deutschland“ im Internet kostenfrei bestellen. Das dazugehörige Bestellformular finden Sie unter www.kvb.de in der Rubrik *Service/Mitglieder-Informationen/Informationsmaterial* bei *Praxisbetrieb/Praxisführung*.

COMPUTER IM WÜRGEGRIFF: BEDROHUNGEN UND GEGEN- STRATEGIEN

Ein Klick auf den Anhang der neuen E-Mail und das Verhängnis nimmt seinen Lauf: Der Rechner ist gesperrt, alle Daten sind nur noch Kauderwelsch und der Erpresser schreibt „Bitcoins her oder das war's.“ Inzwischen bekanntgewordene Fälle zeigen, dass Angriffe durch Ransomware auch vor dem Gesundheitswesen nicht Halt machen. Mit Vorbereitung, Bedacht und kühlem Kopf kann man dieser Bedrohung jedoch entgegentreten.

Als „Ransomware“ wird eine Familie von Schadprogrammen aus E-Mails oder dem Internet bezeichnet, die alle Nutzdaten eines Anwenders verschlüsseln und nur gegen Zahlung von Lösegeld wieder freigeben. Diese Angriffe sind zwar schon seit Jahren bekannt, sind aber gerade im letzten Jahr deutlich häufiger geworden und greifen inzwischen wie ein Krebsgeschwür die Daten aller am Opfer angeschlossenen Speichersysteme an.

selung in der Regel so effizient, dass die Entschlüsselung nur noch mithilfe des kriminellen Erpressers möglich ist, die dieser sich teuer bezahlen lässt. Oft wird der Druck durch den Anhang einer Zeitbombe noch intensiviert und mit der endgültigen Datenlöschung gedroht. Das „Geschäft“ soll dann schnellstens über anonyme Zahlungsmittel wie Bitcoin oder Guthaben- und Bezahlkarten direkt mit dem Täter abgewickelt werden.

Gegenüber bisheriger klassischer Schadsoftware, wie zum Beispiel Banking-Trojanern oder Identitätsdaten-Diebstahl, ist für das Opfer der wesentliche Unterschied, dass der Schaden unmittelbar eintritt und auf Dauer verheerende Konsequenzen haben kann. Alle Unternehmensdaten auf den angegriffenen Rechnern sind ab sofort gesperrt und stehen nicht mehr zur Verfügung. Die geforderte Zahlung an den Erpresser ist in jedem Fall hoch. Aber auch nach der „Lösegeldübergabe“ gibt es keine Garantie für eine Freigabe des Rechners, denn nicht alle Angreifer sind so „ehrllich“ und liefern danach auch tatsächlich den Schlüssel für ihr Schloss.

Bedrohungslage

Aktuelle Forschungsberichte weisen darauf hin, dass diese Bedrohungen die Fachwelt zunehmend beschäftigen. Meist auf Amerika fokussiert, beziehen sich aber viele der internationalen Studien aufgrund seiner Bedeutung als Datenstandort ausdrücklich auf Deutschland. Statistiker haben untersucht, welcher Versorgungssektor am meisten betroffen ist. Die Durchdringung mit Ransomware ist demnach in der Gesundheitsversorgung am höchsten, gefolgt von Finanzdienstleistungen, Produktion und Regierungen, mit jeweils absteigender Intensität. Interessant ist, dass die Angriffshäufigkeit auf einzelne Unternehmen mit ein bis fünf Attacken pro Jahr nahezu überall sporadisch ist. Nur weniger als ein Prozent der Unternehmen wird häufiger und gezielter angegriffen. Es handelt sich somit um ein Massenphänomen nach dem „Schrotschuss-Prinzip“ mit nur sehr seltenen strategischen Angriffen auf bestimmte Ziele.

Seit Dezember letzten Jahres beobachtet das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) große Angriffswellen von Ransom-



Die Nutzdaten werden dabei nicht gelöscht, sondern „nur“ verschlüsselt. Sie stehen damit auch nach Beseitigung des angreifenden Schadprogramms nicht mehr zur Verfügung. Dabei erfolgt die Verschlüs-

ware in Deutschland. Als häufigste sogenannte Angriffsvektoren gelten hierzulande Spam, also unerwünschte E-Mails mit Schadpaketen im Anhang, außerdem sogenannte Drive-by-Infektionen – also unbeabsichtigtes Herunterladen von Schadsoftware beim Surfen auf präparierten Webseiten, Schwachstellen von Servern, das heißt ungepatchte oder veraltete Software, und schließlich ungeschützte Fernwartungszugänge, sodass Internet-Protokoll-Scans offene Fernzugänge suchen und finden.

Angriffe von Ransomware nehmen aus immer ähnlichen Motiven zu, denn trotz der nur vergleichsweise seltenen „Erfolge“ ist laut BSI das Geschäftsmodell für Angreifer immer rentabel und zwar aus zwei Gründen: Es entsteht ein hoher Leidensdruck bei den Opfern – für Geschädigte sind die Wiederherstellungsaufwände oft größer als die Erpressersumme. Außerdem sind die Zahlungen in Bitcoins anonym und sofort in Bargeld umsetzbar. Der Angreifer verschwindet somit im Nebel.

Vorbeugende Maßnahmen

Der Erfolg der Ransomware beruht fast ausschließlich auf groben Versäumnissen bei der Prävention, denn viele der Angriffe sind nicht mit großem programmtechnischen Aufwand gestaltet. Schlecht gepflegte Systeme, fehlende, veraltete oder nicht hinreichend überprüfte Software-Backups, schwache Administratoren-Passwörter oder die fehlende Aufteilung der Netzwerke rächen sich sofort durch den dann eintretenden Schaden. Das Verhalten der Mitarbeiter der betroffenen Betriebe spielt dabei eine zentrale Rolle. So könnte allein schon eine bessere Sensibilisierung die Systeme wesentlich widerstandsfähiger machen. Aufmerksamkeit, Vorsicht und Vorsorge erweisen sich hier als wichtigste Waffen.

Das BSI widmet den Maßnahmen zur Vorbeuge ein eigenes Kapitel in seiner neuen Broschüre „Ransomware, Bedrohungslage, Prävention & Reaktion“. Dort findet sich ein ganzes Arsenal wirksamer Ansätze gegen die Feinde unserer informationstechnischen Infrastruktur. Dabei darf sich für die Heilberufe durchaus ein Déjà-vu-Erlebnis einstellen, denn das Ganze liest sich wie der Abschnitt „Prävention“ aus der klinischen Infektiologie: Hygiene, Abwehrstärkung, Ansteckungsvermeidung und Vorsorge.

Dabei steht eine Schutzmaßnahme immer an erster Stelle: Sicherung, Sicherung und nochmals Sicherung. Dies gehört zwar schon seit Langem zu den selbstverständlichen informationstechnischen Grundschutzkonzepten. Die Sicherung gewinnt aber angesichts dieser neuen Bedrohung nochmals an Bedeutung. Hinzu kommt, dass jetzt die gesicherten Daten in einem sogenannten Offline-Backup abgelegt werden müssen, da viele Ransomware-Varianten auch Online-Backups, wie Daten auf NAS-Systemen oder Schattenkopien verschlüsseln. Es genügt also nicht mehr wie bislang empfohlen, die räumlich getrennte Aufbewahrung, solange Rechner und Sicherungen über ein Fernnetz weiter online miteinander verbunden bleiben. Natürlich gehören zum Gesamtkonzept die Planung des Wiederanlaufs und die regelmäßige Überprüfung der Sicherungsdaten.

Reaktionsmaßnahmen

Wenn es dann doch einmal zu einem Sicherheitsvorfall mit Ransomware gekommen ist, gilt es, wie auch in der Intensivmedizin, ruhig zu bleiben und mit Bedacht zu handeln. An vorderster Front steht die Empfehlung des BSI: auf eigene Vorbereitungen zurückgreifen und nie, nie bezahlen. Diese letzte Empfehlung hat zwei Aspekte: Der exter-

ne Grund ist, dass jede erfolgreiche Erpressung den Angreifer weiter motiviert und für noch größere Verbreitung sorgt. Der interne Grund ist, dass der Betroffene bei geeigneter Vorbereitung sehr wahrscheinlich Geld einspart.

Konkret sind erkennbar infizierte, möglicherweise mitinfizierte, genauso wie gesunde Systeme umgehend voneinander zu trennen. Es gilt, die Schäden zu begrenzen, den Infektionsherd zu finden, das System dort neu aufzusetzen, die Sicherungsdaten wiederherzustellen und die Veränderungen seit der letzten Sicherung in Ruhe nachzutragen.

Weder dieser Beitrag noch das Merkblatt des BSI können alle Fragen und Handlungsoptionen rund um das heikle Thema Ransomware abschließend beantworten. Dafür gibt es Experten und externe Unterstützung. Eines sollte aber spätestens aus den ärztlichen Medien deutlich geworden sein: Die Datentechnik der Gesundheitsversorger lebt nicht mehr in einem unangreifbaren Elfenbeinturm. Konnektoren, Firewalls und virtuelle private Netzwerke können Datentechnik zwar schon wesentlich sicherer machen, aber die größte Schwachstelle sitzt meist vor dem Bildschirm.

*Dr. med. Christoph Goetz, Leiter
Gesundheitstelematik (KVB)*

Literatur zum Thema

- Die im Beitrag genannte Broschüre „Ransomware, Bedrohungslage, Prävention & Reaktion“ des Bundesamts für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) finden Sie unter www.bsi.bund.de.
- Weitere Informationen: Osterman Research, Understanding the Depth of the Ransomware Problem in the United States, Juli 2016. <https://go.malwarebytes.com/OstermanRansomwareSurvey.html>

ORIENTIERUNGS- WERT: KEINE EINIGUNG

Bei den Verhandlungen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband über die Höhe der Preise für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen im kommenden Jahr gibt es noch keine Einigung. Die Vertragspartner haben mittlerweile den Erweiterten Bewertungsausschuss eingeschaltet, der über die Anpassung des Orientierungswertes beraten wird. Wenn es nach den Krankenkassen geht, soll der Orientierungswert im nächsten Jahr nicht steigen. „Eine Null-Runde ist für uns nicht akzeptabel“, sagte KBV-Vorstandsvorsitzender Dr. med. Andreas Gassen. Zwar hätten sich die Kosten in den Praxen insgesamt recht günstig entwickelt, dies rechtfertige aber nicht, die Preise einzufrieren.

Anhebung um 1,4 Prozent

Die KBV fordert eine Anhebung des Orientierungswertes um 1,4 Prozent. Dieser beträgt aktuell 10,4361 Cent und würde damit auf 10,5822 Cent steigen. Zusätzlich will die KBV rund 120 Millionen Euro mehr im kommenden Jahr für strukturelle Maßnahmen. Mit diesem Geld sollen erneut Vorhaben gefördert werden, die die haus- und fachärztliche Grundversorgung stärken. Bei der Anhebung des Orientierungswertes macht die KBV vor allem die steigenden Oberarztgehälter in Krankenhäusern geltend. „Es ist nicht nachvollziehbar, warum die Vertragsärzte von der allgemeinen positiven Lohnentwicklung ausgeschlossen sein sollten“, kritisierte Gassen.

Gassen wies darauf hin, dass bei den Beschlussfassungen der ver-

gangenen Jahre zum Orientierungswert eine Entwicklung des kalkulatorischen Arztlohnes ganz offensichtlich berücksichtigt wurde. Der Beschluss im letzten Jahr für den diesjährigen Orientierungswert war im Erweiterten Bewertungsausschuss nur mit den Stimmen der Krankenkassen gefasst worden. In diesem Jahr lehnt der Spitzenverband es ab, die ärztliche Leistung bei der Anpassung der Preise zu berücksichtigen.

Redaktion

DIE MÄR VON DER ÜBERVERSORGUNG

Mitte August berichtete die Süddeutsche Zeitung, Bayerns Patienten hätten nach Ansicht des Verbands der Ersatzkassen bei Arztbesuchen die Qual der Wahl. Gestützt auf den „Ärztatlas 2016“, der vom Wissenschaftlichen Institut der AOK erarbeitet wurde, diagnostizierten die Ersatzkassen, dass in Bayern „eine ärztliche Überversorgung“ herrsche, weshalb die Politik aufgefordert sei, „endlich dafür zu sorgen, dass die massiven Ungleichgewichte in der räumlichen Verteilung der niedergelassenen Ärzteschaft konsequent abgebaut werden.“ Das eigentliche Problem, so konstatierte der aktuelle Report, sei nicht der Ärztemangel, sondern die „angemessene bedarfsgerechte Verteilung der Ärzte“.

Aus Sicht der KVB haben diese Aussagen des Ersatzkassen-Reports mit der Realität nichts gemeinsam. Selbst in Großstädten wie München wird in den Medien immer wieder über partielle Lücken in der ärztlichen Versorgung berichtet, noch viel häufiger kommen solche Berichte aus den ländlichen Regionen.

Zwar ist die ambulante ärztliche

Versorgung im Freistaat im Großen und Ganzen sichergestellt, doch gibt es immer wieder regionale Brennpunkte, an denen nur mit großem Engagement vieler Beteiligter und mit finanziellen Fördermaßnahmen eine ärztliche Präsenz gewährleistet werden kann.

Leider geht die Publikation des Ersatzkassenverbands in keiner Weise auf die besonderen ambulanten Versorgungsstrukturen ein, die die KVB in Bayern – auch gemeinsam mit den Krankenkassen – etabliert hat. So werden hier zahlreiche Untersuchungsmethoden und Operationen flächendeckend ambulant durchgeführt, die in anderen Bundesländern oft nur stationär erbracht werden. Dass dies zu einem größeren Bedarf an Ärzten im ambulanten Bereich führt, ist offensichtlich. Was die Verteilung der Ärzte in den einzelnen Städten und Landkreisen betrifft, so sind die Krankenkassen über die Zulassungsausschüsse aktiv in die Zulassung und Ermächtigung von Ärzten für die vertragsärztliche Versorgung mit eingebunden. Hier hätten sie direkte Einflussmöglichkeiten, der von ihnen angemahnten Überversorgung entgegenzutreten.

Der Artikel der Süddeutschen Zeitung macht zum Schluss deutlich, dass der Ersatzkassenverband mit seiner Mär von der Überversorgung allein dasteht. Neben mehreren Ärzteverbänden kommt auch Bayerns Gesundheitsministerin Melanie Huml zu Wort, die die Aussagen der Ersatzkassen als zu pauschal zurückweist. „In einer älter werdenden Gesellschaft werden wir auch in Zukunft mehr Ärzte brauchen“, so die Ministerin. Eine Erkenntnis, die hoffentlich eines Tages auch den Vertretern der Ersatzkassen zuteil werden wird.

Redaktion

PRÄVENTION VON KINDESMISSBRAUCH

Eine Umfrage des Missbrauchsbeauftragten der Bundesregierung bei niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten startet Anfang Oktober. Dabei geht es darum, einen Überblick zu erhalten, inwieweit sich Praxen mit dem Thema „Prävention von sexualisierter Gewalt an Kindern und Jugendlichen“ beschäftigen und wo gegebenenfalls Unterstützungsbedarf besteht.

Befragt werden sollen insgesamt rund 1.000 Kinder- und Jugendärzte, Hausärzte, Gynäkologen, Kinder- und Jugendpsychiater sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Ärzte und Psychotherapeuten werden vom Deutschen Jugendinstitut (DJI), das die Erhebung durchführt, angeschrieben und um eine Teilnahme gebeten. Die Beantwortung des Fragebogens ist anonym und nimmt maximal 15 Minuten in Anspruch. Die Befragung läuft von Anfang Oktober bis Mitte November. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) unterstützt die Umfrage und bittet alle Ärzte und Psychotherapeuten, die den Fragebogen erhalten, teilzunehmen.

Die KBV setzt sich seit längerem für die Prävention sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche ein. So beteiligt sie sich auch aktiv an der Initiative „Kein Raum für Missbrauch“. Dabei geht es in erster Linie um eine Einbindung und Information der Ärzte und Psychotherapeuten.

Mehr Informationen finden Sie unter www.kbv.de in der Rubrik Service/Service für die Praxis/Ambulante Leistungen/Interventionen bei Gewalt.

Redaktion

Impressum für KVB FORUM und KVB INFOS

KVB FORUM ist das Mitteilungsblatt der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) mit den offiziellen Rundschreiben und Bekanntmachungen (KVB INFOS). Es erscheint zehnmal im Jahr.

Herausgeber (V. i. S. d. P.):

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns vertreten durch den Vorstand:
Dr. med. Wolfgang Krombholz, Dr. med. Pedro Schmelz,
Dr. med. Ilka Enger

Redaktion:

Martin Eulitz (Ltd. Redakteur)
Text: Markus Kreikle, Marion Munke
Grafik: Gabriele Hennig, Iris Kleinhenz

Anschrift der Redaktion:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Elsenheimerstraße 39
80687 München
Telefon 0 89 / 5 70 93 – 21 92
Fax 0 89 / 5 70 93 – 21 95
E-Mail KVBFORUM@kvb.de
Internet www.kvb.de

Satz und Layout:

KVB Stabsstelle Kommunikation

Druck:

W. Kohlhammer Druckerei GmbH & Co. KG, Stuttgart.
Gedruckt auf FSC®-zertifiziertem Papier.

Mit Autorennamen gekennzeichnete Beiträge spiegeln ebenso wie Leserbriefe nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers oder der Redaktion wider. Die Redaktion behält sich die Veröffentlichung und Kürzung von Zuschriften vor. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Bilder übernehmen wir keine Haftung. Die hier veröffentlichten Beiträge sind urheberrechtlich geschützt, ein Abdruck ist nur mit unserer schriftlichen Genehmigung möglich. Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), ist selbstverständlich auch die weibliche Form („die Ärztin“) gemeint.

KVB FORUM erhalten alle bayerischen Vertragsärzte und -psychotherapeuten im Rahmen ihrer Mitgliedschaft in der KVB. Der Bezugspreis ist mit der Verwaltungskostenumlage abgegolten.

Bildnachweis:

Gerhard Maier (Seite 5, 18, 19), [iStockphoto.com/alvarez](https://www.iStockphoto.com/alvarez) (Titelseite), [iStockphoto.com/fotandy](https://www.iStockphoto.com/fotandy) (Seite 2), [iStockphoto.com/Wavebreakmedia](https://www.iStockphoto.com/Wavebreakmedia) (Seite 3), [iStockphoto.com/fotojog](https://www.iStockphoto.com/fotojog) (Seite 4), [iStockphoto.com/skynesher](https://www.iStockphoto.com/skynesher) (Seite 4), [iStockphoto.com/level17](https://www.iStockphoto.com/level17) (Seite 4), [iStockphoto.com/syolacan](https://www.iStockphoto.com/syolacan) (Seite 5), [iStockphoto.com/tonymelony](https://www.iStockphoto.com/tonymelony) (Seite 5), [iStockphoto.com/lirsak](https://www.iStockphoto.com/lirsak) (Seite 8), [iStockphoto.com/everythingpossible](https://www.iStockphoto.com/everythingpossible) (Seite 11), [iStockphoto.com/BlackJack3D](https://www.iStockphoto.com/BlackJack3D) (Seite 14), [iStockphoto.com/Juanmonino](https://www.iStockphoto.com/Juanmonino) (Seite 22), [iStockphoto.com/Thomas EyeDesign](https://www.iStockphoto.com/ThomasEyeDesign) (Seite 24), [iStockphoto.com/BvFanl](https://www.iStockphoto.com/BvFanl) (Seite 26), [iStockphoto.com/bezov](https://www.iStockphoto.com/bezov) (Seite 31), [iStockphoto.com/sturti](https://www.iStockphoto.com/sturti) (Seite 32), [iStockphoto.com/BlackJack3D](https://www.iStockphoto.com/BlackJack3D) (Seite 32), [iStockphoto.com/esemelwe](https://www.iStockphoto.com/esemelwe) (Seite 32), [iStockphoto.com/luriiSokolov](https://www.iStockphoto.com/luriiSokolov) (Seite 32), SHZ München (Seite 16, 17), spdfraktion.de (Susie Knoll/ Florian Jänicke) (Seite 10), Winfried Bausback MdL (Seite 12), Wolf Heider-Sawall (Seite 21), KVB (alle weiteren)

Beratung

Wir helfen Ihnen gerne telefonisch zu folgenden Zeiten und Themen:

Montag bis Donnerstag:

7.30 bis 17.30 Uhr

Freitag:

7.30 bis 14.00 Uhr

Abrechnung

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 10

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 11

E-Mail Abrechnungsberatung@kvb.de

Verordnung

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 30

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 31

E-Mail Verordnungsberatung@kvb.de

Praxisführung

Telefonnummern siehe rechte Seite

E-Mail Praxisfuehrungsberatung@kvb.de

IT in der Praxis

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 50

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 51

E-Mail IT-Beratung@kvb.de

■ KV-Ident Plus, KV-SafeNet* und Förderung

■ PVS, eGK und KVB-Token

■ KV-Connect und D2D

Online-Dienste

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 40

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 41

E-Mail Online-Dienste@kvb.de

■ Mitgliederportal, KVB-Postfach, Editor

■ Online-Einreichungen und eDoku

Benutzerkennung

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 60

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 61

E-Mail Benutzerkennung@kvb.de

■ KVB-Benutzerkennung und PIN

Seminare

Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 00 20

Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 00 21

E-Mail Seminarberatung@kvb.de

■ Fragen zur Anmeldung

■ Vermittlung freier Seminarplätze

Persönliche Beratung zur Abrechnung

Mittelfranken	Monika Gibanica-Maier	09 11 / 9 46 67 – 4 47	Monika.Gibanica-Maier@kvb.de
	Doris Saalwirth	09 11 / 9 46 67 – 4 42	Doris.Saalwirth@kvb.de
München	Stefan Ehle	0 89 / 5 70 93 – 44 50	Stefan.Ehle@kvb.de
	Eva Weber	0 89 / 5 70 93 – 44 75	Eva.Weber@kvb.de
	Sonja Weidinger	0 89 / 5 70 93 – 42 22	Sonja.Weidinger@kvb.de
Niederbayern	Rudolf Paper	0 94 21 / 80 09 – 3 06	Rudolf.Paper@kvb.de
	Dagmar Wiedemann	0 94 21 / 80 09 – 4 84	Dagmar.Wiedemann@kvb.de
	Nathalie Willmerdinger	0 94 21 / 80 09 – 3 07	Nathalie.Willmerdinger@kvb.de
Oberbayern	Martina Huber	0 89 / 5 70 93 – 44 74	Martina.Huber@kvb.de
	Verena Meinecke	0 89 / 5 70 93 – 44 45	Verena.Meinecke@kvb.de
	Claudia Schweizer	0 89 / 5 70 93 – 44 32	Claudia.Schweizer@kvb.de
Oberfranken	Christa Hammer	09 21 / 2 92 – 2 26	Christa.Hammer@kvb.de
	Jürgen Opel	09 21 / 2 92 – 2 28	Juergen.Opel@kvb.de
Oberpfalz	Birgit Reichinger	09 41 / 39 63 – 3 90	Birgit.Reichinger@kvb.de
	Mario Winklmeier	09 41 / 39 63 – 1 90	Mario.Winklmeier@kvb.de
Schwaben	Silke Finger	08 21 / 32 56 – 2 39	Silke.Finger@kvb.de
	Ute Schneider	08 21 / 32 56 – 2 41	Ute.Schneider@kvb.de
Unterfranken	Uwe Maiberger	09 31 / 3 07 – 4 09	Uwe.Maiberger@kvb.de
	Elisabeth Matuszynski	09 31 / 3 07 – 4 10	Elisabeth.Matuszynski@kvb.de
	Madleen Witzko	09 31 / 3 07 – 4 11	Madleen.Witzko@kvb.de

Persönliche Beratung zu Verordnungen

Mittelfranken	Dr. Elfriede Buker	09 11 / 9 46 67 – 6 71	Elfriede.Buker@kvb.de
	Dr. Claudia Fischer	09 11 / 9 46 67 – 6 75	Claudia.Fischer@kvb.de
	Sonja Hofmann	09 11 / 9 46 67 – 6 73	Sonja.Hofmann@kvb.de
	Angela Krath	09 11 / 9 46 67 – 7 69	Angela.Krath@kvb.de
München	Barbara Krell-Jäger	0 89 / 5 70 93 – 34 12	Barbara.Krell-Jaeger@kvb.de
	Elke Eiglmeier	0 89 / 5 70 93 – 28 79	Elke.Eiglmeier@kvb.de
Niederbayern	Ulrich Störzer	0 94 21 / 80 09 – 4 46	Ulrich.Stoerzer@kvb.de
Oberbayern	Marion Holzner	0 89 / 5 70 93 – 45 16	Marion.Holzner@kvb.de
Oberfranken	Sascha Schneider	09 21 / 2 92 – 3 44	Sascha.Schneider@kvb.de
Oberpfalz	Arwed Acksel	09 41 / 39 63 – 3 92	Arwed.Acksel@kvb.de
	Birgit Schneider	09 41 / 39 63 – 1 70	Birgit.Schneider@kvb.de
Schwaben	Julia Schäfer	08 21 / 32 56 – 1 43	Julia.Schaefer@kvb.de
	Beate Selge	08 21 / 32 56 – 1 41	Beate.Selge@kvb.de
Unterfranken	Annegret Ritzer	09 31 / 3 07 – 5 19	Annegret.Ritzer@kvb.de

Meldungen über Dienstplanänderungen (Diensttausch, Vertretung und Erreichbarkeit)

Oberbayern, Niederbayern und Schwaben		Unter-, Mittel- und Oberfranken und Oberpfalz	
Telefon	0 89 / 57 95 70 – 8 50 10	Telefon	09 21 / 78 51 75 – 6 50 10
Fax	0 89 / 57 95 70 – 8 50 11	Fax	09 21 / 78 51 75 – 6 50 11
E-Mail	Dienstaenderung.vbzm@kvb.de	E-Mail	Dienstaenderung.vbzn@kvb.de

*Bitte beachten Sie, dass KV-SafeNet nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger oder vertraglicher Verbindung steht.

Persönliche Beratung zur Praxisführung

Mittelfranken	Frank Eckart	09 11 / 9 46 67 – 4 21	Frank.Eckart@kvb.de
	Hans-Dieter Moritz	09 11 / 9 46 67 – 3 50	Hans-Dieter.Moritz@kvb.de
	Joachim Streb	09 11 / 9 46 67 – 3 71	Joachim.Streb@kvb.de
München	Stefano Giusto	0 89 / 5 70 93 – 42 08	Stefano.Giusto@kvb.de
	Nicole Mohrelt	0 89 / 5 70 93 – 35 59	Nicole.Mohrelt@kvb.de
	Ruth Stefan	0 89 / 5 70 93 – 35 67	Ruth.Stefan@kvb.de
	Anneliese Zacher	0 89 / 5 70 93 – 43 30	Anneliese.Zacher@kvb.de
Niederbayern	Anton Altschäffl	0 94 21 / 80 09 – 3 01	Anton.Aaltschaeffl@kvb.de
	Heidi Holzleitner	0 94 21 / 80 09 – 3 05	Heidi.Holzleitner@kvb.de
	Martin Pöschl	0 94 21 / 80 09 – 3 13	Martin.Poeschl@kvb.de
Oberbayern	Peter Fiedler	0 89 / 5 70 93 – 43 01	Peter.Fiedler@kvb.de
	Katharina Fränkel	0 89 / 5 70 93 – 32 15	Katharina.Fraenkel@kvb.de
	Stephanie Weidmann	0 89 / 5 70 93 – 35 68	Stephanie.Weidmann@kvb.de
Oberfranken	Michaela Hofmann	09 21 / 2 92 – 2 29	Hofmann.Michaela@kvb.de
	Iris Püttmann	09 21 / 2 92 – 2 70	Iris.Puettmann@kvb.de
	Beate Wolf	09 21 / 2 92 – 2 17	Beate.Wolf@kvb.de
Oberpfalz	Franz Ferstl	09 41 / 39 63 – 2 33	Franz.Ferstl@kvb.de
	Siegfried Lippl	09 41 / 39 63 – 1 51	Siegfried.Lippl@kvb.de
Schwaben	Siegfried Forster	08 21 / 32 56 – 2 23	Siegfried.Forster@kvb.de
	Michael Geltz	08 21 / 32 56 – 1 05	Michael.Geltz@kvb.de
	Sylvia Goldschmitt	08 21 / 32 56 – 2 37	Sylvia.Goldschmitt@kvb.de
	Anja Rößle	08 21 / 32 56 – 2 32	Anja.Roessle@kvb.de
	Dieter Walter	08 21 / 32 56 – 2 31	Dieter.Walter@kvb.de
Unterfranken	Michael Heiligenthal	09 31 / 3 07 – 3 02	Michael.Heiligenthal@kvb.de
	Christine Moka	09 31 / 3 07 – 3 03	Christine.Moka@kvb.de
	Peter Schäfer	09 31 / 3 07 – 3 01	Peter.Schaefer@kvb.de

Persönliche Beratung zu Qualitätsmanagement, Qualitätszirkeln und Hygiene in der Praxis

Nutzen Sie unsere Beratungskompetenz:

- Wir beraten Sie zu allen Bereichen des Qualitätsmanagements von A wie Arbeitsanweisung bis Z wie Zertifizierung.
- Wir unterstützen Sie bei der Ausbildung zum Qualitätszirkel-Moderator, der Planung und Initiierung eines Qualitätszirkels und der Dokumentation Ihrer Sitzungen.
- Wir beraten Sie bei der Umsetzung und dem Aufbau eines Hygienemanagements in der Praxis.

Tatjana Mecklenburg	09 11 / 9 46 67 – 3 19	Tatjana.Mecklenburg@kvb.de
Wiebke Robl	09 11 / 9 46 67 – 3 36	Wiebke.Robl@kvb.de

Beratung

Wir helfen Ihnen gerne telefonisch zu folgenden Zeiten und Themen:

emDoc (Abrechnung Notarzdienst)
 Montag bis Freitag:
 9.00 bis 15.00 Uhr
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 8 80 88
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 6 49 25
 E-Mail emdoc@kvb.de

MammaSoft
 Montag bis Donnerstag
 7.30 bis 17.30 Uhr
 Freitag
 7.30 bis 16.00 Uhr
 Telefon 0 89 / 5 70 93 – 4 01 00
 Fax 0 89 / 5 70 93 – 4 01 01
 E-Mail MammaSoft-IT-Support@kvb.de

- Technischer Support für Untersuchungsdokus
- Benutzermanagement und Abrechnung



VORSCHAU



ASV: NEUER SERVICE

Wie unterstützt die KVB bei der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung?



INTERNET DER DINGE

Objekte vernetzen sich selbst



KOSTENERSTATTUNG

Krankenkassen müssen zeitnah entscheiden



ARZNEIMITTELTHERAPIE

Aktuelle Studien zu Interaktionen bei Schilddrüsenhormonen