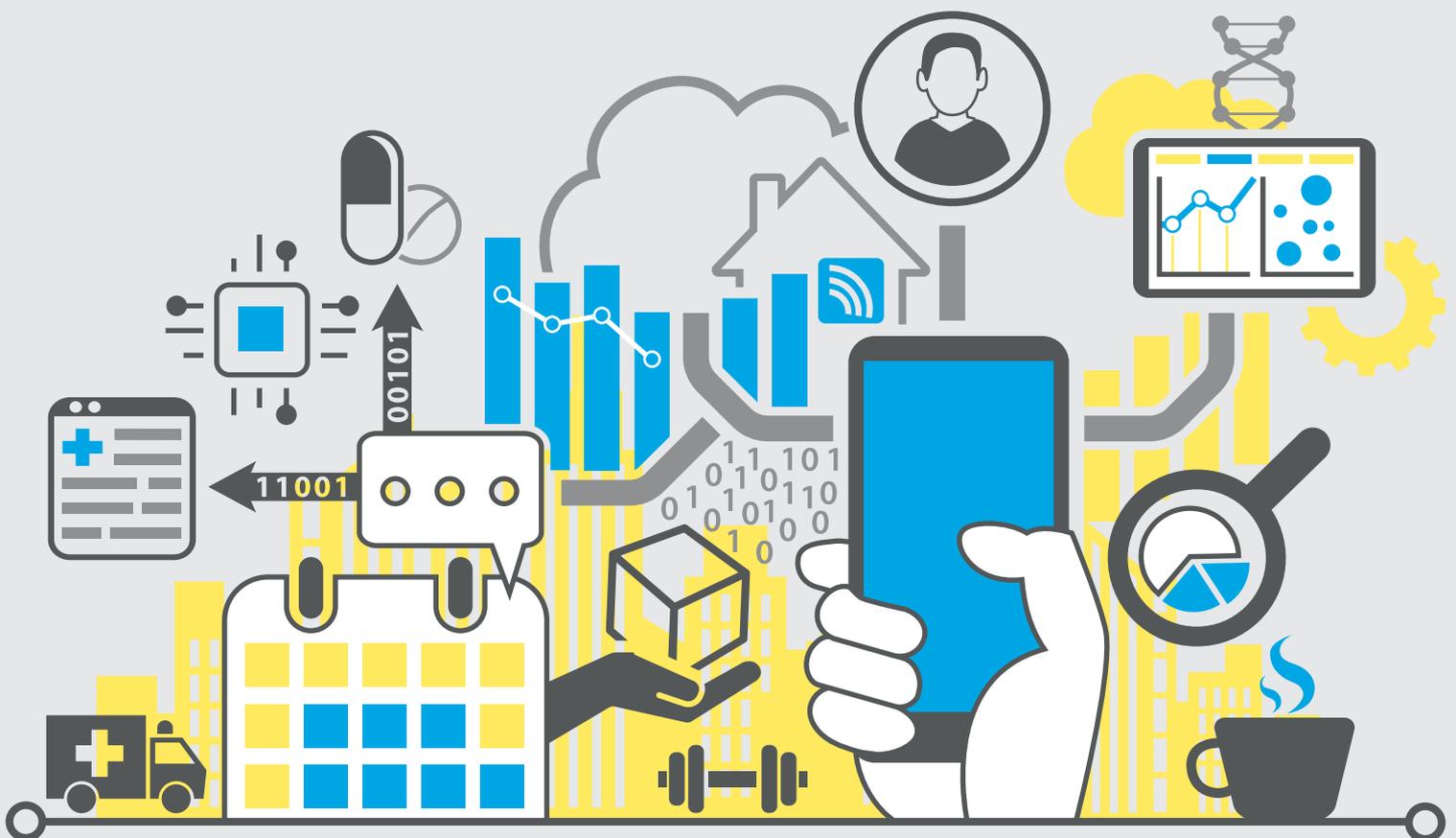


Infobrief 02/2018

Digitalisierung in O und U: Chancen für die Versorgung



Novellierung der GOÄ –
Schwerstarbeit unter einem
neuen Minister

Update 2018: Honorararzt und
Antikorruption

EU-Datenschutzregelung:
BVOU-Rahmenvertrag wird gut
angenommen

→ Inhalt

03 Editorial

04 Schwerpunkt: Digitalisierung

- 04 Dezentralisierung und Medialisierung von Gesundheitsbeziehungen
 - 06 Digitalisierung: Von der Versorgung gedacht, für Arzt und Patient gemacht
 - 08 Profilaktualisierung auf Orthinform
 - 09 Orientierung im digitalen Dschungel
 - 10 Dr. Gerd Rauch: Keine Delegation an einen Algorithmus; Nordrhein: Digitalisierung in der Diskussion
 - 11 Telematikinfrastruktur: Wie geht es weiter?; „Ich warte lieber, bis die Technik ausgereift ist“; „Ich denke, die Beobachtungsphase ist vorbei.“
 - 15 Arztsuche: Patienten wünschen sich mehr Infos zu Leistungen und Fachkenntnis; Wie digital sind deutsche Praxen?
 - 17 „DoctorBox“ – eine digitale Gesundheitsakte
 - 19 Leserbrief Jameda, News
-

20 Berufspolitik

- 20 Ausschließliche Fernbehandlung wird erlaubt
 - 22 Update 2018: Honorararzt und Antikorruption
 - 24 Blankoverordnung: Erste Ergebnisse zu Modellvorhaben; Entbudgetierung in der ambulanten Versorgung
-

25 News und Service

- 25 Fragen zu Videosprechstunde und Kooperation mit der DAAG
 - 26 Aufklärung für Kinder – und Eltern
 - 27 Orthofit 2018 mit Jens Spahn – und Ihnen?; Spahn bereits 2011 Orthofit-Schirmherr
 - 28 samedi: Digitales Praxismanagement
 - 29 Fachstudienreise nach Israel
 - 30 Kinesiotape-Formular
-

- 31 Poloshirts für Klinik und Praxis
 - 32 Neu- und Wiederwahl in drei Landesverbänden
 - 34 Datenschutzpaket nach DSGVO für kleine und mittlere Praxen
 - 35 BVOU-Rahmenvertrag zum Datenschutz gut angenommen
-

36 News aus O und U

- 36 Die Bindung zum Arzt als Faktor in der Schmerztherapie
 - 37 News
-

38 Honorar und Abrechnung

- 38 Novellierung der GOÄ
 - 40 MVZ in Kliniken: Häufiger Verluste; Stellungnahme zum G-BA-Votum für ESWT
-

41 Recht und Versicherung

- 41 Behandlungsfehler: Motive der aktuellen Diskussion
 - 42 Osteopathie-Urteil
-

44 Weiter- und Fortbildung

- 44 BVOU-Versicherungsservice: Exklusive Vorteile der Verbandsmitglieder
 - 45 CLOU-Kurs – Chefarzt und Leitender Arzt in O und U; Summer School und Tag der Studierenden
 - 46 Unternehmerschulung BuS
 - 47 Buchbesprechungen: Schadenbeurteilung am Bewegungssystem; Knie aktiv
 - 48 DKOU – Frühbucherrabatt; Auf nach Italien: FORTE Summer School 2018
-

49 Kursangebote der ADO

52 Mitgliedervorteile

→ Impressum

Herausgeber

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.
Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin
T 030 797 444-44
office@bvou.net
V.i.S.d.P.: Dr. Johannes Flechtenmacher

Autoren dieser Ausgabe:

Dr. Jörg Ansoerg, Oliver Butzmann, Daniel Conta, Anne Faulmann, Dr. Johannes Flechtenmacher, Dr. Jörg Heberer, Stefan Heilmann, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann, Jens Hollmann, Dr. Arne Björn Jäger, Prof. Dr. Jobst-Henner Kühne, Janosch Kuno, Priv. Doz. Dr. Oliver Miltner, Sabine Rieser, Dr. Heiko Schmitz, Frank Stratmann, Lasse Walter

Redaktionsschluss

10.06.2018

Konzept und Gestaltung

Rhowerk – www.rhowerk.de

Druck

Das Druckteam Berlin

Der Infobrief erscheint viermal jährlich.

Als Beilagen sind enthalten: MRT-Kurse Erlangen, Dr. Rinner & Partner GmbH.

Kursanmeldung

Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)
T 030.797 444 59
F 030.797 444 57
info@institut-ado.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,



viele von Ihnen werden in den nächsten Wochen die Koffer packen und in den Sommerurlaub fahren. Oder Ihre Patienten sind unterwegs. Sie alle kommen mit neuen Eindrücken zurück und sicher mit Vergleichen zwischen Ihrem Urlaubs- und Ihrem Heimatland. Solche Vergleiche stellen viele Beobachter des Gesundheitswesens das ganze Jahr über an, aber auch viele Ärztinnen und Ärzte. Ich schließe mich da nicht aus.

Vor kurzem fand der Jahreskongress der European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology (EFORT) statt. Solche Veranstaltungen bieten immer auch eine Plattform zum Vergleich: Wie ist unser Fach anderswo organisiert? Welche „innenpolitischen“ Themen diskutieren Kolleginnen und Kollegen in anderen europäischen Ländern? Mein Eindruck ist: Wir können stolz darauf sein, dass es in Deutschland einen breiten Konsens gibt, wonach die konservative Orthopädie und Unfallchirurgie ein integraler Bestandteil des Fachs O und U ist. Das ist ein Gewinn, und zwar für alle im Fach und für die Patienten. Es liegt deshalb an uns, die Breite und Vielfalt unseres gesamten Könnens im Blick zu behalten und wertzuschätzen, statt uns voneinander abzugrenzen.

Wir dürfen bei aller notwendigen Spezialisierung nicht vergessen, das Ganze im Auge zu behalten. Wir versorgen Patienten mit Erkrankungen, wir versorgen nicht Krankheiten. Wir nutzen Medizintechnik. Aber wir sind keine Techniker und definieren uns nicht über Technik. Wer zu sehr die technischen Aspekte seiner ärztlichen Tätigkeit in den Vordergrund stellt, läuft Gefahr, dass auch andere die entsprechenden Fertigkeiten erwerben und anwenden. Die Wertschätzung dafür sinkt dann, das Honorar oft genug ebenfalls – und das Fach wird am Ende reduziert.

Wir sind Spezialisten für Patienten mit Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems. Wir sollten nicht zulassen, dass – wie in anderen Ländern – Rheumatologen, Physiotherapeuten oder spezialisierte Notfallmediziner ganze Teile unseres Fachs übernehmen, weil dies das Fach schwächt. Das heißt nicht, dass wir auf Austausch und Kooperation verzichten sollten, im Gegenteil: Sie gehören gefördert und bezahlt.

Das gilt auch für sinnvolle Digitalisierung im Gesundheitswesen, das Schwerpunktthema dieses Infobriefs. Wir haben Gastautoren eingeladen, ihre Sicht auf das Thema darzulegen. Wir stellen Digitalisierungsprojekte des BVOU vor wie die Videosprechstunde und andere Neuerungen beim Arztsuch- und Patienteninformationsportal „Orthinform“. Und wir lassen Kollegen zu Wort kommen, darunter Dr. Oliver Miltner mit seinem Projekt einer elektronischen Patientenakte für alle namens „DoctorBox“.

Wie in jedem Infobrief finden Sie darüber hinaus einen breiten Themenmix: Jameda, Fernbehandlung, Antikorruption, GOÄ-Reform, Diskussionen um die Osteopathie, ADO-Kurse und weitere Serviceangebote des Berufsverbands.

Sie vermissen ein Thema? Vielleicht finden Sie es auf unserer Homepage. Auf www.bvou.net halten wir Sie auf dem Laufenden, dort gibt es keinen Redaktionsschluss. Dort finden Sie beispielsweise eine gemeinsame Stellungnahme des BVOU und mehrerer Fachgesellschaften als Reaktion auf eine Veröffentlichung der Bertelsmann-Stiftung. Sie hat sich kritisch mit der zunehmenden Zahl an Knieendprothesen auseinandergesetzt.

Mit freundlichen Grüßen,

Johannes Flechtenmacher,
Präsident des BVOU

mit einer Aussage beim DRG-Forum 2018 zitiert werden: „Das Gesundheitssystem ist auf die Geschwindigkeit der digitalen Entwicklung nicht vorbereitet.“

Vielleicht sind dies aber neue, dezentrale Strukturen, die derzeit allerorts entstehen. Am Beispiel von Grapevine World, einem Unternehmen aus Wien, zeigt sich das besonders deutlich. Das Startup entsteht im Umfeld von Tiani Spirit, einem Unternehmen, das sich seit gut zwei Dekaden um den Austausch medizinischer Daten über Schnittstellen hinweg bemüht. Tiani selbst ist derzeit im Hintergrund prominenter Projekte rund um Patientenakten gesetzlicher Krankenversicherungen tätig. Die Verantwortlichen von Grapevine World denken noch einen Schritt weiter. Daten als Informationsgut sollen in einem eigens geschaffenen Ökosystem dezentral zugänglich gemacht werden. Einfach ausgedrückt: Patienten erhalten einen Anreiz, ihre Daten zu spenden. Für jede Datenspende erhält der Patient eine Art Gutschrift, sogenannte Token (Grapes), die er für individuelle Gesundheitsleistungen oder Zweitmeinungen einsetzen kann. Am Anfang mag das wenig vielversprechend klingen. Solch ein Angebot kann sich aber als Killer-Applikation für erste Bereiche des Gesundheitssystems herausstellen, das mit den zeitgemäßen Anforderungen überfordert ist.

Der Ansatz erinnert nicht von ungefähr an eine eigene Gesundheitswährung. Es entstehen smarte Verträge, die ohne weiteres an eine Patientenakte erinnern, die gar keine mehr sein wird. Derart strukturierte Datenmengen gelten als Big Data. Sie haben dann das Potenzial, Mustererkennungen zu ermöglichen, wie es uns die künstliche Intelligenz verspricht. In ferner Zukunft könnte daraus tatsächlich eine Situation entstehen, die es Patienten ermöglicht, sich selbst zu diagnostizieren. Harte Therapien, wie man sie aus der Unfallchirurgie oder Orthopädie kennt, setzen allerdings nach wie vor einen Experten voraus, der das letzte Wort haben wird. Im besten Fall wirken Patient, Arzt und künstliche Intelligenz gemeinsam.

Mediale Vielfalt als bestimmender Faktor

Die Medialisierung des Gesundheitsgeschehens ergänzt den Arztbesuch um die Möglichkeiten, weitere Informationen zum Umgang mit Diagnose und Therapie zu recherchieren, Gleichgesinnte oder Betroffene ausfindig zu machen oder für erste Indikationen auch begleitende oder ersetzende Therapien unmittelbar aus dem Netz zu beziehen.

Medien verstärken vielfach aber auch die Dilemmata, die eingangs beschrieben wurden. Die demokratisierte Medienvielfalt und ein exponentielles Wachstum an Daten verstärken ein unterschätztes Paradox. Wissen, das kein Verhalten ändert, erscheint uns nutzlos. Wissen, das Verhalten verändert, verliert immer schneller seine Relevanz. Institutionalisiertes Wissen, wie wir es in medizinischen Zusammenhängen finden, bleibt reaktionär.

Abzulesen ist das an der Orientierung des Gesundheitssystems, das sich eher als Reparaturbetrieb versteht, als dass es Eifer zeigt, sich präventiver auszurichten. Die Nutzung frei zugänglicher Informationen verändert nichts, weil diese erst in Tateinheit mit medizinischer Kompetenz ihre Wirkung entfalten. Je mehr wir wissen, desto mehr Wissensdurst haben wir. Insbesondere Patienten. Mit ein Grund, warum das Vertrauen schwindet. Gesundheitsunternehmen haben derzeit wenig Antworten darauf.

Mit den Dezentralisierungsbemühungen im Gesundheitsgeschehen und der medialen Vielfalt, garniert mit immer mehr Daten, steht das Gesundheitssystem vor fundamentalen Umbrüchen. Sie zeigen sich nicht als Tsunami oder Erdbeben. Das System löst sich auf, die so häufig gewünschte Disruption wird Wirklichkeit. Disruption kennt aber nicht nur Gewinner, sondern ist ein brutaler Akt für die marktorientierte Neuordnung.

Interessant ist im Zuge der Einführung von Dezentralisierungen und künstlichen Intelligenzen folgender Aspekt: Keines der außerhalb des Gesundheitssystems angesiedelten Projekte funktioniert allein. Sie müssen sich dem tradierten Gesundheitssystem zuwenden, es für den Paradigmenwechsel gewinnen, um es gleichzeitig zu erneuern.

In der Dezentralisierung liegt der Schlüssel zur Rettung unserer Versorgungsqualität. Die Kosten für eine zentralisierte Verwaltung des Gesundheitsgeschehens durch das System werden sich absehbar potenzieren, was die Dezentralisierung sinnvoll erscheinen lässt und die Bemühungen anheizen wird. Knotenpunkte für Vertrauen im Gesundheitssystem lösen sich auf, weil kein Vertrauen mehr herrscht.

Die Medialisierung ist unumkehrbar und demokratisiert die Informationslandschaft für Gesundheit weiter. Die Hoheitsgebiete für Gesundheitskompetenz liegen schon länger nicht mehr im Krankenhaus oder in der Arztpraxis. Informationen werden stetig dezentralisiert und müssen jetzt strukturiert nutzbar für alle am Gesundheitsgeschehen Beteiligten gemacht werden.

Frank Stratmann, Meschede

Frank Stratmann – Zur Person

Frank Stratmann agiert unter dem Pseudonym @betablogr rund um das Thema „digitale Transformation von Gesundheit“ nicht nur im Netz. Er war für Internetpioniere wie Monster oder Stepstone tätig und wechselte vor 15 Jahren in die Gesundheitswirtschaft. So war er unter anderem als Leiter der Stabsstelle Marketing und PR der Sana Kliniken tätig. Stratmann berät heute Krankenhäuser und Niederlassene in Medizin, Zahnmedizin und anderen Gesundheitsberufen zur Digitalisierung von Gesundheitsbeziehungen. Er wird zudem als freier Berater zu Verlagen und Kongressen eingeladen; zuletzt war er Referent auf dem Hauptstadtkongress 2018. Er ist Mitglied des Vorstands im Bundesverband Internetmedizin e.V.



© Privat

Digitalisierung: Von der Versorgung gedacht, für Arzt und Patient gemacht

„Digitalisierung“ ist in aller Munde und scheint aktuell in jeder Ecke des Gesundheitssystems stattzufinden. Zumindest reden alle darüber. Aber wo sind die konkreten und sinnvollen Anwendungsfelder? Dem interessierten, aber außenstehenden Facharzt ist es kaum möglich, Visionen und Pilotprojekte von konkreten und nutzbaren Modellen zu unterscheiden.

In der Regel ist es schwer, den Aufwand abzuschätzen, den die Einführung eines konkreten Digitalisierungsprojektes für die eigene Praxis oder Klinik bedeutet. Ebenso groß sind die Schwierigkeiten, eine sinnvolle Kalkulation zu erstellen und zu prüfen, ob sich die Vorteile des Digitalprojektes am Ende des Tages wirklich einstellen und rechnen. Die rosaroten Annahmen und Kalkulationen der Anbieter helfen selten weiter.

Die Erfahrungen mit der Einführung der Telematikinfrastruktur zeigen, dass solche Probleme auch bei staatlich verordneten Digitalisierungsprojekten auftreten, selbst wenn diese über ein Jahrzehnt Entwicklungsarbeit hinter sich haben. Und nicht selten kommt es in der Konsequenz zu einer natürlichen Aversion der Anwender gegen alles Neue und Digitale.



Projekt 1: Videosprechstunde im Rahmen des Versorgungskonzepts von BVOU und DAAG

Video-Sprechstunden zwischen Arzt und Patient bieten zeitliche und räumliche Flexibilität. Sie sparen Zeit und Wege und gestalten routinemäßige Konsultationen zwischen Arzt und Patient effizienter. Spätestens beim Auftreten eines dritten Partners, zum Beispiel eines Physiotherapeuten, erhöht sich die Effizienz durch die Video-Sprechstunde enorm, da der aufwändige Prozess einer Terminfindung sowie die Anreise von mindestens zwei Kommunikationspartnern entfällt.

Die ersten großen Krankenkassen unterstützen bereits den Einsatz von Video-Sprechstunden im Rahmen innovativer Versorgungsverträge.

Seit 2017 bietet der BVOU in Zusammenarbeit mit der Deutschen Arzt AG (DAAG) das Versorgungskonzept „Konservative Alternative bei drohenden Operationen“ bundesweit an. Dieser Selektivvertrag gestattet einem funktionierenden Versorgungsteam aus Orthopäden und Physiotherapeuten eine intensive und über das normale GKV-Maß hinausgehende konservative Therapie bei Arthrose und Rückenschmerzen. Die Leistungen werden extrabudgetär vergütet und folgen einem definierten Stufenplan. Zu diesem Stufenplan gehören unter anderem Verlaufskonsultationen mit dem Patienten sowie Abstimmungen zwischen Orthopäden und Physiotherapeuten.

Diese Konsultationen und Abstimmungen können im Rahmen des Selektivvertrages von DAAG und BVOU seit Mai 2018 teilweise auch per Video-Sprechstunde durchgeführt werden und werden mit denselben Sätzen aus dem Selektivvertrag vergütet, wie eine persönliche Konsultation.

Die Partner haben für dieses Anwendungsszenario gemeinsam die Video-Sprechstunde „ortho.sprechstunde.online“ entwickelt, die von Ärzten, Physiotherapeuten und Patienten gleichermaßen genutzt werden kann.

Die Deutsche Arzt AG ist zertifizierter Videodienstleister nach KBV und erfüllt alle relevanten Sicherheitsstandards. Die Video-Sprechstunde kann damit auch in der Regelversorgung genutzt und nach EBM abgerechnet werden.

BVOU als Vermittler und Moderator der Digitalisierung

Der BVOU unterstützt Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie bei der Einführung und Nutzung von Digitalisierungsprojekten in Praxis und Klinik.

Dazu wird das Patienteninformationsportal Orthinform systematisch zu einem Ökosystem ausgebaut, das seinen Nutzern spezifische Digitalisierungsangebote zur Verfügung stellt und in das persönliche Arztprofil von Orthinform integriert. So entfällt jeglicher Installationsaufwand.

Zur Aufnahme von Digitalisierungsprojekten in Orthinform sind aus Sicht des BVOU folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

1. Das Projekt sollte mit wenigen Klicks in Orthinform buchbar und in das persönliche Arztprofil integrierbar sein.
2. Dem Nutzer sollen keinerlei IT-Kenntnisse abverlangt werden und das Projekt mit minimalem Installationsaufwand in den Routinebetrieb übernommen werden können.
3. Alle Projekte müssen konkrete Versorgungssituationen optimieren und sowohl für den Patienten, als auch für den teilnehmenden Arzt einen konkreten, auch finanziellen Nutzen, haben.

Ideal sind also Digitalisierungsprojekte, die interessierte Kolleginnen und Kollegen mit einem Klick in Orthinform freischalten können und die zum Beispiel im Rahmen eines Selektivvertrages oder eines Qualitätssicherungsprojektes besonderen Nutzen stiften und gegenfinanziert sind.

Video-Sprechstunde und Selektivvertrag über Orthinform buchen

Interessenten können das Video-Sprechstundensystem „ortho.sprechstunde.online“ mit einem Klick über das Dashboard von Orthinform buchen. Die Videosprechstunde wird dadurch automatisch im persönlichen Profil der Ärztin bzw. des Arztes auf Orthinform freigeschaltet. Zusätzlich kann die Video-Sprechstunde auch in die eigene Praxishomepage integriert werden.

Die Teilnahme am bundesweit geltenden Versorgungsvertrag „Konservative Alternative bei drohenden Operationen“ kann ebenfalls über Orthinform beantragt werden. Dazu sind weitere Bedingungen zu erfüllen, über die der BVOU und die DAAG, sowohl auf Orthinform als auch im persönlichen Gespräch informieren. Patienten werden über Orthinform sowohl die Teilnehmer am Selektivvertrag, als auch die Ärztinnen und Ärzte finden können, die die Videosprechstunde „ortho.sprechstunde.online“ anbieten. Das mediale Interesse ist groß, wird eine Folge der WDR-Sendung „Quarks & Co.“ mit Ranga Yogeshwar Ende Mai 2018 über Arthrose, die konservative Therapie und die Erfolge des Selektivvertrags berichten. Dort wird auch die Videosprechstunde „ortho.sprechstunde.online“ vorgestellt.

Perspektivisch werden Orthinform-Nutzer auch andere Video-Sprechstunden-Systeme in ihr Arztprofil einbinden können. So ist es heute schon mit beliebigen Online-Terminvergabesystemen möglich, die einfach per Link in das persönliche Arztprofil integriert werden können.

Fazit: Digitalisierung einfach machen!

Die Mitglieder des BVOU und Nutzer von Orthinform können mithilfe der Digitalisierungsprojekte „ortho.sprechstunde.online“ und samedi ihren Praxis- und Klinikalltag effizienter gestalten. Termine können rund um die Uhr und ohne Telefonstress am Empfang von den Patienten gebucht werden. Fachärztinnen und Fachärzte können ihre Patienten durch eine persönliche Video-Beratung während der Therapie begleiten.

Projekt 2: Online-Terminbuchung mit samedi

In Orthinform können beliebige Online-Terminvergabesysteme über einen Link ins persönliche Arztprofil eingebunden werden. Sobald dieser Link eingetragen wurde, wird unter den Kontaktdaten ein gut sichtbarer Button zur Terminvereinbarung eingeblendet.

In Zusammenarbeit mit der samedi GmbH können BVOU-Mitglieder und Orthinform-Nutzer das vielfach ausgezeichnete Online-Terminbuchungs- und Organisationssystem von samedi zu Sonderkonditionen nutzen. Im ersten Jahr ist das samedi-System für BVOU-Mitglieder komplett kostenfrei.

Das samedi-System wird 2018 in Orthinform integriert und mit einem Klick über das Dashboard buchbar sein. Nach Liveschaltung wird der Button zur Terminbuchung im persönlichen Arztprofil automatisch freigeschaltet. Patienten können in Orthinform gezielt nach Ärztinnen und Ärzten suchen, die eine Online-Terminbuchung anbieten.

Wie die Video-Sprechstunde kann auch die samedi-Terminbuchung zusätzlich in die eigene Praxishomepage und andere Arztportale integriert werden.

Sowohl Orthopäden als auch Patienten profitieren in beiden Fällen von einer schnellen, unkomplizierten und direkten Kommunikation. Hinzu kommt mit dem Selektivvertrag von BVOU und DAAG eine extrabudgetäre Vergütung der Video-Sprechstunde.

Durch Integration von Video-Sprechstunde und Online-Terminbuchung in das persönliche Arztprofil auf Orthinform.de können BVOU-Mitglieder ohne jeden technischen Aufwand sofort mit der Nutzung dieser digitalen Dienste beginnen. Patienten und andere Nutzer des Portals können gezielt nach Fachärztinnen und -ärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Video-Sprechstunde oder Online-Terminbuchung suchen und diese kontaktieren.

Dr. Jörg Ansorg, BVOU-Geschäftsführer

Der BVOU ist Betreiber des Portals Orthinform.de, über das sich die breite Öffentlichkeit über Erkrankungen und Behandlungsmethoden des Bewegungsapparates informieren und Experten aus Orthopädie und Unfallchirurgie in ganz Deutschland finden kann.

Profilaktualisierung auf Orthinform: Geben Sie O und U ein Gesicht

Das BVOU-Patientenportal Orthinform wird kontinuierlich weiterentwickelt, nachdem es im Oktober 2017 komplett überarbeitet an den Start ging. Ein zentraler Bestandteil des Portals ist die individuelle Arztsuche für Patienten.

Die persönlichen Arztprofile geben jedem BVOU-Mitglied die Chance, die eigenen fachlichen Schwerpunkte zu präsentieren. Damit sich die Suchergebnisse für Patienten weiter verbessern und das Tätigkeitsspektrum von O und U umfassender abgebildet werden kann, lädt der BVOU seine Mitglieder nochmals dazu ein, ihr Profil zu aktualisieren. Um als Spezialist im Patientenportal Orthinform besser gefunden und wahrgenommen zu werden, können BVOU-Mitglieder in ihrem Profil individuelle Tätigkeitsschwerpunkte auswählen, ihre Sprechzeiten und weitere Praxis- oder Klinikinformationen ergänzen und ein Profilbild hochladen.

Mit dieser Aktualisierung können Ärztinnen und Ärzte ihr regionales Profil schärfen und zugleich die Gemeinschaft aller BVOU-Mitglieder stärken. Denn jedes aktualisierte Profil bereichert das Patientenportal und hilft den Patienten dabei, die richtige Expertin und den richtigen Experten in ihrer Region zu finden.

Um die Übersichtlichkeit der Suchergebnisse und das Nutzerlebnis auf Orthinform weiter zu verbessern, wurden kürzlich einige Anpassungen an den Profileinträgen vorgenommen. Darüber wurden alle Mitglieder, die ein Orthinform-Profil besitzen, per E-Mail informiert.

So werden noch nicht ausgefüllte Profile in der Übersicht der Suchergebnisse verkleinert und nur noch mit Kontaktdaten, ähnlich einem Telefonbucheintrag, angezeigt. Auf allgemeinen Seiten wie der Startseite, unter Lexikoneinträgen und Fachbeiträgen werden nur noch Profile von Ärztinnen und Ärzten angezeigt, die ein Profilbild enthalten. So soll Orthinform noch lebendiger und persönlicher werden, da dem Nutzer auf diesen Seiten immer Ärzte in seiner Umgebung angezeigt werden.

Vor diesem Hintergrund ruft der BVOU-Geschäftsführer Dr. Jörg Ansorg noch einmal alle Mitglieder, die ihr Profil noch nicht aktualisiert haben, dazu auf: „Wählen Sie Ihre persönlichen Tätigkeitsschwerpunkte aus, ergänzen Sie Ihre Sprechzeiten und laden Sie ein Profilfoto hoch. Damit zeigen Sie Gesicht und werden für Nutzer unseres Portals greifbar. Orthinform unterstützt Sie bei Ihrer regionalen Profilierung und schafft gleichzeitig die überregionale Identität von Orthopädie und Unfallchirurgie im Netz.“

Einen Leitfaden für die Profilaktualisierung finden BVOU-Mitglieder auf der Homepage des Verbandes www.bvou.net unter dem Stichwort „Kurzanleitung Orthinform“. Der Login unter orthinform.de/login kann sowohl mit den Login-Daten aus dem BVOU.net als auch schnell und einfach mit dem persönlichen Code von der Rückseite des Mitgliedsausweises erfolgen (Schnell-Login).

BVOU-Presseteam



Das »Wir« der starken
Ärztinnen und Ärzte
in O und U

Werden Sie Teil der starken Gemeinschaft!

DAS WARUM

- Wir präsentieren die Kompetenzen unserer Mitglieder in Praxis und Klinik.
- Wir klären die breite Öffentlichkeit über Prävention, Erkrankungen und Therapie auf.
- Wir schaffen die digitale Identität von Orthopädie und Unfallchirurgie.

DAS NEUE

- Fachärzte in O und U präsentieren ihr Leistungsspektrum in Praxis und Klinik.
- Moderne, mobiloptimierte Profilseite
- Differenzierte Darstellung der persönlichen Expertise
- Arztsuche und Patienteninformation in einem Portal

DER VORTEIL

- Optimiertes Google-Ranking
- Regionale Themenführerschaft in O und U
- Digitalisierungsprojekte mit einem Klick im Profil ergänzen (Terminvergabe, Videosprechstunde, e-Patientenakte u.v.m.)

IHRE AUFGABE

- Eigene Schwerpunkte gezielt auswählen
- Expertise in Gemeinschaftspraxen und Kliniken strategisch aufteilen
- Profilfoto hochladen und Gesicht zeigen
- Regionale Suchergebnisse kontrollieren

Orientierung im digitalen Dschungel

Es gibt nur noch wenige Ärzte, die nicht die Bedeutsamkeit von Bewertungsportalen und digitalen Medien für Ärzte erkannt haben. Dennoch ist es für viele sehr schwierig, ihre positive Reputation aktiv im Internet zu steuern.

Positive wie negative Bewertungen auf den Portalen haben einen direkten Einfluss auf den Praxisalltag und die medizinische Reputation von Ärzten. Was viele Ärzte überrascht: Auch ohne eigene aktive Beauftragung sind sie auf sämtlichen Bewertungsportalen mit einem Profil präsent. Die Portale sind nicht verpflichtet, eine Einverständniserklärung von Ärzten dafür einzuholen und können die Bewertungsfunktion sofort aktivieren. Es verhält sich ähnlich wie mit dem Hotel- oder Restaurantbesuch. Gastronomen können sich genau so wenig davor schützen, dass sie im Internet bewertet werden. Diese Bewertungen führen im positiven Fall zu mehr Gästen und im negativen Falle zu einbrechenden Kundenzahlen.

Auch wenn manche Ärzte bereits von einem modernen Pranger sprechen, ist es in jedem Fall ratsam, nicht den Kopf in den Sand zu stecken, sondern sich selbst mit diesem digitalen Dschungel zu beschäftigen oder mit einem kompetenten Partner mit Schwerpunkt medizinisches Reputationsmanagement zu kooperieren. Gerade für diejenigen, die den digitalen Medien manchmal noch kritisch gegenüberstehen, ist es insbesondere bedeutsam, diesen Sachverhalt nicht zu ignorieren. Denn zunehmend suchen Patienten und ihre Angehörigen eine Orientierung über ärztliche Kompetenzen und die qualitative Einschätzung anderer Patienten im Internet. In welchem Ausmaß Patienten täglich Portale aufsuchen, belegt die Tabelle.

Die Besucherzahlen der Bewertungsportale sprechen eine klare Sprache: Persönliche Empfehlungen in den Online-Medien sind ein entscheidender Faktor für die Patientenzahlen in Praxen und Kliniken. Die Bewertungsportale sind aus unserer Einschätzung einflussreicher als die herkömmliche Mund-zu-Mund-Empfehlung.

Wer selbst schon einmal tätig werden will, kann beispielsweise auf der Seite alexa.com oder seobility.net einen ersten Eindruck gewinnen. Sicherlich ist ein gewisses Praxiswissen notwendig, um ohne Fachexpertise Ranking und Bewertungen aktiv zu steuern. **Einen weiteren Eindruck können Sie mit dem Webinar des BVOU Study Clubs „Digitales Reputationsmanagement für Ärzte – Live-Webinar“ am 31.10.2018 gewinnen.**

Um ein monatliches Reputationsradar für die mehr als 20 Bewertungsportale zu erhalten, können Sie dies, wie Ihre Abrechnung, in die Hände eines professionellen Dienstleisters mit spezieller Expertise des Gesundheitswesens geben. Selbstverständlich können in Praxen und Kliniken auch Mitarbeiter für dieses sensible Thema qualifiziert werden. Die Deloitte-Studie 2014 „Global Survey on Reputation Risk“ ergab, dass 87 Prozent der Befragten das Risiko des Verlustes der Reputation für gefährlicher halten als jedes andere Unternehmensrisiko. Viele Ärzte konsultieren daher Partner zum Thema medizinisches Reputationsmanagement und arbeiten gemeinsam konkrete Zielvereinbarungen für ihre Profile aus.

Dass die Zukunft den Bewertungsportalen gehört, macht sicherlich nicht zuletzt deutlich, dass Jameda 2016 für 46,8 Millionen Euro von einer Tochter der Hubert Burda Media Holding gekauft wurde. Das noch neue Arztsuch- und Patienteninformationsportal Orthinform des BVOU hat zwar noch nicht die Zugriffszahlen wie die großen Portale. Es ist aber dafür entscheidend besser, vor allem bezüglich der Beratung zu Erkrankungen und Therapieoptionen des Bewegungsapparates. Und es vermittelt den Patienten direkt an einen kompetenten Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Jens Hollmann, Inhaber des Unternehmens medplus-kompetenz, Autor von „Führungskompetenz für Leitende Ärzte“ (2012) und „Strategie- und Change-Kompetenz für Leitende Ärzte“ (2015)



© Privat/Hollmann

Daniel Conta, Wirtschaftsinformatiker (B.Sc.), IT-Administrator medplus-kompetenz, aufgrund einer chronischen Erkrankung intensive Kenntnisse zu digitalem medizinischen Reputationsmanagement



© Privat/Conta

Portale	Arztauskunft	Ärzte.de	Doc Insider	Golocal	Jameda	Sanego	Weisse Liste
Tägliche Besuche der letzten sechs Monate im Durchschnitt	21.000	1.200	1.100	13.000	137.000	36.000	5.400
Abgegebene Bewertungen	> 100.000	105.000	> 110.000	> 3 Millionen	> 2 Millionen	445.000	900.000

Drei Reaktionsmuster und ihre Risiken

1. Ich höre nichts: „Mein Reputationsbild ist mir unbekannt. Ich brauche meine Zeit für andere Tätigkeiten.“ Risiko: Unwissenheit über das eigene Profil im Internet schützt nicht vor negativen Folgen aufgrund von diskreditierenden Patientenbewertungen.

2. Ich sehe nichts: „Meine Profile sind so, wie der Portalbetreiber diese angelegt hat. Was kümmert es mich?“ Risiko: Fehlende oder falsche medizinische Schwerpunkte bleiben unkorrigiert und führen nicht zu den gewünschten Patienten.

3. Ich sage nichts: „Ich lasse negative (unberechtigte) Bewertungen unkommentiert auf den Portalen stehen.“ Risiko: Durch unterlassene Reaktion gehen Sie ein hohes Risiko ein und lassen die Beschädigung Ihrer Reputation zu, indem Sie sich nicht äußern.

Dr. Gerd Rauch: Keine Delegation an einen Algorithmus

Die Digitalisierung hilft der Medizin, die ständig wachsenden Anforderungen an die Versorgung der alternden Bevölkerung zu meistern. Die Rolle des Arztes bleibt dabei allerdings gleich. Die Verantwortung für die Diagnostik und Therapie darf nicht an einen Algorithmus delegiert werden und die persönliche Zuwendung muss integraler Bestandteil der Behandlung bleiben. Darauf hat Dr. Gerd Rauch, BVOU-Landesvorsitzender in Hessen und Kongresspräsident des BVOU beim DKOU 2018, in Baden-Baden hingewiesen.



© Haumann-Frietsch

Dr. Gerd Rauch
bei der VSOU-Eröffnung

„Die Digitalisierung mit ihren Schwerpunkten Telemedizin, E-Health und M-Health bietet zweifelsohne große Chancen“, sagte Rauch. Als Beispiele nannte er unter anderem die elektronische Gesundheitskarte, die Videosprechstunde, die videobasierte Kommunikation mit den Kollegen, die dreidimensionale Bildrekonstruktion der CT- und MRT-Datensätze und nicht zuletzt das große Feld der mobilen Anwendungen, also der vielen Apps für Diagnostik, Fitness und Gesundheit.

„Obwohl wir jede einzelne dieser Leistungen dringend brauchen, sollten wir bei aller Euphorie über die Chancen der Digitalisierung nicht vergessen, dass die körperliche Untersuchung ein integraler Bestandteil der Befunderhebung ist. Berühren und Berührtwerden sind Teil des Behandlungsprozesses“, betonte der DKOU-Präsident gleichzeitig. „In unserem Fach kommt die Videosprechstunde deshalb nicht für die gründliche Eingangsunter-suchung infrage. Sie eignet sich nur für die Verlaufskontrolle,

insbesondere dann, wenn die Patienten weite Strecken auf sich nehmen müssten, um zur Praxis oder ins Krankenhaus zu kommen. Die menschliche Zuwendung ist in der Medizin nicht ersetzbar.“

Die digitalen Lösungen könnten Ärzte und medizinische Fachangestellte entlasten. Allerdings seien die Aufgaben nicht beliebig an einen Algorithmus delegierbar: „Der Arzt ist und bleibt derjenige, der diagnostiziert und therapiert, nicht irgendeine Software oder eine App.“ Das Ziel der Digitalisierung müsse eine bessere Patientenversorgung sein: „Wir sollten ihre Vorteile nutzen, aber beständig abwägen, ob die digitale Lösung dem Patienten tatsächlich dient.“ Die Digitali-

sierung dürfe auch nicht dazu führen, dass der Arzt gegängelt, überwacht und in seiner therapeutischen Freiheit eingeschränkt wird. Untrennbar mit der Digitalisierung verbunden sei auch der Datenschutz.

Hohe Standards müssten auch an die Gesundheitsinformationen im Netz angelegt werden. „Der BVOU hat mit Orthinform ein Portal ins Leben gerufen, auf dem aktuelle Patienteninformationen zu finden sind, ein Diagnose-Assistent sowie ein Tool, mit dem Ärzte und Unfallchirurgen in Wohnortnähe gesucht werden können“, erläuterte Rauch. „Die Patienten können sich dann auf die jeweilige Internetseite des Arztes oder Unfallchirurgen weiterklicken und sich selbst ein Bild von der Qualität der Praxen und Krankenhäuser in ihrer Umgebung machen.“

VSOU Presse

Nordrhein: Digitalisierung in der Diskussion

Um Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitswesen ging es Mitte April bei einer Veranstaltung der KV Nordrhein. Mit dabei: Der BVOU-Landesvorsitzende Nordrhein, Dr. Roland Tenbrock. Der niedergelassene Mediziner, der per Videosprechstunde Empfehlungen zur Therapie gibt. Das Ärzteteam, das per Telekonsil das Know-how eines entfernten Experten zu Rate zieht. Der Patient, der mit seiner App auf dem Smartphone seinen Gesundheitszustand überprüft – dies alles sind Mosaiksteine im großen Digitalisierungspuzzle in der Gesundheitsversorgung. Die moderierte Diskussion zeigte: Das Spannungsfeld zwischen „Dr. Google“, Selbstvermessung, Videosprechstunde, Telematikinfrastruktur und Datenschutz ist groß.



© KVNO

Analoges Treffen zur digitalen Zukunft des Gesundheitswesens mit Dirk Ruiss, Leiter der vdek-Landesvertretung NRW, Rainer Beckers, Geschäftsführer ZTG, Regina Behrendt, Referentin der Verbraucherzentrale NRW in Düsseldorf, KVNO-Vorstandsvorsitzender Dr. med. Frank Bergmann, Orthopäde Dr. med. Roland Tenbrock, „Doc Esser“ und Dr. med. Carsten König, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der KVNO (v.l.n.r.).

benötige ich zwei bis drei Minuten – das spart Zeit, und die Patienten sind begeistert.“ Für den Ausbau solcher Anwendungen braucht es eine Flexibilisierung – zum Beispiel beim Fernbehandlungsverbot. Dr. Frank Bergmann, Vorstandsvorsitzender der KV Nordrhein verlangte, dass das Verbot bestehen bleiben, der Spielraum für telemedizinische Angebote aber größer werden sollte.

„Halbwissen“ könne man Patienten nicht vorwerfen, sagte Regina Behrendt von der Verbraucherzentrale NRW. „Das Internet ist maximal unübersichtlich. Deshalb brauchen wir Seiten und Anlaufstellen mit geprüften, verlässlichen Informationen.“ Dafür plädierte auch Dirk Ruiss, Leiter der NRW-Landesvertretung des Verbands der

Ersatzkassen (vdek). „Früher haben wir uns über den unmündigen Patienten beklagt. Der Preis der Freiheit ist, dass wir unbegrenzt an Informationen kommen, deren Qualität man nicht sofort beurteilen kann.“ Dies löse bei vielen Überforderung aus. Fazit: Die Digitalisierung darf kein Selbstzweck sein.

Dr. Heiko Schmitz, Leiter Bereich
Presse und Medien, KV Nordrhein

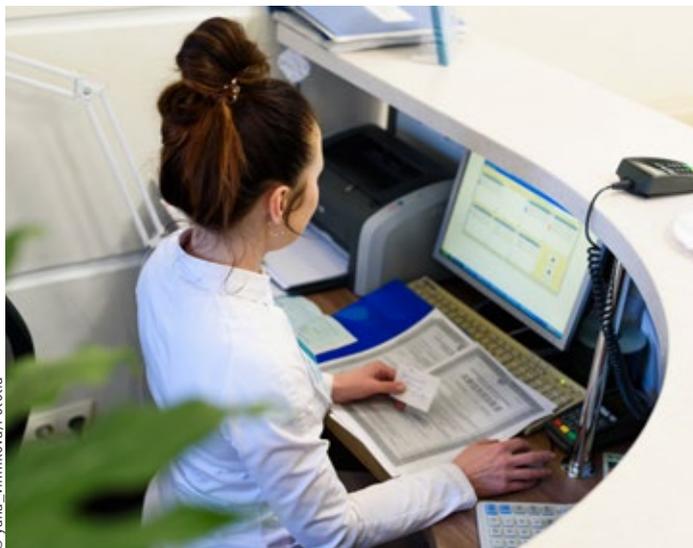
Telematikinfrastruktur: Wie geht es weiter?

Nach wie vor sind viele Fragen offen beim Rollout und der Finanzierung der Telematikinfrastruktur (TI). Zum Zeitpunkt des Redaktionsschlusses dieses Infobriefes gab es weder abschließende Informationen zur Zulassung weiterer Konnektoren noch zu den endgültigen Finanzierungspauschalen für die TI-Komponenten. Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) hält unterdessen an der Frist Dezember 2018 für den Anschluss aller Praxen an die TI fest.

Seit Ende März hatten Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und GKV-Spitzenverband über eine Anpassung der Finanzierungspauschalen für die TI verhandelt. Ende Mai erzielten sie unter Moderation des Bundesgesundheitsministeriums dann schließlich eine Einigung. Hintergrund der Neuverhandlungen: Im dritten Quartal wäre die Erstattungspauschale für den Konnektor von vorher 1.909,98 Euro auf 720 Euro gesunken. Die Pauschalen waren vor mehr als einem Jahr vereinbart worden in der Erwartung, dass die Preise aufgrund der Marktentwicklung fallen würden. Weil es nach wie vor allerdings nur einen Konnektor-Anbieter gibt und die erwartete Preisentwicklung deshalb ausblieb, wurde nachverhandelt. Die Eckpunkte, die dabei nun beschlossen wurden, sind folgende:

- ▶ Die Berechnungsgrundlage für die Erstausrüstungspauschale bildet im dritten Quartal 2018 der um zehn Prozent reduzierte Konnektorenpreis aus dem Vorquartal. Dies ergibt einen ab dem dritten Quartal geltenden Preis in Höhe von brutto 1.719 Euro. Dieser Preis wird ab dem vierten Quartal um weitere zehn Prozent gesenkt auf dann brutto 1.547 Euro.
- ▶ KBV und GKV-Spitzenverband gehen davon aus, dass es in den nächsten Monaten mehrere Anbieter von Konnektoren geben wird, wie seit längerem von der Industrie angekündigt. Dies sollte zu einer Senkung der Angebotspreise führen. Ein zusätzlicher Anbieter ist das österreichische Technologieunternehmen RISE.
- ▶ Sobald der Konnektor dieses Unternehmens am Markt grundsätzlich für alle Arztpraxen verfügbar ist, wollen GKV-Spitzenverband und KBV innerhalb einer Frist von zwei Wochen vor dem Hintergrund der dann aktuellen Marktsituation die geltende Vereinbarung überprüfen und gegebenenfalls ab dem Folgequartal anpassen.

Ob damit, wie gesetzlich vorgesehen, eine vollständige Finanzierung der TI-Anbindung für die Praxen garantiert ist, bleibt allerdings unklar. Peter Andreas Staub, Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz kritisierte die neue Vereinbarung von KBV und GKV-Spitzenverband als unzulänglich, das Marktrisiko liege weiterhin bei den Praxisinhabern. Das sei nicht akzeptabel, so Staub gegenüber dem „Ärzenachrichtendienst“. Auch er wiederholte, dass sich Praxen nur auf ein kostendeckendes Angebot einlassen und sich die Inbetriebnahme des Konnektors für das entsprechende Quartal schriftlich zusichern lassen sollten. Denn für die Erstattungshöhe ist nicht der Zeitpunkt der Bestellung entscheidend, sondern ab wann die Praxis an die TI angeschlossen ist und das Versichertenstammdatenmanagement durchführen kann.



Technik mit Kinderkrankheiten

Währenddessen scheint die Technik in den bereits angeschlossenen Praxen nicht immer reibungslos zu funktionieren. So rät der MEDI Verband Baden-Württemberg Praxen von einer TI-Installation ab, da der Konnektor noch „zu viele Störungen und Kinderkrankheiten“ aufweise. Das erklärte Dr. Werner Baumgärtner, Vorstandsvorsitzender von MEDI Baden-Württemberg und MEDI GENO Deutschland in einem Rundschreiben an die MEDI-Mitglieder. Darin heißt

es: „Der Datenabgleich findet, nach Rückmeldungen aus bisher installierten Praxen, inzwischen schnell genug statt. Allerdings stürzt das System in der Konfiguration mit dem Konnektor häufiger ab und die Praxen können nicht weiterarbeiten.“ Ein Anwender habe deshalb dazu geraten, bei der Umstellung darauf zu achten, dass man ggf. mit seiner alten Konfiguration – also ohne Konnektor – weiterarbeiten können sollte, falls der Konnektor ausfällt.

Auch der BVOU hat seine Mitglieder zur Telematikinfrastruktur befragt. An der Umfrage des Referats Service im BVOU unter Leitung von Dr. Christian Hauschild beteiligten sich Ende April 144 Mitglieder. Von diesen hatten zum damaligen Zeitpunkt erst 22 die neue Technik in ihrer Praxis eingeführt. Bei etwa einem Drittel davon kam es nach Einführung der TI eigenen Angaben zufolge vermehrt zu Serverausfällen. Mehr als 60 Prozent aller Umfrageteilnehmer wollten mit dem Anschluss an die TI noch abwarten, bis die Technik ausgereift ist, beziehungsweise raten ihren Kollegen dazu.

Gassen fordert klare Positionierung von der Politik

„Ich verlange Klarheit von der Politik – und zwar nicht nur für uns, sondern in erster Linie für die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.“ Das sagte Anfang Mai KBV-Vorstand Dr. Andreas Gassen bei der KBV-Vertreterversammlung im Vorfeld des Deutschen Ärztetags 2018, der vom 8. bis 11. Mai in Erfurt stattfand. „Wir brauchen eine verbindliche Aussage des Ministers“, ergänzte er.

Hintergrund: Bundeskanzlerin Angela Merkel hatte kurz vor Beginn des Deutschen Ärztetags bei einem Treffen mit CDU-Kreisvorsitzenden in Berlin nach Medienberichten erklärt, sie gebe ihrem Bundesgesundheitsminister im Hinblick auf die elektronische Gesundheitskarte (eGK) freie Hand. Wenn er der

Meinung sei, die eGK sei nicht zukunftsfähig, dann könne er andere Lösungen suchen. Spahn selbst hatte zuvor im Interview mit der FAZ erklärt: „In den nächsten zwei, drei Monaten werde ich genau analysieren, wo wir stehen bei der elektronischen Gesundheitskarte und der Digitalisierung des Gesundheitssystems. Und dann werde ich entscheiden, wie wir weiter vorangehen.“

Weiter sagte Spahn: „Wir debattieren jetzt seit 14 Jahren über die elektronische Gesundheitskarte. Jenseits von kleinen Modellprojekten allerdings ohne große positive Effekte für die Patienten. Das ist völlig inakzeptabel. Mein Ziel sieht anders aus: Es muss cool werden, dabei zu sein, für Ärzte und Patienten, weil beide die Vorteile in der Versorgung erleben und von der besseren Behandlung profitieren.“ Kurz darauf ließ er sein Ministerium aber klar-

stellen, dass man zunächst an der vereinbarten Installation von Geräten für die TI als auch an der Nutzung der eGK festhalte.

Auch an der Zeitplanung, der zufolge sich alle Praxen bis Ende des Jahres an die TI angeschlossen haben müssen, wolle man weiter festhalten, teilte eine Sprecherin des BMG Ende Mai dem „Deutschen Ärzteblatt“ mit. Damit lehnte das Ministerium die Forderung der KBV ab, die drohenden Honorarkürzungen für nicht angeschlossene Praxen um ein weiteres halbes Jahr bis zum 30. Juni 2019 auszusetzen. Nach Angaben aus verschiedenen Quellen sind mittlerweile etwa 15.000 bis 20.000 von insgesamt 100.000 Praxen an die TI angeschlossen.

Sabine Rieser, Anne Faulmann, BVOU-Presseteam

„Ich warte lieber, bis die Technik ausgereift ist“

Anschließen oder abwarten? Dr. Henning Leunert, niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg aus Brandenburg und Vizepräsident des BVOU, im Kurzinterview über seine Einschätzung der derzeitigen Lage der Telematikinfrastruktur und seine Pläne für die eigene Praxis.



© BVOU

Dr. Henning Leunert

BVOU: Herr Dr. Leunert, halten Sie es für realistisch, dass sich bis zum Ende des Jahres alle Arztpraxen an die TI anschließen können?

Dr. Henning Leunert: Nein, definitiv nicht. Erstens glaube ich nicht, dass es eine ausreichende Menge von Konnektoren geben wird und zweitens halte ich es nicht für machbar, alle Praxen bis dahin anzuschließen. Deshalb ist es auf jeden Fall notwendig, dass hier bei der Frist und den Erstattungspauschalen noch einmal nach-

verhandelt wird. Denn nach dem E-Health-Gesetz sind die Krankenkassen dazu verpflichtet, die Kosten für die Anbindung an die TI zu tragen, auch wenn sich nun alles nach hinten verschiebt aufgrund der Schwierigkeiten auf Seiten der Industrie.

BVOU: Was würden Sie Ihren Kollegen derzeit raten: Besser noch abwarten und die weitere Entwicklung beobachten? Oder jetzt aktiv werden und sich Angebote einholen?

Leunert: Das ist eine Ermessens- und auch eine Mentalitätsfrage. Wer sehr IT-affin ist, für den ist es vielleicht die richtige Entscheidung, die Installation bereits jetzt vornehmen zu lassen. Irgendwann müssen wir uns ohnehin alle anschließen. Allerdings höre ich sowohl von Kollegen, die sich bereits angeschlossen haben, als auch zum Beispiel erst kürzlich in einer Informationsveranstaltung unserer KV, dass die Technik nicht völlig reibungslos läuft und es nach wie vor einige Probleme gibt.

In jedem Fall sollten die Kolleginnen und Kollegen bei jedem Angebot prüfen, dass ihnen auch vertraglich zugesichert wird, wann genau die Installation erfolgt. Und man sollte nur das bezahlen, was auch gefördert wird.

BVOU: Was sind aus Ihrer Sicht derzeit noch die größten Hürden und Probleme im Hinblick auf die TI?

Leunert: Das größte Problem ist aus meiner Sicht, dass es derzeit nur einen Hersteller gibt, der die notwendigen Konnektoren anbietet. Eigentlich ist man davon ausgegangen, dass mittlerweile drei verschiedene Hersteller auf dem Markt sein würden. Der derzeitige Anbieter wirbt zugleich damit, dass man sich frühzeitig an die TI anschließen lassen solle, um die anfangs noch höhere Förderung nicht zu verpassen. Das setzt die Kolleginnen und Kollegen natürlich erheblich unter Druck und lässt Unsicherheit entstehen.

Außerdem heißt es von verschiedenen Seiten, dass die Konnektoren, die bereits ausgeliefert wurden, eventuell noch einmal nachgerüstet werden müssen bzw. ein Update benötigen. Dies wird sicherlich, wenn es denn so ist, kein großes Problem darstellen. Es zeigt allerdings, dass die ganze Hardware noch nicht völlig ausgereift ist.

Auch was die Förderung der Kartenlesegeräte angeht, gibt es noch Schwachstellen. In einer Praxis mit bis zu drei Ärzten bekommt man nur ein Lesegerät erstattet. Das ist aus meiner Sicht zu wenig, sowohl für den regulären Praxisbetrieb als auch zum Beispiel für den Nachtdienst mit mehreren Ärzten. Ich glaube, dass da gerade größere Praxen wahrscheinlich noch einmal nachrüsten müssen, was nachzeitigem Stand allerdings nicht finanziell gefördert wird.

Ein weiteres Problem ist, dass viele Patienten noch die alten Gesundheitskarten haben, die mit den neuen Geräten gar nicht mehr lesesfähig sind. Und bis diese alle von den Krankenkassen ausgetauscht werden können, wird es sicher noch dauern. Hier habe ich schon Bedenken, dass die Krankenkassen vielleicht erst einmal überfordert sind, wenn dann auf einmal eine Flut von Anfragen kommt. Das heißt, selbst wenn man als Praxis dann angeschlossen ist, kann es auch von dieser Seite zu zusätzlichen Beeinträchtigungen kommen. In meinen Augen sind noch viele Dinge ungeklärt, die dann erst im Praxisalltag so richtig zu Tage treten werden.

BVOU: Welche Konsequenz ziehen Sie daraus für Ihre eigene Praxis: Planen Sie trotzdem bereits den Anschluss an die TI? Oder warten Sie lieber noch ab?

Leunert: Wir schrecken derzeit noch davor zurück, unsere gesamte EDV mit den TI-Komponenten umzurüsten, um dann vielleicht ein System zu haben, das noch nicht wirklich rund läuft und ausgereift ist.

Außerdem haben wir, was unseren Telefon- und Internetanschluss betrifft, derzeit noch gar nicht die Voraussetzungen, um unsere Praxis an die TI anschließen zu können. Wir wollen uns also zunächst erst einmal internetmäßig aufrüsten und eine eigene DSL-Leitung einrichten lassen, die dafür notwendig ist. Das würde ich auch alle Kolleginnen und Kollegen raten: Als erstes einmal

die Leistung der anliegenden Internetleitung prüfen zu lassen. Ansonsten warten wir aber erst einmal ab. Ich vertraue da nun auf die KBV und Dr. Kriedel und Dr. Gassen, die angekündigt haben, dass nachverhandelt wird und dass weitere Firmen mit ihren Geräten auf den Markt kommen werden. Deshalb schließe ich auch nicht aus, dass ich möglicherweise im dritten Quartal dann auch eine Bestellung aufgeben. Aber im Moment sind wir da eher zurückhaltend. Ich warte lieber, bis die Technik ausgereift ist und dann angeschlossen wird, wenn sie auch direkt funktioniert.

Herr Dr. Leunert, vielen Dank für das Gespräch.

„Ich denke, die Beobachtungsphase ist vorbei.“

Viele Ärzte warten mit dem Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI) noch ab, da der notwendige Konnektor nach wie vor nur von einem Hersteller angeboten wird. Andere haben den Schritt bereits gemacht und die neue Technik in ihrer Praxis installieren lassen. Einer davon ist BVOU-Mitglied Dr. Peter Kalbe, niedergelassener Facharzt für Chirurgie sowie Orthopädie und Unfallchirurgie in einer Gemeinschaftspraxis in Niedersachsen. Im Interview berichtet er von seinen Erfahrungen und erklärt, was Kolleginnen und Kollegen beachten sollten.



©Priva/Kalbe

Dr. Peter Kalbe

BVOU: Herr Dr. Kalbe, warum haben Sie sich dazu entschlossen, sich bereits frühzeitig an die TI anzuschließen?

Dr. Peter Kalbe: Grundsätzlich sind wir bei neuen Technologien immer früh dabei gewesen, um sie zu testen und ihre Vorteile nutzen zu können. Wir haben frühzeitig eine EDV eingeführt und sind seit langem eine papierlose Praxis. Auch den Anschluss an die TI sehe ich vor allem als Einstieg in eine neue Technologie,

die uns künftig eine einfachere und sicherere Kommunikation ermöglichen kann, gerade zum Beispiel über den eArztbrief. Dieser wäre für uns vor allem auch für die Kommunikation mit dem Krankenhaus vor Ort, mit dem wir kooperieren, von großem Vorteil. So könnten wir endlich von dem veralteten Kommunikationsmittel Fax-Arztbrief wegkommen.

Außerdem wollte ich nicht in den Pulk von Installationen geraten, der jetzt zu erwarten ist. Denn je weiter das Jahr voranschreitet, desto schwieriger wird es sicher werden, noch Termine für den Anschluss zu bekommen. Ein weiteres Argument ist natürlich auch die finanzielle Förderung. Nach der jetzt gültigen Finanzierungsvereinbarung ist es ja so, dass die Erstattungsbeträge ab dem dritten Quartal 2018 deutlich absinken werden. Zwar verhandelt die KBV hier nochmals nach. Aber man kann nicht sicher sein, dass sie damit auch erfolgreich sein wird.

BVOU: Wie sind Sie vorgegangen und wie lange hat es bei Ihnen insgesamt gedauert – vom Einholen eines Angebots bis zur Installation in Ihrer Praxis?

Kalbe: Es war ein kontinuierlicher Prozess, der sich über das letzte Jahr hingezogen hat, seit wir die ersten Informationen erhalten haben. Aber die definitive Entscheidung ist im Spätsommer letzten Jahres gefallen. Wir haben uns für ein Komplettpaket zu einem Festpreis entschieden, wobei uns vertraglich zugesichert

wurde, dass tatsächlich nur die Kosten berechnet werden, die auch von den Kassen refinanziert werden, sofern eine eventuelle Verzögerung in der Verantwortung des Anbieters liegt. Das kann ich jedem nur empfehlen. Zu diesem Zeitpunkt haben wir auch bereits einen festen Installationstermin erhalten, der für den 20. Dezember angelegt wurde. Das heißt, es waren also einige Monate Vorlauf.

Die SMC-B-Karte habe ich dann, sobald es möglich war, bei der Bundesdruckerei beantragt. Das war ungefähr Anfang Dezember und damit schon etwas zeitkritisch. Denn die Karte und die zugehörige PIN mussten pünktlich zum Installationstermin in der Praxis sein. Beides wurde allerdings nicht zusammen, sondern einzeln nacheinander zugeschickt. Leider kam der PIN-Brief dann auch nicht pünktlich zum 20. Dezember in unserer Praxis an, sodass die Installation an dem Tag nicht komplett abgeschlossen werden konnte. Unser Techniker musste sich danach noch einige Male per Fernwartung zuschalten, um noch die Softwareangleichung und alles Weitere vorzunehmen.

So konnten wir den ersten Stammdatenabgleich leider auch nicht mehr wie geplant im alten Jahr durchführen, sondern erst am 2. Januar 2018. Dadurch hätten wir im Grunde einige hundert Euro an Fördergeldern für den Konnektor verloren. Faktisch waren wir durch unseren Vertrag abgesichert und mussten nur das bezahlen, was uns von den Kassen zum Zeitpunkt des ersten Stammdatenabgleichs erstattet wurde.

BVOU: Wie lange hat die eigentliche Installation bei Ihnen gedauert? Und hat sie den Praxisbetrieb beeinträchtigt?

Kalbe: Wir haben eine große Praxis mit einer zusätzlichen Zweipraxis. Dadurch war es etwas aufwendiger, weil wir in zwei Betriebsteilen installieren mussten. So haben wir insgesamt einen knappen Arbeitstag gebraucht. Aber in einer normalen Praxis ist wohl ein Zeitraum von etwa zwei bis drei Stunden das normale Maß, wie ich auch von anderen Kollegen aus orthopädischen Praxen gehört habe. Außerdem muss man natürlich bedenken, dass wir uns bereits sehr früh für einen Anschluss entschieden haben und damit auch noch einige technische

Schwierigkeiten hatten. So ist das bei einem solchen neuen System nun einmal. Deshalb kann man unsere Praxis hier auch nicht unbedingt als Benchmark heranziehen. Die Kollegen, die jetzt installieren, berichten mir, dass bei ihnen alles problemlos läuft.

Der Praxisbetrieb wurde durch die Installation eigentlich nicht beeinträchtigt. Da die EDV nicht komplett heruntergefahren werden muss, kann alles nebenher installiert werden. Das ist also problemlos während des laufenden Betriebes möglich.

BVOU: Sind Sie mit der neuen Technik gut zurechtgekommen? Gab es Dinge, die für Sie neu waren oder vielleicht zunächst nicht ganz klar?

Kalbe: Sowohl bei den neuen E-Health-Kartenterminals als auch bei der SMC-B-Karte war uns zunächst nicht ganz klar, wie viele wir brauchen würden, da wir mehrere Ärzte sind und zwei Betriebsteile haben. Gerade bei den SMC-B-Karten gab es am Anfang sehr unterschiedliche Angaben. Wir hatten aufgrund einer falschen Information für jeden Betriebsteil dann eine solche Karte bestellt. Das brauchten wir aber eigentlich gar nicht, denn die Regel ist: pro Betriebsstätten-Nummer (BSNR) eine SMC-B-Karte.

Es kann natürlich sein, dass man bei verschiedenen Betriebsteilen, die jeweils ein eigenes Netz haben, dann auch zwei Konnektoren braucht. Aber bei uns laufen beide Betriebsteile über einen Server. Dementsprechend haben wir auch nur einen Konnektor und brauchen dafür auch nur eine SMC-B-Karte. Diese wird dann in ein E-Health-Kartenterminal eingesetzt und der Zugang zum TI-Netzwerk damit freigeschaltet. Es können dann mehrere Kartenlesegeräte darüber mit eingebunden werden.

Wir haben zunächst nur ein Kartenlesegerät pro Betriebsteil bestellt, um zu testen, ob das ausreichend ist, und im Moment kommen wir damit sehr gut hin. Denn das Gerät kann auch von mehreren Plätzen aus angesteuert werden, weil es anders als früher nicht mehr direkt an einen Computer angeschlossen, sondern zentral in das gesamte Netzwerk eingebunden ist. Auch das war uns am Anfang einfach noch nicht klar. Deshalb war es in gewisser Hinsicht auch ein bisschen Learning by doing.

BVOU: Lief die Technik bei Ihnen bisher reibungslos? Oder gab es am Anfang im Praxisbetrieb technische Schwierigkeiten?

Kalbe: Ja, die gab es. Anfangs mussten wir das System teils neu hochfahren, weil noch nicht alles zuverlässig funktioniert hat. Aber das kommt bei einer solchen neuen Technik, die im großen Rahmen ausgerollt wird, auch nicht ganz unerwartet. Wir haben hier aber immer schnell Hilfe erhalten, da wir einen direkten Ansprechpartner haben und die Probleme schnell beseitigt werden konnten. Mittlerweile läuft das System stabil.

BVOU: Wie hat sich die tägliche Arbeit in Ihrer Praxis seit dem Anschluss verändert? Nimmt der Stammdatenabgleich mehr Zeit in Anspruch?

Kalbe: Nein, bei den modernen Karten ist der Abgleich in einigen Sekunden erledigt. Für gewöhnlich wechselt man ja ohnehin ein paar Worte mit dem Patienten. In dieser Zeit können problemlos die Stammdaten abgeglichen werden. Das bedeutet, wie ich ganz klar sagen muss, überhaupt keine Beeinträchtigung des Praxisbetriebes.

Kleinere Probleme gab es allerdings dadurch, dass relativ viele Patienten noch die alten Gesundheitskarten der ersten Generation

bei sich haben und man ihnen zunächst erklären muss, dass diese nicht mehr gültig sind und sie eine neue Karte beantragen müssen. Aber die KV Niedersachsen hat für diesen Fall ein hilfreiches Informationsblatt entworfen, das man dem Patienten aushändigen kann.

BVOU: Was sollten Ärzte beachten, die den TI-Anschluss noch vor sich haben?

Kalbe: Ich würde auf jeden Fall raten, jetzt aktiv zu werden und sich ernsthaft mit dem Thema zu beschäftigen. Ich denke, die Beobachtungsphase ist vorbei. Wir hören auch, dass viele andere Kollegen den Anschluss jetzt beantragt und sich Termine gesichert haben.

Wenn man ein gutes Angebot von einem Hersteller erhält, spricht meines Erachtens nichts dagegen, dieses auch wahrzunehmen. Wichtig dabei ist, dass einem vertraglich zugesichert wird, dass man nur das bezahlen muss, was auch refinanziert wird. Am besten sollte man, wenn möglich, eine Pauschale vereinbaren. Denn es ist völlig unwägbar, welche technischen Schwierigkeiten in der eigenen Praxis-Konstellation vielleicht auftreten können. Außerdem ist es aus strategischen Gründen sinnvoll, alles über einen Anbieter laufen zu lassen. Dann hat man auch einen eindeutigen Ansprechpartner, wenn Probleme oder Fragen auftreten sollten. Wenn man zum Beispiel gute Erfahrungen mit dem eigenen Systemhaus und dessen Partnern hat – mit denen man ja meistens auch schon längere Zeit zusammenarbeitet, dann kann man sich durchaus auch dafür an sie wenden, wenn es entsprechende Angebote gibt.

Das ist natürlich leicht gesagt, aber auch nicht immer einfach. Denn nach meinen Informationen bieten noch nicht einmal alle Anbieter von Praxisverwaltungssystemen das entsprechende Software-Update für die TI an. Außerdem gibt es auch nach wie vor nur einen zertifizierten Konnektor, obwohl mehrere weitere angekündigt sind.

BVOU: Aufgrund dieser technischen Schwierigkeiten steht die TI nach wie vor oft in der Kritik. Viele Ärzte bleiben zögerlich. Denken Sie, dass sich bis zum Ende des Jahres alle Arztpraxen an die TI anschließen können und werden?

Kalbe: Ich halte es aus organisatorischer Sicht für eher unrealistisch, dass sich bis zum Ende des Jahres alle anschließen können. Gleichzeitig halte ich es für nicht tragbar, wenn die Ärzte, nur weil sie vielleicht nicht mehr rechtzeitig einen Termin für den Anschluss bekommen haben, dann auf den Kosten sitzen bleiben oder sogar mit Honorareinbußen zu rechnen haben.

Die Ärzteschaft setzt sich auf vielen Ebenen für eine weitere Fristverlängerung ein und dafür, dass auch die Erstattungsbeträge erneut nachverhandelt werden. Aber gerade deshalb sollten nun auch die Ärzte selbst aktiv werden und zeigen, dass sie sich dieser neuen Technik nicht verschließen. Nur so kann man auch sinnvoll gegenüber der Politik argumentieren.

Vielen Dank für das Gespräch.

Die Interviews führte Anne Faulmann, BVOU-Presseteam.



Weitere Neuigkeiten zum Thema Telematikinfrastruktur finden Sie unter www.bvou.net im Themendossier.

Arztsuche: Patienten wünschen sich mehr Infos zu Leistungen und Fachkenntnis

Mehr Informationen über die angebotenen Leistungen, die Fachkenntnisse des Arztes und die Ausstattung der Praxis – das wünschen sich Patienten in Deutschland bei der Suche nach einem passenden Haus- oder Facharzt im Netz. Denn trotz einer Vielzahl von Arztsuchportalen und Praxiswebsites fühlen sich viele Internetnutzer nicht ausreichend informiert.



© ivankos80/Fotolia

So befürchtet etwa jeder Vierte, aufgrund fehlender Informationen nicht den richtigen Arzt zu finden. Das sind die Ergebnisse einer repräsentativen Umfrage von Kantar Emnid im Auftrag der Bertelsmann Stiftung und des Gesundheitsportals Weisse Liste. Darin gaben 66 Prozent der Befragten an, dass das Internet eine wichtige Informationsquelle bei der Arztsuche sei. Informationen aus dem Netz standen an dritter Stelle, direkt nach Verwandten und Freunden (75 Prozent) sowie dem Arzt, bei dem man bereits in Behandlung ist (73 Prozent).

Mehr als die Hälfte der Umfrageteilnehmer nutzt Suchmaschinen, um einen Arzt in der Nähe zu finden (56 Prozent). Immerhin 40 Prozent besuchen gezielt die Website der Ärztin oder des Arztes, und knapp 30 Prozent suchen in Arztsuchportalen nach Informationen zu einem geeigneten Spezialisten. Dabei ist den Befragten besonders wichtig, dass sich Arztsuchportale neutral und werbefrei präsentieren (86 Prozent).

Interesse an Leistungen, Ausstattung und Hygienemaßnahmen der Praxen

Doch welche Aspekte interessieren Patienten auf der Suche nach einem Experten für ihr gesundheitliches Anliegen am meisten? Zur Fachkenntnis und den Erfahrungen mit der Behandlung der eigenen Krankheit wünschen sich 94 Prozent der Befragten umfassende Informationen. Auch das Thema Hygiene in der Praxis (90 Prozent) und angebotene Leistungen wie Vorsorgeun-

tersuchungen (84 Prozent) interessiert sehr viele Patienten. Daneben spielen die Behandlungsergebnisse des Arztes bei bestimmten Erkrankungen (80 Prozent), die Zufriedenheit anderer Patienten (75 Prozent) und die Ausstattung der Praxis, zum Beispiel mit Röntgen- oder Ultraschallgeräten (74 Prozent) eine große Rolle bei der Entscheidung für einen Arzt.

Doch Wunsch und Wirklichkeit gehen hier oft noch auseinander: Zu den Hygienemaßnahmen fühlen sich nur etwa die Hälfte der Befragten gut informiert, zur Ausstattung der Praxis 57 Prozent, zur Zufriedenheit und den Erfahrungen anderer Patienten 60 Prozent. Etwas besser sieht es bei den angebotenen Leistungen und den Fachkenntnissen des Arztes aus, wo sich 65 beziehungsweise 74 Prozent der Befragten ausreichend informiert fühlen.

Vorhandene Versorgungsdaten öffentlich machen?

Die Initiatoren der Umfrage fordern deshalb mehr Transparenz beim Umgang mit Versorgungsdaten aus dem ambulanten Bereich: „In Deutschland werden Daten über die Ausstattung, das Leistungsspektrum und die Erfahrungen der Ärzte von den Kassenärztlichen Vereinigungen erhoben. Die deutsche Gesundheitspolitik sieht jedoch bisher nicht vor, diese öffentlich zu machen“, schreiben Bertelsmann Stiftung und Weisse Liste in einer gemeinsamen Pressemitteilung.

„Unsere Gesundheitspolitiker sind nun gefordert. Sie sollten den gesetzlichen Rahmen so verändern, dass Patienten in Deutschland alle benötigten Informationen haben, um den richtigen Arzt zu finden. Nach dem Vorbild anderer Länder sollten sie eine neutrale Datenannahmestelle errichten und die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu verpflichten, ihre Daten bereitzustellen“, fordert Roland Rischer, Geschäftsführer der Weissen Liste.

Öffentliches Interesse und Patientenwohl sollten hier gleichrangig mit den Bedürfnissen der Ärzte nach Schutz ihrer Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse gewürdigt werden, so Bertelsmann Stiftung und Weisse Liste. Würden personenbezogene Patientendaten anonymisiert genutzt und ein entsprechender Missbrauchsschutz bei der Offenlegung von Routinedaten vorgesehen, könne auch dem Datenschutz Rechnung getragen werden.

Patienten informieren nach ausländischem Vorbild

Andere Länder wie England, die USA oder Dänemark sind bei ihrer „Open-Data-Politik“ schon deutlich weiter, wie das IGES-Institut in einer vergleichenden Studie festgestellt hat. In England zum Beispiel können sich Patienten im Portal „NHS Choices“ des staatlichen Gesundheitsdienstes National Health Service (NHS) darüber informieren, welche Leistungen ein Arzt wie oft und in welcher Qualität anbietet. Dazu werden Abrechnungsdaten von einer staatlichen Institution ausgewertet und Patienten regelmäßig zu ihren Erfahrungen mit dem Arzt oder der Praxis befragt.

Dies sei auch für Deutschland anzustreben, meint Rischer. So sollten Patientenerfahrungen, die Arztpraxen im Rahmen ihres Qualitätsmanagements zum Teil bereits erheben, veröffentlicht werden. „Dann hätten Arztsuchportale eine gute Basis, um dem ausgeprägten Wunsch der Patienten nach mehr Informationen über Qualität und Ausstattung von Ärzten nachzukommen“, so Rischer.

„Versorgungsdaten können und sollten der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden, wenn diese eine entsprechende Relevanz haben und auf hohem Qualitätsniveau evaluiert wurden“, kommentiert Dr. Angela Moewes, Vorsitzende des BVOU-Landesverbandes Westfalen-Lippe und Leiterin des Projektteams des BVOU-Patientenportals Orthinform, die Forderungen der Bertelsmann Stiftung. „Entscheidend ist dabei die Grundlage der Daten und dass diese neutral erhoben wurden. So unterscheiden sich beispielsweise Krankenkassendaten gelegentlich sehr von den Daten, welche durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung erhoben wurden. Grundsätzlich jedoch ist es richtig und wichtig, Versorgungsdaten der Öffentlichkeit zugänglich zu machen“, so Moewes.

Orthinform: Fachspezifische Arztsuche und Patienteninformation

Einen Schritt hin zu mehr Transparenz in der ärztlichen Versorgungslandschaft im Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie macht der BVOU mit seinem Arztsuch- und Patienteninformationsportal Orthinform. Hier finden Patienten detaillierte Informationen zu den Tätigkeitsschwerpunkten und Leistungen von Orthopäden und Unfallchirurgen aus ganz Deutschland.

„Im Unterschied zu anderen Portalen wird Orthinform vom BVOU und damit von Orthopäden und Unfallchirurgen selbst verwaltet und kann dabei auf das Wissen und die Kompetenzen der Verbandsmitglieder zurückgreifen“, erklärt Moewes. „Das Portal kommt dem wachsenden Informationsbedürfnis der Patienten nach, indem es eine an Qualitätsmerkmalen orientierte Arztsuche bietet. Die Suche kann einerseits regional erfolgen, andererseits besteht die Möglichkeit, ganz gezielt nach den fachlichen Schwerpunkten eines Arztes zu suchen.“

Nutzer können gezielt zum Beispiel nach einem Knie- oder Schulter-, einem Rheuma- oder Osteoporose-Spezialisten in ihrer Nähe suchen und erfahren, ob ein Arzt Akupunktur, Stoßwellentherapie oder Funktionsanalysen der Wirbelsäule durchführt. Neben der Arztsuche bietet das Portal ein Patientenlexikon zu Erkrankungen und Verletzungen des Muskel-Skelett-Systems sowie möglichen Behandlungsmethoden und einen Diagnose-Assistenten.

Anne Faulmann, BVOU-Presseteam



Wie digital sind deutsche Praxen?

Welche digitalen Angebote nutzen die rund 165.000 Vertragsärzte und -psychotherapeuten bereits in ihren Praxen? Welche Bedeutung haben diese? Von welchen Anwendungen versprechen sie sich den größten Nutzen? Antworten auf diese Fragen will die KBV mit dem PraxisBarometer Digitalisierung finden. Dazu hat das IGES Institut im Auftrag der KBV seit Mai etwa 6.000 in der ambulanten Versorgung tätige Ärztinnen und Ärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angeschrieben.

„Es gibt bisher kaum fundierte Daten dazu, wie digital die Praxen bereits sind, wo es noch klemmt und was sich die Mitglieder vielleicht wünschen. Mit dem PraxisBarometer Digitalisierung geben wir den Ärzten und Psychotherapeuten die Chance, bei der konkreten Ausgestaltung der Digitalisierung mitzubestimmen“, so KBV-Vorstandsmitglied Dr. Thomas Kriedel.

Es ist die erste Befragung dieser Art in der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Versorgung. Sie soll in regelmäßigen Abständen wiederholt werden, um so die Entwicklung der Digitalisierung in den Praxen abbilden zu können. Eine Veröffentlichung der Ergebnisse ist für Herbst 2018 geplant.

Quelle: KBV

„DoctorBox“ – eine digitale Gesundheitsakte für alle

Um allen Patienten mit Interesse Zugang zu einer digitalen Gesundheitsakte zu ermöglichen, sind Insellösungen von einzelnen Anbietern (z.B. Krankenkassen) keine Lösung. Eine Akte muss für alle zugänglich, einfach zu bedienen und sicher sein.

Die angewandte Digitalisierung in der Medizin, Stand heute, ist sehr heterogen ausgeprägt. Da gibt es auf der einen Seite Kolleginnen und Kollegen, die den Einsatz der Digitalisierung auf ein Minimum reduzieren. Auf der anderen Seite nutzen Kolleginnen und Kollegen spezielle Geräte und Software-Anwendungen um Patientenakten zu führen. Je nach Fachgebiet des Arztes und in Abhängigkeit von seinem Arbeitsort (eigene Praxis, Klinik, Labor) werden verschiedene EDV-Systeme mit individuell mehr oder weniger sinnvollen Akten- und Datensatz-Strukturen verwendet. Die technischen und vor allem menschlichen Herausforderungen, oder besser die Probleme, im Hinblick auf eine geplante zentrale digitale Gesundheitsakte liegen damit auf der Hand.

So lag es nahe, eine digitale Gesundheitsakte unabhängig von Ärzten, Kliniken und Praxissoftware-Anbietern zu entwickeln. Um allen Patienten gleichermaßen Zugang zu einem solchen Service zu gewähren, können auch nicht Insellösungen einzelner Krankenkassen der richtige Ansatz sein.

Um jedoch die wichtigsten und kritischsten Erfolgsfaktoren zu identifizieren, muss man auf die digitalen Best Practise-Beispiele außerhalb des Gesundheitssektors schauen. Digitale Dienste wie Facebook, Google oder Amazon mit ihrer extrem breiten Akzeptanz und Nutzung in der Bevölkerung mögen zwar keine Vorbilder sein im Hinblick auf den Datenschutz. Aber sie zeigen eindrucksvoll, wie erfolgreich digitale Services sein können, wenn man Kunden und Anwender stets in den Mittelpunkt aller Überlegungen und Entscheidungen stellt, und zwar entlang der gesamten Wertschöpfungskette und bei allen erdenklichen Kontaktpunkten.

Daher lassen sich für die Entwicklung und Einführung einer digitalen Gesundheitsakte folgende Basisanforderungen ableiten:

- ▶ Patientenzentrierte digitale Gesundheitsakte
- ▶ 100-prozentige Datenhoheit beim Patienten
- ▶ Entwicklung unabhängig von Krankenkassen, Klinikbetreibern, Praxissoftware-Anbietern



- ▶ Sehr einfache Bedienung für Patienten und Ärzte
- ▶ Keine Zugangs- und Anschlussbarrieren bei Technik, Hard- und Software
- ▶ Datenschutz und Datensicherheit nach deutschem Standard

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) kündigte bereits an, an dem jahrelangen Megaprojekt „elektronische Gesundheitskarte“ seiner Vorgänger nicht mehr wie bisher festhalten zu wollen. In die Entwicklung ist in den vergangenen zehn Jahren bereits rund eine Milliarde Euro geflossen. Stattdessen präferiert Spahn eine einfache App für Patienten, die in Zukunft als elektronische Patientenakte fungieren soll. Unterstützung bekommt er dafür auch von der Bundeskanzlerin.

Und tatsächlich treffen diese Vorstellungen bei den Patienten auf Akzeptanz. 81 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland halten einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung im Auftrag der AOK vom September 2017 zufolge eine digitale Gesundheitsakte für sinnvoll. 78 Prozent

können sich vorstellen, eine solche zu nutzen. Besonders viel Zustimmung kommt von den Menschen, die als Patienten häufig zum Arzt müssen beziehungsweise bei verschiedenen Ärzten in Behandlung sind oder die Ärzte auch mal wechseln. Für sportlich aktive Menschen, Chroniker oder pflegende Freunde oder Familienangehörige sind die Vorteile einer digitalen Gesundheitsakte besonders offensichtlich.

Der Prozess der Übermittlung von Befunden von Arztpraxis und Kliniken zu Patienten ist aber von einer Unsicherheit bei allen Beteiligten geprägt. Ärzte sind dazu verpflichtet, ihren Patienten die persönlichen Behandlungs- und Gesundheitsdaten auszuhändigen und sogar elektronisch in digitale Gesundheitsakten hochzuladen. Dies ist seit 2013 im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) in den Paragraphen 630a ff. geregelt. Dem Patienten steht danach die Überlassung elektronischer Abschriften der Patientenunterlagen zu. Die Überlassung elektronischer Abschriften kann auf Wunsch auch durch Upload in eine digitale Akte erfolgen.

Die Initiatoren des medizinischen Berliner StartUps „DoctorBox“ haben im April eine unabhängige digitale Gesundheitsakte auf den Markt gebracht. DoctorBox wurde 2016 gegründet von PD Dr. med. Oliver Miltner, BVOU-Mitglied, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, niedergelassen in einem großen MVZ, sowie Stefan C. Heilmann, CEO der IEG-Investment Banking Group. Sie bieten seit kurzem eine digitale Gesundheitsakte als App für iOS- und Android-Systeme an.

Mit der App können Patienten sämtliche Gesundheitsdaten wie Befunde, Röntgenbilder, MRT-Bilder, Medikationspläne, Arzttermine und Schmerztagebuch einfach selbst speichern und strukturiert verwalten, ohne Zugriff von Dritten und ohne dafür zusätzliche Geräte oder Software zu benötigen. Den Zugriff auf Daten gewähren die Patienten immer dann, wenn sie dies für sinnvoll und hilfreich halten. Finanziert wurde die Entwicklung der App durch die Gründer der DoctorBox.

Nach den jahrelangen, vergeblichen Bemühungen der Politik, eine einheitliche elektronische Patientenakte einzuführen, kommt jetzt durch diverse Initiativen Schwung in diesen Teil des Digitalisierungsprozesses. Dazu zählt auch das medizinische Berliner Startup „Doctorbox“ (siehe Infokasten). DoctorBox ist eine offene Plattformlösung für alle Patienten unabhängig von der Kassenzugehörigkeit. Es gibt keine Abhängigkeiten zu irgendwelchen Hard- und Software-Strukturen in Praxen und Kliniken.

Bisher befinden sich die sensiblen Gesundheitsdaten von Patienten vor allem in EDV-Systemen von Arztpraxen und bei Krankenkassen. Patienten verfügen in der Regel nur über unstrukturierte und unvollständige Papierordner. Das Angebot von DoctorBox will den Patienten die Hoheit über ihre Gesundheitsdaten zurückgeben. Nutzer der DoctorBox haben alle Daten per App organisiert und griffbereit, können bei Bedarf einen schnellen Einblick in die Gesundheitshistorie geben.

Die ärztliche Betreuung wird gezielter und effizienter, unnötige Doppeluntersuchungen entfallen. Dadurch wird auch eine stärkere Patientenbindung ermöglicht. Einen riesigen Vorteil bietet diese Gesundheitsakte auch an der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär sowie beim Arztwechsel des Patienten.

Die DoctorBox ist kostenfrei und einfach zu bedienen. Der Patient lädt sich einfach die App „DoctorBox“ herunter. Dann erstellt er seine persönliche Gesundheitsakte und kann mit dem Sammeln der Daten beginnen. Zum Teilen von bestimmten Informationen mit einem Arzt kann er dann einzelne Bereiche sicher freigeben.

Für die Unterlagen in der DoctorBox gelten die deutschen Bestimmungen zur Datensicherheit. Die personenbezogenen Gesundheitsdaten werden während der Übertragung über das Internet mittels Transport Layer Security/Secure Sockets Layer (TLS / SSL) verschlüsselt. Die auf dem Endgerät gespeicherten Daten sind ebenfalls verschlüsselt und nur von Patienten mittels Passwort und/oder Fingerabdruck zugänglich.

Aus der App heraus kann der Patient seine Daten auch beim Arzt anfordern. Für Praxen und Kliniken ist das Einspielen der elektronischen Daten kinderleicht und absolut zeitsparend. Ein nerviges Ausdrucken, Zusammensuchen und Verschicken per Post von Unterlagen entfällt. Der Arzt braucht weder zusätzliche Hard- noch Software.

Im Juni 2018 wurde eine erste externe Finanzierungsrunde mit ausgewählten Investoren mit strategischem Mehrwert im Bereich Gesundheit, Technologie und Sales & Marketing abgeschlossen, um für die patientenzentrierte Gesundheitsakte Mehrwertdienste (eindirektionale Anbindungsschnittstelle API zu Gesundheitsdienstleistern, telemedizinische Konsultationen, Zweitmeinungsdienste, Blutwerteanalyse etc.) für die Nutzer einzuführen. Zudem wird ein Gutscheinentwicklungssystem (Stichwort: blockchainbasierter Payment-Token) entwickelt, mit dem Patienten ein dezentrales Bonussystem zur Verfügung gestellt wird, mit dem sie Gutscheine bei medizinischen Leistungserbringern einlösen können.

Priv Doz. Dr. Oliver Miltner, Berlin
Stefan Heilmann, Berlin

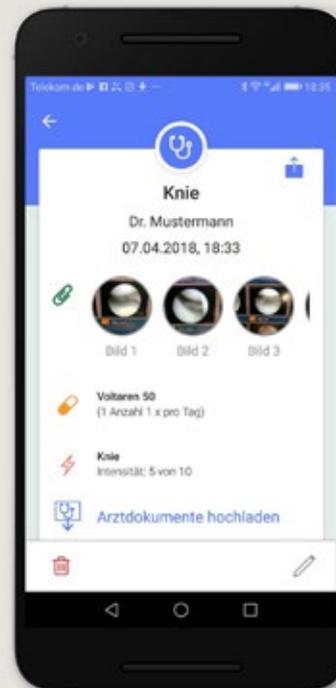
Timeline verwalten



© Miltner/Doctorbox

DOCTOR
BOX

Alle Daten dokumentieren



© Miltner/Doctorbox

DOCTOR
BOX

Jameda, der Bundesgerichtshof und der unlautere Wettbewerb

In die aktuelle Debatte um das Arztsuch- und Bewertungsportal Jameda sind viele Facharztgruppen involviert. Sie schreiben auch dem BVOU, wie ein Leserbrief von Dr. Peter Gorenflos, Gesichts- und Kieferchirurg in Berlin zeigt.

Nach dem Urteil gegen die Profillöschung bei Jameda 2014 erklärte Wolfgang Büscher, Vorsitzender Richter des Bundesgerichtshofes und zuständig in der Angelegenheit, ausdrücklich, dass der Werbe-Aspekt des Portals unberücksichtigt geblieben war. In einer juristischen Fachzeitschrift, deren Herausgeber er auch ist – GRUR Prax – veröffentlichte er daraufhin einen langen, grundlegenden Artikel zum Thema „Soziale Medien, Bewertungsplattformen & Co“. Er kommt in Kapitel 3 (S. 8 ff) zu dem Ergebnis, dass bei Bewertungsportalen mit Präsentations- und Werbemöglichkeiten – genau das ist Jameda – das Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb Anwendung findet und dass der Internetdienstleister in solchen Fällen auch lauterkeitsrechtlich haftet. Deshalb dürfen bei diesen Kombinations-Portalen Profile nicht ohne ausdrückliche Genehmigung aufgestellt werden. Unter asymmetrischen Bedingungen wiegt das Recht auf informationelle Selbstbestimmung mehr, als die Kommunikations-Freiheit des Portalbetreibers. Eine Zwangsrekrutierung hat also zu unterbleiben und kann Schadenersatzforderungen nach sich ziehen. Die Kölner Dermatologin Astrid Eichhorn hatte aber nicht deshalb geklagt. Sie sah völlig zu Recht ihre Persönlichkeitsrechte verletzt, durch das Einblenden von Profilen zahlender Jameda-Kunden in ihrem eigenen Profil. Dass diese zahlende Konkurrenz in der Regel auch die besseren Bewertungsdurchschnitte hatte, blieb bei diesem Urteil unberücksichtigt, denn das war nicht Gegenstand der Auseinandersetzung.

Aber genau darum geht es. Die Wettbewerbsbehörde kann bedauerlicherweise nicht von Einzelpersonen angerufen werden, sehr wohl aber von der Ärzte- und Zahnärztekammer. Die ZEIT-Statistik mit 6.500 Fällen vom 18. Januar, beliebige Stichproben, die Analyse

der schlecht bewerteten Ärzte und Zahnärzte innerhalb von Jamedas Web-Page selbst, sprechen eine so klare und deutliche Sprache, dass die Kammern auf der Grundlage von Wolfgang Büschers Artikel zwingend Klage bei der Wettbewerbsbehörde einreichen müssen. Das gehört zu ihren originären Aufgaben. Unterlassen sie das fahrlässig, dann fördern sie die bereits weit fortgeschrittene und flächendeckende Täuschung von Patienten und die Korrumpierung der Kollegenschaft nach dem Motto: „Wer zahlt, gewinnt“. Solange Jameda sein Werbeportal nicht strikt von einem nicht-kommerziellen Bewertungsportal – mit gleichen Spielregeln für alle Teilnehmer – trennt, kann von Neutralität auf keinen Fall die Rede sein. Die fragwürdige Kombination beider Portaltypen ist das Geschäftsmodell von Jameda, die „manipulative Systemarchitektur“, wie die ZEIT das nennt. Der Wirtschaftsstatistik-Professor Walter Krämer in Dortmund hat gerade eine Master-Arbeit zum Thema ausgelobt. Sie wird die Arbeit von ZEIT-Redakteur Tin Fischer weiter vertiefen und wissenschaftlich fundieren. Auf deren Ergebnisse sollten wir aber nicht warten, denn es besteht Gefahr in Verzug.

Der von Kollegenseite oft erteilte Ratschlag, man möge es sich doch gemütlich zu Hause einrichten, wenn gerade Einbrecher in der Nachbarschaft aktiv sind, ist gut gemeint. Besser wäre es, die Diebe zunächst unschädlich zu machen und sich erst dann wieder über zufriedene Patienten zu freuen, die in der Tat die beste Werbung für die eigene Praxis sind. So sollte es in Zukunft auch wieder sein.

Leserbrief zu Jameda vom 18. Mai 2018:

Dr. Peter Gorenflos,
Turmstraße 73, 10551 Berlin, www.gorenflos.de

Ein weiterer Leserbrief zum Thema ist unter BVOU.net, Stichwort „Jameda“ zu finden.

Kongress: Vernetzung muss beim Patienten beginnen

„Patienten verlangen nach der digitalen Normalität im Gesundheitswesen. Das heißt: Sie wollen von den Vorteilen der Digitalisierung, die sie etwa beim Onlineshopping im Alltag als selbstverständlich wahrnehmen, auch im Gesundheitswesen profitieren.“ Darauf hat Frank Hüppelshäuser, Vorstandsmitglied von AXA, auf dem Hauptstadtkongress in einer Diskussionsrunde hingewiesen, wie der „Tagesspiegel“ berichtet.

„Wenn wir den Wunsch der Patienten nach einem individuellen und flexiblen Gesundheitsmanagement nicht erfüllen, werden sich die Patienten daher anderen Playern zuwenden“, ergänzte Hüppelshäuser. „Damit geht es auch um die Zukunft der medizinischen Versorgung in Deutschland.“

Alle Referenten waren sich einig, dass jegliche Vernetzung beim Patienten beginnen muss. Seine Erwartungen änderten sich grundlegend. Wie wichtig Partnerschaften im Gesundheitswesen sind, um die Chancen der Digitalisierung bestmöglich zu nutzen,

betonte in der Diskussionsrunde auch Dr. Karsten Neumann, Senior Advisor des Competence Center Digital der Roland Berger Holding GmbH: „Die Rollen im Ökosystem Gesundheit werden sich dramatisch verschieben. Das verlangt von allen Beteiligten Kooperationsbereitschaft und neue Kompetenzen im Management von Netzwerken.“
Quelle: Tagesspiegel

Achtung: Falsche Anrufe zur TI-Installation

In einigen deutschen Arztpraxen kam es in letzter Zeit zu betrügerischen Telefonanrufen. Vermeintliche Support-Mitarbeiter der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) sollen von Praxispersonal verlangt haben, eine sogenannte Teamviewer-Session zu öffnen und die Erteilung von Administratorenrechten auf den Servern der Praxis einzuräumen, um die neue TI installieren zu können. Wer dem nicht nachkam, wurde mit Strafen der KV bedroht. Sollte es dazu kommen, gehen Sie bitte nicht auf derartige Anrufe ein, sondern legen Sie einfach auf. Beachten Sie, dass Mitarbeiter der KVen nicht berechtigt sind, Zugang zu Ihrer Praxissoftware zu erlangen.
Quelle: KVNO

Ausschließliche Fernbehandlung wird erlaubt – und häufig vor allem Beratung sein

Eine ausschließliche ärztliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewahrt bleibt. Zudem muss der Patient darüber aufgeklärt werden. Das hat der Deutsche Ärztetag beschlossen – nach intensiver Diskussion.



© Gebhardt/Deutsches Ärzteblatt

Deutscher Ärztetag 2018 in Erfurt

Manche Themen erregen schon die Gemüter, bevor auf dem Deutschen Ärztetag darüber diskutiert wird. Das gilt auch für die ausschließliche Fernbehandlung durch Ärztinnen und Ärzte. Die Lockerung des Fernbehandlungsverbots ist allerdings auch schon Wirklichkeit. Sie wird derzeit in Modellprojekten der Landesärztekammer Baden-Württemberg erprobt (siehe Kasten 2). Außerdem hat die Landesärztekammer Schleswig-Holstein ihre Berufsordnung im April bereits geändert: Ärzte dürfen dort Patienten auch ohne vorherigen persönlichen Kontakt telefonisch oder per Internet beraten. Voraussetzung: Es muss medizinisch vertretbar sein. Die Neuerungen traten Mitte Mai in Kraft.

Im Mai hatte auch der 121. Deutsche Ärztetag mit großer Mehrheit entschieden, die ausschließliche ärztliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien im Einzelfall zu erlauben (siehe Kasten 1). Die Muster-Berufsordnung wird entsprechend geändert, die Berufsordnungen der Landesärztekammern müssen angepasst werden.

Mischko: „Wir müssen diesen Prozess gestalten.“

Der Unfallchirurg Dr. Josef Mischko, Präsident der Ärztekammer des Saarlands und Vorsitzender der Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer (BÄK),

hatte vor der Entscheidung sachlich die Fakten dargelegt, aber auch seine Präferenz verdeutlicht: „Wir wollen und müssen diesen Prozess gestalten und dieses Feld mit unserer ärztlichen Kompetenz besetzen.“

Bislang dürfen nach § 7 Absatz 4 Muster-Berufsordnung Ärzte nicht ausschließlich telemedizinisch behandeln. Allerdings gelten Leistungen als dort erbracht, wo ein Gesundheitsdienstleister sitzt. Vorgaben in der Berufsordnung einer Ärztekammer gelten also nicht für bundesdeutsche Ärzte, die zum Beispiel über Internetplattformen aus der Schweiz oder Großbritannien einen Patienten in Deutschland behandeln. Fernbehandlung ist zudem auch hierzulande nichts völlig Neues. Zahlreiche Fernbehandlungen seien schon möglich, betonte Mischko. Sie sind dann Teil einer Behandlung oder auch einer Notfallsituation geschuldet. Jetzt gehe es lediglich um die ausschließliche Fernbehandlung.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hatte sich mit zehn zu drei Stimmen für den dem Ärztetag vorgelegten Regelungstext ausgesprochen. Wegen vieler offener Fragen regte der Vorstand auch an, bei einem positiven Votum eine Projektgruppe einzusetzen, um weiter zu beraten. Auf jeden Fall unterliege derjenige, der sich für eine innerdeutsche Fernbehandlung oder -beratung entscheide, der Aufsicht seiner Landesärztekammer und der üblichen zivilrechtlichen Haftung.

Die wichtigsten DÄT-Beschlüsse zur Fernbehandlung

- ▶ Eine ausschließliche ärztliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt gewahrt wird. Die Muster-Berufsordnung wird entsprechend geändert.
- ▶ Der Patient muss über die Besonderheiten dieser Beratungs- und Behandlungsform aufgeklärt werden.
- ▶ Die Bundesärztekammer wird aufgefordert sicherzustellen, dass ein weiterbehandelnder Arzt über die stattgehabte Fernbehandlung oder -beratung zu informieren ist.
- ▶ Fernbehandlung und -beratung sollen in bestehende Versorgungsstrukturen eingebaut werden. Es soll kein eigenständiger Versorgungsbereich einer telemedizinischen Primärversorgung entstehen, insbesondere in Form kommerzieller Callcenter. Fernbehandlung soll durch Vertragsärzte erfolgen, im Rahmen des Sicherstellungsauftrags. Kapitalorientierte Gesellschaften dürfen hier keine Konkurrenz werden.
- ▶ Sowohl GKV- wie PKV-Versicherten sollen keine Nachteile entstehen, weil sie eine telemedizinische Versorgung verweigern – oder ihr zustimmen.
- ▶ Die Ausstellung von AU-Bescheinigungen im Rahmen einer ausschließlichen Fernbehandlung lehnt der Ärztetag ab. Ob Verordnungen für Medikamente, Physiotherapien oder Ähnliches ohne Arzt-Patient-Kontakt möglich sein sollen, ist eine Frage, die der BÄK-Vorstand prüfen soll.

Generalablehnung hilft nicht

Im Sommer 2016 hat die Ärztekammer Baden-Württemberg ihre Berufsordnung geändert. Bis dahin war die ausschließliche Behandlung über Kommunikationsnetze untersagt; Videosprechstunde/Telefonie durfte immer nur mit Patienten erfolgen, die der Arzt oder die Ärztin bereits kannte. Im Oktober 2017 genehmigte die Kammer das bundesweit erste Modellprojekt zur ausschließlichen Fernbehandlung, das von der Teleclinic GmbH aus München getragen wird. Im Dezember erhielt die KV Baden-Württemberg die Genehmigung, die ausschließliche Fernbehandlung von Kassenpatienten zunächst in den Modellregionen Tuttlingen und Stuttgart zu erproben. Weitere Modellprojekte folgten.

Dr. Frank J. Reuther, Mitglied des Vorstands der Ärztekammer Baden-Württemberg, hatte Mitte März bei einem Fachforum des Marburger Bundes erklärt, Anstoß für die Änderung der Berufsordnung und die Genehmigung der Modelle sei gewesen, dass mehrere Ärzte in Südbaden für den Schweizer Anbieter Medgate arbeiten wollten, der Fernbehandlung anbiete. Nach seiner Ansicht wird mit Blick auf die Fernbehandlung schon ein gewisser Spagat von den Ärzten verlangt: „Das, was die ärztliche Profession ausmacht, ist nun einmal der direkte Patientenkontakt“, sagte er. Deshalb warne er davor, sich zu tief auf solche Ansätze einzulassen. Wichtig sei aber auch, dass die Ärzte bei aller Beachtung ihrer hohen Standards beachten müssten, was von ihnen gesellschaftlich erwartet werde. Generalablehnungen würden hier nicht helfen.



Dr. Norbert Metke (Mitte) votierte bereits auf der Vertreterversammlung der KBV für eine Erlaubnis zur ausschließlichen Fernbehandlung.

Metke: Fernbehandlung ist da – wird aber als Beratung verkauft

In der ausführlichen Diskussion zum Thema ausschließliche Fernbehandlung kamen sowohl überzeugte Befürworter wie skeptische Gegner zu Wort. Dr. Norbert Metke, auch Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und von Beruf Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, hatte leidenschaftlich dafür plädiert, der Vorlage des BÄK-Vorstands zuzustimmen. „Der digitale Markt ist doch da. Fernbehandlung findet statt und wird tausendfach als Beratung verkauft“, sagte er. „Soll der Arzt im neuen Medium die Federführung haben oder nicht? Oder sollen es die Kassen machen?“ Auch finanziell sei die

Entscheidung wichtig: Niedergelassene erhielten eine Gesamtvergütung. Irgendwann heiße es: „Wenn Ihr nicht mehr berätet am Telefon, dann fließt weniger in die Gesamtvergütung.“ Die Befürworter einer geänderten Berufsordnung führten weitere Gründe an. So plädierte Erik Bodendieck, Präsident der Sächsischen Landesärztekammer, für eine geregelte Freigabe. Wenn Dr. Google und andere einstiegen, sei die Ärzteschaft draußen. Im Umkehrschluss müsse man dann die Rechtsabteilungen der Kammern massiv ausbauen, weil diese gegen alle Kolleginnen und Kollegen vor den Kadi ziehen müssten, die Fernbehandlung anböten. „Wir beraten doch manchmal auch Patienten, die wir nicht kennen“, gab Bodendieck zu bedenken. „Und bei einer Konsultation bekomme ich nicht immer sofort alle Informationen. Überspringen Sie Ihre Ängste!“



© Gebhardt

Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz

Schulz: „Sind wir, Ärzte und Patienten, wirklich die Gewinner?“

Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz, Präsident der Landesärztekammer Brandenburg und ehemaliges BVOU-Vorstandsmitglied, zeigte sich nicht überzeugt. „Uns geht die Definition des Einzelfalls nicht weit genug“, stellte er klar. Man sehe zahlreiche rechtliche Bedenken in Bezug auf die Sicherheit von Patienten, ihre Aufklärung etc. Zu fragen sei auch, ob es Auswirkungen auf die Bedarfsplanung gebe oder möglicherweise mehr Haftpflichtfälle. „Sind wir, Ärzte und Patienten, wirklich die Gewinner?“

Andere Delegierte gaben zu bedenken, dass Goldstandard stets der persönliche Kontakt bleibe. Bei einem nur durch Medien vermittelten Kontakt sei die Wahrnehmung eingeschränkt. Außerdem würden Fernbehandlungsoptionen sicher nicht nur so genutzt, wie die Ärzteschaft dies für wünschenswert halte. „Die Schweizer haben nur die Machbarkeit nachgewiesen, aber nicht belegt, was herauskommt“, lautete ein Einwand. „Das interessiert Junge, Gesunde, die denken, dann geht es ein bisschen schneller“, gab ein Delegierter zu bedenken. „Für die Chroniker bringt es nichts.“

Was also nutzt Patienten? Und welchen? „Hier ist kaum die Sicht der Patienten vertreten“, fand ein Delegierter. „Aber der Patient entscheidet doch. Und da, wo Fernbehandlung gemacht wird, liegen doch keine Leichen auf der Straße.“ Ein Wort löse alle Probleme: Sorgfaltspflicht. Die sei für Ärztinnen und Ärzte auch nach der geänderten Berufsordnung zu wahren.

Sabine Rieser, BVOU-Presseteam

„Telemedizin muss die erkennbaren Vorteile für Ärzte und Patienten nutzen“ – Dr. Franz Joseph Bartmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und Vorsitzender des Telematikausschusses der Bundesärztekammer, im Interview zum Thema Fernbehandlung, erschienen im Blog des Projekts der Bertelsmann-Stiftung „Der digitale Patient“ unter: <https://blog.der-digitale-patient.de/interview-bartmann-fernbehandlung/>

Update 2018: Honorararzt und Antikorruption

Die neuen Regelungen zu Antikorruption im Gesundheitswesen haben viele verunsichert. Immer noch liegen keine Urteile vor, die für Klarheit in der Umsetzung sorgen könnten – ein Zwischenstand von BVOU-Justitiar Dr. jur. Jörg Heberer und seinem Kollegen Oliver Butzmann.



für die Sicherstellung der Versorgung allgemein von essentieller Wichtigkeit ist. Dieser besonderen Situation des Arztes, der sich eben in zwei „Welten“ bewegt, müssen die Vertragspartner gerecht werden.

Die InEK-Matrix bildet Leistungen nicht vollständig ab

Gerade die hoch spezialisierten und qualifizierten teilweise angestellten Ärzte, insbesondere auch deren kooperierende BAGen, erbringen in aller Regel diverse Begleitleistungen im Sinne des Krankenhauses, wie zum Beispiel Ausbildung, Qualitätsmanagement, Beurteilung von MDK-Gutachten, Zertifizierungshilfe etc. Diese Leistungen werden vom InEK eben nicht abgebildet und führen auch nicht zu

Zunächst bleibt es dabei: In der Gesamtschau mit den Risiken der Scheinselbstständigkeit, den Problemen bei der Erbringung von Wahlleistungen und der Gefahr eines „verdeckten Belegarztverhältnisses“ raten wir nach wie vor zu Teilzeit-Anstellungen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern anstelle von Honorararztverträgen. Der reine Honorar- beziehungsweise Kooperationsarzt hat dort nach wie vor seine Berechtigung, wo tatsächlich eine nur konsiliarärztliche Hinzuziehung in besonderen Fällen und die Behandlung von Regelleistungspatienten des Krankenhauses im Vordergrund stehen. Auch im Anstellungsverhältnis sind die Themen der erforderlichen Angemessenheit der Vergütung beziehungsweise des lautereren Wettbewerbs und der Zuweiserpauschale jedoch relevant. Es reicht mithin nicht, bestehende Kooperationen umzustellen. Die Partner müssen sich dezidiert mit den vorgenannten Rechtsfragen befassen, um zu einer rechtskonformen und für beide Parteien tragfähigen Lösung zu kommen. Das Dilemma der Ärzte ist es, dass es nach wie vor eine rechtssichere Ausgestaltung mangels klarer gesetzlicher Vorgaben oder verbindlicher höchstrichterlicher Rechtsprechung nicht gibt. Es gibt bis dato nicht einmal erstinstanzgerichtliche Urteile, die die Grenzen angemessener Vergütung im Sinne der antikorruptionsrechtlichen Vorgaben festlegen würden.

Es ist hierbei jedoch nach einer sich offenbar zunehmend durchsetzenden Auffassung der falsche Ansatz, die Angemessenheit der Vergütung von mit einem Krankenhaus kooperierenden Ärzten und Berufsausübungsgemeinschaften (BAGen) rein aus dem Blick der „Welt“ Krankenhaus zu beurteilen und zum Beispiel allein die in der Matrix des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) ausgewiesenen ärztlichen Bestandteile wie für reine Krankenhausärzte als maßgeblich anzusehen. Denn auch bei einer Teilzeittätigkeit bleibt der niedergelassene Arzt ein primär freiberuflicher Unternehmer, dessen versorgungsübergreifende Position in der heutigen Realität der Krankenhäuser für diese und

einer verdeckten Belegarztstellung, da sie krankenhausspezifisch sind. Auch werden in aller Regel durch diese externen Ärzte weniger Ressourcen in Anspruch genommen als vom Durchschnitt der Abteilungen. Dies lässt die Wirtschaftlichkeit einer solchen Abteilung im Unterschied zur Kontrolle der Gesamtwirtschaftlichkeit eines Hauses völlig anders aussehen.

Es kann deshalb nicht dem lautereren Wettbewerb widersprechen, wenn sich der Krankenhausträger gerade unter Beachtung seiner eigenen Wirtschaftlichkeit ein solches „Gesamtpaket“ für eine entsprechende faire Honorierung einkauft, dies hat nichts mit Zuweiserpauschalen zu tun.

Für die Beurteilung angemessener DRG-Anteile von Kooperationsärzten können zudem die Unterschiede zwischen Beleg- und Hauptabteilungs-DRG viel aussagekräftiger als die InEK-Matrix sein, da sich hierin Anhaltspunkte für die Bewertung der stationären Leistungen des niedergelassenen Arztes widerspiegeln.

Nach dem aktuellen DRG-Bericht für 2018 ergibt sich bei den kalkulierten belegärztlichen DRG über alle Fachgruppen errechnet eine Differenz zu den Hauptabteilungs-DRG von sogar 32,8 Prozent. Im Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie beträgt die Differenz immer noch 18,2 Prozent.

Von wesentlicher Relevanz ist in diesem Zusammenhang auch die Tatsache, dass beim Honorar-Belegarztmodell gemäß § 121 Absatz 5 SGB V eine Reduzierung des Hauptabteilungs-DRG um 20 Prozent erfolgt, was sich allein durch das Einsparpotential bei der Kooperation mit einem niedergelassenen Arzt rechtfertigt.

Auch aus unserer Sicht bedeutet dies schon im Hinblick auf die Unterschiede der Arztanteile in den DRG und des variierenden Umfangs der vorgenannten Begleitleistungen nicht, dass eine

pauschale DRG-Beteiligung in bestimmter Höhe über alle Leistungen hinweg als variable Vergütung grundsätzlich gerechtfertigt ist. Es ist aber gleichzeitig aus den genannten Gründen eben doch denkbar, dass bei entsprechender umfassender Würdigung der konkreten Situation der kooperierenden Ärzte auch ein erheblich über der reinen InEK-Bewertung liegender Anteil an einer DRG als Vergütungsanteil im Einzelfall angemessen sein kann und von den Ärzten im Rahmen der Verhandlungen berechtigterweise eingefordert wird.

Das BMG votiert ebenfalls für eine angemessene Vergütung

Das Bundesgesundheitsministerium (BMG) ist bei seinen bisherigen Verlautbarungen in diesem Zusammenhang erfreulich differenziert und praxisnah. So stellt es wiederholt in den Vordergrund, dass die sektorenübergreifende Kooperation grundsätzlich gewollt und im Interesse des Patienten sei. Eine angemessene Vergütung sei zulässig und notwendig. Diese sei im Einzelfall anhand aller Umstände zu beurteilen.

Ein dogmatisches Abstellen rein auf die InEK-Matrix für jeden niedergelassenen Arzt, der sich auf eine stationäre Tätigkeit einlässt, wird also auch vom Ministerium nicht vertreten. Folgen können wir aber der auch dort vertretenen Ansicht, dass die Parteien gehalten sind, die Hintergründe, Kalkulationsgrundlagen und wirtschaftlichen Gesichtspunkte, die zu der vereinbarten Honorierung führten, so transparent und nachvollziehbar wie möglich auszugestalten. Hierzu gehört als wesentlicher Bestandteil aus unserer Sicht auch eine genaue Wirtschaftlichkeitsanalyse für die Abteilung, die die vorgenannten Besonderheiten und Begleitleistungen hinreichend berücksichtigt.

Dringend empfehlen wir zudem die Einbindung der Kooperation in ein professionelles Compliance-Management seitens der Krankenhausträger. Zu dessen Aufgabe gehört unter anderem die Kontrolle des Anteils selbst eingewiesener Patienten an der Gesamttätigkeit des angestellten Kooperationsarztes. Aus unserer Sicht ist auch sicherzustellen, dass die Drittkontrolle der

Krankenseinweisung durch einen weiteren Arzt durchgeführt wird. Denn die Prüfung, ob ein stationärer Fall vorliegt, durch den aus seiner eigenen ambulanten Praxis einweisenden Operateur birgt bereits den Anschein einer Zuweiserproblematik beziehungsweise eines verdeckten Belegarztverhältnisses.

Nicht vergessen werden darf bei der Diskussion um die Ausgestaltung der Kooperationen aber, dass der Gesetzgeber durchaus konkrete Regelungen für die sektorenübergreifende Versorgung vorgesehen hat – nämlich in Form des Belegarztes. Das Belegarztwesen bedarf nach allgemeiner Auffassung in diversen Bereichen jedoch dringend einer strukturellen und finanziellen Anpassung. Hier ist der Gesetz- und Verordnungsgeber gefragt. Er könnte durch eine zeitgemäße und attraktivere Ausgestaltung diese Kooperationsform selbst gestalten, anstelle das Problem durch schwammige gesetzliche Vorgaben auf Ärzte, Krankenhäuser und die Rechtsprechung abzuwälzen.



© BVOU/Gebhardt

Dr. jur. Jörg Heberer
Fachanwalt für Medizinrecht
Justitiar des BVOU



© Privat/Butzmann

RA Oliver Butzmann
Fachanwalt für Medizinrecht
Mediator (univers.)

Honorararztstätigkeit und Antikorrupktion

Das Thema „Antikorrupsionsgesetz im Gesundheitswesen“ wird teilweise dazu missbraucht, die Preise zu senken, gerade auch von Krankenhäusern, die mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten kooperieren. Diese Auffassung hat Prof. Dr. jur. Thomas Schlegel beim 13. Kongress für Gesundheitsnetzwerker Ende April in Berlin vertreten. Seit zwei Jahren werde intensiv diskutiert, was Niedergelassene verdienen dürften, wenn sie Patienten in der Klinik versorgten – und wofür das Geld eigentlich gezahlt werde. Gängige Lesart sei mittlerweile, dass dies nicht mehr sein dürfe als bei den Festangestellten in der Klinik. „Damit haben Sie ein praktisches Problem: Wie wollen Sie jemanden incentivieren, wenn er das Gleiche bekommt wie ein Angestellter?“, fragte Schlegel. Es gebe mittlerweile Fälle, wo Zentren hierdurch ausgebremst würden.

Er wolle das Thema nicht verniedlichen, betonte der Jurist: „Wenn es zum Beispiel darum geht, primär wirtschaftlich motivierte Operationen wie manche Wirbelsäulen-OP zu vermeiden, bin ich voll dabei. Aber wollen wir Fehlindikationen wirklich über Bestechung und Bestechlichkeit regulieren? Das halte ich für fraglich.“ Schlegel wies aber auch darauf hin, dass es eine Vielzahl von komplizierten Fragestellungen zum Thema gebe und Grauzonen. So gebe es große Praxen mit mehreren angestellten Ärzten, die operierten und dazu in einem Krankenhaus teileingestellt seien. Eine Vergütung des Krankenhauses auf deren Lohnsteuerkarte sei für Praxisinhaber nicht opportun, eine Bezahlung eines Entgelts an die Praxis und von dort eine Beteiligung der angestellten Ärzte sei umstritten. Sabine Rieser, BVOU-Presseteam



© gtlisic_albina/Fotolia

Blankverordnung: Erste Ergebnisse zu Modellvorhaben

Die Ergebnisse zweier Modellvorhaben zur Blankverordnung auf der Basis von § 63 Absatz 3b SGB V enthalten deutliche Hinweise darauf, dass sich die Behandlungsergebnisse durch eine gezieltere Auswahl der therapeutischen Maßnahmen im Verlauf der Behandlung verbessern können. Hier war in beiden Studien die Verschiebung von der reinen Krankengymnastik (KG) zur Manuellen Therapie (MT), die als Konzept ein breites Spektrum auch an spezifischen Ansätzen bietet, schlüssig. Wertvoll war auch die in beide Modellvorhaben integrierte Anleitung zu Eigenübungen der Patienten.

Wie sich allerdings mit dem Modellvorhaben II begründen lassen soll, dass ein Direktzugang zu Physiotherapeuten sinnvoll wäre, bleibt offen. Es scheint, dass die Auftraggeber dieser Studie hier eine Umdeutung der Fragestellung mit dem Ziel vorgenommen haben, die Blankverordnung allein als nicht zielführend darzustellen. Was die Selektion der Patienten im Hinblick auf die Eignung für einen Direktzugang betrifft, so wäre sicher ein anderes Studiendesign zielführender gewesen. Grundsätzlich gilt aus ärztlicher Perspektive weiterhin, dass die bestehende Aus- und Weiterbildung von Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten derzeit nicht geeignet ist, sie zur Stellung einer Diagnose zu qualifizieren. Das wird auch mehrheitlich von Gesundheitspolitikern so gesehen. Auch im Hinblick auf die Kostenentwicklung werfen die Studien Fragen auf.

Zum Hintergrund: Seit dem Jahr 2008 hat der Gesetzgeber im Rahmen des Pflege-Weiterentwicklungsgesetzes Modellvorhaben ermöglicht, die es Physiotherapeuten nach einem verpflichtenden Arztkontakt des Patienten erlauben, „Auswahl und Dauer der physikalischen Therapie und Frequenz der Behandlungseinheiten bestimmen“ zu können. Diese Option namens Blankorezept oder Blankverordnung und die begonnenen Evaluationen wurden in den letzten Jahren umfangreich zwischen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), dem BVOU, der Bundesärztekammer (BÄK) und den physiotherapeutischen Fachverbänden diskutiert.

DGOU, BVOU und BÄK stehen den entsprechenden Modellvorhaben generell skeptisch, aber offen gegenüber – wenn als Zielrichtung vorgesehen ist, die Patientenversorgung gemäß den gesetzlichen Vorgaben zu verbessern und die bestehenden Budgetgrenzen im Sinne der geforderten Qualitätsverbesserung zu erweitern. Nicht diskutierbar ist aus Sicht dieser ärztlichen Akteure allerdings der Arztvorbehalt für die Diagnose und Indikationsstellung. Nicht diskutierbar ist ebenso wenig die Notwendigkeit einer guten Abstimmung zwischen den Berufsgruppen, wenn eine Therapie keine

Verbesserung des Zustands bewirkt oder sogenannte yellow/red flags den erneuten Arztkontakt eines Patienten erfordern. DGOU, BVOU und BÄK haben zudem immer wieder darauf hingewiesen, dass ein wichtiger Aspekt beim Blankorezept die geltende Budgetierung ist. Sobald ein Blankorezept einem Physiotherapeuten die Möglichkeit eröffnet, Art, Umfang und Dauer der vom Arzt indizierten Behandlung selbst zu bestimmen, muss folgerichtig auch die Budgetierung der jeweiligen Behandlung auf die physiotherapeutische Berufsgruppe übergehen. Auch Fragen der Haftpflicht wären politisch und gesetzlich zu klären, bevor die Blankverordnung nach einer Phase der Modellversuche zu einem Teil der Regelversorgung würde.

Vor diesem Hintergrund sind die beiden Modellvorhaben nach § 63 Absatz 3b SGB V zu beurteilen, deren Ergebnisse im Herbst 2017 und im März 2018 veröffentlicht wurden und über die der BVOU umfangreich berichtet hat.

Dr. Matthias Psczolla, Oberwesel, Geschäftsführer ANOA

Weitere Informationen zu den beiden Untersuchungen:
www.bvou.net, Stichwort: Blankverordnung

Entbudgetierung in der ambulanten Versorgung umsetzen



© SpiFa

Etwa 20 Prozent aller ambulant erbrachten fachärztlichen Leistungen werden den Vertragsärzten nicht vergütet. Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) fordert deshalb, die

bestehende Budgetierung in der vertragsärztlichen Versorgung aufzuheben. Als Einstieg in eine Entbudgetierung hält der SpiFa sein im Juni 2017 vorgelegtes Konzept für geeignet. Danach würden alle relevanten Betreuungs- und Koordinationsleistungen sowie die Leistungen, die die Abrechnung der pauschalisierten fachärztlichen Grundvergütung (PFG) nicht verhindern, gesamthaft in die Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV) überführt. Dabei müsse gesichert sein, dass die gesetzlichen Krankenkassen wie gesetzlich vorgesehen auf Dauer das Morbiditätsrisiko übernehmen.

Auch die Abgeordneten des 121. Deutschen Ärztetages 2018 befassten sich mit dem Thema der Entbudgetierung. „Terminservicestellen sind der falsche Weg sind, um Wartezeiten auf Arzttermine zu verkürzen“, heißt es in einem angenommenen Antrag. „Notwendiger und geeigneter Schritt ist stattdessen die Abschaffung von Budgetierung und Leistungsbegrenzungen in der ambulanten Medizin.“ Mit einem weiteren Antrag stellte der Deutsche Ärztetag klar, dass der von der Politik geforderte rasche Ausbau der Digitalisierung ebenso wie die Forderung nach Ausweitung der Sprechstundenzeiten des Vertragsarztes auf 25 Wochenstunden nicht aus Mitteln der Gesamtvergütung vernünftig gegenfinanziert werden könne: „Nur durch die komplette Aufhebung der Budgets wird es zukünftig möglich sein, ärztliche Mehrarbeit angemessen zu vergüten, die Bezahlung von qualifiziertem medizinischen Personal zu garantieren und notwendige Investitionen im Bereich von Digitalisierung und Datenschutz zu realisieren.“

Sabine Rieser, BVOU-Presseteam

BVOU-Stand während des VSOU 2018: Fragen zu Videosprechstunde und Kooperation mit der DAAG

Baden-Baden ist für das Team der BVOU-Geschäftsstelle jedes Jahr zum VSOU-Kongress ein wichtiges Ziel. Am Stand zu Gast war dieses Jahr Jeannine Hauke von der DAAG.

Seit Jahren wird diskutiert, ob Patienten zu rasch Knie- oder Hüftendoprothesen erhalten. Einige Krankenkassen haben entschieden, mit interessierten Ärzten und der Deutschen Arzt AG (DAAG) ein erweitertes Versorgungskonzept zur konservativen Alternative bei drohenden Operationen anzubieten. Informationen rund um dieses Thema erhielten BVOU-Mitglieder Ende April in Baden-Baden während des Jahreskongresses der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU). Zu Gast am BVOU-Stand war dort Jeannine Hauke, Projektmanagement Therapie, vom BVOU-Kooperationspartner Deutsche Arzt AG (DAAG). Viele nutzten auch die Gelegenheit und erkundigten sich nach der neu eingeführten Videosprechstunde der DAAG und BVOU.

BVOU: Frau Hauke, Sie waren während der VSOU-Frühjahrstagung am BVOU-Stand zu Gast und standen Rede und Antwort zum erweiterten Versorgungskonzept. Wie wurde dieses Informationsangebot seitens unserer Mitglieder angenommen?

Jeannine Hauke: Sehr gut. Ich habe mich über viele interessante Gespräche und Fragen gefreut. Jeder der drei Tage war gut besucht. Das liegt auch daran, dass Sie als Berufsverband Ihre Mitglieder optimal auf den Kongress vorbereitet und auch währenddessen mit vielen Informationen versorgt haben. Vielen Dank dafür!

BVOU: Was interessierte die Mitglieder besonders? Wonach haben sie vor allem gefragt?

Hauke: Die Standbesucher wollten in erster Linie erfahren, wie umliegende Physiotherapie-Zentren an dem besonderen Versorgungsvertrag teilnehmen können. Häufig haben wir uns auch darüber ausgetauscht, welche Maßnahmen ergriffen werden können, um den Vertrag für alle Beteiligten – Ärzte, Therapeuten, Patienten und Krankenkasse – allgemein regional bekannter zu machen.

BVOU: Was war dabei besonders schwierig zu vermitteln?

Hauke: Ich wurde öfters gefragt, warum seit Beginn der bundesweiten Umsetzung des Versorgungsvertrages nicht alle Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie physiotherapeutische Einrichtungen automatisch informiert wurden. Das hat unterschiedliche Gründe: Sowohl für die Ärztinnen und Ärzte als auch für die Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten gelten bestimmte Teilnahmekriterien. Um diese nicht erst nachträglich abzuklären, ist die vorherige Selektion für alle Seiten sinnvoll und zeitsparend. Wir haben einen hohen Anspruch an die Versorgungsqualität und klären daher jeden Interessierten erst einmal auf. Zudem bemühen wir uns, den Versorgungsvertrag nach Bedarf und flächendeckend zu planen. Das funktioniert zentral einfacher.



© privat/DAAG
Jeannine Hauke

Viele Ihrer Mitglieder arbeiten gut mit einer oder mehreren Physiotherapiepraxen zusammen, welche sie für dieses Konzept vorschlagen. Das hat den Vorteil, dass der Start schnell und unkompliziert vonstatten geht und kurze Wege für die Kommunikation bestehen.

BVOU: Stichwort „kurze Wege in der Kommunikation“: Gab es auch Fragen zum neu eingeführten Digitalisierungsangebot, der Videosprechstunde?

Hauke: Bei diesem noch neuen, sehr innovativen Thema gab es im Gegensatz zu den Versorgungsverträgen, über die die Mehrheit bereits sehr gut informiert war, viele grundsätzliche Fragen: Wer darf die Videosprechstunde nutzen, und wie? Welche Anwendungsbereiche und gesetzlichen Vorgaben gibt es? Wie funktionieren Zertifizierung und Vergütungsstruktur?

Ich denke, dass die Videosprechstunde ein noch sehr neues, spannendes Thema ist, welches immer mehr Mediziner anspricht. Es ermöglicht sowohl Ärzten wie Patienten zeitliche und räumliche Flexibilität und eine digitale Therapiebegleitung. Das steigert die Behandlungsqualität und die Patientenbindung. Daher kann ich mich zukünftig sicherlich auf mehr konkrete Fragen hierzu einstellen.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Janosch Kuno, BVOU-Presseteam.

Aktion Orthofit: Aufklärung für Kinder – und Eltern

Eltern haben oft eine Menge Fragen zur Fußgesundheit ihrer Kinder. Aus diesem Grund veranstaltete Dr. Christoph Lukas, Orthopäde aus Bietigheim-Bissingen während der letzten Aktionswoche von Orthofit „Zeigt her Eure Füße“ einen zusätzlichen Infoabend für die Eltern.

BVOU: Herr Dr. Lukas, warum beteiligen Sie sich eigentlich an der Aktion Orthofit?

Dr. Christoph Lukas: Zum einen, weil ich denke, dass Informationen zum Thema Füße oft viel zu kurz kommen. Für viele bedeutet Knick-Senkfuß automatisch: Einlagen. Da dem nicht so ist, nutze ich die Chance, Eltern und Kinder umfangreicher zu informieren. Zum anderen genieße ich den Umgang mit den Kindern sehr. Es macht viel Spaß mit ihnen, und durch die Suche nach passenden Antworten auf ihre Fragen und die ihrer Eltern wird man immer wieder selbst zum Nachdenken angeregt.

BVOU: Wie viele Schulen und Kitas haben Sie bei der letzten Aktion betreut?

Lukas: 2017 haben wir uns erstmals aufgeteilt, da nach einem Zeitungsbericht im Vorjahr einige Anfragen bei uns eingetroffen waren. Wir, eine Physiotherapeutin und ich, haben an zwei Tagen vier Grundschulen und eine Kindertagesstätte besucht.

BVOU: Zusätzlich zur Aktion mit den Kindern haben Sie einen Informationsabend für Eltern veranstaltet. Zu welchem Zweck?

Lukas: Die Kinder sollen ja Informationen zu ihren Füßen und deren Funktion bekommen. Mir persönlich ist aber auch das Thema Schuhe im Kindesalter sehr wichtig, damit die Füße auch „gesund großwerden“. Ich denke, die Informationen dazu, was beim Schuhkauf alles

zu beachten ist, müssen den Eltern direkt vermittelt werden. Über die Kinder geht, wie beim Spiel stille Post, viel verloren. Außerdem ist mir wichtig, den Eltern zu vermitteln, was beim Wachstum der Füße physiologisch und damit ganz normal ist und was pathologisch. Anders formuliert: Wann muss man mit seinem Kind zum Orthopäden?



© Helmut Pangert

Dr. Christoph Lukas

BVOU: Was hat die Eltern am meisten interessiert? Wo haben Sie Wissenslücken bemerkt? Was war besonders schwierig zu vermitteln?

Lukas: Viele Eltern haben nicht gleich verstanden, dass es im Rahmen des normalen Wachstums eines Kindes eine Phase mit einem physiologischen Knick-Senkfuß gibt. Ich empfand es als relativ schwierig, dies den Eltern zu vermitteln, und vor allem sie davon zu überzeugen, dass hier keine Behandlung erforderlich ist.

BVOU: Welche Tipps geben Sie Ihren eigenen Kindern? Und wie motivieren Sie sie zu mehr Bewegung?

Lukas: Meine zwei Kinder mussten vor einigen Jahren schon einmal als Fotomodelle für einen Vortrag über Kinderfüße und ein Übungsprogramm herhalten. Normalerweise ist es nicht sehr schwer, sie zum Bewegen zu motivieren. Ich denke, der natürliche Bewegungsdrang ist bei allen Kindern angelegt. Wer kann als Mädchen oder Junge im Sommer, wenn die Sonne scheint, schon einem Ball im Garten widerstehen? Inzwischen kommen meine Kinder aber langsam in die Pubertät. Nun braucht es doch manchmal etwas Druck, um sie vom Chillen auf dem Sofa zu einem gemeinsamen Sonntagsspaziergang zu überreden.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Janosch Kuno, BVOU-Presseteam.

Kurzvideos für flinke Füße

Wie legt man einen eigenen Barfußpfad an? Wo kann man am besten balancieren üben? Und was kann man mit den Füßen überhaupt alles machen? Diesen Fragen geht TV-Star Christian Bahrmann nach. Er hat gemeinsam mit dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) für die Aktion Orthofit „Zeigt her Eure Füße“ verschiedene Kurzvideos zum Thema gedreht. In den produzierten Clips vermittelt der langjährige Orthofit-Unterstützer Kindern spielerisch mehr Bewusstsein für das, was ihre Füße alles können.

Die Informationen richten sich dabei aber nicht nur an die Jüngsten: Sie sollen Eltern, Erzieher und Lehrer dazu anregen, die Kleinen zu motivieren, ihre Füße bewusster wahrzunehmen, Kraft und Balance zu trainieren. Die dargestellten Übungen lassen sich spielerisch in den Alltag integrieren.

Auch unterstützende Ärztinnen und Ärzte erhalten durch die Videos kreative Ideen, wie sie ihren nächsten Aktionstag Orthofit „Zeigt her Eure Füße“ gestalten können.

Die Videos erscheinen auf der Internetseite www.aktion-orthofit.de sowie auf den Social Media-Kanälen der Aktion Orthofit, auf Facebook, Twitter und Instagram.

Die Aktion Orthofit „Zeigt her Eure Füße“ findet dieses Jahr vom 12.–16. November statt. Weitere Informationen unter www.aktion-orthofit.de



© BVOU



aktion-orthofit.de

Orthofit 2018 mit Jens Spahn – und Ihnen?

BVOU-Präsident Dr. Johannes Flechtenmacher ruft Fachärztinnen und Fachärzte für O und U auf, bei der Aktion Orthofit „Zeigt her Eure Füße“ 2018 mitzumachen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Gesundheit unserer Kinder ist eine der größten aktuellen Herausforderungen. Immer mehr junge Menschen leiden unter Haltungsfehlern, häufig bedingt durch Bewegungsmangel und fehlende frühzeitige Vorsorge. Mit seiner Aktion Orthofit stellt der BVOU Kinder und Jugendliche in den Mittelpunkt. Die Aufklärungskampagne vermittelt ihnen spielerisch ein Bewusstsein für ihre Füße und dafür, was sie selbst für ihre Fußgesundheit tun können.

Mitglieder des BVOU gehen dafür gezielt auf Schulen, Kitas oder Sportvereine zu, um dort Prävention so zu gestalten, dass Spaß an Bewegung vermittelt wird. Die nächste Aktionswoche findet vom 12. bis 16. November 2018 statt. Anmeldungen zur Teilnahme von Ihnen allen sind bereits herzlich willkommen. Denn teilweise fragen Schulen schon frühzeitig nach, ob sie an einem der Aktionstage mit einem Facharzt oder einer Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie rechnen dürfen.

Im Rahmen dieser Aktionstage werden auch Eltern direkt oder mit Hilfe von Informationsmaterial angesprochen. Ganzjährig liefert ihnen die Homepage www.aktion-orthofit.de Informationen und Tipps. Vor kurzem wurden dort Videoclips mit Anregungen rund ums Thema Kinderfüße veröffentlicht.

Ich weiß, dass manche von Ihnen das Engagement für eine solche Kampagne nicht für wichtig halten. Sie gibt unserem Verband allerdings die Chance, sich und Ihrer aller Arbeit positiv darzustellen. Wir können zeigen, dass wir an Prävention und Gesundheit im Alltag der Menschen interessiert sind und auf diesen Feldern kompetent. Würde das Bundesgesundheitsministerium es anders sehen, hätte der neue Bundesgesundheitsminister Jens Spahn nicht die Schirmherrschaft 2018 für „Zeigt her Eure Füße“ übernommen.

Deshalb meine Bitte: Machen Sie mit. Gehen Sie in Schulen, Kindergärten, Sportvereine. Die BVOU-Geschäftsstelle unterstützt Sie gern bei der Vorbereitung und mit Material. Kontakt: info@aktion-orthofit.de.

Mit freundlichen Grüßen
Dr. Johannes Flechtenmacher



Aktion Orthofit in Berlin



Dr. Thomas Kral beim Aktionstag in Bogen



Von links: Dr. Andreas Gassen, Christian Bahrmann, Jens Spahn

Spahn bereits 2011 Orthofit-Schirmherr

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat bereits im Jahr 2011 die Aktion Orthofit „Zeigt her Eure Füße“ als Schirmherr unterstützt: Zusammen mit dem damaligen BVOU-Präsidenten und jetzigen Vorstandsvorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Dr. Andreas Gassen besuchte er am 9. November 2011 die Grundschule am Brandenburger Tor in Berlin. Dort klärten die beiden zusammen mit Kinder-TV-Moderator Christian Bahrmann die Schülerinnen und Schüler zum Thema Fußgesundheit auf.

Digitales Praxismanagement: Höchster Komfort durch online-Patientenservices und Klinik-Vernetzung mit samedi

Mit der Web-Software samedi bieten bereits über 400 Orthopäden und Unfallchirurgen ihren Patienten eine verbindliche 24/7 Online-Terminbuchung und SMS-Terminerinnerungen. Auch immer mehr Klinikketten wie Asklepios und Vivantes führen samedi institutionsübergreifend ein, um sich online mit ihren niedergelassenen Partnern zu vernetzen. So profitieren Sie als Arzt auch selbst von praktischen Online-Zuweisungen zur Radiologie, in den OP oder zur Reha. Der interne Verwaltungsaufwand wird für beide Partner minimiert und Abläufe optimiert. Zusätzlich erhalten BVOU-Mitglieder ein exklusives Kennenlernangebot und können samedi ein Jahr kostenfrei nutzen.

„Das Online-Terminbuchungssystem samedi erleichtert das Terminmanagement und spart wertvolle Arbeitszeit am Empfangstresen“ erklärt Dr. Jörg Ansorg, Geschäftsführer des BVOU. Mit rund 30 Prozent weniger Telefonaufkommen in der Praxis kann die Assistenz ihr Augenmerk wieder vermehrt auf die Betreuung der Patienten vor Ort legen.

Gleichzeitig geben Praxen die Hoheit über ihre Terminbuchungen nicht aus der Hand, im Gegenteil: „Das samedi System kennt verschiedene externe Nutzer mit unterschiedlichen Prioritäten und lässt sich flexibel an individuelle Anforderungen anpassen“, weiß Ansorg. Das hinterlegte Buchungs- und Auslastungsregelwerk führt sogar zu einer betriebswirtschaftlichen Optimierung interner Prozesse. Für einen optimalen Workflow dienen Schnittstellen zu gängigen Arztinformationssystemen.

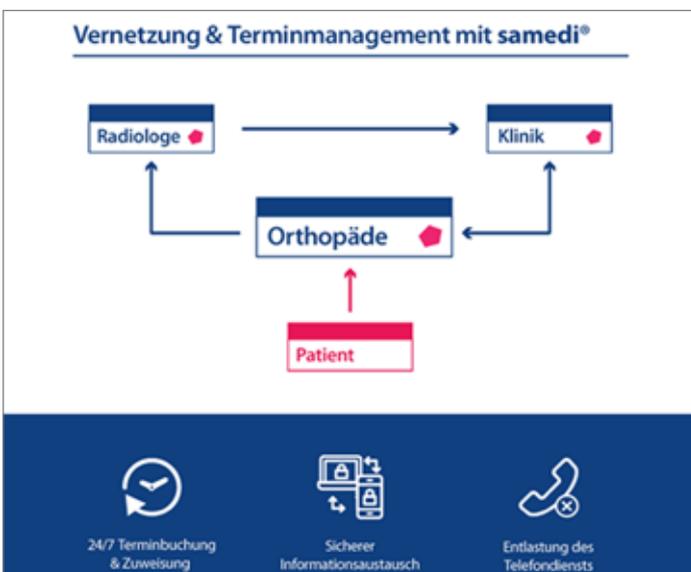
Aber auch eine strukturierte Web-Vernetzung mit Radiologen und Kliniken wird zunehmend wichtiger. Mit samedi vernetzen sich Orthopädiepraxen mit Radiologen und Kliniken und profitieren in vielerlei Hinsicht von einer hochsicheren Zusammenarbeit im Ärztenetzwerk: „Durch unsere innovative Web 2.0-Technologie werden Überweisungen medienbruchfrei online abgewickelt und ein lückenloser Behandlungsinformationsfluss ermöglicht. Das minimiert den Koordinationsaufwand, reduziert die Fehlerquote und führt nicht zuletzt zu einer höheren Versorgungsqualität für die Patienten“ erklärt Prof. Alexander Alscher, Geschäftsführer der samedi GmbH.

Minimierung kostspieliger Leerläufe in der Praxis

Heutzutage betragen die Vorlaufzeiten für eine Behandlung oftmals mehrere Wochen oder sogar Monate. Dass Termine da manchmal vergessen werden, ist zwar nachvollziehbar, aber deshalb nicht minder ärgerlich – und das für beide Seiten: Ärzten entsteht teurer Leerlauf, Patienten müssen sich in der Terminwarteschlange wieder ganz hinten anstellen. Dank automatisierter Terminerinnerung per E-Mail oder SMS senden Orthopäden und Unfallchirurgen einen kleinen Reminder und profitieren von 75 Prozent weniger Terminausfällen. Behandlungsbegleitende Vorab-Informationen oder nachgelagerte Follow-Up-Nachrichten sorgen zudem für aufgeklärte Patienten und dienen der Qualitätssicherung.

Von der Online-Terminbuchung zur Vernetzung

Die Online-Terminbuchung, über die Patienten rund um die Uhr verbindliche Termine vereinbaren können, ist schnell auf der eigenen Praxiswebseite hinterlegt. Zudem lässt sich der Buchungslink in das Patienten-Portal Orthinform des BVOU, Arztsuchplattformen wie jameda sowie in sozialen Netzwerken und Google einbauen. Dadurch positionieren sich Orthopäden und Unfallchirurgen klar im Wettbewerb, werden von Patienten online gefunden und sind rund um die Uhr für verbindliche Terminbuchungen verfügbar.



Insgesamt ermöglicht die Implementierung der Online-Terminkoordination ein wirtschaftlicheres Praxismanagement bei gleichzeitig höherer Patientenzufriedenheit und mehr Qualität im Behandlungsnetzwerk. Einen Einblick in die flexiblen Einsatzszenarien von samedi gibt ab sofort auch die über Amazon verfügbare Festschrift zum 10-jährige Firmenjubiläum der samedi GmbH: „10 Jahre E-Health in Deutschland (2008-2018)“. Weitere Informationen zu samedi sowie den exklusiven BVOU-Sonderkonditionen finden Sie unter: www.bvou.net/partner/online-terminbuchungGmbH: „10 Jahre E-Health in Deutschland (2008-2018)“.





© kirill4mula/Fotolia

Fachstudienreise nach Israel

Im Rahmen einer berufsbezogenen Fachstudienreise möchten wir Sie auf ein exklusives Mitgliederangebot hinweisen, das wir zusammen mit der Dr. Augustin Studienreisen GmbH, einem Spezialveranstalter für weltweite Fortbildungsreisen, entwickelt haben. Das Angebot richtet sich an Sie als interessiertes BVOU-Mitglied, aber gerne auch an Ihre Familienangehörigen, Freunde und Bekannten.

Informationen zum Reiseablauf

- ▶ Flug ab Frankfurt am Main
- ▶ 15.11.–22.11.2018
- ▶ ab 1.989,- € pro Person

Israel: Facettenreiches Land zwischen jahrtausendealter Geschichte und lebendiger Moderne. Entdecken Sie die Kontraste dieses Landes an acht erlebnisreichen Tagen mit einem ausführlichen medizinischen Fachprogramm und wissenschaftlicher Reiseleitung.

Den Reiseablauf und das Anmeldeformular finden Sie unter www.bvou.net, Stichwort: Fachstudienreise.

Folgendes Fachprogramm ist vorgesehen

(Änderungen vorbehalten)

- ▶ **Tel Aviv:** Fachbesuch im Chaim Sheba Medical Center. Das Krankenhaus ist eines der größten und bedeutendsten Universitätskliniken im Nahen Osten, das auch einen wichtigen internationalen Ruf für seine medizinischen Forschungen und die Lehre genießt.
- ▶ **Kibbuzbesuch:** Bei einem Rundgang erhalten Sie Informationen zu dieser einzigartigen Lebensform, die auf eine hundertjährige Geschichte zurückblickt und starke Wandel durchlaufen hat. Im Anschluss erfahren Sie Wesentliches über die medizinische Versorgung in einem solchen Sozialsystem.
- ▶ **Totes Meer:** Seminartag mit Informationen zur Psoriasis-Behandlung
- ▶ **Jerusalem:** Fachbesuch im Hadassah Krankenhaus. „Building a better world through medicine“ ist das Motto des Krankenhauses, nach welchem unabhängig von Religion, Geschlecht oder Staatsangehörigkeit behandelt wird.

Auf Wunsch erhalten Sie eine Teilnahmebescheinigung.

Da wir mit reger Beteiligung an dieser Sonderreise rechnen und die Teilnehmerzahl begrenzt ist, sollten Sie Ihr Interesse baldmöglichst an unsere Geschäftsstelle senden. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!



ORIGINAL
KINESIOLOGIC TAPE
BESTELLFORMULAR



Fordern Sie
Ihr kostenloses
Muster an:
service@bvou.net
oder
030 797 444 53

Art.Nr.	Bezeichnung	Farbe	Größe	Einheit	Bruttopreis Mitglieder	Bruttopreis Nicht-Mitglieder	Bestellmenge
K051BL	Kinesiology Tape PRO	Blau	500 x 5cm	6 Rollen	41,00 €	50,00 €	
K051NA	Kinesiology Tape PRO	Navy	500 x 5cm	6 Rollen	41,00 €	50,00 €	
K051SC	Kinesiology Tape PRO	Schwarz	500 x 5cm	6 Rollen	41,00 €	50,00 €	
K051GR	Kinesiology Tape PRO	Grau	500 x 5cm	6 Rollen	41,00 €	50,00 €	
K050BL	Kinesiology Tape	Blau	500 x 5cm	6 Rollen	39,00 €	48,60 €	
K050PI	Kinesiology Tape	Pink	500 x 5cm	6 Rollen	39,00 €	48,60 €	
K050SC	Kinesiology Tape	Schwarz	500 x 5cm	6 Rollen	39,00 €	48,60 €	
K050BE	Kinesiology-Tape	Beige	500 x 5cm	6 Rollen	39,00 €	48,60 €	
K050GE	Kinesiology Tape	Gelb	500 x 5cm	6 Rollen	39,00 €	48,60 €	
K050RO	Kinesiology Tape	Rot	500 x 5cm	6 Rollen	39,00 €	48,60 €	
K050GR	Kinesiology Tape	Grün	500 x 5cm	6 Rollen	39,00 €	48,60 €	
K050VI	Kinesiology Tape	Violett	500 x 5cm	6 Rollen	39,00 €	48,60 €	
K050M1	MIX-SET 1 Kinesiology Tape 2 x Blau 2 x Pink 1 x Schwarz 1 x Beige	Mix Special	500 x 5cm je Rolle	6 Rollen	39,00 €	48,60 €	
K050M2	MIX-SET 2 Kinesiology Tape 2 x Violett 2 x Rot 1 x Gelb 1 x Grün	Mix Special	500 x 5cm je Rolle	6 Rollen	39,00 €	48,60 €	
55703	FORMADES Wipes Desinfektionstücher		80 Tücher			5,90 €	

BVOU-Fax-Bestellung: 030-797 444-45

Herstellung, Versand & Vertrieb durch care Integral GmbH.

Ab 100€ Brutto-Bestellwert entfallen die Versandkosten von 5,90 €. Versandkosten entfallen ab 4 Kartons (à 6 Rollen)
Zahlbar innerhalb 14 Tagen nach Rechnungslegung.

- Ich möchte an einem Kinesiology-Taping Kurs vom BVOU teilnehmen.
 Ich bin kein BVOU-Mitglied, bitte senden Sie Infomaterial über den BVOU zu.

Name, Vorname (ggf. Praxiszusatz) _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Telefon (für Rückfragen) _____ Mail _____

Datum _____ Unterschrift / Stempel _____

Ab einer Bestellung von 4 Kartons (6 Rollen) entfallen die Versandkosten.

Neu

Polo-Shirts für Ihr Praxis- oder Klinikteam



Corporate Identity in Ihrer Praxis oder Klinik?

Kein Problem mit diesen Shirts aus reiner Baumwolle. Wählen Sie unter verschiedenen Farben und natürlich Größen.

Bewährt und stets gleich – das große Andry-Bäumchen.

Neu ist der Schriftzug „Team Orthopädie Unfallchirurgie“ auf dem Rücken aller Modelle.

Bestellen Sie direkt per E-Mail unter service@bvou.net oder per Fax mit diesem Formular.

FAX-BESTELLUNG an den BVOU**030.797 444-45**

Bitte senden Sie mir an die unten angegebene Adresse:

Shirts für Ihr Praxis- oder Klinikteam

Modell „Poloshirt“ (türkis mit weißem Logo) Unisex, 20,- Euro/Stück

<input type="checkbox"/>							
Stück (Größe S)	Stück (Größe M)	Stück (Größe L)	Stück (Größe XL)	Stück (Größe XXL)			

Modell „Poloshirt“ (weiß mit blauem Logo) Unisex, 20,- Euro/Stück

<input type="checkbox"/>							
Stück (Größe S)	Stück (Größe M)	Stück (Größe L)	Stück (Größe XL)	Stück (Größe XXL)			

Modell „Poloshirt“ (dunkelblau mit weißem Logo) Unisex, 20,- Euro/Stück

<input type="checkbox"/>							
Stück (Größe S)	Stück (Größe M)	Stück (Größe L)	Stück (Größe XL)	Stück (Größe XXL)			

Name / Vorname (ggf. Praxiszusatz)

Straße, Hausnummer

Telefon (für Rückfragen)

Datum

PLZ, Ort

E-Mail

Unterschrift

Kosten zzgl. Porto/Versand, zahlbar innerhalb zwei Wochen nach Rechnungslegung. Alle Preise sind inklusive MwSt.

Neu- und Wiederwahl in drei Landesverbänden

Der BVOU hat in drei Landesverbänden einen Vorsitz gewählt: In Bayern steht Dr. Tobias Vogel an der Spitze des Landesverbandes. In Kassel wählten die Mitglieder des BVOU Hessen Dr. Gerd Rauch erneut zum ersten Landesvorsitzenden. Und in Bremen steht Dr. Adrianus den Hertog an der Spitze des Landesverbandes.



Dr. Gerd Rauch

BVOU: Herr Dr. Rauch, was bedeutet Ihnen persönlich die Wiederwahl zum Landesvorsitzenden?

Dr. Gerd Rauch: Es ist eine Bestätigung für die engagierte Arbeit des Landesvorstandes im berufspolitisch nicht einfachen Umfeld.

BVOU: Was möchten Sie in der kommenden Amtsperiode erreichen?

Rauch: Am Anfang habe ich versucht, in meiner Eigenschaft als DKOU-Kongresspräsident des BVOU neben den Schwerpunktthemen Digitalisierung und Sportmedizin auch viele berufspolitische Aspekte anzusprechen, wie zukünftige Strukturen in Klinik und Praxis, Nachwuchs für unsere Praxen zu gewinnen, die Praxen sind viel besser als ihr Ruf. Auch wird über die Feminisierung der Medizin und über die Erwartungen der jüngeren Kolleginnen und Kollegen in ihrer orthopädisch-unfallchirurgischen Tätigkeit in Praxis und Klinik diskutiert.

BVOU: Welche Themen möchten Sie besonders angehen?

Rauch: Auf unserem landespolitischen Kongress im November werden wir in Frankfurt wieder aktuelle berufspolitische Themen abhandeln. Weiterhin werde ich mich für eine sichere Lösung im Bereich der Kooperationen Vertragsärzte - Krankenhäuser unter dem Einfluss des neuen Antikorrupsionsgesetzes einsetzen. Des Weiteren ist es für mich eine Herzensangelegenheit, für eine Entbudgetierung unserer ärztlichen Leistungen zu kämpfen und mich für die Implementierung neuer fachärztlicher Selektivverträge zu engagieren.



Dr. Tobias Vogel

BVOU: Herr Dr. Vogel, was bedeutet Ihnen persönlich die Ernennung zum Landesvorsitzenden?

Dr. Tobias Vogel: Für mich ist die Wahl zum Landesvorsitzenden eine große Ehre und gleichzeitig ein Auftrag, mein Bestes für unsere Mitglieder und unser Fach zu geben. Ich möchte die Aufgaben im Sinne meines verstorbenen Vorgängers und Freundes, Dr. Matthias Graf, mit Tatkraft und in kollegialer Zusammenarbeit weiterführen.

BVOU: Was möchten Sie in der kommenden Amtsperiode erreichen?

Vogel: In der kommenden Amtsperiode möchte ich mit meinen Möglichkeiten das Verbandsleben auf Landesebene aktivieren und einen jährlichen Landeskongress mit neuen Elementen ins Leben rufen und etablieren.

BVOU: Welche Themen möchten Sie besonders angehen?

Vogel: Meine Ziele sind die Stärkung der freiberuflichen Selbstständigkeit, die Unterstützung des Generationswechsels innerhalb des Landesverbandes und die Steigerung der Attraktivität der Verbandsarbeit.

Der BVOU trauert um Dr. Matthias Graf

Der BVOU trauert um den ehemaligen Landesvorsitzenden Bayerns, Dr. Matthias Graf. Er starb am 16. Februar 2018 an den Folgen eines Unfalls. Präsident Dr. Johannes Flechtenmacher würdigte das langjährige Engagement und die Persönlichkeit Grafts: „Wir verlieren mit Matthias Graf einen hochengagierten Kollegen im Berufsverband und der ärztlichen Selbstverwaltung sowie einen steten Verfechter für die Verbesserung der Patientenversorgung und den Erhalt des freien Arztberufes. Wir verlieren ebenso eine Persönlichkeit mit dem Herzen am richtigen Fleck, einen Freund, den wir immer als hellwach, gewitzt, kompetent und loyal erleben durften. Wir werden Matthias sehr vermissen und sein Andenken für immer in Ehren bewahren.“



Dr. Matthias Graf



Dr. Adrianus den Hertog

BVOU: Herr Dr. den Hertog, was bedeutet Ihnen persönlich die Ernennung zum Landesvorsitzenden?

Dr. Adrianus den Hertog: Die Ernennung zum Landesvorsitzenden bedeutet für mich persönlich eine neue berufspolitische Herausforderung, auch wenn ich als stellvertretender Landesvorsitzender in den vergangenen zwei Jahren bereits Einblicke in den Aufgabenbereich gewonnen habe. Ich möchte meine neue Position nutzen, um einerseits das Bild von unserem Berufsstand und unsere Identität in der Politik und in der Gesellschaft mitzugestalten. Andererseits will ich die Anregungen und Nöte der BVOU-Mitglieder im Landesverband aufgreifen und transportieren.

BVOU: Was möchten Sie in der kommenden Amtsperiode erreichen?

Den Hertog: Ein konkretes Ziel habe ich mir nicht gesetzt. Als übergeordnetes Ziel möchte ich die Wahrnehmung von Fachärztinnen und Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie verändern helfen. Viele glauben immer noch, wir seien porschefahrende Golfspieler, die wenig Zeit in Praxis oder Klinik verbringen. Dabei sind die Kolleginnen und Kollegen hoch qualifiziert, engagiert und versuchen, mit Liebe zum Beruf und einem Ohr für ihre Patienten gut zu versorgen.

BVOU: Welche Themen möchten Sie gern aufgreifen?

Den Hertog: Das sind ganz verschiedene, in Stichworten: Datenschutz: Was ist nötig, was brauchen wir nicht? Weiterbildung: Gemeinsame Ermächtigungen in Klinik und Praxis forcieren. Zukunft des Berufs: Hat die konventionelle Praxis eine Zukunft? Berufsbild: Wo liegen unsere Kernkompetenzen? Inwiefern sind Orthopäden Grundversorger? Berufspolitik: Wie sollen wir mit der Lobby der Physiotherapeuten umgehen?

Die Interviews führte Janosch Kuno, BVOU-Presseteam.

ADO-Kursangebot auf dem DKOU 2018

Zum diesjährigen Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie gibt es wieder zahlreiche Fort- und Weiterbildungsangebote unserer Akademie. Hier finden Sie einen Überblick:

Kursübersicht	Leitung	Preis (BVOU-MG/ Nicht-MG)
Dienstag, 23.10.2018		
K-Logic-Taping Crashkurs	René Badstübner, Ingo Geuenich	120 EUR
Mittwoch, 24.10.2018		
Manuelle Medizin Refresher	Reinhard Deinfelder	48 EUR / 58 EUR
Donnerstag, 25.10.2018		
Evidenzbasierte Stoßwellentherapie der Faszien und Muskeln in der Sport- und Schmerzmedizin	Prof. Wolfgang Bauermeisterr	75 EUR
3D/4D Wirbelsäulenvermessung	Dr. Holger Jahn	150 EUR / 200 EUR
Refresher: Sonografie Säuglingshüfte	Dr. Susanne Fröhlich	48 EUR / 58 EUR
Freitag, 26.10.2018		
Update Fachkunde Strahlenschutz	Dr. Tim Abt	200 EUR / 400 EUR
HBA-Refresher-Kurs	n.n.	100 EUR / 200 EUR
Kompaktkurs: Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen EMG	Dr. Maximilian Meichsner	45 EUR
Rheuma Zertifizierungskurs II	Dr. Uwe Schwokowski	200 EUR / 300 EUR
4D-motion-Kurs - dynamische Wirbelsäulenvermessung	Dr. Holger Jahn	150 EUR / 200 EUR
Samstag, 27.10.2016		
Rheuma Zertifizierungskurs III	Dr. Uwe Schwokowski	200 EUR / 300 EUR

Datenschutzpaket nach DSGVO für kleine und mittlere Praxen

Die erste Abmahnwelle zur neuen europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) rollt. Die KV Bremen empfahl kürzlich ihren Mitgliedern, ihre Webseiten lieber vom Netz zu nehmen, wenn nicht sicher ist, ob die Praxishomepage allen Anforderungen der neuen DSGVO gerecht wird.

Lassen Sie es nicht soweit kommen. Gemeinsam mit der Designery Health GmbH hat der BVOU ein Datenschutzpaket geschnürt, das insbesondere für kleine Praxen interessant ist, die keinen eigenen Datenschutzbeauftragten benötigen.

Während große Praxen mit mehr als zehn Mitarbeitern sich eines internen oder externen Datenschutzbeauftragten bedienen müssen, ist in kleineren Einheiten der Praxisinhaber selbst für die Einhaltung aller Datenschutznormen verantwortlich. Das ist zeitaufwändig und erfordert die Einarbeitung in eine fremde und trockene Materie.

Datenschutzpaket

Das Datenschutzpaket enthält vier aufeinander abgestimmte Komponenten und nimmt Ihnen den Großteil des Aufwandes zur Einführung der neuen EU-DSGVO in Ihrer Praxis ab:

- ▶ Checkliste für Ihre Praxis
- ▶ Datenschutz-Ordner mit Musterformularen
- ▶ Test Ihrer Webseite auf DSGVO-Konformität
- ▶ Onlineschulung für Ihre Mitarbeiter

Gehen Sie auf Nummer sicher und reduzieren Sie gleichzeitig den Aufwand, den Sie mit Einführung der DSGVO in Ihrer Praxis haben.

1. Checkliste für Ihre Praxis

Die Checkliste ermöglicht Ihnen eine rasche Bestandsaufnahme zur DSGVO. Durch einfaches Abhaken überprüfen Sie schnell und einfach die wichtigsten Punkte und lokalisieren Handlungsbedarf:

- ▶ Patienteninformation
- ▶ Einwilligungserklärungen
- ▶ Mitarbeiterinformation
- ▶ Diskretion
- ▶ Datenschutzbeauftragter
- ▶ Verarbeitungstätigkeiten
- ▶ Auftragsverarbeitungsverträge
- ▶ E-Mails
- ▶ Zugriffsberechtigungen
- ▶ Datensicherung
- ▶ Datenpannen
- ▶ Datenvernichtung

2. Datenschutzordner

Kern des Datenschutzpaketes ist der Datenschutzordner. Er enthält alle wichtigen Formulare und Empfehlungen, die Sie seit Einführung der DSGVO vorhalten müssen.



© Designery Health GmbH

Neben Patienteninformationen sind dies Beschreibungen der Verarbeitungsverfahren von Daten, Listen über Zugriffsberechtigungen und Einweisungen der Mitarbeiter.

Alle Formulare können auf Papier oder elektronisch an Ihre Praxis angepasst werden. Der resultierende individuelle Datenschutzordner ist eine ideale Ergänzung Ihres QM-Handbuchs.

3. Test Ihrer Webseite

Lassen Sie ihre Webseite auf folgende DSGVO-relevante Punkte testen:

- ▶ Datenschutzerklärung
- ▶ Cookie-Hinweis
- ▶ Impressum
- ▶ SSL-Verschlüsselung
- ▶ Kontaktformular

Der Ergebnisbericht enthält klare Aussagen, was auf Ihrer Webseite noch zu tun ist.

4. Schulung Ihrer Mitarbeiter

Im Paket enthalten ist außerdem eine Online-Schulung zur neuen DSGVO für bis zu zehn Mitarbeiter. Der Kurs führt an PC, Tablet oder Smartphone in die Grundsätze des Datenschutzes und die Besonderheiten der DSGVO ein und beantwortet Fragen zu den häufigsten Problemen und geänderten Verhaltensweisen.

Alle Mitarbeiter erhalten nach erfolgreichem Abschluss ein Teilnahmezertifikat und machen sich in einem abschließenden Teamgespräch mit den konkreten Bedürfnissen Ihrer Praxis vertraut. Diese Mitarbeiterschulung wird mit einer eigenen Checkliste im Datenschutzordner dokumentiert.

Fazit

Das Datenschutzpaket reduziert den Aufwand für die Einführung der DSGVO in kleineren Praxen auf ein Minimum. Sie können sicher sein, an alles gedacht zu haben, schließen Abmahnlücken auf Ihrer Webseite und haben gleichzeitig Ihre Mitarbeiter durch eine konkrete Schulung auf den neuesten Stand zur EU-DSGVO gebracht.

Bestellen können Sie das Datenschutzpaket über die Homepage des BVOU. Dort finden Sie ein Bestellformular. Der Preis für das Gesamtpaket beträgt 395 Euro für BVOU-Mitglieder und 595 Euro für Nicht-Mitglieder [jeweils zzgl. 19 Prozent MwSt.].



Weitere Informationen finden Sie unter www.bvou.net im Themendossier EU-Datenschutzrecht.

BVOU-Rahmenvertrag zum Datenschutz gut angenommen

Seit dem 25. Mai 2018 müssen die Vorgaben der neuen europäischen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) umgesetzt sein. BVOU-Kooperationspartner rund um den Datenschutz ist die Firma WENZA EWIV, spezialisiert auf die externe Datenschutzbetreuung. Viele BVOU-Mitglieder nutzten bereits das Serviceangebot. Wenza-Kundenberater Phil Löhnhardt zieht im Interview eine erste Bilanz.



© Zerber/Fotolia

BVOU: Herr Löhnhardt, wieviele BVOU-Mitglieder haben sich bisher für die Angebote Ihres Unternehmens interessiert?

Phil Löhnhardt: Bis zum 1. Juni haben 130 BVOU-Mitglieder Wenza beauftragt. Insgesamt interessierten sich bereits mehr als 200 Mitglieder für unsere Angebote. Eine genauere Auswertung der Anfragen können wir leider nicht vornehmen, da nicht jeder telefonische Kurzkontakt in die Bewertung einfließt.

BVOU: Was sind die häufigsten Fragen oder Wünsche?

Löhnhardt: Viele Fragen lauten beispielsweise: Wie ist mit dem Thema der Patienteneinwilligung umzugehen? Wie informiere ich Neu-, wie Bestandpatienten? Gibt es hier entsprechende Vorlagen? Wie ist mit dem Thema der Auftragsverarbeitungs-Verträge umzugehen? Brauche ich diese Verträge für die Arbeit mit Laboren? Gibt es hier entsprechende Vorlagen? Wie gestalte ich meinen Online-Auftritt rechtskonform und sicher? Gibt es Vorlagen für eine entsprechende Datenschutzerklärung?

Grundsätzlich zeigt sich, dass trotz der Vorlagen und Umsetzungstipps von vielen Verbänden, aber auch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder von Ärztekammern noch große Unsicherheit bei der endgültigen Nutzung herrscht. Der größte Wunsch ist aus meiner Erfahrung heraus umfassende Aufklärung und Information. Ich habe viele positive Gespräche erlebt, in denen ein Erstgespräch über den Umgang mit der Umstellung oder über die grundsätzlichen Anforderungen dazu geführt hat, den Druck von Ärzten und Mitarbeitern zu nehmen. Die Vor-Ort-Termine unserer Leistungserbringer bilden hier den nächsten Schritt, um Sicherheit zu geben und mit den Verantwortlichen Hand in Hand zu arbeiten.

BVOU: Welche Aspekte der EU-DSGVO bereiten die meisten Sorgen oder Probleme?

Löhnhardt: Der Umgang mit den Auftragsverarbeitungs-Verträgen. Hierzu bekommen wir viele Anfragen dahingehend, die eingehenden Verträge von Partnern gegenzuprüfen, aber ebenso die Aufträge zur Prüfung von ausgehenden Verträgen.

BVOU: Zu welchen Punkten besteht immer noch Unklarheit?

Löhnhardt: Eigentlich zur Wichtigkeit und zum klugen Vorgehen bei der Umstellung. Das gilt allgemein und keinesfalls nur für Arztpraxen. Teilweise wird die Verantwortung an bereits stark ausgelastete Mitarbeiter weitergereicht, die auf einmal zum Datenschutzbeauftragten benannt und dann mit der Arbeit allein gelassen werden. Vielen ist dabei nicht bewusst, dass die grundsätzliche Verantwortung für den Datenschutz aber bei der Geschäftsführung liegt. Die Umstellung wurde auch vielerorts als ein Übel angesehen, das man bis zum 25. Mai mal schnell in den Griff bekommen musste, um das Thema los zu sein. Die Stärkung aller unserer Betroffenenrechte durch die neue Datenschutz-Grundverordnung, Verbesserungen der Qualität der Datensicherheit oder die Prozessoptimierung im Zuge der Umstellung werden meines Erachtens nach nicht genug hervorgehoben.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Sabine Rieser, BVOU-Presseteam.

Sollten Sie sich als BVOU-Mitglied für eine externe Unterstützung bei der Umsetzung der Datenschutzerfordernungen nach der neuen Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO) entscheiden, haben wir für Sie einen Rahmenvertrag mit der Firma WENZA EWIV abgeschlossen. WENZA ist ein bundesweit tätiges Unternehmen und im Bereich Praxen und Praxissoftware besonders kompetent. Details finden Sie unter www.bvou.net, Stichwort Datenschutz. Für weitere Fragen wenden Sie sich gern an die WENZA-Hotline unter 040 - 422 361 12.

BVOU Study Club

LIVE WEBINAR

DATEN RECHTSSICHER VERWALTEN: FIT FÜR DIE EU-DSGVO

Referent: Kent Schwirz

Was Sie jetzt beachten sollten.

Die Bindung zum Arzt als Faktor in der Schmerztherapie

Eine gute Beziehung zwischen Arzt und Patient ist nicht nur wichtig, um gemeinsam die bestmögliche Behandlungsstrategie zu finden. Sie wirkt sich auch auf die Therapietreue und den dauerhaften Behandlungserfolg aus. Fällt es einem Patienten eher schwer, Bindungen aufzubauen, haben häufig auch gängige Therapiekonzepte weniger Erfolg – gerade bei der Therapie chronischer Schmerzen.



© StockPhotoPro/Fotolia

die subjektive Einschätzung der Arzt-Patient-Beziehung nach Abschluss der insgesamt vierwöchigen Therapie unter anderem auf zwei Parameter auswirkt: den Spiegel des „Bindungshormons“ Oxytocin im Blut der Patienten und das Schmerzlevel drei Monate nach Therapieende. Die Kombinationstherapie umfasst Medikamente, Physiotherapie und psychotherapeutische Elemente, welche die soziale Interaktions- und Bindungsfähigkeit verbessern sollen.

Bindungshormon beeinflusst Schmerzwahrnehmung

Wie Ärzte Patienten in solchen Fällen besser helfen können, untersuchen Heidelberger Wissenschaftler derzeit in einer Studie zu chronischen Rücken- und Nackenschmerzen. Ihr Ansatz: Mit einer bindungsorientierten Schmerztherapie, die den Aufbau einer vertrauensvollen Arzt-Patient-Beziehung und das Bindungsverhalten des Patienten bewusst in den Mittelpunkt stellt, wollen sie die Therapieergebnisse verbessern und Patienten dabei unterstützen, deren chronische Schmerzen langfristig zu lindern.

Für das Projekt wurde die Psychologin Ann-Christin Pfeifer, Nachwuchswissenschaftlerin an der Universitätsklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie in Heidelberg, kürzlich mit dem Nachwuchsförderpreis der Deutschen Schmerzgesellschaft ausgezeichnet. Die Studie ist ein Kooperationsprojekt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie des Instituts für Medizinische Psychologie am Universitätsklinikum Heidelberg unter Leitung von Prof. Marcus Schiltenswolf und Prof. Beate Ditzen.



© Privat/Pfeifer

Ann-Christin Pfeifer



© Privat/Schiltenswolf

Prof. Marcus Schiltenswolf

Bereits in anderen Studien konnte festgestellt werden, dass Oxytocin sich nicht nur positiv auf die Bindungsfähigkeit und die Vertrauensbildung in Beziehungen auswirkt, sondern auch die Schmerzsensibilität reduzieren kann. „Oxytocin beeinflusst verschiedene Hirnareale, die für die Kontrolle von Angst und sozialen Interaktionen, für das Wohlbefinden und die persönliche Schmerzschwelle verantwortlich sind,“ erklärt Pfeifer. So konnte etwa gezeigt werden, dass der Oxytocin-Spiegel bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen niedriger ist als bei gesunden Personen.

In ihrer Studie stellen sich Pfeifer und ihre Kollegen nun erstmals die folgenden Fragen: Wie verändern sich der Oxytocin-Spiegel und weitere Biomarker (Vasopressin, Kortisol) im Laufe der vierwöchigen Schmerztherapie? Sind die Veränderungen bei Patienten mit unsicherem Bindungsverhalten weniger stark als bei sicher gebundenen Patienten? Haben unsicher gebundene Patienten bereits niedrigere Ausgangswerte beim Oxytocin?

„Das primäre Ziel der Studie ist es, den Zusammenhang zwischen körperlichen Symptomen und psychischen Korrelaten anhand der untersuchten Biomarker zu messen, um die Wirkung einer bindungsorientierten multimodalen Schmerztherapie zu evaluieren und möglicherweise zu verbessern“, sagt Pfeifer.

Schmerzpatienten oft „unsicher gebunden“

Bei chronischen Schmerzpatienten liegt der Anteil von Personen mit Bindungsschwierigkeiten wie Bindungsangst oder Bindungsvermeidung bei etwa zwei Dritteln und damit deutlich höher als in der Gesamtbevölkerung. Dort gilt etwa ein Drittel als „unsicher gebunden“. „Studien haben gezeigt, dass Schmerzpatienten mit einem solchen unsicheren Bindungsverhalten es deutlich seltener als andere schaffen, einen anfänglichen Therapieerfolg länger aufrecht zu erhalten“, erläutert Ann-Christin Pfeifer. Umso wichtiger sei es, diese Erkenntnisse in die moderne Schmerztherapie einfließen zu lassen.

Im Rahmen der aktuellen Studie untersucht sie bei 150 Patienten mit lange bestehenden Rücken- und Nackenschmerzen, wie sich

Leitfaden für Ärzte zum Umgang mit betroffenen Patienten

„Wir hoffen insbesondere, dass wir Ärzten einen praktischen Leitfaden an die Hand geben können, wie sie Patienten mit unsicherem Bindungsverhalten erkennen und entsprechend auf sie eingehen können, um eine gute und vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung

aufzubauen“, erklärt Studienleiter Prof. Schiltenswolf, Leiter der konservativen Orthopädie und Schmerztherapie an der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg.

Konkret bedeute das für den Arzt: „Ängstlichen Patienten, denen es schwerfällt herauszufinden, was ihre Schmerzen lindert oder vermeiden hilft, tut mehr Beruhigung und Unterstützung von ihrem Arzt gut“, so Schiltenswolf. Patienten, die beim Arzt viel schweigen und denen es schwerfällt, um Hilfe zu bitten, sollte man als Arzt mit Geduld und Verständnis begegnen, sich quasi vorsichtig herantasten. „Solche Patienten schätzen vor allem eine gute Rückversicherung zum Befund und den Therapiemaßnahmen. Es fällt ihnen dann leichter, sich auf den Arzt und seine Empfehlungen einzulassen“, erklärt der Studienleiter. „Letztendlich geht es darum, dass der Patient sich verstanden fühlt und mit dem, was der Arzt ihm sagt, etwas anfangen kann. Nur dann wird er mit möglichst wenig Angst mit seinem Befund auch gut zu leben wissen“, so Schiltenswolf.

Auch das Bundesministerium für Bildung und Forschung sieht in dem Projekt einen innovativen Ansatz, um die Versorgung von Schmerzpatienten zu verbessern. In den kommenden fünf Jahren fördert es daher mit bis zu 600.000 Euro den Aufbau eines Deutsch-Australischen Forschungsnetzwerks zu Oxytocin, Schmerz und Bindung unter Heidelberger Federführung. Gemeinsam mit Forschungseinrichtungen in Brisbane, die sich zum Teil auch an der aktuellen Studie beteiligen, soll unter anderem ein spezielles Verfahren zur standardisierten Bestimmung von Oxytocin im Blut entwickelt werden.

Anne Faulmann, BVOU-Presseteam



© contrastwerkstatt/fotolia

Reha wirkt – Großteil wieder erwerbsfähig

Eine medizinische Rehabilitationsmaßnahme erhöht die Chancen Betroffener deutlich, im Anschluss wieder ins Erwerbsleben einsteigen zu können. Das geht aus der Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen hervor (Bundestags-Drucksache 19/2041).

Demnach zeigen die Zahlen für die Jahre 2013 bis 2015, dass nur 15 Prozent der Personen nach einer medizinischen Reha aus dem Erwerbsleben ausscheiden. 84 Prozent seien innerhalb der ersten 24 Monate nach Ende der Reha-Maßnahme wieder erwerbstätig.

Notfallversorgung: G-BA berücksichtigt Traumazentren

Krankenhäuser, die Notfallpatientinnen und -patienten stationär versorgen, können künftig der Höhe nach gestaffelte finanzielle Zuschläge erhalten. Voraussetzung dafür ist, dass bestimmte Mindestanforderungen erfüllt werden, die aus qualitativer Sicht für eine gute Notfallversorgung erforderlich sind. Ein entsprechender Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 19. April ist am 19. Mai in Kraft getreten.

Die Regelungen berücksichtigen auch spezielle Notfallversorgungsangebote wie zum Beispiel die Schwerverletztenversorgung in Traumazentren. Nun müssen auf Basis des beschlossenen Stufensystems die für die Krankenhausvergütung zuständigen Vertragspartner – die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband und der Verband der privaten Krankenversicherung – Zu- und Abschläge für die Teilnahme oder Nichtteilnahme an dem gestuften System von Notfallstrukturen vereinbaren. Weitere Infos unter www.bvou.net, Stichwort Notfallversorgung.

Schmerztabletten nur noch mit Warnhinweis

Der Bundesrat hat Anfang Juni der Analgetika-Warnhinweis-Verordnung zugestimmt. Danach müssen zukünftig auch rezeptfreien Schmerzmitteln, die Wirkstoffe wie Paracetamol, Ibuprofen, Diclofenac oder Acetylsalicylsäure enthalten, Warnhinweise beiliegen. „Der verpflichtende Warnhinweis soll Verbraucherinnen und Verbraucher davon abhalten, die Medikamente über die empfohlene Höchstdauer hinaus einzunehmen“, heißt es zur Begründung. Die Verordnung soll zügig nach Verkündung im Bundesgesetzblatt in Kraft treten.

Mit riskantem Schmerzmittelgebrauch hat sich vor kurzem auch die Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände auseinandergesetzt. Sie hat ihren Leitfaden zum Arzneimittelmisbrauch aktualisiert. Bei einem Symposium verwies Prof. Christoph Stein, Direktor der Klinik für Anästhesiologie des Berliner Universitätsklinikums Charité, auf den jüngsten Arzneiverordnungs-Report von 2017: Danach sind nichtopioide Analgetika wie Diclofenac oder Ibuprofen im Verbrauch nach oben gegangen.

Nach Steins Meinung ist Deutschland auch gefährdet, ähnlich hohe Zahlen an Opioidabhängigen zu riskieren wie die USA in den letzten Jahren. Viel zu oft würden die Substanzen bei Patienten mit nicht-Tumorschmerz eingesetzt, bemängelte er, viel zu lange habe sich das Märchen gehalten, Schmerzpatienten könnten hiervon nicht abhängig werden.

Für chronische Schmerzpatienten sollten nicht nur Medikamente verordnet werden, sondern sie müsse man in multimodalen, interdisziplinären Programmen behandeln, forderte Stein. Diese gebe es aber viel zu selten, in Deutschland wie in den USA. Die Kostenträger spielen dabei seiner Meinung nach eine wichtige Rolle: Kollegen und er hätten beispielsweise an der Charité 18 Jahre lang versucht, eine interdisziplinäre Schmerzklinik in Berlin einzurichten, aber: Die Krankenkassen hätten dies nicht gewollt, weil sie offenbar nicht an interventionelle Maßnahmen glaubten.

Sabine Rieser, BVOU-Presseteam

Novellierung der GOÄ – Schwerstarbeit unter einem neuen Minister

Die große Mehrheit der Delegierten des Deutschen Ärztetags entschied: Es soll weitergehen mit den bisherigen umfangreichen GOÄ-Arbeiten. Auch, wenn Bundesgesundheitsminister Jens Spahn keine Neigung erkennen lässt, die GOÄ zu novellieren. Ein Bericht über die aufwendigen Arbeiten, die auch O und U viel abverlangen, von Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Vorsitzender des Verbands leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands e.V. (VLOU).



Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

Am 26. April 2018 fand im Tagungswerk Berlin eine Veranstaltung der Bundesärztekammer (BÄK) unter dem Thema „Novellierung der GOÄ“ statt. Referenten waren Dr. Klaus Reinhardt, GOÄ-Verhandlungsführer der BÄK, BÄK-Dezernent Dr. Markus Stolaczyk sowie Dr. Wolfgang Popp, Geschäftsführer der begleitenden Firma Prime Networks.

Schon zu Beginn der eintägigen Veranstaltung wurde schnell klar, dass in den nächsten Jahren – vermutlich bis mindestens 2020/2021 – nicht mit einer aktualisierten GOÄ gerechnet werden kann. Denn im Koalitionsvertrag ist die Bildung einer 12-köpfigen wissenschaftlichen Kommission festgeschrieben, die EBM und GOÄ unter die Lupe nehmen soll. Hierzu heißt es im Koalitionsvertrag wortwörtlich: „Sowohl die ambulante Honorarordnung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (EBM) als auch die Gebührenordnung der Privaten Krankenversicherung (GOÄ) müssen reformiert werden. Deshalb wollen wir ein modernes Vergütungssystem schaffen, das den Versorgungsbedarf der Bevölkerung und den Stand des medizinischen Fortschritts abbildet. Dies bedarf einer sorgfältigen Vorbereitung. Die Bundesregierung wird dazu auf Vorschlag des Bundesgesundheitsministeriums eine wissenschaftliche Kommission einsetzen, die bis Ende 2019 unter Berücksichtigung aller hiermit zusammenhängenden medizinischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Fragen Vorschläge vorlegt. Ob diese Vorschläge umgesetzt werden, wird danach entschieden.“

Stand der GOÄ-Arbeiten – Fakten aus Erfurt

- ▶ Die Leistungslegenden sind abgeschlossen: 5.589 an der Zahl, davon 4.196 Hauptleistungen und 1.393 Zuschläge.
- ▶ Seit Mai 2017 erarbeitet Prime Networks eine betriebswirtschaftliche Bewertung der Leistungen.
- ▶ Sämtliche Leistungen werden kostendeckend kalkuliert werden. Aber sämtliche Preiseffekte müssen in einem bestimmten Rahmen bleiben. Zeitaufwand, Tariflohn und Unternehmerlohn sind zu berücksichtigen. Im Unterschied zum EBM soll bei der GOÄ der Zeitaufwand stärker berücksichtigt werden.
- ▶ Aufgrund der umfangreichen Arbeiten hat die BÄK jetzt ein besseres Datenvolumen als die private Krankenversicherung zur Verfügung.
- ▶ Der Präsident der Ärztekammer Nordrhein, Rudolf Henke, wies in Erfurt auf die schwierige machtpolitische Lage bei der GOÄ hin. Für eine GOÄ-Novellierung brauche man nicht nur eine geänderte Willensbildung an der Spitze des BMG, sagte er, sondern auch im Kabinett und im Bundesrat. Hieran muss die Ärzteschaft seiner Meinung nach ebenfalls arbeiten: „Es gehört zur Strategie, wie wir die Länder überzeugen. Sonst holt sich Spahn doch nur eine blutige Nase im Bundesrat.“



© fovito/Foto12

Stolaczyk stellte im Tagungswerk noch einmal klar, dass die neue GOÄ seitens der Ärzteschaft unter dem Vorbehalt der preislichen Einigung stehe und dass alle beteiligten Berufsverbände in den Bewertungsprozess einbezogen würden. Schon der Fortgang dieser einen Sitzung zeigte, dass dies ein eher schwieriges Unterfangen werden wird. Es ist offensichtlich noch viel Aufwand zu betreiben, um, auch in den einzelnen Gruppen, eine adäquate Bepreisung zu erlangen. Dies soll nach Vorstellungen von Popp durch eine weiterführende Plausibilitätskontrolle erreicht werden, sodass dann davon ausgegangen wird, dass die Relationen in den jeweiligen Fachbereichen nach der nächsten Plausibilitätskontrolle in sich stimmig sind. Wie solche Plausibilitätskontrollen durchgeführt werden, wurde nicht dargelegt.

Ein großes Problem stellt der Abgleich der einzelnen Fachgebiete untereinander dar. Es wird mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit so sein, dass bestimmte Gebührenordnungsziffern, insbesondere neue Gebührenordnungsziffern, höher bepreist werden als diejenigen, welche sich in der aktuellen GOÄ finden. Es ist aber ebenso denkbar, dass gewisse Eingriffe, die nun

schneller und mit weniger Aufwand zu erbringen sind, eine Abwertung erfahren werden. Wie bereits mehrfach dargestellt, wird bei der Kalkulation mit einem Zeitleistungsprinzip gearbeitet. Eine Budgetierung im Sinne einer Mengenbegrenzung ist nicht vorgesehen. Ungeachtet dessen soll die generelle Preissteigerung der einzelnen Ziffern im Mittel nicht über sechs Prozent liegen.

Die angestrebte Version 3.0 der GOÄ soll dann einen fächerübergreifenden Horizontalabgleich beinhalten; wie dieser umgesetzt werden soll, wurde nicht dargelegt. Im Ergebnis sollte die GOÄ am Schluss in sich

kohärent sein. Auch wenn die einzelnen Berufsverbände in die Preisfindung nicht einbezogen werden, so werde final durch die BÄK nichts abgegeben, was nicht durch die Berufsverbände konsentiert sei, hieß es. Zusammengefasst lässt sich festhalten, dass die neue GOÄ, sofern sie überhaupt verabschiedet wird, im wesentlichen Maße von dem Votum des zu gründenden Wissenschaftsrats abhängt. Sie wird voraussichtlich nicht vor 2020 verabschiedet werden und wird keine massiven Steigerungen erfahren, da solche in dem momentanen politischen und sozialen Umfeld nicht umsetzbar sind. Konkrete Zahlen zur Honorierung sind bis jetzt nicht vorgelegt worden.

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller,
1. Vorsitzender des VLOU

Dr. Johannes Flechtenmacher,
BVOU-Präsident



© Gebhardt/Deutsches Ärzteblatt

GOÄ-Beschlüsse des deutschen Ärztetags in Kürze

► Der Deutsche Ärztetag erteilt der Bundesärztekammer den Auftrag, die weit fortgeschrittenen Novellierungsarbeiten an der GOÄ fortzuführen. Der bisherige Entwurf der Leistungslegendierungen wird aktuell einer betriebswirtschaftlich nachvollziehbaren Kalkulation unterzogen. Die Eingaben der

eingebundenen Verbände und Fachgesellschaften werden berücksichtigt. Eine möglichst detaillierte Folgenabschätzung soll sichergestellt werden.

- Ob und wann ein weiter ausgearbeitetes und konsentiertes GOÄ-Konzept als Konsensvorschlag im Bundesgesundheitsministerium (BMG) eingebracht wird, muss gesondert bewertet werden, insbesondere vor dem Hintergrund der Diskussion um die geplante wissenschaftliche Kommission der Bundesregierung zur Modernisierung der Vergütungssysteme.
- Eine Zusammenführung von GOÄ und EBM lehnt der Deutsche Ärztetag ab. Blaupause für eine einheitliche Gebührenordnung kann nur ein Konstrukt wie die GOÄ sein.
- Ein Entwurf einer neuen GOÄ darf nur dann durch die BÄK beim BMG eingebracht werden, wenn das duale Versicherungssystem erhalten bleibt und keine grundsätzliche ordnungspolitische Beeinträchtigung der privatärztlichen Versorgung vorgesehen ist. Sonst soll die BÄK eine rein ärztliche GOÄ auf Basis der heutigen weiterentwickeln, ohne Änderung des Paragrafenteils und der Bundesärzteordnung.

Sabine Rieser, BVOU-Presseteam



MVZ in Kliniken: Häufiger Verluste

Etwa jedes dritte Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) musste im Jahr 2016 finanzielle Verluste hinnehmen. Zu diesem Ergebnis kommt eine Untersuchung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi) in Kooperation mit dem Bundesverband MVZ e.V. (BMVZ). Unter den vertragsärztlich betriebenen MVZ machten nur sechs Prozent Verluste, unter den nicht-vertragsärztlichen MVZ mit Trägern wie etwa einem Krankenhaus oder einer Kommune 42 Prozent. Überwiegend gut lief es für MVZ, die ihren Standort in einer städtischen Region haben: 74 Prozent dieser MVZ erzielten einen Gewinn.

Im Schnitt wiesen die MVZ 3,6 verschiedene Fachrichtungen/ Fachabteilungen auf. In vertragsärztlichen MVZ stehen die Psychotherapie (16 Prozent), die Chirurgie (15 Prozent) und die Anästhesie sowie die Orthopädie (je 13 Prozent) im Portfolio. In den nicht-vertragsärztlichen MVZ ist die Gynäkologie (32 Prozent) deutlich häufiger zu finden, gefolgt von der Chirurgie (31 Prozent) und der Orthopädie (25 Prozent). „Die Unterschiede lassen vermuten, dass die Fachabteilungsstruktur in den nicht-vertragsärztlichen MVZ möglicherweise auf die zugehörige Klinik ausgerichtet ist. Hierfür nehmen die Krankenhausträger offenbar auch Verluste der von ihnen gegründeten ambulanten Einrichtungen in Kauf“, erklärte Zi-Geschäftsführer Dr. Dominik von Stillfried.

BMVZ-Geschäftsführerin Susanne Müller machte gegenüber der „Ärzte Zeitung“ auch strukturelle Aspekte geltend: Anders als Vertragsarzt-MVZ müssten Kliniken zum MVZ-Aufbau Arztsitze einkaufen und hätten deshalb höhere Anfangsinvestitionen. Ein weiterer Grund dafür, dass Vertragsarzt-MVZ gewinnseitig besser dastehen, könne aber auch in der „Honoraroptimierung mittels MVZ-Entflechtung“ zu sehen sein. Auch seien die Personalkosten in Klinik-MVZ tendenziell höher, weil sie zu 99 Prozent mit angestellten Ärzten arbeiteten, die anders als Vertragsärzte dem Arbeitszeitgesetz unterlägen.

Sabine Rieser, BVOU-Presseteam



Radiale Stoßwellentherapie

Stellungnahme zum G-BA-Votum für ESWT

Am 19. April 2018 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) mitgeteilt, dass die extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei Patientinnen und Patienten im Fall von durch Plantarfasciitis verursachtem Fersenschmerz nach Versagen anderer konservativer Methoden über einen Zeitraum von sechs Monaten zukünftig zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden kann. Gemessen an der „best evidence“ für diese Behandlungsmethode ist dies ein längst überfälliger Schritt.

Damit wird zwanzig Jahre nach Erscheinen der ersten randomisiert-kontrollierten Studie zur Behandlung der Plantarfasciitis durch Stoßwellentherapie diese Methode erneut zur Kassenleistung. 1998 war sie wegen mangelnder wissenschaftlicher Beweise der Wirksamkeit aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gestrichen worden.

Wie vom G-BA mitgeteilt, ist die Voraussetzung zur Therapie, dass der Fersenschmerz die gewohnte körperliche Aktivität über mindestens sechs Monate eingeschränkt hat und während dieser Zeit unterschiedliche konservative Therapieansätze wie Dehnübungen, Infiltrationsbehandlung und Schuheinlagen ohne relevante Beschwerdebesserung angewandt wurden. Das entspricht der Sichtweise aus den Anfängen der Stoßwellentherapie in den 90er Jahren, als die Stoßwelle als letzte operationsvermeidende konservative Option empfohlen wurde. Leider wird nach wie vor die Stoßwellentherapie nicht als First-line-Option gesehen. Dabei zählt sie zu den am besten untersuchten Behandlungsformen und hat weitaus mehr Evidenz zu bieten als die Einlagenversorgung und Injektionen.

Es bleibt zu hoffen, dass der Bewertungsausschuss – wenn er innerhalb der nächsten Monate über die Höhe der Vergütung der ESWT und gegebenenfalls auch über Budgetbegrenzungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab entscheidet – den Aufwand und die tatsächlichen Kosten dieser Methode berücksichtigt und die Leistung außerhalb des Regelleistungsvolumens platziert. Gerade die technische und personelle Kostenintensität dieser Methode sowie die schon jetzt sehr engen Budgetgrenzen im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie sind von BVOU und DIGEST gegenüber der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wiederholt dargelegt worden. Grundsätzlich untermauert aber die Entscheidung des G-BA die Stellung der ESWT als evidenzbasierte Therapiealternative innerhalb der konservativen Orthopädie.

Dr. Martin Ringeisen, Generalsekretär DIGEST
Dr. Johannes Flechtenmacher, Präsident BVOU
PD Dr. Jörg Hausdorf, Leiter AK Stoßwelle der DGOC

Weitere Informationen unter www.bvou.net, Stichwort: Stoßwellentherapie.

Behandlungsfehler: Motive der aktuellen Diskussion

Bundesärztekammer und Medizinischer Dienst der Krankenversicherung veröffentlichen alljährlich ihre Behandlungsfehlerstatistiken. Ein Kommentar von Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann, BVOU-Vizepräsident.

In Kliniken und Praxen hat sich in den vergangenen Jahren die „Fehlerkultur“ deutlich weiterentwickelt. Hierzu haben Patientenverbände, Aktionsbündnisse, Medien und nicht zuletzt die Ärzteschaft selbst erheblich beigetragen. Die Behandlungsfehlerquote liegt im bruchteiligen Promillebereich aller Patientenkontakte in Praxen (ca. eine Milliarde pro Jahr) und Kliniken (ca. 19,5 Millionen pro Jahr). Die Dunkelziffer von nicht erfassten Fehlern oder Beinahe-Fehlern ist nicht bezifferbar und vermutlich deutlich höher.

Doch was ist ein Fehler – und was eine schicksalshafte Komplikation? Wie ist das eine vom anderen abzugrenzen? Die Klagebereitschaft der Patienten – und ihrer Angehörigen – wird auch durch mediale Berichterstattung über vermeintlichen „Pfus“ geschürt. Krankenkassen, Anwälte und Verbände bieten großzügig und ermunternd Unterstützung an. Die Akzeptanz von Komplikationen oder gar schicksalshaften Verläufen sinkt gegen Null, auch bei fachgerechter Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen. Das für jeden Eingriff und Heilerfolg wichtige Arzt-Patienten-Vertrauen schwindet – durchaus wechselseitig.

Der Arzt, daran sei erinnert, schuldet dem Patienten lediglich eine nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen durchgeführte Behandlung mit Facharztstandard. Er schuldet keinen Behandlungserfolg. Wie sollte dieser auch in jedem Einzelfall objektivierbar sein? Jeder Arzt kennt genügend Beispiele von hoch zufriedenen Patienten nach objektiv mäßigem Behandlungsergebnis und umgekehrt. Patientenindividuelle Dispositionen sowie die „ärztliche Kunst“ der Patientenführung sind häufig wesentliche Einflussfaktoren.

Vor diesen Hintergründen ist es nicht verwunderlich, dass die Orthopädie und Unfallchirurgie bei den Fehlbehandlungsvorwürfen und -nachweisen „führt“. Moderne Bildgebungsmethoden machen auch

marginale „Fehlpositionierungen“ von Implantaten sowie „Fehlheilungen“ sichtbar. In einem auf Lebensqualität und Lifestyle ausgerichteten Medizinsektor mit entsprechend angepassten Behandlungsversprechen steigt konsequent die Klagebereitschaft. Dass „Fehler“ möglicherweise gar nicht vorliegen, will man häufig nicht wahrhaben – und geht durch alle Instanzen. Das ist ermüdend, teuer und frustan.

Dabei arbeiten die derzeit zur Verfügung stehenden Stellen (Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Landesärztekammern, Medizinischer Dienst der Krankenkassen, Zivilgerichte) differenziert, objektiv und effizient. Dass berechtigte Entschädigungsansprüche von Patienten oft erst nach Jahren befriedigt werden können, ist dabei bedauerlich und dem allgemeinen Rechtsprozess geschuldet. Härtefallfonds könnten hier sinnvoll sein. Doch wie sollen diese konkret „gespeist“ werden? Was geschieht, wenn nach Entschädigungsauszahlung ein Fehler letztinstanzlich doch zurückgewiesen wird? Würden auch „schicksalshafte“ Komplikationen mit einbezogen? Bereits heute gibt es kaum noch Versicherer, die Kliniken gegen Schadensersatzansprüche versichern. Und die Prämien steigen.

Absicherung durch „Dokumentation total“ ist im bereits derzeit völlig überbürokratisierten und überdokumentierten Medizinbetrieb nicht umsetzbar. Die Einführung einer generellen „Beweislastumkehr“ würde wahrscheinlich, jedenfalls als Nebeneffekt, zur einer deutlichen Kostenreduktion im Gesundheitswesen führen. Denn Hochrisikopatienten würden elektiv nicht mehr operiert oder behandelt werden. Vielleicht ist das ja der verdeckte gesundheitspolitische Ansatz hinter der immer wiederkehrenden Diskussion um eine generelle Beweislastumkehr?

Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann, BVOU-Vizepräsident

Der Kommentar in voller Länge sowie Daten zu den aktuellen Behandlungsfehlerstatistiken: www.bvou.net/Behandlungsfehler

Die Daten von BÄK und MDS

Die ärztlichen Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen haben im Jahr 2017 bundesweit 7.307 Entscheidungen zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern getroffen, etwas weniger als im Vorjahr (7.639). Die Zahl der Anträge lag 2017 bei 11.100. Was die 2017 entschiedenen Fälle betraf, so wurde in knapp einem Drittel ein Behandlungsfehler bejaht. Die häufigsten Diagnosen, die zu Behandlungsfehlervorwürfen geführt hatten, waren Knie- und Hüftgelenksarthrosen sowie Unterschenkel- und Sprunggelenkfrakturen.

Die alljährliche Statistik war Thema einer Pressekonferenz der Bundesärztekammer (BÄK) im April. Gemessen an der enormen Gesamtzahl der Behandlungsfälle liege die Zahl der festgestellten Fehler Gott sei Dank im Promillebereich, hatte Dr. Andreas Crusius betont. Er ist Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen. Anfang Juni präsentierte der Medizinische Dienst des Spitzenverbands Bund

der Krankenkassen (MDS) seine Daten für 2017. 13.519 Sachverständigengutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern haben die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) bundesweit erstellt. Bestätigt wurde jeder vierte Behandlungsfehlerverdacht. In jedem fünften Fall wurde die Schädigung des Patienten durch den Fehler verursacht. Der MDS bestätigte somit 3.337 Fehler.

31 Prozent aller Vorwürfe bezogen sich auf Orthopädie und Unfallchirurgie, 13 Prozent auf Innere Medizin und Allgemeinmedizin, 9 Prozent auf die Allgemeinchirurgie. „Eine hohe Zahl an Vorwürfen lässt aber nicht auf eine hohe Zahl an tatsächlichen Behandlungsfehlern schließen und sagt auch nichts über das Risiko in einem Fachgebiet aus“, erklärte Prof. Dr. Astrid Zobel, Leitende Ärztin des MDK Bayern. Am häufigsten bestätigten die MDK-Fachärzte Fehlervorwürfe in der Pflege (49,8 Prozent), gefolgt von der Zahnmedizin (35,2 Prozent) und der Frauenheilkunde (27 Prozent).

Sabine Rieser, BVOU-Presseteam

Osteopathie-Urteil: Einzelfallentscheidung ohne große Relevanz für den Berufsalltag

Das Oberlandesgericht Frankfurt am Main hat die Werbung und Anwendung der CranioSacralen Therapie nach Upledger durch eine Therapeutin ohne Heilpraktikererlaubnis nicht geahndet. Eine Beurteilung von Dr. jur. Jörg Heberer, BVOU-Justitiar.

Das Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) Frankfurt am Main hat für gewisses Aufsehen gesorgt. Es dürfte jedoch, wenn man die Urteilsgründe genau liest, wohl keine (erheblichen) Auswirkungen erwarten lassen. Denn es liegt hier eine Einzelfallentscheidung vor, die ihren Grund in den konkreten Umständen des Einzelfalls hat.

Die Klägerin in diesem Prozess hat lediglich pauschal behauptet, die Therapie sei „gefährlich“. Sie hat aber, selbst nach Hinweisen des OLG, nichts dazu vorgetragen, ob von der Anwendung der CranioSacralen Therapie nach Upledger direkt gesundheitliche Gefahren für Patienten ausgehen. Das heißt: Sie konnte zu den genauen Therapieformen und Anwendungsgebieten nichts Substantiiertes äußern. Dem OLG fehlte somit in Bezug auf den Vorwurf die Beurteilungsgrundlage. Somit hatte das Unterlassungsbegehren schon mangels ausreichenden Sachvortrags keinen Erfolg.



© karelnoppe/Fotolia

Die Klägerin hatte weiterhin behauptet, dass Patienten durch diese Therapie vom Arztbesuch abgehalten werden. Dies würde in Anwendung des Heilpraktikergesetzes nach ständiger Rechtsprechung eine zumindest mittelbare Gesundheitsgefährdung begründen. Doch das Oberlandesgericht schloss diese mittelbare Gefährdung aus, weil die Therapie ausschließlich aufgrund ärztlicher Verordnung angewandt wird.

Daraus kann aber andererseits nicht der Schluss gezogen werden, dass stets bei ärztlicher Verordnung keine Heilpraktikerlaubnis mehr notwendig ist. Denn wenn von einer Therapie selbst gesundheitliche Gefahren und damit eine unmittelbare Gefährdung der

Gesundheit ausgehen, so wird dennoch, selbst wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt, weiterhin der Physiotherapeut eine Heilpraktikererlaubnis besitzen müssen.

Zudem ist eine ärztliche Verordnung oder eben ihr Fehlen nur ein Punkt, der bei der Beurteilung einer mittelbaren Gesundheitsgefährdung maßgeblich sein kann. Lediglich für diesen Punkt entschied das OLG im vorliegenden Fall, es sei bei dessen Vorliegen keine Gefahr anzunehmen. Ob weitere Umstände zu einer Gesundheitsgefährdung beitragen können oder nicht, müssen die streitenden Parteien vortragen, damit das Gericht dies würdigen kann. In einem Zivilprozess ermittelt es nämlich nicht selbst, sondern es gilt die Parteimaxime: Lediglich was, was die streitenden Parteien vortragen, kann zur Entscheidungsgrundlage werden. Die Klägerin konnte konkrete Belege für eine Gesundheitsgefährdung jedoch nicht anführen. Deshalb wurde die Klage auf Unterlassung der Werbung und der Anwendung des Verfahrens ohne Heilpraktikererlaubnis abgewiesen.

Dr. jur. Jörg Heberer, BVOU-Justitiar

Therapie wurde ärztlich verordnet

Das Oberlandesgericht Frankfurt am Main hat entschieden, dass „die Ausübung von Heilkunde (hier: „CranioSacrale Therapie nach Upledger“) nur dann dem Heilpraktikervorbehalt unterfällt, wenn von der Behandlung eine zumindest mittelbare Gesundheitsgefährdung ausgeht. Ob die Therapie selbst mit gesundheitlichen Gefahren verbunden ist, kann im Zivilprozess nur dann beurteilt werden, wenn der Kläger Anwendungsgebiete und Formen der Therapie im Einzelnen darlegt (im Streitfall verneint). Eine mittelbare Gesundheitsgefährdung kann sich grundsätzlich auch daraus ergeben, dass Patienten infolge der Therapie von einem Arztbesuch abgehalten werden; daran fehlt es jedoch, wenn die Anwendung der Therapie ausschließlich auf Grund ärztlicher Verordnung erfolgte.“

Quelle: Leitsatz des Urteils (Az. 6 U 140/17)

IGeL-Monitor: Osteopathie nach Studienlage nicht überzeugend

Bei akutem und subakutem Kreuzschmerz zeigt die Osteopathie keinen Nutzen. Schäden sind aber auch nicht zu erwarten. Zu diesem Schluss kam Anfang Mai der IGeL-Monitor.



Wissenschaftler des IGeL-Monitor haben den Nutzen der Osteopathie bei unspezifischen Kreuzschmerzen mit „unklar“ bewertet. Insgesamt sei die Studienlage schwach, hieß es: „Es wurden zehn

relevante Studien gefunden, die überwiegend von schlechter Qualität sind. In einer Studie, die Osteopathie mit Schein-Osteopathie verglich, konnte bei einem Teil der Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen eine deutliche Schmerzlinderung gezeigt werden. Doch weder zu anderen Endpunkten noch im Vergleich zu kassenfinanzierten Therapien noch bei akuten oder subakuten Kreuzschmerzen ergaben sich Vorteile der Osteopathie, oder es gab keine Daten. Insgesamt sehen wir also keine belastbaren Hinweise auf einen Nutzen der Osteopathie. Da wir auch keinen Schaden erkennen, ergibt sich in der Gesamtbetrachtung von Nutzen und Schaden die Bewertung ‚unklar‘.“

Analyse auf Basis von zehn Einzelstudien

Aus methodischen Gründen wurden nach Angaben des Monitors nicht die drei herangezogenen Übersichtsarbeiten, sondern die zehn Einzelstudien analysiert. Nur eine davon habe höhere Qualitätsstandards erfüllt: „In dieser Studie von Licciardone aus dem Jahr 2013 wurden knapp 500 Patienten mit chronischen Kreuzschmerzen innerhalb von acht Wochen je sechsmal behandelt: die eine Hälfte der Probanden mit fachgerechter Osteopathie, die andere Hälfte mit Schein-Osteopathie. Bei der Schein-Osteopathie üben die Behandler zum Beispiel geringeren Druck aus und bewegen die Hände entgegen der vorgeschriebenen Richtung. Alle Patienten durften sich während der Studie zusätzlich auch anders behandeln lassen. Nach drei Monaten wurden die Patienten gefragt, wie stark ihre Schmerzen sind. Betrachtet man, bei wie vielen Probanden die Schmerzen während der drei Monate um mindestens die Hälfte abnahmen, zeigt sich: in der Gruppe der wirklich osteopathisch Behandelten profitieren 50 von 100, in der Gruppe

der Schein-osteopathisch Behandelten 35 von 100. Man kann also sagen, dass zusätzlich 15 von 100 Patienten dank Osteopathie deutlich weniger Schmerzen haben würden. Dies ist über alle Studien das positivste und belastbarste Ergebnis, das für einen Nutzen der Osteopathie spricht.“ Alle anderen Ergebnisse aus Studien, die Osteopathie mit verschiedenen Scheinbehandlungen oder keiner Behandlung verglichen, seien deutlich weniger aussagekräftig, oder sie zeigten keinen Vorteil der Osteopathie. So verbesserten sich „funktioneller Status“, „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ und „Arbeitsunfähigkeit“ nicht oder nur geringfügig.

Kritik an Osteopathie – die viele Krankenkassen bezahlen

Die Autoren der Beurteilung weisen ergänzend darauf hin, dass viele Maßnahmen zur Diagnose und Therapie von Kreuzschmerzen von den Kassen übernommen werden, zum Beispiel auch Physiotherapie. Erläuterungen zu den begrenzten Budgets hierzu fehlen aber. Die Osteopathie dagegen sei keine Kassenleistung, werde aber von sehr vielen Krankenkassen freiwillig bezuschusst oder bezahlt. Eine einzelne Behandlung koste in der Regel zwischen 70 und 145 Euro.

Fundierte und aktuelle Informationen zum Thema Kreuzschmerzen biete eine Leitlinie von 2017. Damit ist die „Nationale Versorgungs-Leitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz“ gemeint. Sie formuliere Handlungsempfehlungen für Ärztinnen und Ärzten. In dieser Leitlinie werde von vielen Untersuchungen und Behandlungen bei Kreuzschmerzen abgeraten, von der Osteopathie aber nicht. Die Leitlinie gebe es auch in einer allgemeinverständlichen, sehr empfehlenswerten Fassung für Patienten. Der IGeL-Monitor weist darauf hin, dass „Osteopathen die Patienten in der Regel nicht ruckartig und heftig, sondern eher sanft behandeln“. Deshalb seien „Schäden an Muskeln, Sehnen, Gelenken und Knochen auch eher nicht zu erwarten“.

Sabine Rieser, BVOU-Presseteam

IGeL-Bewertungen des Medizinischen Dienstes

Unter www.igel-monitor.de erhalten Versicherte evidenzbasierte Bewertungen zu sogenannten IGeL, also Selbstzahlerleistungen. Entwickelt wurde die nicht-kommerzielle Internetplattform vom Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS). Der MDS berät den GKV-Spitzenverband in allen medizinischen und pflegerischen Fragen, die diesem qua Gesetz zugewiesen sind. Er koordiniert und fördert die Durchführung der Aufgaben und die Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDK) auf Landesebene in medizinischen und organisatorischen Fragen.

Die IGeL „Osteopathie bei unspezifischen Kreuzschmerzen“ ist die 48. Leistung, die der IGeL-Monitor bewertet hat. Bislang gab es folgende Bewertungen: positiv 0, tendenziell positiv 3, unklar 20, tendenziell negativ 20, negativ 4, in Überarbeitung 1. Vier weitere IGeL wurden nicht bewertet, sondern nur besprochen.

Bei der Extrakorporalen Stoßwellentherapie hatte der IGeL-Monitor vor einiger Zeit ein positives Votum abgegeben. Der Studienlage zufolge gelinge es damit beim plantaren Fersenschmerz, den Schmerz in etwa doppelt so vielen Fällen zu lindern wie einer Scheinbehandlung. Die Leistung soll deshalb wieder von den Krankenkassen finanziert werden. Kritisch zu bewerten ist daran aus Sicht des BVOU, dass diese Aufnahme oft mit einer finanziellen Abwertung der Leistung verbunden ist.

BVOU-Versicherungsservice Exklusive Vorteile der Verbandsmitglieder

Der BVOU hat für alle berufstätigen Mitglieder eine Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung für die berufliche Tätigkeit im Gesundheitswesen abgeschlossen. Hiervon profitieren Verbandsmitglieder automatisch kraft Mitgliedschaft im Berufsverband. Hierbei handelt es sich um eine Serviceleistung des BVOU. Diese sieht im Detail die Absicherung folgender Risiken vor:

- ▶ Straf-Rechtsschutz, insbesondere strafrechtliche Ermittlungsverfahren und berufsgerichtliche Verfahren
- ▶ Sozialgerichts-Rechtsschutz für Musterprozesse
- ▶ Arbeitsgerichts-Rechtsschutz für angestellte Ärzte, einschließlich Teilanstellung
- ▶ Rechtsschutz aus Belegarzt-, Konsiliararzt- und Honorararztverträgen ab Gericht

Eine weitergehende Absicherung der darüber hinausgehenden Rechtsschutzrisiken sowohl im beruflichen als auch im privaten Bereich können Verbandsmitglieder zusätzlich vornehmen. Hier bestehen spezielle Versicherungspakete exklusiv für BVOU-Mitglieder, deren Umfang sich nahtlos an die Gruppen-Versicherung anschließt. Diese Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung lässt keine nachteilige Überschneidung der bereits versicherten Risiken entstehen und beinhaltet zudem eine erhebliche Beitragsersparnis gegenüber marktüblichen Ärzte-Rechtsschutz-Paketen.

Darüber hinaus profitieren Sie als BVOU-Mitglied von weiteren Serviceleistungen Ihres Berufsverbandes im Haftpflichtbereich. Ärzte sind zwar durch ihre Mitgliedschaft im BVOU nicht automatisch haftpflichtversichert, doch gibt es für berufstätige Mitglieder folgende Ausnahmen:

- ▶ Praxisvertreter-Haftpflicht-Versicherung
- ▶ Gastarzt-Haftpflicht-Versicherung

Detaillierte Informationen zum Umfang dieser automatischen Absicherungen können auf Wunsch erfragt werden.

Darüber hinaus bietet der BVOU seinen Mitgliedern gemeinsam mit dem Kooperationspartner, Funk Ärzte Service der Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH, durch einen Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung besonders günstige Konditionen.

Diese inkludieren folgende Highlights:

- ▶ ausreichend hohe Deckungssumme
- ▶ eine beitragsneutrale Mitversicherung eines angestellten Facharztes (gleicher Fachrichtung)
- ▶ eine erweiterte Aufzählung der ambulant-konservativen Tätigkeit
- ▶ dreijährige Vertragslaufzeit zur Erhöhung der Planungs- und Prämiensicherheit der BVOU-Mitglieder

Während andere Versicherer die Haftpflichtprämien für Orthopäden und Unfallchirurgen erhöhen oder sich aus diesem Segment sogar zurückgezogen haben, so profitieren BVOU-Mitglieder von der Kontinuität der bestehenden Sonderkonditionen. Dem Rahmenvertrag, bestehend bei einem erfahrenen deutschen Heilwesen-Versicherer, Versicherungskammer Bayern, können BVOU-Mitglieder auf Wunsch und gegen Antrag exklusiv beitreten.



© Peter Atkins/Fotolia

Individuelle Beratung

Für eine ausführliche Versicherungsberatung stehen Ihnen die Mitarbeiter des Funk Ärzte Service gern zur Verfügung. Fordern Sie detaillierte Informationen sowie auf Wunsch ein adäquates Angebot zur Berufs-Haftpflicht-/Anschluss-Rechtsschutz-Versicherungen an. Wir beraten Sie gern kompetent und kostenfrei im Auftrag des BVOU zu sämtlichen berufsbezogenen Versicherungsthemen.

Wichtige Informationen zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung

Sollte Ihre anderweitig bestehende Berufs-Haftpflicht-Versicherung die Prämie zum 1. Juli 2018 (gemäß Ziff. 15 AHB bzw. §8 III AHB) erhöhen, ohne dass sich das Risiko verändert hat, so steht Ihnen in der Regel bedingungsgemäß ein außerordentliches Kündigungsrecht innerhalb eines Monats ab Kenntnisnahme zu.

Nutzen Sie die Chance, sich über den aktuellen BVOU-Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung zu versichern, dessen Prämien für das Berufs-Haftpflichtrisiko auch dieses Jahr konstant bleiben! Dabei sollte der Versicherungsschutz stets auf Aktualität überprüft werden, um eine etwaige Doppel-/Unterversicherung zu vermeiden.

Profitieren Sie von einem kompetenten und kostenfreien Beratungsservice unseres Kooperationspartners. Fordern Sie ein unverbindliches Angebot an:



**Hospital-Versicherungsmakler GmbH
Funk Ärzte Service**

Valentinskamp 20 | 20354 Hamburg

Ansprechpartnerin: Olga Zöllner

Tel (040) 35 91 44 94

Fax (040) 35 91 47 34 94

E-Mail o.zoellner@funk-gruppe.de

CLOU-Kurs – Chefarzt und Leitender Arzt in O und U

Die heutigen Anforderungen an Oberärzte, leitende Ärzte und angehende Chefarzte in O und U gehen weit über die medizinische Expertise und Fachkenntnisse hinaus. Auf dem Weg zu einer leitenden Position, begegnen den Kandidaten viele Fragen. Wie gestalte ich eine professionelle Bewerbung? Wie präsentiere ich mich im Bewerbungsgespräch? Wie bereite ich mich auf ein Assessment-Center vor?

Nach erfolgreichem Bewerbungsverfahren gilt es, juristische Fallstricke in den Vertragsverhandlungen zu kennen und Besonderheiten wie zum Beispiel Privatliquidation und leistungsabhängige Bezüge sinnvoll und juristisch korrekt zu gestalten. Unerlässlich sind heutzutage auch profunde betriebswirtschaftliche und arbeitsrechtliche Kompetenzen: Wie lese ich den Kennzahlen-BAB? Wie diskutiere ich auf Augenhöhe mit Controllern? Und welche Rolle spielen Bewertungsportale und Rankings für Ärzte und Krankenhäuser? Um diese essentiellen Themen allen Oberärzten, leitenden Ärzten angehenden Chefarzten näher zu bringen, haben sich mit dem Nichtständigen Beirat (NSB) der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und dem Forum der nicht selbständigen Orthopäden und Unfallchirurgen (NSO) der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) in Kooperation mit der AUC, ADO, BVOU sowie des Verbands leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands e.V. (VLOU) mehrere starke Partner zusammengeschlossen und einen neuen, zweitägigen Intensivkurs ins Leben gerufen.

© bilderstockchen/Fotolia



Mit diesem gemeinsamen Kursformat möchten wir einen Überblick über die möglichen Karriereperspektiven in O und U präsentieren und das Rüstzeug für die Bewerbungsphase in leitender Funktion vermitteln.

Erfahrene Referenten aus unserem Fach und professionelle Coaches beleuchten effektive Arbeitsstrategien und zeigen, wie man die Herausforderungen des Alltags als Führungskraft erfolgreich bewältigen kann. Juristische Berater geben konkrete Ratschläge für eine sichere Vertragsgestaltung an die Hand.

Lernen Sie von Profis aus den Bereichen Klinikmanagement, Recht und Personalberatung. Nutzen Sie die Erfahrung der Referenten, die Ihnen in Kurzreferaten und Gruppenübungen Wissen und praktische Fähigkeiten für Ihren nächsten Karriereschritt in O und U vermitteln. Garantiert aus der Praxis und für die Praxis bedeutet auch, dass außerhalb des Programms viel Zeit für den direkten Austausch und das persönliche Gespräch mit den Referenten vorgesehen ist. Der Veranstaltungsort an der renommierten Universitätsklinik München bietet dafür eine hervorragende Kulisse.

Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme!

CLOU – Chefarzt und Leitender Arzt in O&U

München, 16.–17.11.2018

Gemeinsames Angebot der AOUC von DGOU, BVOU, DGOOC und DGU

BVOU-Mitglieder 450 €

Nichtmitglieder 700 €

Jetzt noch bewerben: Summer School und Tag der Studierenden 2018

Medizinstudierende können sich noch bis zum 1. August 2018 für die Summer School 2018 von BVOU und DGOU anmelden. Bei dem „Schnupperkurs“ vom 26. bis zum 28. September 2018 in Ludwigshafen bekommen angehende Mediziner auch in diesem Jahr wieder Gelegenheit, einen Blick in ihre mögliche berufliche Zukunft zu werfen. Auf dem Programm der zehnten Summer School stehen unter anderem Diskussionsrunden zur Karriereplanung sowie zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie. In Workshops können die Nachwuchsmediziner Verfahren wie die Osteosynthese, Arthroskopie und Endoprothetik selbst erproben und damit umfassende Einblicke in das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie gewinnen.

DGOU und BVOU schreiben außerdem in diesem Jahr wieder 100 Reisestipendien zum „Tag der Studierenden“ auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) aus. Dieser findet am Mittwoch, den 24. Oktober 2018 in Berlin statt. Hier hat man die Chance, das Kongress-Motto „Wir sind O&U“ in Gänze zu erfassen: Stipendiatinnen und Stipendiaten werden durch die Welt der Wissenschaft geführt, in den Bereich der Berufspolitik geleitet und durch die Industrieausstellung begleitet. Bewerbungsfrist: 24.08.2018.

Janosch Kuno, BVOU-Presseteam

Weitere Informationen und Bewerbung unter: www.jf-ou.de.

ADO veranstaltet erste Unternehmerschulung BuS

Auf Sicherheit und Gesundheit der Mitarbeiter zu achten, ist in vielen Unternehmen und Praxen längst zur selbstverständlichen Aufgabe geworden. Jeder Unternehmer mit Mitarbeitern ist nach dem Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) verpflichtet, für eine ausreichend gesicherte betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung zu sorgen.

Die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung von Praxen erfolgt häufig über ein externes arbeitsmedizinisches Zentrum. Alternativ kann der Unternehmer (Praxisinhaber) nach Vorschrift 2 der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) in Betrieben mit bis zu 50 Mitarbeitern eine bedarfsorientierte Betreuung wählen. Diese Vorschrift 2 sieht dafür eine entsprechende Schulung vor: Eine Einführung von 4,5 Stunden und dann entweder eine jährliche Auffrischung von 1,5 Stunden oder alle fünf Jahre von 4,5 Stunden. Dabei erlernt der Praxisinhaber, eigene Gefährdungsanalysen für seine Praxis zu erstellen. Eine Sicherheitsfachkraft braucht er dann nur noch bei Problemen. Ähnliches gilt für die betriebs- beziehungsweise arbeitsmedizinische Betreuung: Auch hier ist von extern nur noch eine bedarfsorientierte Unterstützung erforderlich.



Bewerbungsfrist: 24.08.2018.

Eine entsprechende bedarfsorientierte Betreuungsmöglichkeit muss allerdings nachgewiesen werden. Dafür hält der BVOU in Berlin als Kooperationspartner der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) entsprechende

Adressen bereit. Die Meldung an die BGW über diese Betreuungsform erfolgt durch den BVOU, der darüber mit den Teilnehmern einen Vertrag schließt.



© bgw-online.de

Abbildung: "Informationen zur DGUV Vorschrift 2 – Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuungsformen" | BGW 04-06-000 / TP-DGUV Vorschrift 2

Die alternative bedarfsorientierte Betreuung für Betriebe und Praxen mit bis zu 50 Mitarbeitern ermöglicht wesentlich mehr Handlungsspielraum als die Regelbetreuung. Im Unterschied hierzu müssen Praxisinhaber weder einen Betriebsarzt noch eine Fachkraft für Arbeitssicherheit dauerhaft verpflichten. Stattdessen schließen sie sich einer Betreuung an, die von einer Dach- und Standesorganisation wie dem BVOU angeboten wird.

Dabei erwirbt der Praxisinhaber in einer halbtägigen Schulung selbst das nötige Grundwissen, erarbeitet selbst eine Gefährdungsbeurteilung für seine Praxis und legt geeignete Schutzmaßnahmen fest. Die Zusammenarbeit mit einem Betriebsarzt und einer Fachkraft für Arbeitssicherheit ist dann nur bei besonderen Anlässen erforderlich. Die Meldung an die BGW, dass man an der alternativen bedarfsorientierten Betreuung teilgenommen hat, erfolgt in Form des abgeschlossenen Vertrags zwischen BVOU und Praxisinhaber. Die erforderlichen Schulungen sind aufgrund der zuständigen Betriebsärzte und Fachkräfte regional abzuhalten.

„Der Bedarf für eine solche Schulung wurde in zahlreichen Gesprächen mit meinen Kollegen im BVOU-Landesverband Berlin deutlich“, erläutert Dr. Klaus Thierse, BVOU-Landesvorsitzender Berlin. „Grund war, dass das bisherige vertraglich mit uns verbundene arbeitsmedizinische Versorgungszentrum überraschend nicht mehr verfügbar war. Eine neue ‚Rundumversorgung‘ für alle orthopädischen und unfallchirurgischen Praxen in Berlin war deshalb nicht mehr zu erreichen. Daher haben wir dieses Schulungsangebot mit Hilfe der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) des BVOU und der zuständigen BGW entwickelt.“

Lasse Walter, ADO-Team

Im September 2018 ist eine weitere Unternehmerschulung (BuS) für den Landesverband Berlin in den Räumen des BVOU geplant. Anmeldung unter: www.bvou.net/ado.

Aller Anfang ist schwer

Das Buch richtet sich an Patienten mit Gonarthrose und Kniegelenksverletzungen, aber ebenso an Ärzte und Physiotherapeuten. Einleitend werden dem Leser die Anatomie des Kniegelenkes sowie die Zusammenhänge und Behandlungsmöglichkeiten der Kniearthrose erklärt. Im Hauptteil wird das Kniesport-Konzept mit allgemeinen Tipps und Hinweisen der Autoren dargestellt. Anschließend sind 120 Übungen zur Dehnung, Kräftigung, Verbesserung der Beweglichkeit und der Koordination in Bild und Text erklärt. Auch ein Kapitel über Faszientraining als Ergänzung zur Muskelkräftigung und Bewegungskoordination wurde aufgenommen.

Im Anhang werden dem Leser konkrete Übungspläne für Einsteiger und Fortgeschrittene und die Vorlage eines Trainingstagebuches gezeigt. Danach sollten sich Patienten mit Kniebeschwerden ein tägliches Übungsprogramm zusammenstellen. Als Hilfsmittel ist ein Thera-Band im Buchumschlag dabei. Weitere Übungsgeräte, wie zum Beispiel Sitz- oder Gymnastikball beziehungsweise Gewichtsmanschetten, werden verständlich in der Anwendung dargestellt.

Therapeuten und Mediziner haben die Aufgabe, Verständnis für die Notwendigkeit regelmäßiger Übungen zu schaffen und den Behandlungsprozess zu gestalten. Dieses Buch ist dafür ein ergänzendes sinnvolles Medium. Die Motivation zum regelmäßigen Üben im Alltag ist dabei sicherlich die größte Herausforderung. So hat der Schriftsteller Mark Twain treffend formuliert: „Das Geheimnis des Erfolges ist anzufangen.“

Dr. Björn Jäger, Trier



© Hirzel
Dr. sc. hum. Joachim Merk und Prof. Dr. med. Thomas Horstmann: Knie aktiv; 6., aktualisierte und erweiterte Auflage 2018, 96 Seiten, 24,80 Euro



© Verlag de Gruyter
Harald Hempfling, Veit Krenn:
Schadenbeurteilung am Bewegungssystem,
Verlag de Gruyter 2016, 600 Seiten, 179,95 Euro

Schadenbeurteilung am Bewegungssystem

Die Autoren sind langjährig tätige, renommierte Experten der Begutachtung und Bindegewebspathologie, eine nur auf den ersten Blick überraschend anmutende Kombination. Es resultieren nämlich aus dieser Zusammenarbeit extrem ausführliche Darstellungen der für die Beurteilung von Schäden am menschlichen Bewegungssystem relevanten Grundlagen von Makro- und Mikroanatomie und Histologie. Diese werden verbunden mit klinischen, radiologischen und auch biomechanischen Aspekten. Es werden klare Definitionen gegeben hinsichtlich traumatischer Veränderungen, Degeneration, Texturstörung, reparativen Vorgängen.

Allein das Thema Labrum wird auf 140 Seiten bearbeitet. Man kann sich also vorstellen, dass wirklich umfassende Kenntnisse vermittelt werden. Wer ein Werk sucht, um bei seinen gelegentlichen Gutachten aktuelle Einschätzungsempfehlungen im Bereich der verschiedenen Versicherungsträger zu zitieren, wird hier nicht fündig. Das ist auch nicht der Sinn dieses Buches. Wer aber umfassende, wissenschaftlich fundierte fachübergreifende Darstellungen der typischen Befunde in den genannten Bereichen sucht, liegt hier richtig. Vergleichbares gab es bisher nicht.

Prof. Jobst Henner Kühne, München

DKOU 2018: Frühbucherrabatt bis 15. August nutzen

Vom 23. bis 26. Oktober 2018 findet der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin statt. Wer sich frühzeitig registriert, zahlt nur einen geringen Kongressbeitrag. Der Frühbucherrabatt ist bis zum 15. August 2018 gültig. Sämtliche Preise sind in der folgenden Tabelle aufgeführt.

Achtung: Der „Anmeldestatus“ wurde geändert – Niedergelassene und Kliniker melden sich bitte über den Button als „Medizinische und angrenzende Berufe (in Vollzeit)“ an.

	ANMELDUNG bis 15.08.2018	ANMELDUNG bis 15.10.2018	ANMELDUNG ab 22.10.2018
KONGRESSKARTEN	Tageskarte (pro Tag) / Dauerkarte (4 Tage)		
Medizinische und angrenzende Berufe: – in Vollzeit	Mitglieder 25/50 EUR Nichtmitgl. 50/100 EUR	Mitglieder 50/100 EUR Nichtmitgl. 75/150 EUR	Mitglieder 75/150 EUR Nichtmitgl. 100/200 EUR
– in Weiterbildung, Elternzeit, Teilzeit, Ruhestand ...	Mitglieder 15/30 EUR Nichtmitgl. 30/60 EUR	Mitglieder 35/70 EUR Nichtmitgl. 50/100 EUR	Mitglieder 60/120 EUR Nichtmitgl. 75/150 EUR
Mitwirkende	kostenfrei	kostenfrei	kostenfrei
Studierende	kostenfrei	kostenfrei	kostenfrei

Auf nach Italien: FORTE Summer School 2018

Die europäische Vereinigung der Assistenzärzte in O und U (Federation of Orthopaedic Trainees in Europe – FORTE) veranstaltete in diesem Jahr vom 2. bis 6. Juli 2018 die European Orthopaedic Summer School. Die Veranstaltung fand erstmalig in Mailand in Italien statt. Die Kurswoche dient der Vorbereitung auf das europäische Facharztexamen EBOT und ist für international orientierte Assistenzärzte in O und U eine ebenso interessante Vorbereitung auf die nationale Facharztprüfung.

Der BVOU fördert den Austausch der jungen Kolleginnen und Kollegen auf europäischer Ebene und in diesem Rahmen auch das Projekt mit sechs Reisestipendien. Der BVOU hat mit dem Regensburger Weiterbildungsassistenten und FORTE-Stipendiaten, Andreas Bohrer im Vorfeld über die Erwartungen an die Woche in Mailand gesprochen.

BVOU: Herr Bohrer, warum haben Sie sich für das Reisestipendium zur FORTE Summer School beworben?

Andreas Bohrer: Ich habe mich für das Stipendium für die FORTE Summer School beworben, weil diese für mich eine hervorragende Möglichkeit darstellt, mein bisher erworbenes Wissen auf dem Weg zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zu festigen und zu vertiefen sowie Kontakte zu jungen Kollegen, insbesondere auch aus anderen Ländern, zu knüpfen. Diesen kollegialen Austausch sehe ich als wichtigen Bestandteil in der ärztlichen Weiterbildung.



Andreas Bohrer

prüfung helfen werden, sowie Kontakte und persönliche Erfahrungen, die ich dann im Zuge meiner weiteren Ausbildung nutzen und vertiefen kann. Durch den internationalen Charakter der Veranstaltung entsteht die Möglichkeit, über den Tellerrand der üblichen Kongresse in Deutschland hinauszublicken und mit anderen jungen Kollegen internationale Kontakte zu knüpfen.

BVOU: Welche Inhalte erwarten Sie bei der FORTE Summer School?

Bohrer: Ich erwarte einerseits zusammenfassende Übersichtsvorträge zu den wichtigsten facharztrelevanten Themen, um die nötigen theoretischen Grundlagen für Gruppendiskussionen, Fallvorstellungen oder auch Paper-Präsentationen zu wiederholen. Zudem bin ich gespannt, die sicher unterschiedlichen Herangehensweisen an verschiedene Probleme in anderen Ländern kennenzulernen und zu diskutieren.

BVOU: Was erhoffen Sie sich von der Teilnahme?

Bohrer: Ich erhoffe mir von der Teilnahme an der FORTE Summer School vor allem einen guten Überblick über facharztrelevante Themen, die mir später in der Vorbereitung auf die Facharzt-

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Janosch Kuno, BVOU-Presseteam

Kursangebote der ADO

Info/Anmeldung:

Akademie Deutscher Orthopäden
Tel. 030 797 444-59
www.institut-ado.de
www.bvou.net/ado

Facharztvorbereitungskurse (FAB)

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Berlin	25. Facharztvorbereitungskurs	03.-08.12.2018	Dr. Thilo John, Prof. Michael Wich, PD Dr. Stephan Tohtz	640 €	890 €

Seminare für Ober- und Chefärzte

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
München	CLOU – Chefarzt und Leitender Arzt in O&U	16.-17.11.2018	Gemeinsames Angebot der AOUC von DGOU, BVOU, DGOOC und DGU	450 €	700 €

Orthopädisch-Traumatologische Fachassistenz (OTF): Berufsbegleitender Lehrgang für Medizinische Fachangestellte in Klinik und Praxis

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Berlin	Module 1-4: Alle vier Module zusammen	19.-20.10.2018	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	559 €	699 €
Berlin	Modul 1: Der „Akutpatient“: Allgemeine Unfall- und Frakturlehre	26.10.2018	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	100 €	200 €
Berlin	Modul 2: Traumatologie der oberen Extremität	durchgehend	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	399 €	499 €

Hygienebeauftragter Arzt (HBA): curriculare Fortbildung (Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Berlin	Hygienebeauftragter Arzt (HBA) – curriculare Fortbildung	19.-20.10.2018	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	559 €	699 €
DKOU Berlin	Hygienebeauftragter Arzt (HBA) – Refresherkurs	26.10.2018	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	100 €	200 €
Online	Refresherkurs Hygienebeauftragter Arzt (HBA)	durchgehend	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	399 €	499 €

Hygienebeauftragte Medizinische Fachangestellte (HB MFA): curriculare Fortbildung (Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Düsseldorf	Blended-Learning-Fortbildung zur Hygienebeauftragten MFA	10.10.2018	Kathrin Mann	399 €	499 €
Online	Refresherkurs Hygienebeauftragte MFA	durchgehend	Kathrin Mann	319 €	399 €

Hands-On Kurs für Berufseinsteiger zum Facharzt für O&U

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Norderstedt	Praxisseminar für Berufseinsteiger	22.-23.11.2018	Prof. Markus Kröber, Prof. Thomas Mittlmeier	800 €	950 €

Mastertrainer-Seminare für Weiterbilder in Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Berlin	Grundkurs mit Praxis und Workshops	19.-20.10.2018	Prof. Marcus Siebolds, Dr. Jörg Ansorg	300 €	450 €

Kindertraumatologie für den D-Arzt

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Berlin	8. Berliner Symposium	07.12.2018	Prof. Axel Ekkernkamp, Prof. Michael Wich, Prof. Winfried Barthlen	190 €	240 €

Unternehmensschulung BuS

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Berlin	Unternehmensschulung BuS	26.09.2018	Dr. Klaus Thierse	150 €	250 €

Gutachterkurse

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Berlin	Gutachtenkurs I: Unfallbegutachtung	30.11.-01.12.2018	Prof. Michael Wich, Prof. Kuno Weise	210 €	390 €

RhefO – Kursreihe Rheumatologisch fortgebildeter Orthopäde

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Stuttgart	Rheuma I	08.09.2018	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €
Berlin	Rheuma I	15.09.2018	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €
DKOU Berlin	Rheuma II	26.10.2018	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €
DKOU Berlin	Rheuma III	27.10.2018	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €
Frankfurt/Main	Rheuma I	24.11.2018	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €

Taping Kurse

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
DKOU Berlin	K-Logic Taping Crashkurs	23.10.2018	René Badstübner, Ingo Geuenich	120 €	120 €

Röntgen: Update Fachkunde Strahlenschutz

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
DKOU Berlin	Update Fachkunde Strahlenschutz	26.10.2018	Dr. Tim Abt	200 €	400 €

Sonografie Säuglingshüfte

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
DKOU Berlin	Sonografie Säuglingshüfte Refresher	25.10.2018	Dr. Susanne Fischer	48 €	58 €

ADO Kooperationen

Info/ Anmeldung:

Akademie Deutscher Orthopäden
Tel. 030 797 444-59
www.institut-ado.de
www.bvou.net/ado

BDC-Akademie (Berufsverband Deutscher Chirurgen)

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Berlin	Medizinische Krisenkommunikation	12.10.2018	Dr. Jörg Heberer, Holger Münsinger	200 €	400 €

Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. (DAF)

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Münster	VII – Operationskurs Traumatologie	10.–11.08.2018	S. Ochman	siehe www.daf-online.de	
Hannover	VII – Operationskurs Traumatologie	17.–18.08.2018	J. Geerling		
Aachen	III – Operationskurs Arthrodesen	31.08.–01.09.2018	D. Frank, M. Abbara–Czardybon, A. Prescher		
Wien	II – Operationskurs Vorfußchirurgie	07.–08.09.2018	P. Bock, R. Schuh, H.–J. Trnka		
Greifswald	II – Operationskurs Vorfußchirurgie	14.–15.09.2018	J. Lange		
Hannover	IV – Operationskurs Sehnenchirurgie	21.–22.09.2018	C. Stukenborg–Colsman		
Augsburg	V – Operationskurs Rheumafuß	12.–13.10.2018	H. Waizy		
Stuttgart	II – Operationskurs Vorfußchirurgie	09.–10.11.2018	M. Gabel, U. Gronwald		
München	VI – Workshop Kinderfuß	16.–17.11.2018	J. Hamel		
Augsburg	IV – Operationskurs Sehnenchirurgie	23.–24.11.2018	Prof. M. Jordan		

DGOOC – Kursreihe Spezielle Orthopädische Chirurgie 2018, Sonderpreis für DGOOC-Mitglieder: 300 €

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Berlin	Hüfte	06.–08.09.2018	Prof. Dieter C. Wirtz, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller	600 €	600 €
Berlin	Tumor	08.–10.11.2018	Prof. Dr. Jendrik Harges, Prof. Dr. Axel Hillmann, Dr. Burkhard Lehner	600 €	600 €

DGOU - Kursreihe Interpersonal Competence in Kooperation mit Lufthansa Training

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Seeheim-Jugenheim	IC1: Human Factors Training	28.–29.09.2018	Lufthansa Aviation Training	856 €	856 €
Seeheim-Jugenheim	IC3: Leadership Course	12.–13.10.2018	Lufthansa Aviation Training	856 €	856 €
Seeheim-Jugenheim	IC1: Human Factors Training	02.–03.11.2018	Lufthansa Aviation Training	856 €	856 €
Seeheim-Jugenheim	IC3: Leadership Course	23.–24.11.2018	Lufthansa Aviation Training	856 €	856 €

3D/4D-Wirbelsäulenvermessung und 4D-motion-Kurs

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Fulda	4D-motion-Kurs - dynamische Wirbelsäulenvermessung	15.09.2018	Dr. Holger Jahn	150 €	200 €
DKOU Berlin	3D/4D Wirbelsäulenvermessung	25.10.2018	Dr. Holger Jahn	150 €	200 €
DKOU Berlin	4D-motion-Kurs - dynamische Wirbelsäulenvermessung	26.10.2018	Dr. Holger Jahn	150 €	200 €

Deutsche und Internationale Gesellschaft für extrakorporale Stoßwellentherapie (DIGEST): Fachkunde Stoßwellentherapie, Sonderpreis für DIGEST-Mitglieder: 290 €

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
DKOU Berlin	Fachkunde ESWT Modul 4	25.10.2018	Dr. Martin Ringeisen	310 €	330 €
DKOU Berlin	Fachkunde ESWT Modul 3	26.10.2018	Dr. Martin Ringeisen	310 €	330 €

Muskelektionsdiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen-EMG

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
DKOU Berlin	Workshop - Evidenzbasierte Stoßwellentherapie der Faszien und Muskeln in der Sport- und Schmerzmedizin	25.10.2018	Prof. Wolfgang Bauermeister	75 €	75 €
DKOU Berlin	Kompaktkurs: Muskelektionsdiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen-EMG	26.10.2018	Dr. Maximilian Meichsner	45 €	45 €

Gesellschaft für Haltungs- und Bewegungsforschung e.V. (GHBF): Sonderpreis für GHBF-Mitglieder

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Grassau	Kompaktkurs	21.-23.09.2018	Dr. G. Pfaff, Prof. W. Laube, M. Kaune	455 €	455 €
Grassau	Kompaktkurs	09.-11.11.2018	Dr. G. Pfaff, Prof. W. Laube, M. Kaune	455 €	455 €

MRT-Kurse Kernspintomographie in Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Erlangen	Kurs 1 Obere Extremität	07.08.09.2018	Dr. Axel Goldmann	320 €	320 €
Erlangen	Kurs 2 Wirbelsäule	09.-10.11.2018	Dr. Axel Goldmann	320 €	320 €
Erlangen	Kurs 3 Untere Extremität	07.-08.12.2018	Dr. Axel Goldmann	320 €	320 €
Erlangen	Kurs 4 Weichteil-, Knochen-, Gelenkerkrankungen	18.-19.01.2019	Dr. Axel Goldmann	320 €	320 €
Erlangen	MRT-Refresher-Kurs 2019	22.-23.02.2019	Dr. Axel Goldmann	320 €	320 €
Stuttgart	Kurs 2 Wirbelsäule	20.-21.07.2018	PD Dr. Frieder Mauch	320 €	320 €
Stuttgart	Kurs 3 Untere Extremität	21.-22.09.2018	PD Dr. Frieder Mauch	320 €	320 €
Stuttgart	Kurs 4 Weichteil-, Knochen-, Gelenkerkrankungen	19.-20.10.2018	PD Dr. Frieder Mauch	320 €	320 €

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE)

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
München	AE-ComGen-OP-Personalkurs	20.-21.07.2018	Dr. med. Christian Fulghum Dr. med. Stephan Horn	siehe www.ae-gmbh.com	
Köln	AE-Masterkurs Komplexe Revisionseingriffe in der Knieendoprothetik	07.-08.09.2018	Prof. Dr. med. Andreas M. Halder Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller		
Hamburg	AE-Tutorial Endoprothetik des Hüftgelenkes	10.-12.09.2018	Dr. med. Steffen Oehme Prof. Dr. med. Dominik Parsch Prof. Dr. med. David Wohlrab		
Berlin	AE-Masterkurs Komplexe Revisionseingriffe in der Hüftendoprothetik	28.-29.09.2018	Prof. Dr. med. Carsten Perka Prof. Dr. med. Klaus-Peter Günther		
Köln	AE-Masterkurs Hüfte	11.-12.10.2018	Dr. med. Holger Haas Prof. Dr. med. Dieter C. Wirtz		
DKOU Berlin	AE-Basis-Kompaktkurs Hüft- und Knieendoprothetik für Ärzte und Physiotherapeuten (DKOU)	24.-26.10.2018	Prof. Dr. med. Ulrich Christoph Liener PD. Dr. med. Michael Müller Andrea Wilck		
CH-Bern	AE-Masterkurs Gelenkerhaltende Hüftchirurgie mit praktischen Übungen an Humanpräparaten	09.-10.11.2018	Prof. Dr. med. Klaus-Peter Günther Prof. Dr. med. Klaus A. Siebenrock Prof. Dr. med. Reinhard Windhager		
Regensburg	AE-ComGen-OP-Personalkurs	09.-10.11.2018	Prof. Dr. med. Rudolf Ascherl Prof. Dr. med. Tobias Renkawitz PD Dr. med. habil. Patrick Weber		
Ofterschwang	AE-Kurs und AE-Masterkurs Knie	15.-17.11.2018	Prof. Dr. med. Rudolf Ascherl Dr. med. Thomas Mattes Prof. Dr. med. Wolfhart Puhl Prof. Dr. med. Heiko Reichel		
Düsseldorf	AE-ComGen-OP-Personalkurs (anlässlich des 20. AE-Kongress)	07.-08.12.2018	Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller Prof. Dr. med. Florian Gebhard Prof. Dr. med. Henning Windhagen		
Düsseldorf	20. AE-Kongress	06.-08.12.2018	N.N.		

Aktion Gesunder Rücken e.V. (AGR): Fernlehrgang „Von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention“, Sonderpreis für DGOU-/DGOOC-MG

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Fernlehrgang	Zusatzqualifikation	jeden 1. eines Monats	AGR e.V.	295 €	

Internationale Gesellschaft für Schmerz- und Triggerpunktmedizin e.V. (IGTM): Ausbildung in der Triggerpunkt-Therapie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Köln	Triggerpunkt-Therapie IGT/IMTT® Modul 2	01.-05.11.2018	Roland Gautschi	690 €	690 €



**15%
Rabatt**

Damit Sie gut ausgerüstet in den Sommer starten können, schenken wir Ihnen exklusiv 15% Rabatt auf viele Produkte bei fahrrad.de. Bei uns wählen Sie aus über 40.000 Fahrrädern, Zubehörteilen und Kleidungsstücken von mehr als 500 Marken ihr passendes Fahrrad für die Saison aus.



**18%
Rabatt**

Willkommen bei Mister Spex, Europas führendem Online-Optiker! Hier sparen Sie beim Kauf Ihrer Brille bis zu 50% – denn die Qualitätsgläser von führenden Herstellern sind im Preis inklusive. Wählen Sie aus über 9.000 Brillen und Sonnenbrillen von mehr als 90 Marken wie Ray-Ban, Oakley und Prada Ihre Brille aus.



**< 10%
Rabatt**

Seit mehr als einhundert Jahren steht der Name Montblanc für Schreibkultur und meisterliche Handwerkskunst. Das unverkennbare weiße Emblem, das alle Montblanc Produkte ziert, stilisiert den schneebedeckten Gipfel des Mont Blanc und ist zugleich Sinnbild des Anspruchs der Marke an höchste Qualität.



**< 35%
Rabatt**

Seit mehr als 70 Jahren steht unser Name für Qualitätsprodukte, echten Klang und maßgeschneiderte Lösungen, wenn es um Aufnahme, Übertragung und Klangwiedergabe geht. Wir wollen nicht nur, dass Sie in jeder Hinsicht außergewöhnlichen Klang hören, wir wollen auch, dass Sie ihn fühlen können.