

infobrief



Update Osteoporose

53

Mehr Profil im Netz für Ihre
Praxis und Klinik:
Das Profil+ von Orthinform

63

Dokumentation des Schmerzintervalls
bei Akupunkturleistungen

67

Urteil: Regressgefahr
für arthroskopische Operateure

Selbstständige 3-D-Diagnostik für Orthopädie & Unfallchirurgie

Der digitale Volumentomograph (DVT) ermöglicht Orthopäden und Unfallchirurgen das selbstständige und unmittelbare Erstellen, Diagnostizieren und Abrechnen der 3-D-Diagnostik. Der Patient profitiert von einer sofortigen und hochauflösenden Bildgebung, kombiniert mit höchster Strahlenhygiene.

SCS MedSeries®



Gestochen scharfe Bildgebung in multiplanarer Darstellung und 3-D-Rekonstruktion – mit nur einer DVT-Aufnahme



Aufnahmen unter Belastung

- ✓ Knie
- ✓ Unterschenkel
- ✓ OSG
- ✓ Rückfuß
- ✓ Vorfuß
- ✓ Handgelenk
- ✓ Mittelhand



Aufnahmen unter Entlastung

- ✓ Knie
- ✓ Unterschenkel
- ✓ OSG
- ✓ Rückfuß
- ✓ Vorfuß
- ✓ Ellenbogen
- ✓ Unterarm
- ✓ Handgelenk
- ✓ Mittelhand

Sichern Sie sich jetzt exklusive Sonderkonditionen mit der SCS MedSeries® H22 BVOU-Edition

In Kooperation mit dem



BVOU
Berufsverband für
Orthopädie und Unfallchirurgie

- 2 Jahre kostenfreie Mitgliedschaft im BVOU
- Kostenfreie Bereitstellung der DVT-Fachkunde BVOU (ADO) powered by SCS
- 2 Jahre kostenfreie Nutzung der SCS MedSeries® Serviceleistungen
- Planungssichere Implementierung durch umfangreiche Ausbildung Ihres Teams

Kostenfreies Beratungsangebot zum planungssicheren Einstieg in die 3-D-Bildgebung:

- Betriebswirtschaftliche Potenzialanalyse
- Amortisations- & Ertragsberechnung

Jetzt QR-Code scannen oder direkt unter:
myscs.com/beratung



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Schwerpunktthema des vorliegenden Infobriefs ist die Osteoporose. Mit einer geschätzten bundesweiten Prävalenz von 6,8 Millionen Betroffenen und 765.000 osteoporotischen Frakturen ist sie eine echte Volkskrankheit. Als systemische Skeletterkrankung ist sie zudem ein Paradebeispiel für die Notwendigkeit mit qualifizierten Zuweisern zusammenzuarbeiten. Orthopäden Unfallchirurgen, Gynäkologen, Endokrinologen, Internisten und Hausärzte bringen spezifische fach- und allgemeinärztliche Kompetenzen in die Behandlung der Osteoporose ein. Vielleicht müssen wir an solchen Erkrankungen Maß nehmen, wenn wir die interdisziplinäre Zusammenarbeit weiter verbessern wollen.

Die Osteoporose ist aber auch wie keine andere Erkrankung zum Zankapfel zwischen Ärzten, Krankenkassen und Patienten geworden. Stein des Anstoßes ist die chronisch unterfinanzierte Knochendichtemessung. Es gibt zwar seit dem 1. Januar 2019 mehr Geld dafür, aber angesichts der hohen Geräte- und Personalkosten, ist auch diese Summe nicht kostendeckend. Als Musterbeispiel für ein faires Honorar könnte der Selektivvertrag 73c mit der AOK Baden-Württemberg dienen. Die Krankenkasse zahlt im Rahmen dieses Vertrages nicht nur die Knochendichtemessung, sondern auch die Beratung und die Präventionsprogramme zur Osteoporose. Die Evaluation hat dem Vertrag ein gutes Zeugnis ausgestellt.

Zum Zankapfel geworden ist die Knochendichtemessung allerdings auch, weil viele Patienten deren Aussagekraft überschätzen. Für sich allein genommen genügt sie nicht zur Bestimmung einer Osteoporose, sondern sie ist immer nur Teil des Algorithmus. Der Wunsch des Patienten nach einer Knochendichtemessung ist ohnehin keine Indikation. Die Knochendichtemessung ist zudem keine Grundleistung unseres Faches, sondern darf nur bei entsprechender Spezialisierung zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden.

Der geschäftsführende Vorstand des BVOU hat im Sommer seine Empfehlung zum Anschluss an die Telematik-Infrastruktur (TI)

revidiert. Die Gematik hat auf Drängen der KBV festgestellt, dass Praxisinhaber bei korrekt an die TI angeschlossene Praxis-IT nicht für Datenpannen haften werden und dass die TI bei vorschriftsmäßig aufgestellten und angeschlossenen Konnektoren kein Sicherheitsrisiko darstellt. Damit waren unsere wichtigsten Bedenken vom Tisch.

Trotzdem haben wir es uns nicht leicht gemacht die Empfehlung zu revidieren. Denn unabhängig von der Technik bleibt unser Hauptkritikpunkt, dass Ärzte vom Gesetzgeber durch Sanktionsandrohung gezwungen werden, sich an die TI anzuschließen.

Der Infobrief nimmt auch zu weiteren Digitalisierungsthemen Stellung. Wir hoffen, Ihnen damit interessante und hilfreiche Informationen an die Hand zu geben.



Dr. Johannes Flechtenmacher
Präsident des BVOU





03 Editorial

06 Schwerpunkt: Update Osteoporose

- 06 Osteoporose-Update 2019: Neuigkeiten, Entwicklungen, Aussichten
- 09 Das DVO-Zertifizierungscurriculum: Vorbereitung auf den demografischen Wandel
- 11 Osteologisches Aufsatteln: Interdisziplinäre Versorgungsansätze in der Alterstraumatologie
- 13 Sicherung der medikamentösen Osteoporosetherapie: Das FLS-Innovationsfondprojekt der LMU München
- 15 Diagnostik und Therapieoptionen bei Osteoporose
- 18 Entlassmanagement und Antikorrumpation
- 20 Osteoporose-Apps für Ärzte – Osteologischer Warenkorb im App Store fällt klein aus
- 22 BVOU Study Club: Webinarreihe Fix & Treat zur Frakturversorgung bei Osteoporose
- 23 Der Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. (BfO): Gruppengemeinschaft und gegenseitige Hilfe
- 25 BVOU-Service zum Thema Osteoporose

26 Berufspolitik

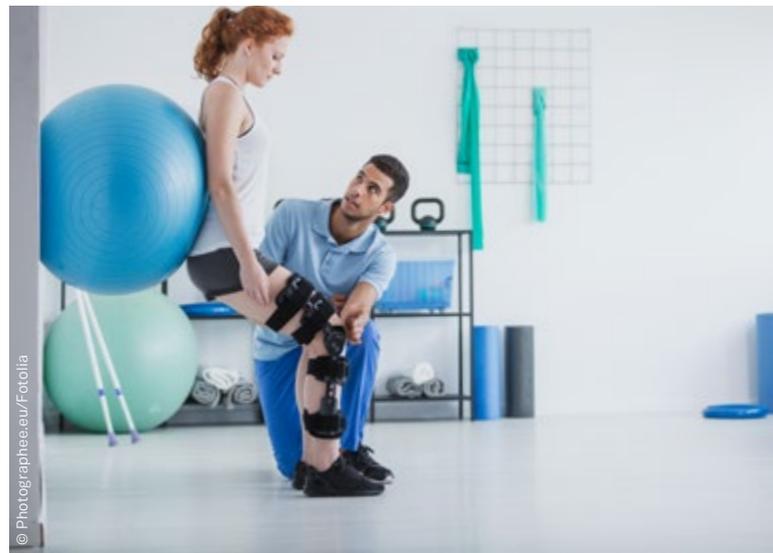
- 26 Gesetzentwurf zur Reform der Notfallversorgung: Für Diskussions- und Konfliktstoff ist gesorgt
- 28 TSVG: Neue Sprechstundenzeiten
- 30 Dr. Andreas Gassen: „Abwarten, welche Wirkung in der Versorgung entfaltet wird.“

31 Aus den Landesverbänden

- 31 TSVG-Regionaltreffen: Information mit Schneeballsystem
- 32 Thüringen: TSVG, TI und Landeswahlen
- 32 AOK Selektivvertrag Sachsen-Anhalt läuft an

33 News und Service

- 33 DKOU 2019: Rundum-Service am Stand des BVOU
- 35 Änderungsvorschläge in Satzung, Beitragsordnung und Geschäftsordnung
- 36 360-Grad-DVT – Die wirtschaftlichen Vorteile der 3-D-Bildgebung auf den Punkt gebracht
- 39 Zehn Jahre Aktion Orthofit: „Den Handy-Nacken gab es damals noch nicht!“
- 41 Die deutsche Rehabilitationslandschaft: Muster und Blaupause
- 43 „Eine generalisierte und fundierte Ausbildung gewährleisten!“
- 44 “Bedingungen junger Kolleginnen und Kollegen nachhaltig verbessern.”
- 46 Zukunftsfähige Krankenhausversorgung – Schließung von Kliniken als „Königsweg“?



48 O und U Digital

- 48 Empfehlung zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur (TI)
- 50 Digitale Versorgung-Gesetz: Die Krankenhäuser brauchen einen ausfinanzierten Masterplan
- 51 Online Marketing heute – die Wege des Patienten im Internet
- 53 Mehr Profil im Netz für Ihre Praxis und Klinik: Das Profil+ von Orthinform
- 56 Patienteninformation aus erster Hand: kompakt und verlässlich!
- 58 Vorteile im Vergleich: Orthinform/Jameda
- 59 Ärzte wehren sich erfolgreich gegen „Zwangslistung“ bei Jameda
- 59 Jameda-Bewertung bei nicht nachgewiesenem Kontakt zu Praxispersonal unzulässig



60 Honorar und Abrechnung

- 60 Abgestimmte Mannschaftsleistung führt zum DMP Rückenschmerz
- 62 Hinweise zur postoperativen Abrechnungsziffer EBM 31503
- 63 Dokumentation des Schmerzintervalls bei Akupunkturleistungen

65 Recht und Versicherung

- 65 Bedenkzeit für Einwilligungserklärung versus Dringlichkeit eines operativen Eingriffes
- 67 Urteil: Regressgefahr für arthroskopische Operateure
- 69 Meniskusnaht-Implantat-Systeme: Weiterhin bezahlt in Bayern und BaWü
- 69 Top-DKV-Versicherungsleistungen für BVOU-Mitglieder
- 70 Vorteile exklusiv für Mitglieder – Sonderkonditionen zur Berufs-Haftpflicht

71 Weiter- und Fortbildung

- 71 Drei Jahre Smart Learning® in der medizinischen Fortbildung – Evaluationsergebnisse und Ausblick
- 74 Aufschwung eines europäischen Projekts
- 75 Gesamtüberblick und Fokus auf das Wesentliche

76 Kursangebote der ADO

Impressum

Herausgeber

Berufsverband für Orthopädie
und Unfallchirurgie e.V.
Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin

Redaktion

Janosch Kuno
T 030.797 444 55
presse@bvou.net
V.i.S.d.P.:
Dr. Johannes Flechtenmacher

Autoren dieser Ausgabe

Dr. Karsten Braun, Dennis Deckenbach, Birgit Eichner,
Dr. Felix Erne, Dr. Johannes Flechtenmacher, Dr. Christian
Gottwald, Dr. jur. Jörg Heberer, Dr. h.c. Markus Hoppe,
Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann, Dr. Uwe de Jager,
Prof. Dr. Andreas Kurth, Prof. Dr. Bernd Kladny, Janosch
Kuno, Dr. Jens Krannich, Dr. Burkhard Lembeck,
Dr. Carlo Di Maio, Dr. Stefan Middeldorf, Dr. Elke Maurer,
Dr. Ahmed Mehana, PD Dr. Carl Neuerburg,
Dr. Marie Reumann, Dr. Gerd Rauch, PD Dr. Axel Sckell

Redaktionsschluss

20.08.2019

Konzept und Gestaltung

Rhowerk GmbH – www.rhowerk.de

Druck

Das Druckteam Berlin

Titelbild (Seite 1)

© chanut iamnoy/Shutterstock

Der Infobrief erscheint viermal jährlich.

Als Beilage ist enthalten:

DGMSM, Dr. Rinner und Partner, Oehm und Rehbein

Kursanmeldung

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

Osteoporose-Update 2019: Neuigkeiten, Entwicklungen, Aussichten

Beim DVO Kongress 2019 in Frankfurt stellte Dr. Friederike Thomasius, Frankfurt, die Arbeiten an der neuen Osteoporose-Leitlinie vor.

Der Focus der Leitlinien liegt zum einen bei Hochrisikopatienten und dem Auftreten einer osteoporotischen Erstfraktur, zum anderen in der Neubewertung von Risikofaktoren. Aus diesem Grund wurden alle schon bekannten Risikofaktoren in Bezug auf ihr relatives Frakturrisiko neu bewertet und um weitere Risikofaktoren wie kardiovaskuläre Erkrankungen (z. B. Bluthochdruck, Vorhofflimmern, ischämische Kardiomyopathie, Aortenkalzifikation, Pulsrate), Medikamente (z. B. Statine, Antikoagulantien, Kontrazeptiva, Harnsäuremedikamente), Operationen (z. B. Bariatriche Chirurgie) und diätetische Besonderheiten, wie einer veganen Ernährung, sehr umfangreich erweitert.

Die Einteilung der Risikofaktoren soll zukünftig in verschiedenen Priorisierungskategorien erfolgen und mit weiteren Messgrößen wie DXA oder Trabekulärer Bone-Score (TBS) abgeglichen werden. Wegen des erheblich komplexeren Risikomodells wird die Risikobewertung in Zukunft digital gestützt erfolgen müssen. Hier wird derzeit intensiv an möglichen Applikationen gearbeitet.

Die diesjährigen Kongresspräsidenten, Prof. Andreas Kurth und Prof. Peymann Hadji, wiesen in ihren Vorträgen auf die Bedeutung der ersten Fraktur hin, da diese mit einer deutlichen Risikosteigerung für Folgefrakturen einhergeht. So traten im ersten Jahr nach diagnostizierter Erstfraktur der Wirbelsäule ca. 15 % (RR: 1,95) Folgefrakturen auf. Bei den primären hüftgelenksnahen Frakturen wurden ca. 12 % (RR: 1,65) mit Folgefrakturen diagnostiziert. (Abb. 1)

GBA-Beschluss Teriparatid (Forsteo®)

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat mit Beschluss vom 17.01.2019 (Inkrafttreten 06.04.2019) den Therapiehinweis zu Teriparatid (Forsteo®) aufgehoben.

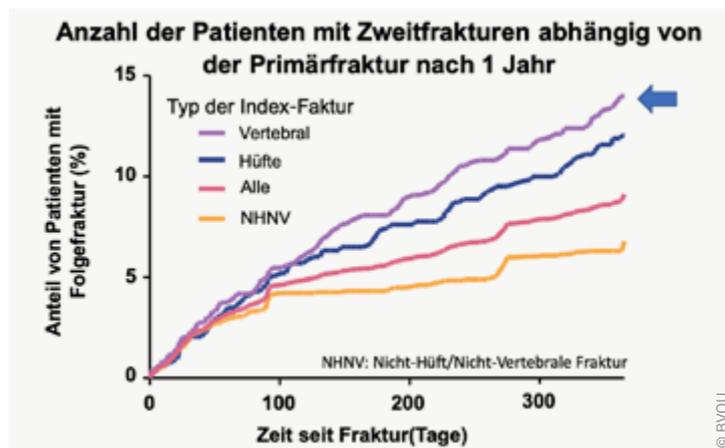


Abb. 1: modifiziert nach Hadji et al., Poster 31, Osteologie Kongress 2018, Dresden

Grund dafür ist im Wesentlichen die VERO-Studie, eine multizentrische Studie, die Kendler DL et al. in The Lancet (2018):391: 230–40 publizierten. Sie untersuchten den Effekt von Teriparatid und Risedronat auf das Neuaufreten von Frakturen bei Patientinnen mit schwerer postmenopausaler Osteoporose. Sie konnten zeigen, dass das kumulative Risiko für eine neue Fraktur bei Teriparatid um 50 % unter dem von Risedronat lag (Abb. 2). Die Autoren kommen somit zu dem Ergebnis, dass Teriparatid bei der Behandlung schwerer Osteoporosen und Hochrisikopatienten einen Vorteil gegenüber Risedronat hat.

Die Erkenntnis der VERO-Studie nahm Einfluss auf den neu vorgestellten Konsens der DVO LL-Kommission für die Definition eines „Hochrisikopatienten“:

„Bei Osteoporose-PatientInnen mit dokumentiert deutlich erhöhtem Frakturrisiko, z. B. bei Vorliegen von vertebrale Frakturen, Schenkelhalsfraktur, verringert Teriparatid das Auftreten von Wirbelfrakturen stärker als orale Bisphosphonate. Solchen Fällen ist einer osteoanabolen Therapie mit Teriparatid gegenüber einer oralen Bisphosphonate der Vorzug zu geben. Gleiches gilt bei erhöhtem Frakturrisiko unter geplanter oder laufender GC Therapie > 7,5mg Prednisolon/Tag, > 3 Monate.“

Aus dieser neuen Definition erhofft man sich eine bessere Versorgung für dieses schwerkranke Patienten-klientel. Hoffen wir nur, dass die Prüfungsgremien dies genauso interpretieren!

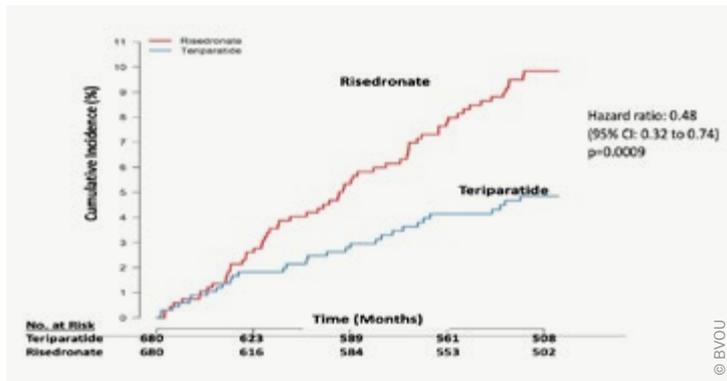


Abb. 2: Ergebnis der VERO-Studie

Sequenztherapie

Die Schweizer Arbeitsgruppe um Prof. Christian Meier, Basel, und Prof. Serge Ferrari, Genf, veröffentlichte einen Positionsartikel der Schweizerischen Vereinigung gegen die Osteoporose (SVGO) zur Sequenztherapie (Meier C. et al, Swiss Med Wkly. 2017 Aug 16;147:w14484.). Sie unterschieden die postmenopausalen Patientinnen in zwei Gruppen: Die eine Gruppe mit Vortherapie durch ein Medikament mit langanhaltendem Effekt am Knochen, wie die Bisphosphante (BP). Die andere Gruppe mit Präparaten, die nur einen temporären Effekt am Knochen aufwiesen, wie SERMs, Testosteron, Teriparatid, Denosumab und Romosozumab.

Bei den mit BPs vorbehandelten Patienten (oral über fünf Jahre, i. V. über drei Jahre) empfehlen sie bei geringem Risiko ein „drug holiday“ unter Beibehaltung der Basistherapie. Eine klinische Reevaluation sollte nach ein bis zwei Jahren erfolgen. Eine DXA -Messung sollte in diesen Fällen alle zwei bis drei Jahre durchgeführt werden. Die Wiederaufnahme der Behandlung soll erfolgen, wenn die Knochendichte fällt, es wieder zu Frakturen kommt oder gegebenenfalls bei Anstieg der Knochenabbauparameter. Bei Hochrisikopatienten rät die Schweizer Arbeitsgruppe zum Fortführen der Therapie oder zum Wechsel auf Denosumab oder Teriparatid. Als Hochrisikopatienten definieren sie einen Patienten mit einem T-Score am Femurhals von $T \leq -2.5$ SD, manifeste Osteoporosen unter BP-Therapie oder sekundäre Osteoporosen, insbesondere die glukokortikoid-induzierte Osteoporose (GIOP).

Bei einer Vorbehandlung mit Denosumab über vier bis fünf Jahre wird bei niedrigem Risiko zu einem Wechsel auf BPs geraten. Patienten mit hohem Risiko oder dem Vorliegen von Kontraindikationen gegenüber BPs, ist das Fortführen der Denosumab-Therapie bis zu zehn Jahren oder ein Wechsel auf Teriparatid indiziert. Kontrollen in ein bis zwei Jahresabständen seien empfehlenswert.

Unter der Vorbehandlung mit Teriparatid über zwei Jahre ist eine Anschlusstherapie mit BPs oder Denosumab erforderlich. Hier wird ein Follow-up alle zwei Jahre geraten. (Abb. 3)

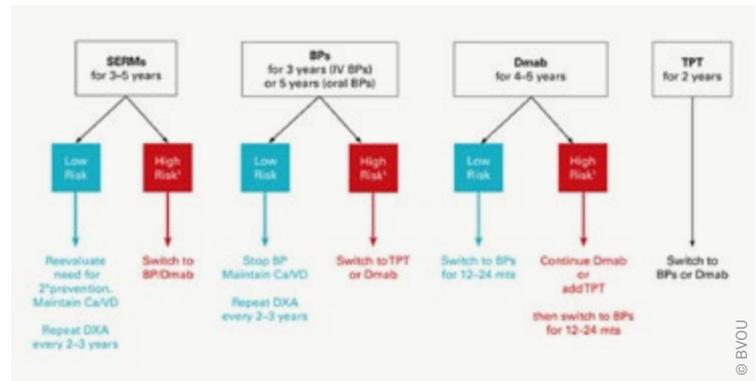


Abb. 3: Sequenztherapie bei Osteoporose, aus Meier C. et al, Swiss Med Wkly. 2017 Aug.

Rückschlag in der osteoanabolen Therapie

Die Europäische Arzneimittel-Agentur (EMA) hat erneut ein vielversprechendes osteoanaboles Präparat für den europäischen Markt nicht zugelassen*.

Nach Abaloteriparatid wurde auch Romosozumab, ein monoklonaler Antikörper gegen Sklerostin, nicht von der EMA für den Markt zugelassen. Beide Präparate konnten in klinischen Studien eine Verbesserung der Knochendichte und Frakturrisiko bei postmenopausaler Osteoporose zeigen.

Weiter zeigte Romosozumab in einer Head-to-head-Studie gegenüber der Standardtherapie mit Alendronat eine zusätzliche 50%ige Frakturrisikoreduktion ohne signifikante Auffälligkeiten bezüglich der kardialen Nebenwirkungen (Saag KG, et al. N Engl J Med. 2017, 377(15):1417-1427). Trotz dieser Studienlage argumentierte die EMA gegen eine Zulassung auf Grund des kardialen Risikoprofils älterer Patienten. Ähnliche Bedenken schied die amerikanische Zulassungsbehörde (FDA) sowie die in Japan und anderen außereuropäischen Ländern nicht zu teilen. Dies ist ein herber Rückschlag für die Weiterentwicklung einer suffizienten Osteoporosetherapie in Deutschland.



Dr. Uwe de Jager, stellv. BVOU-Landesvorsitzender Baden

* (www.ema.europa.eu/en/documents/smop-initial/questions-answers-refusal-marketing-authorisation-eventy-romosozumab_en.pdf)



Mehr
Informationen unter
[www.warnsignal-
knochenbruch.de](http://www.warnsignal-knochenbruch.de)

Eine osteoporotische Fraktur kann:

- das relative Risiko für eine Folgefraktur nach der initialen Fraktur **5-fach erhöhen**¹
- die **Lebensqualität ähnlich einschränken** wie eine diabetesbedingte Amputation²
- jedes Jahr **322.000 Menschen betreffen**^{3,*}

Klären Sie Osteoporose diagnostisch ab und beugen Sie Folgefrakturen vor!

* 3,63 Mio. Frauen und Männer hatten eine Osteoporose-Diagnose in 2016, von denen ca. 322.000 eine Oberschenkel- oder Wirbelfraktur erlitten.

1 van Geel TA et al. Ann Rheum Dis 2009;68:99–102.

2 Voko Z et al.; J Eval Clin Pract. 2017; 1-6. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Diabetes-Komplikationen nur um einen Teil der untersuchten Komplikationen handelt.

3 Groth A et al.; ISPOR Congress Barcelona, Spanien; November 2018; Abstract Code: PMS13; Link: <https://tools.ispor.org/ScientificPresentationsDatabase/Presentation/86545?pdfid=58799> (letzter Zugriff: 28.01.2019).

Das DVO-Zertifizierungscurriculum: Vorbereitung auf den demografischen Wandel

Derzeit sind deutschlandweit etwa sechs Millionen Menschen von Osteoporose betroffen. Der demografische Wandel führt dazu, dass diese Zahl in den nächsten Jahren kontinuierlich ansteigen und die Osteoporose in fast allen medizinischen Fachrichtungen eine Rolle spielen wird. Dies erfordert ein gut ausgebautes Fachkräfte-Netzwerk. Der Dachverband Osteologie e.V. (DVO) und seine 19 Mitgliedsgesellschaften haben es sich zur Aufgabe gemacht, sich dieser Herausforderung mit ihrem umfassenden Zertifizierungscurriculum zu stellen.

In den letzten zwölf Jahren wurde bereits über 1600 Fachärzten mit der Zertifizierung „Osteologe DVO“ eine besondere Qualifikation im Bereich der Osteologie bescheinigt. Mit dem neu konzipierten Basiskurs Osteologie zum Thema „Allgemeine Osteoporoseversorgung“ fiel im Dezember 2017 der Startschuss für eine neue Kursreihe und ein Zertifizierungscurriculum, das den Zugang zur osteologischen Weiterbildung bereits vor dem Abschluss der Facharztausbildung ermöglicht. Der DVO e.V. möchte damit auch einen Schritt auf den medizinischen Nachwuchs zugehen: Die Kombination aus bewährten Erfahrungen in der Wissensvermittlung und neuen Herangehensweisen ist ein wesentlicher Beitrag zur Aufrechterhaltung und zum Ausbau der osteologischen Versorgungsstruktur.

Basiskurse für Praxis und Klinik

Damit der Einstieg in die osteologische Praxis auch für den medizinischen Nachwuchs reibungslos erfolgt, hat die Arbeitsgruppe des DVO den Inhalt der Grundkurse komplett neu konzipiert: Der Basiskurs bietet eine Wissensbasis für den Berufsalltag: Wissen über die Leitlinie Osteoporose, interaktive Falldiskussionen, diagnostische und bildgebende Verfahren machen die Teilnehmer fit für Praxis und Klinik. Darüber hinaus wird den Interessierten handfestes Wissen über Pathophysiologie des Knochenstoffwechsels, Epidemiologie, Prävention und evidenzbasierter Therapie vermittelt.

Dreistufenmodell für einen Einstieg

Ein flexibles Dreistufenmodell passt sich dem Werdegang der medizinischen Ausbildung nach dem Studium an und erlaubt es, mit der Weiterbildung zum Osteologen DVO früh zu beginnen. Das bedeutet für den Verband aber nicht die Abkehr von langjährig osteologisch tätigen Kollegen, die sich immer auf den aktuellen Kenntnisstand der Osteologie gebracht haben. Interessierte an der Versorgung von Knochenerkrankungen können sich auch dann jederzeit weiterqualifizieren. Nach jeder Stufe erhalten die Anwärter ein Zertifikat. Das sorgt dafür, dass die Motivation hoch bleibt und verleiht den einzelnen Stufen Wertigkeit.

Experten für allgemeine und spezielle Osteoporoseversorgung

Der Basiskurs Osteologie zum Thema „Allgemeine Osteoporoseversorgung“, der dem Zertifikat „Experte für allgemeine Osteoporoseversorgung“ vorausgeht, richtet sich vor allem an Berufseinsteiger, die noch keinen Facharztstitel besitzen. Berufserfahrung, die im weiteren Zertifizierungsprozess nachgewiesen werden muss, können die Fachärzte in Weiterbildung bereits auf dieser Stufe in ihrer Ausbildungspraxis/-klinik sammeln.

Experte für spezielle Osteoporoseversorgung

Der erfolgreiche Abschluss der zweiten Stufe erfordert ein hohes Maß an praktischer Erfahrung. Spätestens bei Antragstellung zur Zertifizierung als „Experte für spezielle Osteoporoseversorgung“ müssen Bewerber einen Facharztstitel vorweisen können. Um Patienten mit Osteoporose und verwandten Krankheitsbildern eine konstant hohe Behandlungsqualität zu garantieren, müssen die „Experten für spezielle Osteoporoseversorgung“ ihr Fachwissen alle fünf Jahre nachweisen und ihren Titel rezertifizieren.

Diese Qualifizierung richtet sich vor allem an Kolleginnen und Kollegen, die eine osteologische Versorgung im Primararztbereich und Kliniken auf hohem Niveau anbieten, sich aber nicht mit Spezialfragestellungen der Knochen-erkrankungen beschäftigen wollen.

Osteologin DVO/ Osteologe DVO

Die Begrifflichkeit „Osteologe DVO“ steht nach wie vor für ein Höchstmaß an Fachwissen und Versorgungsqualität auf osteologischem Gebiet und bescheinigt den Absolventen eine besondere Qualifikation bei der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Skelettsystems. Für dieses Attribut muss ein umfangreicher Erfahrungskatalog nachgewiesen werden und der Basiskurs, die Grundkurse II und III sowie zwei Spezialkurse erfolgreich abgeschlossen werden.

Der DVO e.V. ist sich sicher, dass das neue Zertifizierungsmodell langfristig eine flächendeckende Versorgungsstruktur zur Behandlung osteologischer Krankheitsbilder ermöglichen kann.

Die DVO-Kursreihe 20

(Stand: August 2019)

Basiskurs Osteologie zum Thema

„Allgemeine Osteoporoseversorgung“

- ▶ 14.+15.03.2020: Salzburg
- ▶ 09.+10.05.2020: Essen
- ▶ 26.+27.09.2020: Frankfurt am Main
- ▶ 24.+25.10.2020: Berlin

Grundkurs II „Diagnostik der Osteoporose“

- ▶ 14.+15.11.2020: Frankfurt am Main

Grundkurs III „Osteologische Erkrankungen jenseits der Osteoporose“

- ▶ 25.+26.01.2020: Frankfurt am Main

Spezialkurse „Osteologin DVO/Osteologe DVO“

- ▶ 11.03.2020: Salzburg
- ▶ 16.05.2020: Hamburg
- ▶ 19.09.2020: Hannover
- ▶ 12.12.2020: Köln

Anmeldung ab dem 01.10.2019 unter www.ostak.de

DVO-Zertifizierungscurriculum

Osteologin DVO/Osteologe DVO

- ▶ Voraussetzung: Facharztstitel
- ▶ Basiskurs Osteologie, Grundkurs II, Grundkurs III, zwei Spezialkurse
- ▶ klinische Nachweise über osteologische Tätigkeit, siehe www.dv-osteologie.org/osteologe-dvo/zertifizierung

Zertifikat A

- ▶ Expertin/Experte für spezielle Osteoporoseversorgung
- ▶ Voraussetzung: Facharztstitel
- ▶ Basiskurs Osteologie
- ▶ klinische Nachweise über osteologische Tätigkeit, siehe www.dv-osteologie.org/zertifikat-a/zertifizierung-3

Zertifikat B

- ▶ Expertin / Experte für allgemeine Osteoporoseversorgung
- ▶ Voraussetzung: Approbation als Arzt
- ▶ Basiskurs Osteologie



Prof. Dr. med. Andreas Kurth
Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Kemperhof Koblenz, Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein gGmbH
Erster Vorsitzender des Dachverbandes Osteologie e.V.

Osteologisches Aufsatteln: Interdisziplinäre Versorgungsansätze in der Alterstraumatologie

In einem der ersten zertifizierten Zentren für Alterstraumatologie (ATZ) in Deutschland engagieren sich Internisten und Geriater am Marienhospital in Stuttgart unter der Leitung des Orthopäden und Unfallchirurgen sowie Osteologen Prof. Dr. Ulrich Liener beharrlich und kreativ für die Versorgung von Menschen mit Osteoporose. Mit ihm und seinem Team haben wir über aktuelle Entwicklungen und Perspektiven am ATZ gesprochen.

Prof. Liener, als einer der Wegbereiter der Zentren für Alterstraumatologie (ATZ) in Deutschland engagieren Sie sich für eine interdisziplinäre osteologische Versorgung von geriatrischen Frakturpatienten. Wie haben Sie diese Strategie bislang im eigenen Haus umgesetzt?

Prof. Dr. Ulrich Liener: Für die Behandlung von betagten Frakturpatienten ist eine enge Zusammenarbeit aller an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen unerlässlich. Nur durch eine koordinierte interprofessionelle Behandlung durch Ärzte, Pflegekräfte, Sozialdienst und Physiotherapeuten und ggf. Neuropsychologen kann effizient auf die komplexen medizinischen Bedürfnisse älterer Menschen eingegangen werden. Ziel ist die Rückkehr in das alte vertraute soziale Umfeld. Im Zentrum der ärztlichen Behandlung stehen Unfallchirurg und Geriater. Gemeinsam verantwortlich steuert dieses Team die Behandlung. Als eines der ersten Zentren für Alterstraumatologie in Deutschland haben wir mit meiner Kollegin Dr. Kerstin Peters eine geriatrische Fachärztin fest ins unfallchirurgische Team integriert. Sie leitet mit einem

unfallchirurgischen Oberarzt gemeinsam den orthogeriatrischen Bereich.

Dr. Peters, Sie haben als Geriaterin im Team der Orthopäden und Unfallchirurgen eine hierzulande noch seltene Position besetzt. Ist dieser Schulterschluss aus Ihrer Sicht geglückt und welche Erfolgsfaktoren sind Basis für eine gute Zusammenarbeit?

Dr. Kerstin Peters: Aktuelle Untersuchungen zeigen, dass die enge Zusammenarbeit und Schulterschluss im Sinne eines ortho-geriatrischen Managements im Vergleich zur bisherigen Standardbehandlung zu einer deutlichen Verbesserung des Gesamtergebnisses und Reduktion der Mortalität führt. Die fragilen und multimorbiden Patienten erlangen häufiger den bisherigen Alltagsstatus zurück, auch nicht-chirurgische Komplikationen – wie Delir und Organversagen auf internistischem Gebiet (Niere, Herz, Lunge) – werden rasch erkannt und behandelt. Zusätzlich können die vielfältigen Sturzursachen abgeklärt werden. Erfolgsfaktoren für eine gute Zusammenarbeit sind die

gemeinsame Verantwortung für den Patienten, Respekt und wertschätzender Umgang mit Kollegen, Patienten und Angehörigen.

Prof. Liener, Sie haben in Ihrer Funktion als Osteologe einen Fracture Liaison Service (FLS) etabliert. Wie sieht dieser konkret aus?

Prof. Dr. Ulrich Liener: Wir haben in unserer Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie ein Osteologisches Zentrum (DVO) etabliert. Ziel unserer Bemühungen ist die ganzheitliche Behandlung des Organs „Knochen“. Während des stationären Aufenthalts werden die Frakturpatienten nicht nur operiert, sondern eben auch auf Osteoporose hin gescreent. Neben drei Universitätsklinken betreibt auch das Marienhospital einen FLS in Deutschland. Zusätzlich zur Identifikation von Osteoporosepatienten bieten wir eine spezielle Osteoporose Sprechstunde im Krankenhaus an, die ich als Osteologe gemeinsam mit einer in osteologischer Weiterbildung befindlichen ärztlichen Kollegin (Frau Dr. Rietig) und einer FLS-Nurse (Frau Sofia Kieninger) leite.

Frau Dr. Rietig, Sie führen gemeinsam mit Prof. Liener die Osteoporose Sprechstunde. Wie werden Osteoporose Patienten während des stationären Aufenthalts identifiziert und nach welchen Kriterien behandeln Sie die Patienten in der Osteoporose Sprechstunde?

Dr. Anne Rietig: Bei Patienten mit Indexfrakturen wie proximalen Femurfrakturen, Wirbelkörperfrakturen und periprothetischen Frakturen wird nach



Sofia Kieninger, Prof. Dr. Ulrich Liener, Dr. Anne Rietig (v.l.n.r.)

Analyse der osteologischen Parameter und Ausgleich des Vitamin D Defizits noch während der stationären Behandlung mit einer Osteoporose Therapie begonnen. Besteht der hochgradige Verdacht auf eine Osteoporose wie z. B. bei proximalen Humerusfrakturen oder distalen Femurfrakturen führen wir während des stationären Aufenthalts eine DXA Messung durch. In Abhängigkeit von den Ergebnissen wird dann mit der Behandlung begonnen. Bei distalen Radiusfrakturen empfehlen wir eine ambulante Abklärung.

Patienten mit Orthopäden oder Hausarzt wird nach Beginn der Osteoporose Behandlung in unserer Klinik im Brief die Weiterbehandlung empfohlen. Bei Patienten, die keinen Hausarzt oder Orthopäden haben, erfolgt, um eine Therapiepause zu vermeiden, initial die leitliniengerechte Behandlung in der Osteoporosesprechstunde. Im zweiten Schritt binden wir dann die Patienten in unserem Netzwerk ambulant an.

Frau Kieninger, sie leisten in Ihrer Rolle als FLS-Nurse in Deutschland Pionierarbeit und sind mit großem Engagement dabei. Was reizt Sie an Ihrer Position?

Sofia Kieninger: Als FLS Nurse bin ich im Team für die Organisation und den Ablauf in der Sprechstunde verantwortlich. Von Anfang an wurde ich in die Planung und Umsetzung mit einbezogen. Mich reizt die Möglichkeit die Sprechstunde und den FLS weiter zu entwickeln und mit zu gestalten.

Prof. Dr. Ulrich Liener. Damit die Versorgung auch außerhalb der Klinik sichergestellt ist, ist eine Vernetzung mit dem niedergelassenen Bereich sehr wichtig – wie beziehen Sie Ihre Kollegen ein?

Prof. Dr. Ulrich Liener: Es besteht eine enge Verzahnung mit niedergelassenen osteologisch fortgebildeten Orthopäden und endokrinologischen Kollegen im Sinne eines Netzwerkes. Hier erfolgt die ambulante Abklärung von besonderen endokrinologischen Fragestellungen und die Weiterbehandlung. Gemeinsam wurde ein Qualitätszirkel „Osteoporose“ initiiert, welcher in unserer Klinik stattfindet. Wir besprechen dort gemeinsam komplexe osteologische Fälle und führen osteologische Fortbildungen durch.

Alleine durch die demographische Entwicklung nimmt die Anzahl behandlungsbedürftiger Patienten stetig zu. Eine enge Vernetzung mit ambulant tätigen Kollegen ist daher unbedingt notwendig. Insgesamt besteht in der lückenlosen Versorgung noch Verbesserungspotential. Das beginnt mit der kurzfristigen Terminvergabe und endet mit einer sektorübergreifenden Dokumentation von Diagnostik und Therapie der Osteoporose. Wir bauen daher das Netzwerk kontinuierlich weiter aus.

Was kann aus Ihrer Sicht der BVOU zur Vernetzung und sektorübergreifenden Versorgung von Osteoporosepatienten beitragen?

Prof. Dr. Ulrich Liener: Potential sehe ich hier vor allem bei der Unterstützung und Initiierung regionaler sektorübergreifender Netzwerke zur Osteoporoseversorgung. Eine leitliniengerechte Osteoporosetherapie ist eine hervorragende Präventionsmaßnahme für Folgefrakturen. Mittlerweile lässt sich die Osteoporose sehr gut behandeln und ermöglicht älteren Patienten ein selbstbestimmtes Leben in der angestammten Umgebung.

Der BVOU kann die regionale Netzwerkbildung über das Patientenportal Orthinform wirksam unterstützen und darüber die Lücken zwischen stationärer und ambulanter Versorgung von Osteoporosepatienten schließen helfen. Zusätzlich können über die guten Regionalstrukturen des BVOU Osteoporose-Qualitätszirkel initiiert und ein regelmäßiger Austausch der Experten zum Wohle der Patienten unterstützt werden.

Gibt es organisatorische Empfehlungen von Seiten der Sektion Alterstraumatologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) für Kollegen, die ein Alters-traumazentrum oder einen Fracture Liason Service aufbauen wollen?

Prof. Dr. Ulrich Liener: Die Sektion Alterstraumatologie der DGU unterstützt aktiv den Aufbau von Zentren für Alterstraumatologie und die Etablierung von Fracture Liason Services (FLS). Gemeinsam mit unseren geriatrischen Partnern wurde im letzten Jahr auch das Weißbuch Alterstraumatologie erstellt, welches die nationalen Behandlungsempfehlungen enthält.

Für die Etablierung eines Zentrums sind persönliche Kontakte essentiell um die Organisationsstruktur lokalen Gegebenheiten anzupassen. Hier stellt die Sektion Alterstraumatologie innerhalb des Netzwerks Kontakte her, die helfen entsprechende Strukturen zu etablieren.

Das Interview führte Dr. Jörg Ansorg, Geschäftsführer des BVOU.

Sicherung der medikamentösen Osteoporosetherapie: Das FLS-Innovationsfondprojekt der LMU München

Osteoporose assoziierte Frakturen nehmen aufgrund der demographischen Entwicklung und oftmals insuffizienten Osteoporosetherapie älterer unfallchirurgischer Patienten stetig zu. Um Folgefrakturen zu reduzieren ist eine weiterführende osteologische Behandlung alterstraumatologischer Patienten jedoch eine essentielle Maßnahme der Sekundärprävention. In der Realität wird nach einer stattgehabten Fraktur nur bei einem Bruchteil der betroffenen Patienten eine weiterführende Diagnostik und Therapie einer zugrundeliegenden Osteoporose behandelt. Ein wesentliches Problem liegt an den Schnittstellen zwischen Klinik, niedergelassenem Arzt und einem Spezialisten für eine gezielte Osteoporosetherapie. Eine Kommunikation zwischen den verschiedenen Sektoren findet nur begrenzt statt.

Die effektive Umsetzung und Steigerung der Therapieadhärenz für eine medikamentöse Osteoporosetherapie kann in einem (FLS) Fracture Liaison Service eine deutliche Steigerung der Effizienz der Osteoporosetherapie schaffen. Durch einen FLS wird eine zügige Initiierung einer geeigneten Osteoporosetherapie ermöglicht und Refraktrurraten können deutlich gesenkt werden. Die optimale Umsetzung eines FLS-Konzeptes wurde zuvor in Form eines Kurzvideos durch das Team der Klinik für Allgemeine, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der LMU München verfilmt und kann unter beigefügtem QR-Code angesehen werden.

Im Ausland konnte diese effektive medikamentöse Osteoporosetherapieumsetzung bereits gezeigt werden. So zeigten Axelsson et al. in einer Veröffentlichung in Osteoporosis International 2016, dass die pharmakologische Behandlung in einem FLS-Setting um bis zu 170% gesteigert werden kann gegenüber einem nicht-FLS Setting. Neben der Steigerung der Therapieadhärenz



© LMU
Campus Großhadern der LMU München

konnten die Autoren auch demonstrieren, dass es zu einer 51%igen Reduktion der Refraktrurrate kommt. Dabei ist die erforderliche Anzahl der behandelten Patienten mit einer NNT von 20 (Number needed to treat) um einer Re-Fraktur in einem Zeitfenster von 3 Jahren zu verhindern im Vergleich zu beispielsweise blutdrucksenkenden Medikamenten sehr gering (Nakayama A et al., Osteoporosis Int 2016). In einer neueren Metaanalyse von Wu Ch et al. konnte neben der signifikanten Reduktion von Folgefrakturen auch eine signifikante Reduktion der Mortalität identifiziert werden (Wu CH et al. Bone 2018).

Das Problem der effektiven Umsetzung einer medikamentösen Osteoporosetherapie bei Risikopatienten ist sicher auch der pekuniären Abbildung in unserem Gesundheitssystem zuzuschreiben. In England konnte eine Sicherung der medikamentösen Osteoporosetherapie beispielsweise durch den sog. „Best Practice Tariff“ geschaffen werden. Dabei wird den Behandlern von Hüftfrakturpatienten bei einer Absicherung der erforderlichen Sekundärpräventionsmaßnahmen ein höheres Entgelt für die individuelle Patientenbehandlung ausgeschüttet als dies für Hüftfrakturpatienten ohne Abklärung und Therapieeinleitung einer zugrundeliegenden Osteoporose getan wird.

Das Innovationsfondprojekt (FLS-CARE: Fracture-Liaison-Service Case-Management zur Vermeidung von Refrakturen) widmet sich nun gezielt der Umsetzbarkeit eines derartigen Netzwerksystems zur Sicherung der Therapieadhärenz bei Osteoporose im deutschen Krankenhaussektor. Für die Forschung zur Senkung des Risikos erneuter Knochenbrüche bei Osteoporosepatienten durch vorbeugende Maßnahmen erhält das Konsortium um Prof. Dr. med. Wolfgang Böcker, Direktor der Unfallchirurgischen Klinik der Ludwigs-Maximilians-Universität München und Prof. Dr. Christian Kammerlander stellvertretender Klinikleiter insgesamt 3,2 Mio. Euro aus dem Innovationsfond des Gemeinsamen Bundesausschusses. Zusammen mit den Konsortialpartnern AUC-Akademie der Unfallchirurgie GmbH, pvm Versorgungsmanagement GmbH, dem Fachbereich Health Service Management der LMU sowie den Krankenkassen DAK-Gesundheit, IKK classic und der Techniker Krankenkasse soll in der 4-jährigen Studie FLS-CARE der Benefit für Patienten nachgewiesen werden, die nach einer hüftgelenksnahen Oberschenkelfraktur durch ein Netzwerk aus Ärzten, Pflegekräften und Physiotherapeuten enger betreut werden, eine dauerhafte medikamentöse Osteoporosebehandlung erhalten und in Übungen zur Vermeidung von Stürzen angeleitet werden. In dem im Oktober 2019 beginnenden Forschungsprojekt soll gezeigt werden, dass dadurch die Häufigkeit von Stürzen und von Folgebrüchen gesenkt, die Sterblichkeit verringert und die Lebensqualität der Patienten gesteigert werden kann. Ein Vergleich der Behandlungskosten erneuter Frakturen mit den Aufwendungen für die engere Betreuung und die Medikamentenkosten soll die Frage beantworten, ob diese als Fracture Liaison Service (FLS) bezeichnete Begleitung der Patienten vom Krankenhaus in den ambulanten Bereich auch in Deutschland zu Kosteneinsparungen für die gesetzlichen Krankenkassen führt. Wenn sich die positiven Auswirkungen dieser Form der Patientenbetreuung bestätigen, kann diese neue Versorgungsform als Standardleistung der gesetzlichen Krankenkassen für alle Versicherten übernommen werden. Rund 1.200 gesetzlich versicherte Patienten mit Osteoporose-bedingter hüftgelenksnaher Oberschenkelfraktur ab 50 (Frauen) bzw. 60 Jahren (Männer) werden in 18 bayerischen Kliniken in die Studie eingeschlossen. Durch die enge und synergistische Zusammenarbeit der Konsortialpartner bereits in der Antragsphase gelang es, die Studie zugunsten einer besseren Versorgung von Patienten mit gesetzlichem Krankenversicherungsschutz aufzusetzen. Als Kooperationspartner beteiligt sich zudem die AOK Bayern, weitere gesetzliche Krankenkassen sollen noch als Partner gewonnen werden.

PD Dr. Carl Neuerburg,
Klinik für Allgemeine, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie, Klinikum der Universität München, LMU München

FLS-Team der Klinik für Allgemeine, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums der Universität München (LMU):

Prof. Dr. Wolfgang Böcker, Prof. Dr. Christian Kammerlander, Prof. Dr. Eric Hesse, PD Dr. Carl Neuerburg, Dr. Ulla Stumpf

Konsortialpartner-FLS Innovationsfondprojekt „FLS-Care“:

- ▶ Klinik für Allgemeine, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums der Universität München (LMU), Konsortialführung
Projektleitung: Prof. Dr. med. Wolfgang Böcker und PD Dr. med. Christian Kammerlander
www.klinikum.uni-muenchen.de/Klinik-fuer-Allgemeine-Unfall-und-Wiederherstellungschirurgie/de/
- ▶ AUC-Akademie der Unfallchirurgie GmbH
Projektleitung: Dr.-Ing. Christine Höfer
www.auc-online.de
- ▶ PVM Versorgungsmanagement GmbH
Projektleitung: Jörg Trinemeier
www.pvm-med.org
- ▶ Ludwig-Maximilians-Universität München, Fakultät für Betriebswirtschaft, Fachbereich Health Services Management
Projektleitung: Prof. Dr. Leonie Sundmacher
www.hsm.bwl.uni-muenchen.de

Als Konsortialpartner beteiligte Krankenkassen:

- ▶ Techniker Krankenkasse
- ▶ DAK-Gesundheit
- ▶ IKK classic

Als Kooperationspartner beteiligte Krankenkasse:

- ▶ AOK Bayern
- ▶ Barmer
- ▶ BKK Mobil Oil

Bei Osteoporose: **Prolia**[®] 1-3

Machen Sie den entscheidenden Schritt für starken Schutz.

Die Therapie mit Prolia[®] ist:

- › **Wirksam:** Schutz vor Frakturen^{1,2}
- › **Verträglich:** Sicherheitsprofil auf Placeboniveau^{1,3}
- › **Einfach:** subkutane Injektion alle 6 Monate!³



1 Cummings SR et al. N Engl J Med 2009; 361:756-765. 2 Bone HG et al Lancet Diabetes Endocrinol 2017; 5(7): 513-523. 3 Prolia[®] Fachinformation, Stand Juli 2019

Kurzinformation: Prolia[®] 60 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze. **Wirkstoff:** Denosumab. **Zusammensetzung:** Arzneilich wirksamer Bestandteil: Jede Fertigspritze enthält 60 mg Denosumab in 1 ml Lösung (60 mg/ml). Denosumab ist ein humaner monoklonaler IgG2-Antikörper, der mittels rekombinanter DNA-Technologie in einer Säugerzelllinie (Ovarialzellen des Chinesischen Hamsters) hergestellt wird. Sonstige Bestandteile: Essigsäure 99 %, Natriumhydroxid (zur pH-Wert-Einstellung), Sorbitol (E 420), Polysorbat 20, Wasser für Injektionszwecke. Dieses Arzneimittel enthält 47 mg Sorbitol in jedem ml der Lösung und weniger als 1 mmol Natrium (23 mg) pro 60 mg, d.h. es ist nahezu „natriumfrei“. **Anwendungsgebiete:** Behandlung der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern mit erhöhtem Frakturrisiko. Bei postmenopausalen Frauen vermindert Prolia signifikant das Risiko für vertebrale, nicht-vertebrale und Hüftfrakturen. Behandlung von Knochenschwund im Zusammenhang mit Hormonablation bei Männern mit Prostatakarzinom mit erhöhtem Frakturrisiko. Prolia vermindert bei Männern mit Prostatakarzinom unter Hormonablationstherapie signifikant das Risiko für vertebrale Frakturen. Behandlung von Knochenschwund im Zusammenhang mit systemischer Glucocorticoid-Langzeittherapie bei erwachsenen Patienten mit erhöhtem Frakturrisiko. **Gegenanzeigen:** Hypokalzämie, Überempfindlichkeit gegen Denosumab oder einen der sonstigen Bestandteile. **Nebenwirkungen:** Sehr häufig: Gliederschmerzen, muskuloskeletale Schmerzen; Häufig: Harnwegsinfektion, Infektion der oberen Atemwege, Ischiassyndrom, Obstipation, Bauchbeschwerden, Hautausschlag, Ekzeme, Alopezie; Gelegentlich: Divertikulitis, bakterielle Entzündung des Unterhautgewebes, Infektion der Ohren, Urtikarioider Arzneimittel-exanthem; Selten: Arzneimittelüberempfindlichkeit, anaphylaktische Reaktion, Hypokalzämie, Kieferosteonekrose, atypische Femurfrakturen; Nicht bekannt: Osteonekrose des äußeren Gehörgangs. **Weitere Angaben:** s. Fach- und Gebrauchsinformation. **Verschreibungspflichtig.** Stand der Information: Juli 2019. AMGEN Europe B.V., 4817 ZK Breda, Niederlande (örtlicher Vertreter Deutschland: AMGEN GmbH, 80992 München)

Diagnostik und Therapieoptionen bei Osteoporose

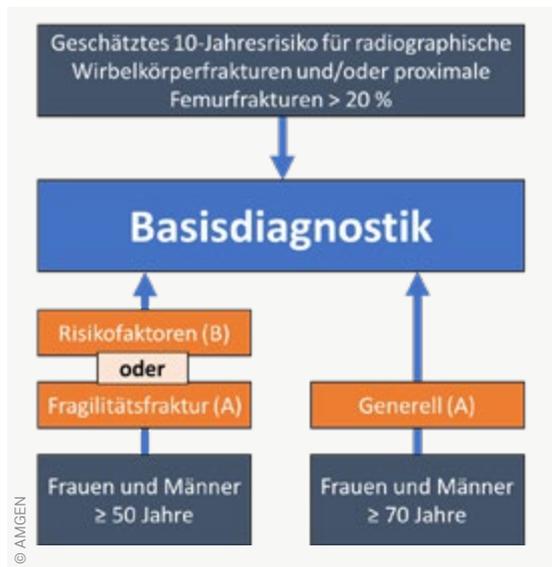


Abbildung 1: Empfehlungen für die Basisdiagnostik der Osteoporose (Evidenzgrade in Klammern angegeben). Modifiziert nach der DVO-Leitlinie, Stand 2017.2

Wichtig: Laut DVO-Leitlinie (DVO: Dachverband Osteologie e. V.) sollte bei Männern und Frauen **ab dem 70. Lebensjahr grundsätzlich eine Basisdiagnostik** zur Abklärung einer Osteoporose erfolgen, sofern „zukünftige, geplante therapeutische Maßnahmen dies rechtfertigen“.²

Anamnese

Die Anamnese kann wichtige Hinweise auf ein erhöhtes Osteoporoserisiko liefern. Wichtige anamnestische Parameter sind:

- ▶ Wirbelkörperfrakturen in der Vorgeschichte²
- ▶ Akute oder chronische Schmerzsymptomatik²
- ▶ Dauer und Zeitpunkt (Tag/Nacht) der Schmerzen
- ▶ Komorbiditäten oder Medikation, die eine sekundäre Osteoporose begünstigen²

Knochendichtemessung und Abklärung von Wirbelkörperfrakturen

Eine Knochendichtemessung an der Lendenwirbelsäule und/oder am proximalen Femur ist unerlässlich, um die Verdachtsdiagnose einer Osteoporose zu bestätigen. Als Goldstandard für die Osteodensitometrie hat sich die Dual-X-Ray-Absorptiometrie (DXA) etabliert. Der DXA-Messwert wird in Relation zu der Knochendichte von gesunden, jungen Menschen (Alter 20 bis 29 Jahre) desselben Geschlechts gesetzt und als T-Score angegeben. Weicht der T-Score mindestens um -2,5 Standardabweichungen von dem Referenzwert ab, gilt die Diagnose der Osteoporose nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation als gesichert.² Ist eine DXA-Messung nicht möglich oder nur unter erschwerten Bedingungen durchführbar, können auch andere Bildgebungsmodalitäten, wie die Sonographie oder die quantitative Computertomographie (QCT), zum Einsatz kommen.²

Klinische Befunde

Die obligatorische körperliche Untersuchung sollte laut DVO-Leitlinie die Gesamtfunktion des Bewegungsapparates, die Muskelkraft, den Body-Mass-Index und die Körpergröße des Patienten beurteilen.² Auch eine neurologische Untersuchung ist gemäß DVO-Leitlinie sinnvoll, da bei Osteoporose eine spinale Kompressions symptomatik oder neuromuskuläre Defizite vorliegen können, die mitunter ein erhöhtes Sturzrisiko nach sich ziehen.

Prolia® als mögliche Therapieoption

Eine mögliche medikamentöse Therapieoption der Osteoporose stellt Prolia® dar. Gemäß den DVO-Leitlinien gilt

20% der Patienten sterben innerhalb eines Jahres nach einer Hüftfraktur.¹ Mit einer frühzeitigen Diagnose und einer gezielten Osteoporose-Therapie lassen sich Frakturen vorbeugen. Die wichtigsten Kriterien zur Risikobewertung, anamnestische Parameter sowie die Wirksamkeit und Verträglichkeit von Prolia® als Therapieoption bei Osteoporose haben wir für Sie zusammengefasst.

Bei Frauen und Männern ab 50 Jahren, die aufgrund individueller Risikofaktoren ein 10-Jahresrisiko für radiographische Wirbelkörper- oder Hüftfrakturen von > 20% besitzen, ist eine Basisdiagnostik zur Abklärung einer Osteoporose indiziert (**Abbildung 1**).²

Für die Risikobewertung bei postmenopausalen Frauen und bei Männern mit erhöhtem Frakturrisiko hat der DVO ein spezielles Modell entwickelt. Dieses berücksichtigt unter anderem

- ▶ das Alter und Geschlecht,
- ▶ die Anzahl und den Schweregrad von Wirbelkörperfrakturen in der Vorgeschichte,
- ▶ Fragilitätsfrakturen in der Familienanamnese,
- ▶ die allgemeine körperliche Verfassung und das Sturzrisiko,
- ▶ bestimmte Grunderkrankungen und Medikamente sowie
- ▶ krankheitsrelevante Biomarker.²

Prolia® mit einer AAA-Bewertung als Firstline-Therapie, die auch in der Langzeitanwendung einen konstanten Zuwachs an Knochenmasse ermöglichen kann und gut verträglich ist.³ Seit dem 26. Mai 2010 ist Prolia® (Denosumab) zur Behandlung der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern mit erhöhtem Frakturrisiko in Deutschland zugelassen. Außerdem kann der Wirkstoff hierzulande zur Therapie bei Knochenschwund im Zusammenhang mit einer Hormonablation bei Männern mit Prostatakarzinom mit erhöhtem Frakturrisiko und bei Knochenschwund in Zusammenhang mit einer systemischen Glucocorticoid-Langzeittherapie mit erhöhtem Frakturrisiko eingesetzt werden.⁴

Prolia® – ein Antikörper in der Osteoporosetherapie

Der vollhumane, monoklonale IgG2-Antikörper Denosumab bindet mit hoher Affinität und Spezifität an den RANK-Liganden, der sich auf Osteoklasten befindet. Dadurch wird die Reifung, die Funktion und das Überleben der Osteoklasten gehemmt.^{4,7}

Auf diese Weise beugt Prolia® sowohl der trabekulären als auch der kortikalen Knochenresorption vor. Prolia® kann das Risiko für Wirbelkörperfrakturen, nicht-vertebrale Frakturen und Hüftfrakturen senken.⁶ In klinischen Studien wurden keine neutralisierenden Antikörper gegen Prolia® nachgewiesen.⁴

Wann wird Prolia® eingesetzt?

Die Anwendung von Prolia® erfolgt alle sechs Monate durch eine subkutane Injektion von 60 mg des Wirkstoffs Denosumab in den Bauch, den Oberschenkel oder den Oberarm.⁴

Eine Dosisanpassung ist weder bei älteren Menschen noch bei Patienten mit einer Nierenfunktionsstörung notwendig. Der Schweregrad einer möglicherweise bestehenden Niereninsuffizienz hat keine Auswirkungen auf die Pharmakokinetik von Denosumab. Bei Patienten mit schwerer Nierenfunktionsstörung (Kreatinin-Clearance <30 ml/min) oder bei dialysepflichtigen Patienten besteht ein höheres Risiko, dass sie eine Hypokalzämie entwickeln.⁴

Hypokalzämie: vor Therapie den Kalziumwert kontrollieren

Bei der Applikation von Prolia® wurde in zwei placebo-kontrollierten klinischen Studien der Phase III bei zwei von 4.050 (0,05%) postmenopausalen Frauen mit Osteoporose ein Absinken der Serumkalziumwerte auf weniger als 1,88 mmol/l beobachtet.⁴ Um dieser seltenen, aber bedeutenden Nebenwirkung in der Therapie mit Denosumab vorzubeugen, sollte vor Beginn der Behandlung einer Osteoporose mit Prolia® der Kalziumwert bestimmt und bei erniedrigten Serumspiegeln ausreichend Kalzium und Vitamin D substituiert werden.⁸ Das Risiko für das Auftreten von schweren, symptomatischen Hypokalzämien ist innerhalb der ersten Wochen nach Beginn der Therapie am größten. Daher sollten die Kalziumwerte

bei Hochrisikopatienten mit einer Prädisposition für gravierende Hypokalzämien auch in den ersten beiden Wochen nach der Applikation der ersten Dosis Denosumab bestimmt werden.⁴ Zu den Anzeichen für eine Hypokalzämie zählen zum Beispiel

- ▶ eine QT-Zeit-Verlängerung,
- ▶ eine Tetanie,
- ▶ Krampfanfälle,
- ▶ veränderte mentale Zustände,
- ▶ Parästhesien,
- ▶ Spasmen und Muskelkrämpfe.

Insbesondere Menschen mit einer schweren Nierenfunktionsstörung oder Dialysepflichtigkeit weisen ein erhöhtes Risiko auf, eine gravierende Hypokalzämie zu entwickeln. Bei diesen Patienten ist eine adäquate Kalziumzufuhr entscheidend.^{4,8}

Fazit: effektive und nebenwirkungsarme Therapie mit Prolia®

Phase-III-Studien zeigten in der Langzeitanwendung von Prolia® anhaltend reduzierte Knochenbauparameter und geringe Inzidenzen an neuen Wirbelkörperfrakturen und nichtvertebralen Frakturen. Therapienebenwirkungen und schwere unerwünschte Ereignisse wurden während der gesamten Beobachtungszeiträume selten beobachtet.^{3,5,7}

Dokumentation der Therapie mit Prolia®

Es ist zu empfehlen, die medizinischen Entscheidungskriterien (z.B. Anamnese, Kontraindikationen) für die Osteoporose-Therapie mit Prolia® in Form von ICD-10 Codes ausführlich zu dokumentieren. So kann die ärztliche Entscheidung auch zu einem späteren Zeitpunkt nachvollzogen werden. Die verschlüsselte Erfassung von Komorbiditäten der Patientinnen und Patienten kann in diesem Zusammenhang die Dokumentation transparenter gestalten.

Quellen

1. Cooper C. The crippling consequences of fractures and their impact on quality of life. *Am J Med.* 1997 Aug 18;103(2A):12S-17S.
2. DVO Leitlinie Osteoporose 2017: Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern. URL: https://www.dv-osteologie.org/uploads/Leitlinie%202017/Finale%20Version%20Leitlinie%20Osteoporose%202017_end.pdf (abgerufen am 28.12.2018).
3. Bone HG, Wagman RB, Brandi ML et al. 10 years of denosumab treatment in postmenopausal women with osteoporosis: results from the phase 3 randomised FREEDOM trial and open-label extension. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2017; 5: 513-523. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28546097>
4. Prolia® Fachinformation. Stand Juli 2019. Verfügbar unter: https://fachkreise.amgen.de/x_download.php?t=f&n=1&id=116 (abgerufen am 14.08.19).
5. Bone HG, Chapurlat R, Brandi ML et al. The effect of three or six years of denosumab exposure in women with postmenopausal osteoporosis: results from the FREEDOM extension. *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98: 4483-4492. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23979955> (abgerufen am 01.02.2019)
6. Cummings SR, Ferrari S, Eastell R et al. Vertebral Fractures After Discontinuation of Denosumab: A Post Hoc Analysis of the Randomized Placebo-Controlled FREEDOM Trial and Its Extension. *J Bone Miner Res* 2018; 33: 190-198. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29105841> (abgerufen am 01.02.2019)
7. Cummings SR, San Martin J, McClung MR et al. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. *N Engl J Med* 2009; 361: 756-765. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19671655> (abgerufen am 02.01.19)
8. Amgen GmbH München: Rote-Hand-Brief zu Prolia® 60 mg (Denosumab) vom 03.09.2014; verfügbar unter <https://www.akdae.de/Arzneimittelsicherheit/RHB/Archiv/2014/20140903.pdf> (abgerufen am 29.01.2019)

Entlassmanagement und Antikorrruption

Das vom Gesetzgeber gewünschte und im §39 SGB V ausdrücklich geforderte Entlassmanagement für stationär behandelte Patienten verfolgt u.a. das Ziel, eine optimale ambulante Weiterbehandlung von Patienten zu gewährleisten und die sektorübergreifende Zusammenarbeit zu fördern.

Diesem Interesse, das insbesondere für Patienten mit Osteoporose essentiell ist, um die ggf. bereits im Krankenhaus begonnene Diagnostik und Therapie adäquat fortzusetzen, steht möglicherweise das Antikorrptionsgesetz sowie das Berufsrecht für Ärzte entgegen, das die Empfehlung von bzw. Überweisung zu bestimmten Ärzten erheblich einschränkt.

Dieser Artikel beleuchtet die Möglichkeiten für eine entsprechende Empfehlung sowie die Rahmenbedingungen, unter denen eine Arztempfehlung durch Kollegen überhaupt möglich ist.

Juristische Rahmenbedingungen

Berufsrecht

Nach § 30 BO sind Ärzte verpflichtet, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patienten zu wahren.

Ferner ist es gemäß § 31 Abs. 1 BO Ärzten nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

Gemäß § 31 Abs. 2 BO dürfen Ärzte ihren Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen.

Hierzu hat der BGH mit Urteil vom 13.01.2011 (Aktenzeichen I ZR 111/08) entschieden, dass ein Arzt nicht von sich aus Empfehlungen aussprechen darf.

Der Patient muss aus eigenem Antrieb um eine Empfehlung bitten, beispielsweise, weil er keinen geeigneten Anbieter kennt.

Fragt der Patient gezielt nach einer kostengünstigen Versorgung, ist es dem Arzt nach der Rechtsprechung

nicht verwehrt, den aufgrund nachvollziehbarer Erfahrungen preiswertesten oder geeignetsten Anbieter zu empfehlen. Der Arzt darf zudem eine Empfehlung abgeben, wenn der Patient die Frage nach der Kenntnis eines geeigneten Leistungserbringers verneint oder äußert, die ihm bekannten Leistungserbringer nicht in Anspruch nehmen zu wollen und er deshalb sodann ausdrücklich den Arzt um eine Empfehlung bittet. Umgekehrt folgt daraus, dass zur Vermeidung einer Strafbarkeit eben keine Empfehlung beziehungsweise Verweisung an einen Anbieter unaufgefordert gegenüber dem Patienten ausgesprochen werden darf.

Ein hinreichender Grund für eine Verweisung oder Empfehlung liegt regelmäßig aus medizinischen Gesichtspunkten vor.

Ferner hat der BGH in folgenden Einzelfällen einen hinreichenden Grund bejaht: die bessere Eignung des Anbieters oder die Qualität der Versorgung, sofern diese aus Sicht des Arztes aufgrund der speziellen Bedürfnisse des einzelnen Patienten besondere Vorteile für ihn bietet (vgl. BGH Urteil vom 13.01.2011 – I ZR 111/08), schlechte Erfahrungen mit einem Konkurrenten, Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte wie ein niedriger Preis, die Vermeidung von Wegen für Gehbehinderte (vgl. BGH Urteil vom 29.06.2000 – I ZR 59/98 und vom 15.11.2001 – I ZR 275/99).

Keinen hinreichenden Grund stellt jedoch die Bequemlichkeit der Patienten (vgl. BGH, Urteil vom 09.07.2009 – I ZR 13/07) oder bei einem bestimmten Versorgungsweg, die langjährige und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit einem Leistungserbringer (vgl. BGH, Urteil v. 13.01.2011 – I ZR 111/08) dar.

Praxistipps Berufsrecht

1. Arztempfehlung nur auf Nachfrage des Patienten, keine unaufgeforderte Empfehlung aussprechen
2. Falls individuelle Gründe, z.B. eine besondere medizinische Qualifikation oder Kompetenz Grund für die Empfehlung sind, Empfehlung und Gründe in der Patientenakte vermerken.
3. Regelmäßig den Patienten darauf hinweisen, dass er selbstverständlich die Wahlfreiheit unter den Leistungserbringern hat und auch einen anderen Arzt wählen kann.

Strafrecht

In strafrechtlicher Hinsicht muss das Korruptionsverbot des § 299a, b StGB zwingend beachtet werden. Hiernach macht sich strafbar, wer als Arzt im Zusammenhang mit

der Ausübung seines Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er

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

einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugt. Dies wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. § 299b StGB bestraft spiegelbildlich die „Geberseite“.

Unter den Vorteilsbegriff ist jede Zuwendung zu subsumieren, auf die der Arzt oder ein Dritter keinen Rechtsanspruch hat und die seine wirtschaftliche, rechtliche oder persönliche Lage objektiv verbessert. Beispielhaft ist hier an eine Vergütung des niedergelassenen Arztes für die Übernahme eines Patienten aus der stationären in die ambulante Versorgung zu denken.

Allein der Erhalt eines solchen Vorteils wäre aber noch nicht strafbar. Ergänzend muss für die Strafbarkeit eine sog. Unrechtsvereinbarung vorliegen, also eine inhaltliche Verknüpfung von Vorteil und Gegenleistung gegeben sein. Hierbei handelt es sich also quasi um eine verabredete Gegenleistung für die Zuweisung.

Zwar sollen durch das Antikorruptionsgesetz gesundheitspolitisch gewollte Kooperationen nicht behindert werden. Allerdings könnte dies, auch wenn § 39 Abs. 1 a SGB V das Entlassmanagement und die Möglichkeit zu dessen Delegation auf niedergelassene Ärzte etc. vorsieht, hier dennoch strafrechtlich problematisch werden. Dies u.a. dann, wenn die Kooperation eine unangemessen hohe Vergütung für die Leistung eines oder beider Partner zum Gegenstand hat. Hier könnte womöglich eine Unrechtsvereinbarung zugrunde liegen.

Praxistipps Strafrecht

1. Es muss im Rahmen des Entlassmanagements ausgeschlossen sein, dass der Klinik, dem Klinikarzt oder einem Dritten (z.B. dem Patienten) Vorteile für die Überweisung des Patienten durch einen niedergelassenen Kollegen oder dessen Praxis angeboten werden oder entstehen.
2. Umgekehrt gilt, dass der niedergelassene Kollege keine Vorteile annehmen darf, die ihm für die

Übernahme eines Patienten aus der stationären in die ambulante Versorgung von Seiten der Klinik angeboten werden.

3. Die Rolle eines ggf. im Zusammenhang mit dem Entlassmanagement bzw. der sektorübergreifenden Kooperation in einem regionalen Netzwerk existierenden Selektivvertrages ist im Einzelfall zu bewerten. Denn hier werden regelhaft für besondere (qualitativ hochwertige) Leistungen besondere Vergütungen für die Partner vereinbart.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, dass im Rahmen jeglicher Kooperationsform stets beachtet werden muss, dass die heilberuflichen Entscheidungen frei von unzulässiger Einflussnahme getroffen werden und dass kein wie auch immer gearteter materieller oder immaterieller Vorteil für Verordnungs-, Abgabe, Bezugs- oder Zuführungsentscheidung gefordert, versprochen oder angenommen wird.

Die Empfehlung zur Weiterbehandlung durch einen bestimmten Arzt, Praxis oder Klinik darf nur auf Nachfrage des Patienten, nie unaufgefordert, erfolgen. Sollten medizinische Gründe für die Empfehlung bestimmter Ärzte ausschlaggebend sein, sind diese sowie der bzw. die empfohlenen Ärzte in der Patientenakte zu dokumentieren.

Ebenso muss dem Patienten stets die Wahlfreiheit hinsichtlich des Leistungserbringers belassen werden und der Patient sollte auch ausdrücklich hierauf hingewiesen werden.

Für die Bildung regionaler, sektorübergreifender Netzwerke sind transparente Regeln zu definieren. Der Beitritt zu einem solchen Netzwerk ist prinzipiell jedem Versorgungspartner zur ermöglichen, der die formalen Voraussetzungen und Qualifikationen erfüllt. Damit soll eine wettbewerbsrechtlich problematische Bevorzugung einzelner im Sinne einer „Unrechtsvereinbarung“ ausgeschlossen werden.

Dr. jur. Jörg Heberer
Justitiar des BVOU
Paul-Hösch-Straße 25a
81243 München

Dr. med. Jörg Ansorg
Geschäftsführer BVOU

Osteoporose-Apps für Ärzte – Osteologischer Warenkorb im App Store fällt klein aus

In der letzten Ausgabe des Infobriefes hatten wir eine größere Zahl hilfreicher Apps für Orthopäden und Unfallchirurgen zum Thema Rheuma vorgestellt. Auch für den Schwerpunkt Osteoporose in dieser Ausgabe haben wir wieder recherchiert und getestet, ob es sich lohnt, im App Store einzukaufen. Das Angebot deutsch- und englischsprachiger Osteoporose-Apps für Ärzte fällt momentan deutlich kleiner aus als beim Thema Rheuma.



BoneGauge

Aus der App heraus kann zunächst ein Foto eines Röntgenbilds der Hand angefertigt werden, alternativ kann auf ein digital gespeichertes Bild in der Fotomediathek des Smartphones zugegriffen werden. Die bildverarbeitende App bestimmt daraufhin halbautomatisch die prozentuale Kortikalisdicke am Os metacarpale II. Diese soll mit Knochendichtewerten und T-Scores in DXA-Messungen korrelieren (Barnett und Nordin Index, Garn-Index, Exton-Smith-Index). Ergänzend zur DXA-Messung kann hierdurch = dadurch? die osteologische Diagnostik verfeinert werden. Messdaten fließen in eine zentrale Datenbank ein.



Fracture Risk

Basierend auf der Publikation von Nguyen et al. in Osteoporos Intl 2007 berechnet das kostenlose Tool durch Angabe von Geschlecht, Alter, T-Score, Anzahl früherer Frakturen und Zahl der Stürze in den letzten 12 Monaten bei Patienten mit hüftnaher Femurfraktur einen Score zur Vorhersage des 5- und 10-Jahresfrakturrisikos in%. Ebenso kann unter Einbezug von Begleiterkrankungen ein Score zur Berechnung der „In-Hospital Mortality“ in% ausgegeben werden.



FRAX

Die schnell und einfach zu bedienende, englischsprachige App berechnet anhand von 14 Fragen den FRAX®-Score (Fracture Risk Assessment Tool) zur Berechnung des patientenbezogenen 10-Jahresfrakturrisikos und des Body Mass Index. Auswertungen können in der App gespeichert und aus der App heraus versandt werden. Ergebnisse werden in eine zentrale Datenbank geladen.



Hologic DXA

Audiovisueller Lehrkurs ohne sonstige App-Anwendungen zur korrekten Durchführung von Knochendichte- und Körperfettverteilungsmessungen mit DXA an Hüfte, Wirbelsäule, Unterarm und als Ganzkörperanalyse in Form einer englischsprachigen Präsentation mit abschließendem Quiz. Auf den 115 Folien im Stil einer Power-Point-Präsentation finden sich zahlreiche Bildbeispiele mit guten und schlechten Messungen. Daher ist die kostenlose Fortbildung nicht nur für Anwender dieses Herstellers interessant.



Orthogers AO Trauma

Englischsprachige AO Trauma-App zum Thema Orthogeriatrie. Neben Informationen zur Osteoporose finden sich auch Informationen zu Delir, Antikoagulation und perioperativem Schmerzmanagement. Das Thema Osteoporose fällt mit lediglich einem Tool etwas dürftig aus, welches in Abhängigkeit von Alter, Frakturstatus und Serumcalciumspiegel und bestehender Medikation Empfehlungen zum weiteren diagnostisch-therapeutischen Vorgehen gibt. Mit der AO/OTA-Fracture-Classification-App hat die AO Foundation auch deutlich bessere Apps zu bieten.



Die Osteoonkologie-App beinhaltet vielfältige Informationen als Nachschlagewerk zu tumorthherapie-induzierter Osteoporose, Knochenmetastasen und multiplem Myelom.



Osteoonkologie onkowissen bone

Die kostenlose App mit Unterstützung von Amgen erfordert einen DocCheck-Zugang oder eine Registrierung für Fachkreise bei onkowissen.de. Die App liefert umfangreiche Informationen zu tumorthherapie-induzierter Osteoporose, Knochenmetastasen, multiplem Myelom, Therapie und Nebenwirkungen. Es handelt sich um eine leitfadenartig aufgemachte Wissensdatenbank mit Links auf relevante Leitlinien und Informationen zu Scoring-Systemen wie Mirels-Core oder Spinal Instability Neoplastic Scale (SINS) zur Beurteilung von Frakturgefährdung durch Metastasen, Karnofsky-Index, leider ohne Tool zur direkten Berechnung.



Osteology Foundation The Box

Kostenlose Informationsplattform der Osteology Foundation in Luzern für registrierte Anwender, in erster Linie handelt es sich um einen osteologischen News-Feed-Channel im Social-Media-Style.



Osteoporosis AR Cases

An Patienten aus dem arabischen Kulturkreis adressierte App mit neun verschiedenen kurzen englischsprachigen Aufklärungsvorträgen zum Thema Osteoporose unter Einbindung von Elementen der virtuellen Realität. Kann mal hilfreich sein.



Osteoporosis Azo Medical

Kostenloser, englischsprachiger osteologischer Nachrichtenticker mit Archiv. Für Interessierte.

Zusammenfassend fällt der osteologische Warenkorb im Apple App Store mit nur neun Apps deutlich überschaubarer aus als beim Thema Rheuma. Für den klinischen Alltag dürften am ehesten noch Risikorechner wie das FRAX®-Tool oder Fracture-Risk interessant sein. Überraschend ist, dass keine App zur Berechnung des Frakturrisikos gemäß DVO-Leitlinie zu finden ist, was sich ideal als App-Anwendung eignen würde. Hier muss weiterhin auf klassische Kitteltaschenversionen zurückgegriffen werden. Technisch gut gemacht ist auch die BoneGauge-App für die zur Auswertung von Röntgenbildern der Hand als ergänzendes Diagnoseinstrument zur DXA. Alle anderen Apps bringen allenfalls osteologisch besonders interessierten Kolleginnen und Kollegen einen Zusatznutzen. Für Patienten gibt es darüber hinaus allerdings einige empfehlenswerte, kostenlose oder kostengünstige Apps zu den Themen Ernährung, Calciumgehalt von Nahrungsmitteln und Vitamin D, die smartphone-affine User ansprechen dürften.

Dr. med. Karsten Braun,
LL. M., Bezirksvorsitzender
Heilbronn-Franken

BVOU Study Club: Webinarreihe Fix & Treat zur Frakturversorgung bei Osteoporose

Die Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) bietet ein umfangreiches Portfolio qualifizierter Weiter- und Fortbildungsangebote im Fachbereich O und U. Mit dem BVOU Study Club präsentiert der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie zusätzlich ein E-Learning-Angebot mit vielfältigen Online-Fortbildungsmöglichkeiten für alle Mitglieder.

Zum Thema Osteoporose-Versorgung sind vier Webinare im Rahmen einer Serie unter dem Titel „Fix and Treat“ erschienen. Diese Webinare sind in Zusammenarbeit mit aktiven Mitgliedern der AG Alterstraumatologie der DGU entstanden und können im Webinar-Archiv abgerufen werden.

Zur Anmeldung nutzen Sie einfach Ihre BVOU-Login-Daten. Hier können Sie pro Webinar und abschließendem Wissenstest bis zu 3 CME-Punkte erwerben.



Distale Radiusfrakturen – Indexfrakturen für eine beginnende Osteoporose?

Distale Radiusfrakturen sind häufig osteoporotische Frakturen. Sie sind mit einer erhöhten Mortalität verbunden und Indi-

kator für mögliche Folgefrakturen. Unfallchirurgen sind in der privilegierten Situation bei entsprechender Indikation eine anti-osteoporotische Therapie initiieren zu können. Je früher die anti-osteoporotische Therapie begonnen wird, desto besser.

Wirbelkörperfrakturen in der Alterstraumatologie

Prof. Dr. med. Ulrich Christoph Liener zeigt differenzierte Strategien von primär konservativen und sekundär operativen Therapien bei osteoporotischen Wirbelkörperfrakturen des alten Menschen unter Berücksichtigung einer modernen Osteoporose-Therapie.



Proximale Femurfrakturen als Zeichen einer Osteoporose

Die Referenten geben einen Überblick zur differenzierten Strategie von akuter Frakturversorgung und sekundärer Frakturprävention bei der proximalen Femurfraktur des alten Menschen unter Berücksichtigung einer modernen Osteoporosetherapie.



Proximale Humerusfrakturen operativ und medikamentös versorgen

Im Gegensatz zu proximalen Femurfrakturen versorgen sich die von der proximalen Humerusfraktur betroffenen Patienten zu 90 % selbst. Daher bedroht die Verletzung signifikant die Unabhängigkeit und Lebensqualität der Patienten. Im Webinar von Prof. Ulrich Christoph Liener werden die aktuellen therapeutischen Strategien fallbasiert dargelegt. Neben der Therapie der Fraktur liegt ein weiterer Schwerpunkt auf der Behandlung der Osteoporose und Sekundärprophylaxe weiterer Frakturen.



Die Serie finden Sie unter:
www.bvoustudyclub.net/on-demand-webinars

Und unter dem Suchbegriff:
„Osteoporose“

Der Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. (BfO): Gruppen-gemeinschaft und gegenseitige Hilfe



Für Osteoporose gibt es in Deutschland mehrere Selbsthilfeverbände. Der größte von ihnen ist der Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. (BfO) mit deutschlandweit rund 300 Selbsthilfegruppen und 15.000 Mitgliedern. Der Vorstand des Vereins arbeitet durchweg ehrenamtlich. Der BfO ist als gemeinnützige Organisation anerkannt und finanziert sich fast ausschließlich aus Mitgliedsbeiträgen (85 Prozent) und öffentlichen Mitteln (rund 10%). Die finanzielle Unterstützung von Unternehmen (Sponsoring) beträgt drei Prozent des gesamten Haushaltsvolumens.

Der BfO hilft nicht nur beim Aufbau, der Organisation und der laufenden Betreuung von Selbsthilfegruppen, sondern vertritt auch die Interessen der Osteoporose-Patienten im Gesundheitswesen. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat der BfO als Patientenvertretung ein Beratungs- und Antragsrecht. Der G-BA legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet werden und beschließt Maßnahmen der Qualitätssicherung für den ambulanten und stationären Bereich.

Unabhängige, seriöse Information

Der BfO gibt, unterstützt von seinem Wissenschaftlichen Beirat, Informationsmaterialien auf dem aktuellen Stand der Forschung heraus und bietet eine Hotline-Nummer an, unter der sich Osteoporose-Patienten von Experten einmal im Monat beraten lassen können. Die verbandseigene Zeitschrift „Osteoporose – das Gesundheitsmagazin“ veröffentlicht vierteljährlich Neues aus der Forschung, informiert über Patientenrechte, Gesundheitsfragen und gibt Tipps, wie sich mit der Krankheit besser leben lässt – unter anderem durch eine knochengesunde Ernährung. Der BfO empfiehlt eine Ernährungsberatung durch qualifizierte Fachkräfte in Anspruch zu nehmen. Sie helfen, Essgewohnheiten zu überprüfen und eine knochengesunde Ernährung im Alltag zu verankern. Was viele nicht wissen: Diese Leistung wird von den gesetzlichen Krankenkassen gezahlt. Voraussetzung: Eine ärztliche

Verordnung und ein Kostenvoranschlag der anerkannten Ernährungsfachkraft wurden vor dem Beratungstermin bei der Kasse eingereicht und von dieser genehmigt.

Raum für Gemeinschaft

Die Selbsthilfegruppen (SHG) des BfO haben einen von den Mitgliedern der Gruppe gewählten Vorstand, der wie der Vorstand des BfO ehrenamtlich die Gruppe betreut. Die SHG treffen sich nicht nur zum Erfahrungsaustausch, sondern auch zum wöchentlichen Funktionstraining (Trocken- und Wassergymnastik), das speziell auf die Bedürfnisse von Osteoporose-Patienten zugeschnitten ist. Als Trainer/in sind ausschließlich vom BfO geschulte und zertifizierte Physio- und Ergotherapeuten, Sportwissenschaftler und Gymnastiklehrer zugelassen. Das Training zielt auf die Aktivierung der Knochen durch muskuläre Druck- und Zugbelastung, die Kräftigung der Rumpfmuskulatur und die Stabilisierung und Entlastung der Wirbelsäule. Zudem beinhaltet es spezielle Übungen zur Sturzprophylaxe, Entspannungstechniken, eine Heil- und Hilfsmittelberatung und Tipps zum Umgang mit Schmerzen.

Einmal im Jahr veranstaltet der BfO anlässlich des Weltosteoporosetages am 20. Oktober einen Patientenkongress, um in der Öffentlichkeit Bewusstsein für die

Krankheit zu schaffen. 1998 wurde der Weltosteoporosetag von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als offizieller, weltweiter Aktionstag anerkannt. Er wird von der International Osteoporosis Foundation (IOF) organisiert und mittlerweile von Patientenorganisationen in rund 90 Ländern ausgerichtet. Der BfO veranstaltet seit Oktober 2000 anlässlich des Weltosteoporosetages Patientenkongresse. Sie geben Betroffenen Gelegenheit, sich in Vorträgen über neue wissenschaftliche Erkenntnisse, Behandlungsrichtlinien, Erstattung durch die Krankenkassen und vieles mehr zu informieren und vom Erfahrungsaustausch mit anderen zu profitieren. Die Teilnahme am Kongress ist ohne Anmeldung möglich und kostenlos. Dieses Jahr findet die Veranstaltung am Samstag, den 12. Oktober, in Leverkusen bei Köln statt.



Birgit Eichner (ehem. Präsidentin BfO) in Zusammenarbeit mit Frau Dr. Sonja Endres Bundesselbsthilfeverband für Osteoporose e.V. (BfO), Düsseldorf
Info@osteoporose-deutschland.de

2 MILLIONEN
PATIENTEN
17 JAHRE
1 FORSTEO

FÜR KNOCHENSTARKE PATIENTEN: EINFACH. WIRKSAM. WIRTSCHAFTLICH.

- In der mehr als 17-jährigen Praxis-Erfahrung haben sich das Wirksamkeits- und Sicherheitsprofil bestätigt.^{1,2}
- Seit Markteinführung wurden weltweit mehr als 2,2 Millionen Menschen mit FORSTEO® behandelt.³
- Gut etablierte und sehr geschätzte Services begleiten Ärzte und Patienten in der Therapie.

Lassen Sie uns die FORSTEO®-Geschichte gemeinsam fortschreiben!

Informationen zu den Rabattverträgen für FORSTEO® und zu unseren Services finden Sie auf forsteo.de



Quellen: 1 Fachinformation FORSTEO®, Stand November 2017. 2 Langdahl BL et al. Calcif Tissue Int. 2016; 99(3):259–271. 3 Data on file. Lilly Research Laboratories. PSU-PBRER; September 13, 2015– September 12, 2018. **Bezeichnung des Arzneimittels:** FORSTEO® 20 µg/80 µl, Injektionslösung in einem vorgefüllten Injektor. **Wirkstoff:** Teriparatid. **Zusammensetzung des Arzneimittels:** 20 µg/80 µl Teriparatid. Sonstige Bestandteile: Eisessig, wasserfreies Natriumacetat, Mannitol, m-Cresol 3,0 mg/ml, Wasser für Injektionszwecke, Salzsäure- u./od. Natriumhydroxid-Lösung. **Anwendungsgebiete:** Zur Behandlung der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen u. bei Männern mit hohem Frakturrisiko. Bei postmenopausalen Frauen wurde eine signifikante Reduktion der Inzidenz vertebraler u. extraverbraler Frakturen, aber nicht von Hüftfrakturen nachgewiesen. Behandlung der mit einer systemischen Langzeit-Glukokortikoidtherapie assoziierten Osteoporose bei Frauen u. Männern mit hohem Frakturrisiko. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff od. einen der sonstigen Bestandteile, Schwangerschaft u. Stillzeit, vorbestehende Hypercalcämie, schwere Niereninsuffizienz, metabolische Knochenkrankheiten (einschl. Hyperparathyreoidismus u. Paget-Krankheit) mit Ausnahme der primären od. der glukokortikoidinduzierten Osteoporose, ungeklärte Erhöhung der alkalischen Phosphatase, vorausgegangene Strahlentherapie mit externer od. implantierter Strahlenquelle, bei der das Skelett im Strahlenfeld lag, maligne Skeletterkrankungen od. Knochenmetastasen. **Nebenwirkungen:** Nausea, Gliederschmerzen, Kopfschmerzen, Schwindel, Depression, Ischiasyndrom, Synkope, Vertigo, Herzpalpitation, Hypotonie, Dyspnoe, Erbrechen, Hiatusbruch, Refluxösophagitis, vermehrtes Schwitzen, Muskelkrämpfe, Myalgie, Arthralgie, Rückenkrämpfe/-schmerzen, Müdigkeit, Thoraxschmerz, Ödeme (hauptsächlich peripher), Asthenie, Tachykardie, Emphysem, Hämorrhoiden, Harninkontinenz, Polyurie, Harndrang, Nephrolithiasis, Nierenversagen/Verschlechterung der Nierenfunktion, Gewichtszunahme, kardiale Geräusche, Anämie, Anaphylaxie, Hyperurikämie, Hypercholesterinämie, Anstieg der alkalischen Phosphatase, selten Hypercalcämie >3,25 mmol/l (13 mg/dl), gelegentl. Hypercalcämie >2,76 mmol/l (11 mg/dl); Bildung von Antikörpern, die mit Teriparatid kreuzreagieren, allergische Ereignisse, leichte u. vorübergehende Reaktionen an der Injektionsstelle mit Schmerz, Schwellung, Erythem, lokalem Hämatom, Juckreiz od. leichter Blutung; selten akute Dyspnoe, Ödem im Mund- oder Gesichtsbereich, generalisierte Urtikaria kurz nach der Injektion. **Verschreibungspflichtig. Pharmazeutischer Unternehmer:** Eli Lilly Nederland B.V.; Papendorpseweg 83, 3528 BJ Utrecht, Niederlande **Lilly Deutschland GmbH**, Werner-Reimers-Straße 2-4, 61352 Bad Homburg • www.lilly-pharma.de, www.forsteo.de • Stand: Januar 2016

BVOU-Service zum Thema Osteoporose

Osteoporose- Vorsorgepass

Alle Mitglieder des BVOU bekommen Osteodensitometrie-Vorsorgepässe für ihre Patienten unentgeltlich zur Verfügung gestellt. Lediglich die Versandkosten müssen bei einer Bestellung der Pässe gezahlt werden. Daran hat Dr. Christian Hauschild, Sprecher der Landesvertreter im BVOU, seine Kolleginnen und Kollegen per Rundmail erinnert. Der Pass dient dazu, die Knochendichtemessungen von Patienten zu dokumentieren. Nach den Leitlinien des wissenschaftlichen Dachverbandes Osteologie (DVO) ist die bevorzugte Messmethode die DXA-Messung, für die die genauesten Daten vorliegen. Der wichtigste Messwert ist der sogenannte T-Score, der auch zur Verlaufskontrolle einer Behandlung herangezogen wird. Jede Knochendichtemessung sollte in diesen Pass eingetragen werden. Für die BVOU-Mitglieder wurden die Pässe neu gestaltet: Sie sind etwas größer, damit die Mitarbeiter Daten lesbarer eintragen können. Wichtige Angaben sind bereits eingedruckt und das Adressfeld ist flexibel gehalten, womit ein Eintrag über das Praxisverwaltungssystem ermöglicht wird. Bestellen können Sie direkt per E-Mail unter bestellung@bvou.net oder nutzen Sie das pdf-Bestellformular.

Patientenflyer Osteoporose

Patienten erhalten die wichtigsten Informationen über ihre Erkrankung und die Therapiemaßnahmen während des Gesprächs mit ihrem Arzt. Oft reicht die Zeit nicht, um alle Fragen zu beantworten oder sich im Vorfeld ausführlich selbst zu informieren.

Seit kurzem liegen in den Wartezimmern Orthinform-Patienten-Flyer aus, in denen komplexe Themen und Krankheitsbilder ausführlich und in einfacher Sprache erklärt werden.

Gut informierte Patienten begünstigen die Compliance (Therapietreue): Patienten, die gut über ihre Erkrankung und die damit einhergehenden therapeutischen Möglichkeiten und Risiken Bescheid wissen, halten Therapiepläne meist besser ein und das kommt wiederum dem Behandlungserfolg zugute.

Mit den neu entwickelten Infolyern können Sie Ihren Patienten helfen, ihre Erkrankung und die Therapie besser verstehen zu können und sich gezielt auf das Gespräch mit ihrem behandelnden Orthopäden und Unfallchirurgen vorzubereiten. Zum Thema Osteoporose ist ebenfalls ein Flyer erhältlich.

Beide Serviceangebote können Sie im Orthinform-Dashboard bestellen.

Am 31.12. läuft die Übergangsfrist zur Schulung von **Hygienebeauftragten Ärzten** aus.*

Qualifizieren Sie sich noch in diesem Jahr zum **Hygienebeauftragten Arzt**.
20% Rabatt für BVOU-Mitglieder

Nächste Abschlußtermine

18.-19.10.2019, Berlin

08.-09.11.2019, Hannover

Spezialkurs für niedergelassene Orthopäden und Unfallchirurgen

15.-16.11.2019, Meißen bei Dresden

Weitere Informationen und Buchung unter www.institut-ado.de.

* siehe §23 Absatz B (3) IfSG



in Kooperation mit

meduplus

Gesetzesentwurf zur Reform der Notfallversorgung: Für Diskussions- und Konfliktstoff ist gesorgt



© spotmatkphoto/Fotolia

Mitte Juni 2019 wurde ein Diskussionsentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) zur Reform der Notfallversorgung veröffentlicht. Als wesentliche Versorgungsbereiche der Notfallversorgung wurden die ambulante und die stationäre Notfallversorgung sowie das Rettungswesen identifiziert. Probleme wurden für diese drei Versorgungsbereiche jeweils in unterschiedlichen Gesetzmäßigkeiten und Ordnungsprinzipien betreffend Planung, Finanzierung und Leistungserbringung beschrieben.

Die Eckpunkte des Entwurfs enthalten:

- ▶ **Gemeinsame Notfallleitstellen (GNL)**
Diese disponieren rettungsdienstliche wie bereitschaftsdienstliche – und ggf. zukünftig telemedizinische – Strukturen über eine verbindliche Zusammenarbeit der Rufnummer 112 und 116117. Sie befinden über die Dringlichkeit des medizinischen Versorgungsbedarfs.
- ▶ **Integrierte Notfallzentren (INZ)**
Sie sind zentrale Einrichtungen der medizinischen Notfallversorgung in den Kliniken mit qualifizierter Ersteinschätzung des Versorgungsbedarfs durch Kliniken und Vertragsärzte sowie die ersten, gemeinsamen Anlaufstellen („Tresen“). Die Festlegung der konkreten Standorte der INZ erfolgt durch die Länder im Rahmen der Krankenhausplanungen.
- ▶ **Rettungsdienst als Leistungsbereich der GKV**
Die medizinische Notfallversorgung am Notfallort durch die Rettungsdienste der Länder wird als eigenständige Leistung der GKV anerkannt.

Weiterhin wird die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ausgeweitet. (Rahmenvorgaben sowie Aufteilung von Finanzierungszuständigkeiten zwischen Bund und Ländern).



Dr. Dominik von Stillfried,
Zi-Geschäftsführer

Die Reformmaßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigungen tragen erste Früchte. Die Vertragsärzte leisten einen signifikanten und weiter steigenden Beitrag zur Entlastung der Notaufnahmen in den Kliniken. Diese Ansätze müssen jetzt unterstützt werden.



Dr. Andreas Gassen,
Vorstandsvorsitzender der KBV

Wenn die Politik der Ärzteschaft einfach mehr Vertrauen entgegenbringen würde, dann wären wir in manchen Dingen sehr viel weiter. Wir haben bei dem umstrittenen Thema Notfallversorgung bewusst den Schulterschluss mit den klinischen Kollegen gesucht und gefunden. Es ist im Interesse aller Beteiligten, die Notaufnahmen in den Krankenhäusern zu entlasten. Auch bei der Versorgung im Akutfall gilt der Grundsatz: ambulant vor stationär. Beide Seiten unterstützen dies ausdrücklich.



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

Bei der Finanzierung des Rettungsdienstes als eigenständiger Leistungsbereich muss im Auge behalten werden, dass sich die notärztliche Versorgung nicht zunehmend als eigenständiger Bereich von den Kliniken abkoppelt. Nur über eine moderat-finanzielle, gebührende Beteiligung der Patienten an ihrer Entscheidungsfindung, darf offenbar – noch – nicht diskutiert werden.



Dr. Karsten Braun, LL.M. Bezirks-
vorsitzender Heilbronn-Franken

Der Gesetzentwurf geht davon aus, dass mit dem Gesetz „drohendem Ärztemangel insbesondere im ländlichen Raum“ wirksam begegnet werde. Ich hingegen sehe eher einen Punkt mehr, der junge Kolleginnen und Kollegen von der Niederlassung abschreckt, insbesondere dann, wenn Dienstpflicht für Niedergelassene im „jederzeit zugänglichen“ INZ auch zu den normalen Sprechstundenzeiten bestünde und deren eigene Praxis dadurch mit entsprechenden Auswirkungen auf Terminwartezeiten stillgelegt wäre.



Dr. Josef Düllings, Präsident
des Verbandes der Krankenhausedirektoren Deutschlands

Der Reformentwurf ist im Interesse der Patienten endlich ein Schritt nach vorn. Wenn die ambulante Notfallversorgung jetzt generell an den Krankenhäusern angebunden sein soll, ist dies ein wichtiger Beitrag zu einer sicheren Versorgung. An einigen Krankenhäusern arbeiten auch bereits gut funktionierende Portalpraxen. In vielen Regionen aber übernehmen die Krankenhäuser nahezu die gesamte Notfallversorgung allein.



Rudolf Henke, 1. Vorsitzender
des Marburger Bundes

In der Notfallversorgung brauchen wir mehr Kooperation und Koordination, um Patienten so gut wie möglich und so adäquat wie möglich zu versorgen. Das Konzept von MB und KBV ist an diesem Grundgedanken ausgerichtet. Wir wollen die bestehenden Strukturen und Abläufe durch kollegiale Zusammenarbeit der unmittelbar Beteiligten verbessern. Wir brauchen einen vernünftigen bundeseinheitlichen Rechtsrahmen, der Standards setzt.

Die ausführlichen Kommentare zum Thema finden Sie unter www.bvou.net. Stichwort:

»Notfallversorgung«



TSVG: Neue Sprechstundenzeiten

Mit dem **Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)**, das am **11.05.2019** in Kraft getreten ist, wurden **nicht unerhebliche Änderungen betreffend den vertragsärztlichen Verpflichtung zum Angebot von Sprechstundenzeiten eingeführt.**

Erhöhung der Mindestsprechstundenzeiten

Zum einen wurde mit Neufassung des Wortlauts des § 19a Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV normiert, dass Vertragsärztinnen und -ärzte nunmehr mindestens 25 Stunden pro Woche Sprechstunden für GKV-Patienten bei vollem Versorgungsauftrag anbieten müssen. Sofern nur ein reduzierter Versorgungsauftrag besteht, gelten die neuen Zeiten für die Mindestsprechstunden selbstverständlich anteilig. Diese Verpflichtung gilt grundsätzlich für alle Vertragsärzte unabhängig vom Fachgebiet. Ausgenommen hiervon sind nach § 17 Abs. 1b BMV-Ä weiterhin lediglich Anästhesisten und Belegärzte.

Damit wurde die Vorhaltung einer Mindestsprechstundenzzeit erstmals im Sinne einer gesetzlichen Verpflichtung durch den Gesetzgeber festgelegt. Bisher wurde dies nämlich lediglich auf der Selbstverwaltungsebene durch die Bundesmantelvertragspartner vereinbart.

Das Gesetz sieht gemäß der Neuregelung in § 19a Abs. 1 S. 5 Ärzte-ZV ausdrücklich vor, dass Besuchszeiten für Hausbesuche auf die Mindestsprechstundenzeiten angerechnet werden. Die Einzelheiten zur angemessenen Anrechnung der Besuchszeiten auf die neue Mindestsprechstundenzzeit mussten bis 31.08.2019 durch die BMV-Ä-Vertragspartner bestimmt werden.

Es stellt sich deshalb die Frage, wie mit den sonstigen, durch einen Vertragsarzt üblicherweise zusätzlich geleisteten Arbeitszeiten, wie beispielsweise Bereitschaftsdienste, belegärztliche Tätigkeiten oder die Durchführung ambulanter Operationen, zu verfahren ist. Eine gesetzliche Legaldefinition der Sprechstundenzzeit gibt es nicht und auch nunmehr hat der Gesetzgeber es versäumt, eine eindeutige Klarstellung zu schaffen. Aus Sicht des Verfassers werden jedoch nach überwiegender Meinung Tätigkeiten wie der Bereitschaftsdienst, für Privat- oder BG-Patienten, die belegärztliche Tätigkeit, fachspezifische Untersuchungen und ambulante Operationen, der Besuch von Fortbildungsveranstaltungen, Dokumentationspflichten, Praxismanagement etc. nicht



den Sprechstundenzeiten zugerechnet. Lediglich Tätigkeiten im Rahmen eines Vertrages nach den §§ 73b, 73c oder 140 SGB V dürften hiervon umfasst sein (vgl. Düring in: Schallen, Zulassungsverordnung, C.F. Müller, 9. Aufl. 2018, § 19a Rn. 6). Da dies allerdings bereits auch bei den bisherigen Mindestsprechstundenzeiten galt, ist derzeit aus juristischer Sicht keine erfolgsversprechende Möglichkeit ersichtlich, insbesondere nachdem der Gesetzgeber lediglich ausdrücklich die Hausbesuche als auf die Sprechstundenzeiten anrechenbar bestimmt hat, die vorgenannten Tätigkeiten in die Berechnung der neuen Sprechstundenzeiten miteinzubeziehen. Vertragsärzte müssen diese Tätigkeiten somit außerhalb der Mindestsprechstundenzeiten erbringen, was aufgrund der Erhöhung der Sprechstundenzeiten zu einer Ausweitung der wöchentlichen Gesamtarbeitszeit führen wird.

Angebot einer offenen Sprechstunde

Zum anderen wird mit dem TSVG in § 19a Abs. 1 S. 3 Ärzte-ZV die neue Verpflichtung eingeführt, dass an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte, die insbesondere den Arztgruppen der Grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung angehören, mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunden ohne vorherige Terminvereinbarung anbieten müssen. Auch hier gilt, dass bei einem reduzierten Versorgungsauftrag die Zeiten anteilig zu berechnen sind. In der Gesetzesbegründung werden beispielhaft als Arztgruppen der Grundversorgenden und wohnortnahen Patientenversorgung Hausärzte, Kinderärzte, konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden und HNO-Ärzte genannt. Allerdings ist dies wohl nur eine beispielhafte und keine abschließende Aufzählung. Es ist somit

derzeit mangels Legaldefinition des Begriffs Grundversorgung fraglich, welche Arztgruppen zum Angebot einer offenen Sprechstunde verpflichtet sind. Stellt man beispielsweise auf die bereits bestehende Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung ab, so wird diese nur für einen Behandlungsfall gezahlt, bei dem der Vertragsarzt ausschließlich konservativ tätig ist. Folglich ist derzeit aus Sicht des Verfassers noch ungeklärt, ob niedergelassene, ausschließlich ambulant operierende Chirurgen zu den im Gesetz genannten Fachärzten gehören.

Diesbezüglich sind nun aber die Vertragspartner des BMV-Ä in der Pflicht. Denn nach § 19a Abs. 1 S. 6 Ärzte-ZV müssen diese bis 31.08.2019 Einzelheiten zu den Arztgruppen, die offene Sprechstunden anzubieten haben, regeln. Hinsichtlich der Verteilung der Zeiten für die offenen Sprechstunden gibt das Gesetz den Bundesmantelvertragspartnern lediglich die Möglichkeit, Regelungen im BMV-Ä zu treffen. Von dieser Möglichkeit muss aber aufgrund der Ausgestaltung der Vorschrift als Kann-Vorschrift kein Gebrauch gemacht werden. Es muss deshalb abgewartet werden, inwieweit hierzu weitere Vorgaben gemacht werden.

Stellungnahme

Ob mit diesen Änderungen die durch das TSVG angestrebten Ziele, den gesetzlich versicherten Patienten einen gleichwertigen Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung zu verschaffen, insbesondere Wartezeiten auf einen Termin zu verkürzen, muss erheblich bezweifelt werden. Denn Vertragsärzte arbeiten nach Aussage der KBV ohnehin bereits durchschnittlich 52 Stunden pro Woche, so dass deren Wochenarbeitszeit hierdurch ausgedehnt wird, wenn nicht sonstige Tätigkeiten, wie beispielsweise das ambulante Operieren oder die belegärztliche Tätigkeit, im Gegenzug eingeschränkt werden. Welche Konsequenzen dies sowohl für die Patientenversorgung als auch für den einzelnen Vertragsarzt, insbesondere wirtschaftlicher Art, haben wird, ist derzeit nicht abschätzbar. Allein die finanziellen Aufwendungen eines Vertragsarztes für die Ankündigung der neuen Sprechstundenzeiten durch Änderung des Praxisschildes, von Visitenkarten, Terminzetteln oder Ähnlichem, könnten unter Umständen tatsächlich nicht ganz unerheblich sein, auch wenn die Gesetzesbegründung von einem lediglich geringfügigen Erfüllungsaufwand für die Praxisorganisation ausgeht. Eine Entschädigung des Vertragsarztes sieht das Gesetz aus Sicht des Verfassers jedenfalls nicht vor, so dass diese Kosten nach derzeitigem Stand von ihm selbst zu tragen sind. Die nach Ansicht des Verfassers maßgeblichen Gründe für lange Wartezeiten auf einen Termin im Bereich der GKV, nämlich die Budgetierung sowie der erhebliche Bürokratieaufwand, der vielmehr zur Umsetzung der Neuregelungen vermutlich

weiter zunehmen wird, wurden hingegen nicht beseitigt. Aus juristischer Sicht liegt durch diese Neuregelungen ein maßgeblicher Eingriff in die Praxisorganisation und Arbeitszeitgestaltung und damit zum einen in die Frei-beruflichkeit der Vertragsärzte vor. Zum anderen wird durch die erfolgte Festlegung der Mindestsprechstundenzeit durch den Gesetzgeber nunmehr in der Ärzte-ZV in die gemeinsame Selbstverwaltung eingegriffen, da dies hiermit der Regelungskompetenz der Selbstverwaltungspartner des BMV-Ä entzogen wird.

Grundsätzlich kann gegen die Neuregelungen in § 19a Abs. 1 S. 1, 3 Ärzte-ZV mit der Verfassungsbeschwerde vorgegangen werden, da diese Bundesrecht und damit ein formelles Gesetz darstellen. Mit einer Verfassungsbeschwerde könnte die Verfassungswidrigkeit und damit die Nichtigkeit dieser Regelungen festgestellt werden. Allerdings bestehen für eine Verfassungsbeschwerde sehr hohe Anforderungen hinsichtlich Zulässigkeit und Begründetheit, die in jedem Einzelfall konkret geprüft werden müssten.

Hinsichtlich der Begründetheit liegt zwar nach Meinung des Verfassers durch die Ausweitung der Mindestsprechstundenzeit und der Einführung einer offenen Sprechstunde ein Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit gemäß Art. 12 GG vor. Allerdings stellt dies rechtlich nach der sog. 3-Stufen Theorie lediglich einen Eingriff auf der 1. und damit niedrigsten Stufe dar, sodass die Anforderungen für eine Rechtfertigung des Eingriffs nicht allzu hoch sind. Ein Eingriff in die Berufsausübung ist bereits dann gerechtfertigt, wenn er den Schutz eines Gemeinschaftsguts zum Ziel hat, d.h. auf sachgerechten und vernünftigen Erwägungen des Allgemeinwohls beruht. Angesichts des mit dem TSVG verfolgten Ziels, den Zugang zur ambulanten ärztlichen Versorgung angemessen und flächendeckend für alle GKV-Versicherten sicherzustellen, insbesondere durch Beseitigung unangemessen langer Wartezeiten auf Behandlungstermine, sodass hierdurch das überragend wichtige Gemeinschaftsgut der Volksgesundheit geschützt werden soll, ist folglich aus juristischer Sicht eine Rechtfertigung derzeit leider nicht auszuschließen.

Zusammenfassend ist deshalb festzustellen, dass nach gegenwärtiger Einschätzung des Verfassers, die Erfolgsaussichten, um sich gegen die neuen Sprechstundenregelungen rechtlich zur Wehr zu setzen, bedauerlicherweise als äußerst unsicher eingestuft werden müssen.



Dr. jur. Jörg Heberer,
Rechtsanwalt,
Fachanwalt für Medizinrecht,
München, Justitiar BVOU

Dr. Andreas Gassen: „Abwarten, welche Wirkung in der Versorgung entfaltet wird.“

Die vielen Regelungen des TSVG erfordern von Ärztinnen und Ärzten zusätzlichen Aufwand, der auch zusätzlich bezahlt werden soll. Die Verhandlungen der KBV mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen waren deshalb mit Spannung erwartet worden. Näheres dazu erläutert Dr. Andreas Gassen, Vorstandsvorsitzender der KBV.



Dr. Andreas Gassen

Die budgetäre Ausgestaltung der TSVG-Neuregelung steht. Worüber können sich die Niedergelassenen freuen?

Dr. Andreas Gassen: Die Ärzte können sich darüber freuen, dass die TSVG-Regelungen durch die Bewertungsausschuss-Beschlüsse nicht komplizierter geworden sind als sie es ohnehin schon sind. Ich denke, die KVen können froh sein, dass sich der Prüfumfang in einem erträglichen Rahmen hält. Und damit ist wahrscheinlich gewährleistet, dass wir eine gewisse Praktikabilität dieser gesetzlichen Regelungen tatsächlich sehen werden. Thema offene Sprechstunde: Unverändert stark kritisiert in der Ärzteschaft, ist jetzt zumindest so geeint worden, dass man zwar schon für die Patienten erkennbar kommuniziert, dass sie so behandelt werden können, wie sie in der Praxis erscheinen und es

zwar eine gewisse Obergrenze gibt, weil die offenen Sprechstunden nur bis zu fünf pro Woche vergütet werden. Aber ich glaube, dass hier eine durchaus praxisnahe Lösung gefunden wurde.

Welches Fazit ziehen Sie aus den Verhandlungen?

Dr. Gassen: Nehmen wir das Thema Neupatienten: Die Neupatienten-Regelung war an sich schwierig und ist sicherlich mit dem Zeitraum von zwei Jahren lang ausgelegt. Ob man hier wirklich eine sachgerechte Lösung finden kann, ist die Frage. Wir haben versucht, das Beste daraus zu machen, so dass Patienten, die zwei Jahre nicht in einer Praxis waren, als Neupatienten geführt werden können und dann die entsprechende bessere Vergütung erfahren, aber das wird jetzt nicht den Durchbruch in der Intention bringen.

Ich gehe davon aus, so wie die Bewertungsausschuss-Regelungen getroffen wurden, auch mehr Geld fließen wird. Und jetzt müssen wir abwarten, welche Wirkung das in der Versorgung entfalten wird. Und bei all dem darf man natürlich nicht nur die vermeintliche Vergütung im Hinterkopf haben, sondern muss halt immer bedenken, dass diese Vergütungsregelungen auch mit einer Bereinigung, also mit einer Verminderung der MGV einhergehen. Insofern ist es nicht so, dass wir ein Füllhorn von immensen Geldmengen über uns gegossen bekommen, aber es wird schon mehr Vergütung in den Bereichen geben, wo auch mehr Leistung erbracht wird.

Quelle:
KVon: www.kbv.de/html/40874.php

TSVG-Regionaltreffen: Information mit Schneeballsystem

In den letzten Wochen fanden in Bayern BVOU-Regional-
konferenzen zum Thema Terminservice- und Versor-
gungsgesetz (TSVG) statt. An mehreren Standorten
konnten sich die Teilnehmer über den aktuellen Stand der
TSVG-Umsetzung informieren. Organisiert wurden die
Treffen vom BVOU-Landesteam Bayern unter Dr. Tobias
Vogel und den Bezirksvorsitzenden.

Herr Dr. Vogel, mit welchem Ziel haben Sie die Regionalkonferenzen organisiert?

Dr. Vogel: Ich habe bemerkt, dass es nach wie vor viele offene Fragen zum TSVG seitens unserer Mitglieder gibt. Deswegen wollte ich den Kolleginnen und Kollegen meines Landesverbandes die Möglichkeit geben, sich direkt vor Ort auszutauschen und Punkte zu klären. Der BVOU hatte gemeinsam mit weiteren Berufsverbänden und den Kassenärztlichen Vereinigungen zu dem Thema Handlungsempfehlungen in Form einer Power Point Präsentation herausgegeben. Diese sollten im Rahmen von Treffen und Workshops weitergetragen werden.

Wie haben Sie die Treffen organisiert?

Dr. Vogel: Anhand der besagten Handlungsempfehlungen hatte ich die Idee, die Informationen mit Hilfe der Mandatsträger bis in die einzelnen Bezirke zu tragen. Vor einigen Monaten hielt ich in München gemeinsam mit Dr. Helmut Weinhart eine Sitzung in München für sämtliche Mandatsträger Bayerns ab um diese den Umgang mit der Power

Point Präsentation zu schulen. Daraufhin sollten die einzelnen Bezirksvorsitzenden zu dem Thema Veranstaltungen in Ihrer Region abhalten und die Information per Schneeballsystem weitertragen. Insgesamt nutzten bei den zehn Regionalkonferenzen fast 200 Kolleginnen und Kollegen die Gelegenheit. Sinn und Zweck dieses Vorgehens ist natürlich auch, dass die Informationen an die richtigen Leute gelangen. An dieser Stelle möchte ich ausdrücklich sämtlichen bayerischen Mandatsträgern für ihren großen Einsatz und die Organisation und Durchführung danken.

Fühlen sich die Kolleginnen und Kollegen mit dem TSVG alleine gelassen? Woran könnte es liegen, dass es so viele offene Fragen gibt?

Dr. Vogel: Ich denke momentan herrscht ein guter Ansatz, um einen guten Informationsfluss hinzubekommen. Als BVOU-Mitglied muss man sich in keinem Fall alleingelassen fühlen. Denn dafür sind wir da. Man sollte sich aber auch aktiv informieren oder zu einem der Regionaltreffen gehen. Ein Grund, weshalb sich Mitglieder eventuell noch nicht ausreichend informiert



Dr. Tobias Vogel

fühlen könnten, ist, weil es einfach noch keine dezidierten Ausführungsbestimmungen für die einzelnen Punkte des TSVG gibt. Weder der Verband noch der KV Bayern kann derzeit abschließend sagen: So oder so muss man es machen. Das wird sich aber in den nächsten Monaten ändern.

Was raten Sie anderen Landesvorsitzenden?

Dr. Vogel: Mit unseren Regionalveranstaltungen haben wir gute Erfahrungen gemacht und die Mitglieder in unserem Landesverband haben dieses Informationsangebot dankend angenommen. Die Organisation ist schon ein erheblicher Aufwand, aber wenn man Unterstützung von den Mandatsträgerinnen und Mandatsträgern in den einzelnen Bezirken bekommt, kann man das gemeinsam stemmen und es macht auch Spaß. Nur wer mitmacht kann gestalten!

Herr Dr. Vogel, vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Janosch Kuno, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU.

Thüringen: TSVG, TI und Landeswahlen

Am 5. Juli.2019 fand in den Räumen der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen die Jahresveranstaltung der Landesgruppe Thüringen statt.

Die Mitglieder wurden in einem Vortrag von Sven Auerswald, Hauptgeschäftsführer der KV Thüringen, über den aktuellen Stand der Umsetzung des TSVG informiert. Dabei wies Herr Auerswald ausdrücklich auf Schwachstellen und mögliche Probleme in der Umsetzung des TSVG hin. Im Anschluss erfolgte die Neuwahl des Landesvorstandes Thüringen. Dr. Jens Krannich ist bisheriger und neuer Landesvorsitzender, neuer Stellvertreter ist Dr. Christian Gessner. Alle anderen Gewählten übernehmen die Funktion als Bezirksvorsitzende.

Es folgte ein Vortrag von Herrn Dickert, Mitarbeiter der IT-Abteilung der KV Thüringen, zum Thema der Telematikinfrastruktur (TI). Hierbei zeigte sich, dass die von vielen Kollegen gehegten Zweifel an der Praktikabilität und Sicherheit nicht unbegründet sind. Es wurde die Grundstruktur der TI erläutert, die Problematik „neuer“ mobiler und stationärer Kartenlesegeräte diskutiert (zeitlich befristete Lösung!) und mögliche Sicherheitslücken der TI erklärt. Es wurde gezeigt, dass die bei vielen Praxen erfolgte parallele Installation des Routers



Dr. Jens Krannich,
BVOU-Landesvorsitzender
Thüringen

zwar einfacher, billiger und bequemer ist und die weitere Fernwartung von Dienstleistern ermöglicht, diese jedoch als „Einfallstor“ aus dem Internet erhebliche Sicherheitslücken aufweist und derzeit bei Datenverlusten eine unklare Haftungssituation vorliegt. Diese Installationsweise scheint bei ca. 90% der Praxen mit IT Anschluss vorzuliegen.

Der komplette Nachbericht zur Landesveranstaltung ist zu finden unter: www.bvou.net/thueringen-tsvg-ti-und-landeswahlen

AOK Selektivvertrag Sachsen-Anhalt läuft an

Seit dem 1.1.2018 läuft der auf zunächst drei Jahre angelegte Selektivvertrag mit der AOK in Sachsen-Anhalt. Es soll die Qualität der konservativen Behandlung für Coxarthrose- und Gonarthrose-Patienten verbessert werden. Durch eine intensive Physiotherapie (insgesamt 32 Einheiten), Zwischenkontrollen, Abschlusskontrollen durch den Orthopäden, soll der Erfolg kontrolliert und evaluiert werden. Ziel der Auswertung, die mittels eines vom BVOU finanzierten Online-Moduls realisiert wird, soll auch eine Überprüfung der Effektivität der konservativen Orthopädie in der Niederlassung sein, in dem die Behandlung besser auf die Bedürfnisse des Patienten eingeht.

Der Selektivvertrag wurde zwischen AOK und BVOU unter Vermittlung der KV Sachsen-Anhalt verhandelt. Die Orthopäden werden im Rahmen dieses Vertrages außerhalb der Budgetierung vergütet. Auch Vergleiche zwischen rein konservativ (Orthopäden) versus operativ tätigen Orthopäden und Unfallchirurgen, insbesondere in MVZ, werden möglich sein. Bis dato nehmen 46 Kollegen in Sachsen-Anhalt teil, rund 500 Patienten wurden eingeschrieben. Erste Ergebnisse werden Ende 2020 erwartet.

In 3 Qualitätszirkeln werden teilnehmende Kolleginnen und Kollegen im Herbst 2019 über die digitale Datenerfassung, die Integration in den Praxisablauf und erste Ergebnisse informiert.

Dr. med. Christian Gottwald

Aufruf an alle Kolleginnen und Kollegen in Sachsen-Anhalt mit Interesse am AOK-Selektivvertrag

- Erstellen Sie heute Ihren UNITY-Account
- Automatisieren Sie Ihre Datenerfassung & -auswertung!



DKOU 2019: Rundum-Service am Stand des BVOU

„Wissen braucht Werte“: Das diesjährige DKOU-Kongressmotto ist so vielfältig wie der Kongress selbst: Vom 22. bis 25. Oktober findet der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2019 auf dem Berliner Messegelände statt.

Ob in Klinik oder Praxis, Operationssaal oder Forschungslabor, Rehaklinik oder Rettungsdienst: O und U stehen für eine fachkompetente Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates. Der viertägige Kongress bietet seinen Besuchern zu diesem Themenfeld ein umfangreiches Programm, das unter anderem der BVOU mitgestaltet hat. Außerdem bietet auch die Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) im Rahmen des Kongresses ein vielfältiges Kursprogramm. Weitere Informationen dazu finden Sie auf diesen Seiten.

Der Berufsverband präsentiert sich zusammen mit der ADO an einem gemeinsamen Stand in Halle 2.2. Interessierte erhalten dort von den Mitarbeitern der Geschäftsstelle und von verschiedenen Kooperationspartnern Informationen zu den vielfältigen BVOU-Serviceleistungen.

Orthinform: Profilaktualisierung und Fotoservice

Ob Online-Terminvereinbarung, Videosprechstunde oder ePatientenakte: Orthinform erleichtert Orthopäden und Unfallchirurgen den Zugang zu Digitalisierungsangeboten. Welche weiteren Vorteile das Patienteninformations- und Arztsuchportal noch bietet, können Mitglieder und Interessierte während des DKOU erfahren. Wie bereits zuvor bei mehreren Landesveranstaltungen und Kongressen bietet der BVOU einen kostenlosen Fotoservice für seine Mitglieder an, um ein Profilbild für Orthinform erstellen zu lassen.

Sind Ihre Daten aktuell?

Ziel von Orthinform ist es, ein geschlossenes Gemeinschaftsbild zu vermitteln und das Leistungsspektrum deutscher Orthopäden und Unfallchirurgen in Praxis und

Klinik umfangreich darzustellen, damit Patienten den passenden Arzt in Ihrer Nähe finden können. Deshalb ist es wichtig, dass jedes BVOU-Mitglied sein Orthinform-Profil ausfüllt und seine persönlichen Schwerpunkte gezielt auswählt. Mitglieder haben während des DKOU die Möglichkeit, die im Patientenportal hinterlegten Daten und Informationen mit Unterstützung der Mitarbeiter der Geschäftsstelle abzugleichen, zu aktualisieren und zu vervollständigen.

Digitalisierungsangebote mit einem Klick ergänzen

Außerdem können sich Interessierte über mehrere Digitalisierungsprojekte informieren, die der BVOU gemeinsam mit verschiedenen Partnern innerhalb von Orthinform realisiert. So erhalten Mitglieder die Möglichkeit, telemedizinische Anwendungen wie Videosprechstunde oder Online-Terminbuchung mit wenigen Klicks in ihrem Profil zu ergänzen und zu nutzen.

Rechtsberatung für Mitglieder

Der BVOU bietet dieses Jahr seinen Mitgliedern wieder eine unentgeltliche Rechtsberatung an: Verbandsjustiziar Dr. Jörg Heberer steht während des DKOU für rechtliche Fragen und für Informationsgespräche vor Ort zur Verfügung. Interessenten können sich per E-Mail unter office@bvou.net über die Sprechzeiten informieren und für ein Beratungsgespräch anmelden.

Versicherungsberatung aus erster Hand

Der BVOU bietet seinen Mitgliedern seit vielen Jahren über seinen Kooperationspartner, den Funk Ärzte Service der Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH, einen im Mitgliedsbeitrag enthaltenen Beratungsservice mit dem



Das BVOU-Team freut sich über Ihren Besuch in Halle 2.2

Schwerpunkt Strafrecht und Haftung. Damit wird sichergestellt, dass ein Mitglied im „Fall der Fälle“ bestens betreut und vertreten wird. Die Funk-Versicherungsgruppe ist während des DKOU am Stand des Berufsverbandes präsent und die Vertreterinnen der FUNK-Gruppe, Olga Zöllner und Sabine Stock, stehen den Verbandsmitgliedern für Beratung und Fragen zur Verfügung. In persönlichen Beratungsgesprächen können Mitglieder ihre Bedürfnisse zielgerichtet erfassen lassen und ein individuelles Angebot für verschiedene Versicherungslösungen erhalten.

DAAG-Expertenberatung

Seit mehreren Jahren bieten verschiedene Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Arzt AG und interessierten Ärzten ein besonderes Versorgungskonzept zur konservativen Alternative bei drohenden Operationen an. Der große Erfolg der konservativen Therapie konnte nun auch in einer Evaluationsstudie gemeinsam mit Kostenträgern und der Hochschule Niederrhein dargestellt werden. Die Versorgungsverträge beinhalten auch verschiedene innovative Versorgungsansätze wie z.B. ein online-

Heimtraining, digitale Fragebögen und auch die Online-sprechstunde. Als Bestandteil in den Verträgen zur Besonderen Versorgung der Deutschen Arzt AG hat sich auch die Videosprechstunde bewährt und ist bereits im Einsatz. Ein auf diese Weise verbesserter Austausch stärkt letztlich die Motivation und die Compliance der Patienten.

Interessierte erhalten Informationen rund um das Thema direkt am BVOU-Stand auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2019. Dort werden Andreas Dohm, Thomas Tas und Tim Schneider an allen Kongresstagen für Anfragen und Beratung zur Verfügung stehen. Die Experten stehen BVOU-Mitgliedern und Interessenten Rede und Antwort und bringen den Abschlussbericht der Evaluation des Versorgungskonzeptes im Vergleich zur üblichen Vorgehensweise bei Patienten mit Cox- oder Gonarthrose mit. Auf dem DKOU 2019 am BVOU Stand findet auch eine Demonstration der Videosprechstunde ortho.sprechstunde.online statt. Interessierte können hier auch die Gelegenheit nutzen, um die Fragen direkt an die Experten zu richten.

Janosch Kuno,
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit



Interview mit Kongresspräsident Dr. Thomas Möller

Dr. Thomas Möller, DKOU-Kongresspräsident 2019 für den BVOU, ist in Speyer im Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie niedergelassen. Derzeit hat er das Amt des stellvertretenden Landesvorsitzenden und des Bezirksvorsitzenden in der Pfalz inne. Was ihm beim DKOU 2019 besonders am Herzen liegt, erläutert er im Interview, erschienen im BVOU-Infobrief 2/2019 oder unter: www.bvou.net, Stichworte: „Wissen braucht Werte.“

Einladung zur BVOU- Mitgliederversammlung 2019

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, liebe Mitglieder, ich lade Sie hiermit gemäß der Satzung des BVOU herzlich ein zu unserer Mitgliederversammlung

**am Freitag,
25. Oktober 2019,
12:45 Uhr–14:15 Uhr,
Großer Saal, DKOU-Gelände Messe
Süd, Berlin**

- ▶ **TOP 1**
Begrüßung und Feststellung der Ordnungsmäßigkeit der Ladung zur Mitgliederversammlung
- ▶ **TOP 2**
Beschluss der Tagesordnung
- ▶ **TOP 3**
Ehrungen
- ▶ **TOP 4**
Bericht des Präsidenten und der Mitglieder des geschäftsführenden Vorstandes
- ▶ **TOP 5**
Bericht des Schatzmeisters
- ▶ **TOP 6**
Bericht Kassenprüfer/Beschluss:
Entlastung Kassenprüfer/Wahl Kassenprüfer
- ▶ **TOP 7**
Beschluss über die Entlastung des Vorstandes 2018
- ▶ **TOP 8** (weitere Informationen finden Sie nachfolgend)
– Änderung Satzung
– Änderung der Geschäftsordnung
– Änderung Beitragsordnung
- ▶ **TOP 9**
Anträge
- ▶ **TOP 10**
Verschiedenes/Termine

Der Zutritt ist nur BVOU-Mitglieder vorbehalten. Gemäß der Satzung ist die Mitgliederversammlung unabhängig von der Zahl der erschienenen Mitglieder beschlussfähig.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Johannes Flechtenmacher
Präsident des BVOU

Änderungsvorschläge in Satzung, Beitrags- ordnung und Geschäftsordnung

Wir präsentieren hier sinngemäß die wesentlichen Änderungen. Allen Mitgliedern werden die exakten Änderungsvorschläge im Wortlaut fristgerecht per eMail zugesendet und im BVOU.net veröffentlicht.

Satzung

§ 4 Mitgliedschaft

Ordentliches Mitglied des BVOU kann außerdem werden, wer in einem satzungsgemäßen Referat des BVOU mitarbeitet oder dort organisiert ist.

§ 5 Aufnahme, Austritt und Ausschluss

Die Berufung auf Bürgen beim Beitritt in den BVOU entfällt.

§ 16 Wahl des Vorstandes

1. Wahlen und zur Wahl stehende Kandidaten müssen in der Tagesordnung zur Mitgliederversammlung angekündigt sein. Kandidaten können dazu von ordentlichen Mitgliedern spätestens 8 Wochen vor der Wahl in der Geschäftsstelle des BVOU vorgeschlagen werden.

Beitragsordnung

- ▶ Hinweise auf das Liquidationsrecht werden gestrichen
- ▶ Ärzte in Weiterbildung werden regelhaft als ordentliche Mitglieder geführt
- ▶ Die Beitragssätze bleiben unangetastet stabil.

Geschäftsordnung

Die Aufwandsentschädigung für Landes- und Bezirksvorsitzende wird angehoben.

Über die genaue Höhe entscheidet der Geschäftsführende Vorstand auf seiner Sitzung am 20.–21.09.2019. Das Ergebnis wird den Mitgliedern anschließend den Mitgliedern bekannt gegeben und im BVOU.net veröffentlicht.

360-Grad-DVT – Die wirtschaftlichen Vorteile der 3-D-Bildgebung auf den Punkt gebracht



Honorar, Zeitaufwand und Diagnosesicherheit im Vergleich

Wie sich die Einführung der 3-D-Schnittbildgebung als Ersatz für geeignete 2-D-Röntgenuntersuchungen auswirken kann, zeigt das Beispiel einer fiktiven Praxis für Orthopädie und Unfallchirurgie, die 40 private 2-D-Röntgenfälle im Monat (zwei pro Tag) durch die 3-D-Schnittbildgebung ersetzt. Das zu erschließende Optimierungspotenzial hinsichtlich Honorar, Zeitaufwand und Diagnosesicherheit ist in **Tabelle 1** dargestellt.

Das Beispiel zeigt, dass der Wechsel auf die DVT bei nur 40 Untersuchungen pro Monat ein zusätzl. Honorarpotenzial von über 10.000€ birgt. Gleichzeitig ist eine Einsparung in der Personalarbeitszeit um 50% zu verzeichnen, die sich positiv auf die Prozesskosten der eigenen Röntgendiagnostik auswirkt. Außerdem wächst die Diagnosesicherheit pro Fall im Durchschnitt um 28%¹. Da diese Praxis, aufgrund der neuen Möglichkeit zur eigenen 3-D-Bildgebung, zukünftig nur noch wenige bis keine Fälle an die Radiologie überweisen wird, fällt die Honorarsteigerung i.d.R. sogar noch größer aus.

Die digitale Volumentomographie (DVT) ermöglicht orthopädischen Praxen das selbstständige Erstellen, Diagnostizieren und Abrechnen der 3-D-Schnittbildgebung. Durch den vollständigen Ersatz der 2-D-Bildgebung in der Extremitätendiagnostik ergeben sich eine Honorarsteigerung auf 300€, 50% Zeitersparnis und eine um 30% höhere Diagnosesicherheit (bei vergleichbarer und häufig geringerer Strahlenbelastung). Mit einer Transformationsrechnung für die eigene Praxis oder Klinik können Honorarsteigerung und Zeitersparnis im Rahmen eines neuen Beratungsangebots ermittelt werden. Der BVOU empfiehlt interessierten Mitgliedern, das Beratungsangebot der SCS in Anspruch zu nehmen, um die medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen des modernen DVT-Verfahrens kennenzulernen.

Vorteile der 3-D-Bildgebung mit der DVT

Das SCS DVT bietet gegenüber der 2-D-Bildgebung interessante Vorteile: Der signifikant höhere Informationsgehalt der 3-D-Schnittbildaufnahmen und die extrem hohe Bildauflösung von bis zu 0,2 mm ergeben eine sehr hohe diagnostische Sicherheit zur Frakturfindung, welche im Vergleich zu 2-D um bis zu 52% höher liegt¹. Die Möglichkeit zur Anfertigung einer 3-D-Aufnahme unter natürlicher Belastung bringt gerade an der unteren Extremität ein deutliches Plus an Information bei der OP-Planung in der Fuß- und Kniegelenkschirurgie.

Bemerkenswert ist auch die besonders hohe Strahlenhygiene der DVT, denn die Strahlendosis kann ohne Verlust an diagnostischer Aussagekraft unterhalb oder im Bereich des 2-D-Projektionsröntgens eingestellt werden¹. Damit sind das ALARA-Prinzip sowie §8 des neuen Strahlenschutzgesetzes eingehalten, welche eine Diagnostik mit der geringstmöglichen Strahlenbelastung und dem höchsten Nutzen für den Patienten fordern.

Der Patientennutzen ergibt sich außerdem ganz unmittelbar aus der Zeiteinsparung, da die Terminvereinbarung beim Radiologen sowie die erneute Vorstellung beim Orthopäden und Unfallchirurgen entfällt.

Diagnostik	GOÄ-Ziffern	Ø Fallhonorar	Fallzahl	Honorar	Ø Zeitaufwand	Ø Diagn.sicherheit
2-D	5010 – 5035, 5100, 5298	43,61 €	40	1.744,40€	240 Minuten	53 %
3-D	5373 – 5377	298,43 €	40	11.937,20€	120 Minuten	81 %
Δ		254,82 €		10.192,80 €	-120 Minuten	28 %
Δ %		+584 %			-50 %	+52 %

Tabelle 1 Exemplarische Potenzialanalyse bei 40 Röntgenfällen im Monat

GOÄ-Ziffer	3-D-Röntgenleistung	1,0	1,8	2,5
5373	Computergesteuerte Tomographie des Skeletts	110,75 €	199,35 €	276,88 €
5376	Ergänzende Serie	29,14 €	52,45 €	72,85 €
5377	3-D-Rekonstruktion	46,63 €	46,63 €	46,63 €
Abrechnungsbetrag einer 3-D-Bildgebung nach GOÄ		186,52 €	298,43 €	396,36 €

Tabelle 2 GOÄ-Abrechnungsziffern der 3-D-Bildgebung mit DVT

Steigerungssatz	1,0	1,8	2,5
Ø Abrechnungsbetrag einer 2-D-Röntgendiagnostik nach GOÄ	26,59 €	43,61 €	58,51 €

Tabelle 3 Honorare der 2-D-Röntgendiagnostik

Abrechnung der 3-D-Bildgebung

Während die 2-D-Diagnostik i.d.R. über die GOÄ-Ziffern 5010, 5020, 5030 und 5100 abgerechnet wird (Tab. 3), erfolgt die Abrechnung der 3-D-Bildgebung – analog zur Computertomographie (CT), infolge der zum CT mind. gleichwertigen Aussagekraft – mit den Ziffern 5373, 5376 und 5377 (Tab. 2).

Da eine DVT-Diagnostik immer mit einer computer-gesteuerten Analyse mit nachfolgender 3-D-Rekonstruktion einhergeht, werden die beiden Ziffern 5373 und 5377 stets gemeinsam abgerechnet. Bei einer zusätzlichen Serie am gleichen Tag wird ergänzend die Ziffer 5376 angesetzt, wodurch sich ein Abrechnungsbetrag von 298,43 € (1,8-fach) ergibt. Im Ergebnis ermöglicht die 3-D-Bildgebung mit der DVT bei PKV-Abrechnungen ein Honorarplus von 254,82 €.

Ein ähnlich hohes Honorarpotenzial besteht bei BG-Fällen (UV-GOÄ-Ziffern 5373 und 5377 analog) sowie bei der Abrechnung der 3-D-Bildgebung bei GKV-versicherten Patienten (Abrechnung als iGeL oder auf Einzelantrag direkt mit der GKV).

Eigenes Honorarpotenzial ermitteln

Abbildung 1 visualisiert das o.g. Beispiel in einer Rechenpyramide. Sie können das ungefähre Honorarpotenzial Ihrer eigenen Praxis ermitteln, indem Sie die Anzahl Ihrer geeigneten Röntgenfälle (eines Monats, Quartals, oder Jahres) in die Spitze der Rechenpyramide eintragen und anschließend mit dem Honorar für die 2-D- sowie 3-D-Bildgebung multiplizieren. Die Produkte tragen Sie in der untersten Ebene ein. Zum Schluss ermitteln Sie die Differenz beider Beträge und erhalten so abschließend Ihr Honorarpotenzial.

Tipp

Beziehen Sie die Anzahl der privatversicherten Röntgenfälle (Extremitätendiagnostik), die Sie typischerweise an die Radiologie zur Anfertigung eines CT übergeben, in die Berechnung mit ein, da Sie diese zukünftig ebenfalls eigenständig behandeln und abrechnen würden.

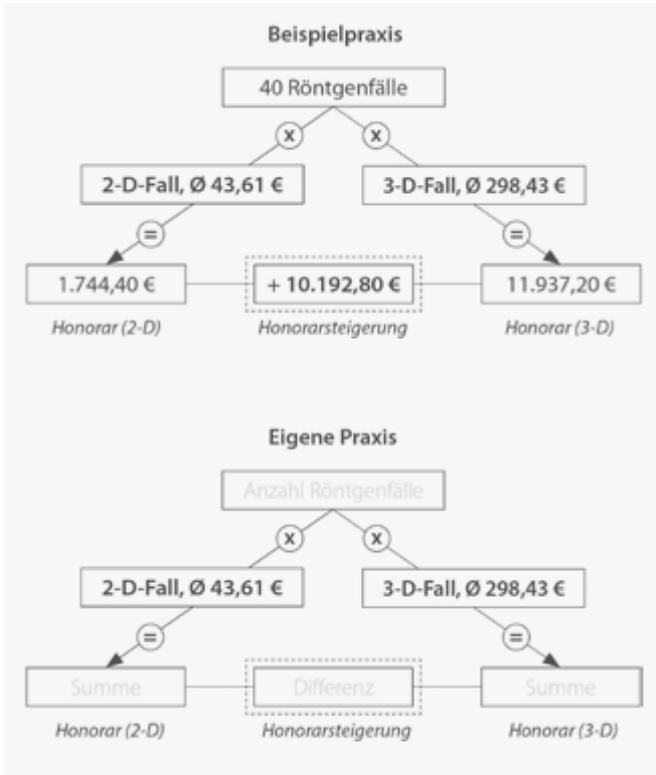


Abbildung 1 Die Rechenpyramide liefert eine erste Einschätzung der Honorarsteigerung durch die Implementierung der 3-D-Bildgebung

Empfehlung zur 3-D-Schnittbildgebung durch den BVOU

Der BVOU kennt die Möglichkeiten und Vorteile der 3-D-Schnittbildgebung für Arzt und Patient und engagiert sich deshalb als Förderer der DVT-Fachkunde. Dabei verweist er auf das ganzheitliche Beratungsangebot von SCS zur planungssicheren Implementierung der 3-D-Schnittbildgebung in der O&U-Praxis.

Dazu äußert sich Dr. Jörg Ansorg, Geschäftsführer des BVOU wie folgt:

„Die Zukunft der radiologischen Bildgebung in der O&U liegt zweifellos in der 3-D-Bildgebung mit der digitalen Volumentomographie. Um frühestmöglich sicherzustellen, dass die 3-D-Teilgebietsradiologie unserem Fach erhalten bleibt, fördert der Berufsverband die DVT-Fachkunde und bietet zudem – in Kooperation mit SCS als Unternehmenspartner für die 3-D-Bildgebung – ein attraktives Gesamtpaket an. Das Angebot besteht aus der DVT-Fachkundausbildung und einem 3-D-Bildgebungssystem für die Extremitätendiagnostik zu exklusiven Sonderkonditionen für BVOU-Mitglieder. Um sich umfassend über die 3-D-Bildgebung zu informieren, empfehlen wir allen interessierten Kollegen, das mit dem Berufsverband abgestimmte Beratungsangebot der SCS in Anspruch zu nehmen.“

Kostenfreies Beratungsangebot für BVOU-Mitglieder

Das für BVOU-Mitglieder kostenfreie Beratungsangebot zur 3-D-Bildgebung geht – neben ausführlichen Informationen zum technischen und medizinischen Hintergrund – auf die diagnostischen Vorteile der DVT ein. Darüber hinaus wird eine betriebswirtschaftliche Potenzialanalyse sowie eine Amortisations- und Ertragsberechnung in Form einer Diagnostik-BWA erstellt und gemeinsam erörtert.

Auf Basis eines Anamnesebogens wird ein umfassendes Beratungsdokument erstellt, das alle betriebswirtschaftlichen Fragen protokolliert beantwortet und einen individuellen Fahrplan für den sorgfältig geplanten und strategischen Einstieg in die 3-D-Schnittbildgebung sicherstellt.

Dr. h.c. Markus Hoppe,
Dennis Deckenbach (M.B.A.),
Dr. Carlo Di Maio

Weiterführende Informationen und Literatur

- Neubauer, J., Benndorf, M., Reidelbach, C., Krauß, T., Lampert, F., Zajonc, H., Kotter, E., Langer, M., Fiebich, M., Goerke, S. M. (2016). Comparison of diagnostic accuracy of radiation dose-equivalent radiography, multidetector computed tomography and cone beam computed tomography for fractures of adult cadaveric wrists. PLoS one, 11(10), e0164859.
- Huang, A.J., Chang, C.Y., Thomas, B.J. et al.: Using cone-beam CT as a low-dose 3D imaging technique for the extremities: initial experience in 50 subjects, Skeletal Radiol (2015) 44: 797. <https://doi.org/10.1007/s00256-015-2105-9>

Einen umfassenden Artikel zur Wirtschaftlichkeit der 3-D-Bildgebung im Vergleich der 2-D-Diagnostik (mit allen Details zur Abrechnung nach GOÄ und zahlreicher weiterer Informationen) finden Sie unter www.myscs.com/beratungsangebot.

Kontaktaufnahme für das Beratungsangebot

SCS Sophisticated Computertomographic Solutions
beratung@myscs.com
www.myscs.com/beratungsangebot
 T +49 (0) 6021/429 43 240
 F +49 (0) 6021/469 04

Bitte halten Sie bei Kontaktaufnahme Ihre BVOU-Mitgliedsnummer bereit.

Zehn Jahre Aktion Orthofit: „Den Handy-Nacken gab es damals noch nicht!“



Dr. Lutz Grunwald richtet die Aktion seit zehn Jahren aus



[In diesem Jahr feiert der BVOU das zehnte Mal seine Aktion Orthofit „Zeigt her Eure Füße“.](#)
[Seit 2010 leisten Mitglieder und Nichtmitglieder Präventivarbeit in Schulen, Kitas, Tanzschulen und Vereinen für insgesamt über 80.000 Kinder.](#)
[Viele Ärztinnen und Ärzte sind von Anfang an dabei und zeigen jedes Jahr großes Engagement.](#)
[Dr. Lutz Grunwald ist einer von Ihnen und erzählt, wie sich das Verhalten der Kinder in Zeiten der Digitalisierung ändert.](#)

Sie sind Mann der ersten Stunde, bereits zum zehnten Mal richten Sie die Aktion Orthofit aus. Herzlichen Glückwunsch und vielen Dank. Woher kommt Ihr ungebrochenes Engagement? Was hat Sie die Jahre über motiviert?

Dr. Lutz Grunwald: Ich habe schon immer einen Schwerpunkt meiner Tätigkeit in der Kinderorthopädie gehabt. Und das aus verschiedenen Gründen. Zum einen hat man das Gefühl, bei so jungen Patienten noch viel positiv verändern und somit uns bekannte Probleme im späteren Leben vermeiden zu können. Zum anderen sind Kinder andere Patienten. Ehrlicher und direkter. Sie gehen nicht gern zum Arzt und Krankheiten werden nicht funktionalisiert.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass man Kindern die Angst vor uns Ärzten nimmt, wenn man unverkrampft

und lustig eine Untersuchung oder Behandlung gestaltet. Deshalb ist eine derartige Veranstaltung wie „der Fußtag“ jedes Jahr eine willkommene Gelegenheit, in dieser Weise eine wichtige Sache den Kindern nahe zu bringen. Und nicht nur die Kinder, sondern auch wir hatten jedes Jahr großen Spaß.

Am lustigsten war immer das Erraten meiner Berufsbezeichnung. Da kommt dann schon mal von so einem sechsjährigen Knirps „Kinderfußarzt“ oder „FüBe-o-Therapeut“.

In wieweit haben Sie ihren Aktionstag in zehn Jahren optimiert? Was haben Sie geändert? Was beibehalten?

Dr. Grunwald: Eigentlich haben wir am Ablauf in den letzten Jahren wenig verändert. Beim ersten Mal hatte ich die Aktion mit drei Klassen gleichzeitig in einer Turnhalle durchgeführt. Der Lärm

In diesem Jahr findet unsere erfolgreiche Kinder-Kampagne Aktion Orthofit „Zeigt her Eure Füße“ zum zehnten Mal statt. Die Aktionswoche ist vom 11. bis 15. November geplant. Selbstverständlich können interessierte Kolleginnen und Kollegen den Kita- oder Schulbesuch auch an einem anderen Tag im Jahr durchführen. Sprechen Sie uns gerne an: www.aktion-orthofit.de.

der vielen herumlaufenden Kinder ist kaum zu beschreiben. Danach haben wir jede Klasse einzeln in einem Klassenraum, welcher mit einem Stuhlkreis vorbereitet wurde, unter Einbeziehung des Klassenlehrers einen Besuch abgestattet. Das ging viel besser. Außerdem rede ich weniger. Ich lasse gern die Kinder reden und höre mehr zu. Dann ist es viel einfacher, die Gedanken der Kinder, z.B. auf die Notwendigkeit von passendem Schuhwerk o.ä., zu lenken.

Die Gesamtdauer der Veranstaltung haben wir verkürzt. Kinder in diesem Alter können nicht so lange stillsitzen und zuhören. Wichtig war diesbezüglich auch immer das praktische Ausprobieren der Fußfunktionen, z.B. über einen Trittpfad, Springseilhüpfen, Geschicklichkeitsübungen mit einem Ball usw. Damit blieben die Aufmerksamkeit und das Interesse wesentlich länger bestehen.

An welche Aktion oder welches Erlebnis denken Sie besonders gerne zurück? Warum?

Dr. Grunwald: An die Aktion vor neun Jahren natürlich, als der NDR mit einem Kamera-Team dabei war. Aber auch vor zwei Jahren, als die Kinder nach der Aktion uns das Lied „Zeig her wozu du Füße hast“ mit ihrer Musiklehrerin vorsangen und tanzten. Da haben wir zum ersten Mal bemerkt, dass die Kinder durch das Einstudieren dieses Liedes sich schon auf uns gefreut hatten.

Erinnern Sie sich einmal zurück an Ihren ersten Aktionstag: Inwieweit hat sich das Verhalten der Kinder in den zehn Jahren allgemein verändert? geändert?

Dr. Grunwald: Ich glaube, das Bedürfnis nach Bewegung, wie es in diesem Alter noch sehr hoch sein sollte, wird geringer. Kaum ein Kind hat noch einen Schulweg, den es zu Fuß gehen muss. Oft werden die Kinder mit dem Auto bis zur Schule gebracht. Bewegung findet auch in der Freizeit immer weniger statt. Besonders auffällig ist jedoch, dass auch die motorische Geschicklichkeit bei vielen Kindern geringer wird. Beispielsweise kann ich mich gut erinnern, dass vor einigen Jahren noch die Hälfte der Kinder gut bis sehr gut Springseil springen konnte. In den letzten beiden Jahren war das eher die Ausnahme. Viele Kinder wollten springen (es sieht ja ganz einfach aus), wussten dann aber nicht, was sie tun müssen.

Spielen eventuell auch neue Medien wie Smartphones und Tablets bei der Aufklärung eine Rolle? Empfinden Sie dies als Segen oder Fluch?

Dr. Grunwald: Nach meiner Erfahrung spielt das Smartphone bei Kindern in der 1. Klasse noch keine Rolle. Bei älteren Kindern durchaus. Bei allen Annehmlichkeiten, die die neuen Medien bieten, empfinde ich sie als Orthopäde (sie) eher als Fluch. Der gefesselte Blick auf das Handy führt zu Unaufmerksamkeit, dies wiederum zu Stürzen oder Verletzungen beim Gehen oder gar im Straßenverkehr. Der ewig geneigte Kopf und der Mangel an sportlichem Freizeitausgleich durch die dauerhafte Handynutzung haben oft Erkrankungen zur Folge, die wir Orthopäden nur bei älteren Patienten, welche

viele Jahre z.B. im Büro gearbeitet haben, kennen. Haltungsschwächen und -schäden haben aus meiner Sicht zugenommen. Diagnosen wie „Handy-Nacken“ gab es vor zehn Jahren in meiner Sprechstunde noch nicht.

Was glauben Sie: Bewegen sich Kinder heutzutage tendenziell mehr als damals oder existiert die Konsolengeneration (Playstation, PC, Nintendo, TV) noch?

Dr. Grunwald: Inzwischen gibt es nach meiner Meinung die „Konsolengeneration 2“, Kinder von Eltern, die mit Computerspielen aufgewachsen sind. Hier besteht für eine erfolgreiche, nachhaltige, gesundheitliche Aufklärung durch uns Orthopäden und Pädiater eine noch schlechtere Chance.

Wird durch die Eltern ein sportlicher Freizeitausgleich vorgelebt, dann hat das auf das Freizeitverhalten der Kinder einen genauso deutlichen Effekt wie der von sogenannten „Couchpotatoes“ auf deren Kinder. Deshalb versuche ich, die Eltern bei der Aufklärung generell mit einzubeziehen, was nicht immer jedem gefällt.

Aber auch die Schule könnte hier noch mehr leisten. Bei vielen Ganztagschulkonzepten fehlt einfach der Zugang für die Kinder zu sportlicher Betätigung. Hier könnte durch eine bessere Verknüpfung von Schule und Sportvereinen deutlich mehr möglich sein.

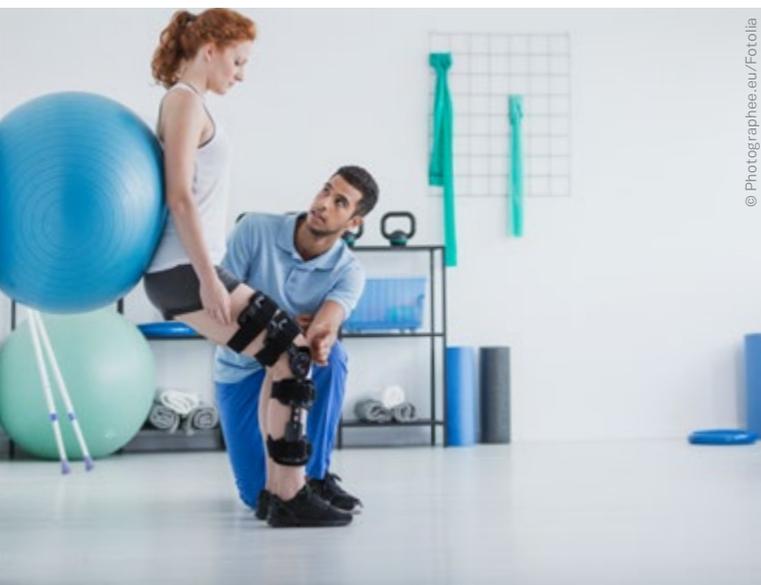
Die Aktion Orthofit wurde im März erweitert: Nun möchten wir uns um einen gesunden Kinderrücken kümmern: Was denken Sie darüber?

Dr. Grunwald: Endlich! Es wurde ja in den letzten Jahren schon mehrfach angedeutet. Ich freue mich schon sehr darauf und bin gespannt, wie das Konzept vom BVOU dazu aussieht. Wir sind ganz sicher dabei.

Herr Dr. Grunwald, vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Janosch Kuno, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Die deutsche Rehabilitationslandschaft: Muster und Blaupause



© Photographeer.eu/Fotolia

Strukturiertes Entlassmanagement ist vorgesehen. Die kostenträgerseitig stetig steigenden Anforderungen in Bezug auf Qualitätsmanagement und Zertifizierungen sowie Leistungserbringung in qualitativer und quantitativer Hinsicht, gehen dabei überwiegend nicht einher mit einer adäquaten Vergütungsanpassung.

Die Rekrutierung von geeignetem Personal im Bereich von Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten gestaltet sich auch in diesem Bereich der Medizin zunehmend erschwerend. Grundsätzlich stellt die Arbeit im Bereich der Rehabilitation für die Ärztin und den Arzt ein breit gefächertes und spannendes Feld dar. Die guten medizinischen Ergebnisse, die Dankbarkeit der Patienten, die sich nahezu alle im Rahmen der interdisziplinär und unter dem bio-psycho-sozialen Konzept erbrachten Leistungen bessern und ihre Ziele erreichen sowie die Möglichkeit, ein Quantum mehr Zeit für den Patienten zu haben, ermöglichen eine hochbefriedigende ärztliche Tätigkeit.

Wissenschaftliche Studien

Die überwiegende Zahl der Kostenträger betreibt vergleichsweise aufwendige Methoden der Qualitätssicherung, unter anderem mit Abrufen der erbrachten Therapievolumina, Abprüfen der Strukturqualität und der Ergebnisqualität.

Das QS-Programm der DRV ist hier am umfangreichsten, es beinhaltet folgende Kriterien: Strukturqualität, auch gesichert durch Visitationen, PEER-Review der Entlassungsberichte, KTL-Werte, Reha-Therapiestandards, Rehabilitandenzufriedenheit, subjektiver Behandlungserfolg, Entlassungsberichtlaufzeit, Marktpreisvergleich und MBOR-Evaluation.

Insbesondere die Deutsche Rentenversicherung verfügt über umfassende Daten und Studien zum Thema des volkswirtschaftlichen Nutzens und der Wirkung bzw. Erfolg der erbrachten Leistungen. Die gesetzlichen Krankenkassen setzten QS-Reha im zweijährigen Turnus als QM-Messinstrument ein.

Die Auswirkungen der DRG (Diagnosis Related Groups) auf die Rehabilitation wurde durch die REDIA-Studie von Prof. Dr. Bernhard Greitemann (WWU Münster) unter Förderung der DRV Bund und Westfalen beleuchtet. Unter anderem wurde festgestellt, dass die Anzahl der Wundheilungsstörungen, Hämatome und Mobilitätseinschränkungen zum Zeitpunkt der Aufnahme zur Rehabilitation zugenommen hatten, sämtliche Aufwendungen im Rahmen der Reha stiegen, z. B. ärztliche Versorgung einschließlich Wundmanagement sowie pflegerische Betreuung, Diagnostik, Thromboseprophylaxe, Analgesie und Therapiemaßnahmen. Aufgrund einer verkürzten Verweildauer sowohl im Bereich des Krankenhauses als auch in der Reha waren zudem auch mehr Belastungen und Aufwand in der ambulanten Nachbehandlung nachzuweisen.

Zahlreiche Studien von Prof. Dr. med. Gert Krischak (Bad Buchau/IFR Ulm) weisen sowohl für den AHB-Bereich nach Kunstgelenkeinbau als auch für die Reha bei chronischen Rückenschmerzen einen deutlichen volkswirtschaftlichen Nutzen nach.

Vernetzung

Aufgrund der sektoralen Struktur und insbesondere auch meist unterschiedlich zuständiger Kostenträger ist die Gewährleistung eines flüssigen Behandlungsablaufs aus dem ambulanten oder akut-stationären Setting in Bereich der Rehabilitationen und zurück herausfordernd (Wechsel der Zuständigkeiten von Krankenkasse und Rentenversicherung).

Eine gute Vernetzung besteht im Bereich DGUV, da es hier zwischen Krankenhaus und Reha keinen

Trägerwechsel gibt und das Verfahren durch Case-Manager oft persönlich betreut und begleitet wird. Das neu eingeführte Entlassmanagement für den Akutsektor, seit Mitte 2019 auch für den Rehasektor geltend, soll zudem für eine bessere Vernetzung und Verzahnung der Sektoren sorgen. Das Traumanetzwerk der DGUV bindet die Rehabilitation dahingehend ein, dass die am Zertifizierungsverfahren teilnehmenden Akutkliniken einen Kooperationspartner im Rehasektor zu benennen haben.

Chancen und Risiken

Auf die Herausforderungen für die Rehabilitation, auch unter Einbeziehung der Effekte des DRG-Systems und immer kürzer werdenden akut-stationären Aufenthalte, im Falle der Nachbehandlung als Anschlussheilbehandlung, wurde bereits hingewiesen (REDIA-Studie). Weitere Herausforderungen finden sich aktuell zudem im Bereich der Rekrutierung von Ärzten, da die Ausbildung in den Rehabilitationskliniken unter Berücksichtigung des neu eingeführten Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie für die Kollegen vergleichsweise uninteressant geworden ist. Weiterhin schlägt sich der deutschlandweit bestehende Mangel an Therapeuten und Pflegepersonal auch in der Rehabilitation nieder.

Darüber hinaus besteht eine divergierende Entwicklung zwischen den vergleichsweise stagnierenden Erlösen durch Tagessätze und Fallpauschalen, gegenüber den stetig steigenden Personalkosten, insbesondere im Bereich von Pflege und Therapie, einbezogen hier auch die stetig steigenden Anforderungen von Seiten der Kostenträger in Bezug auf therapeutische Inhalte, als auch verpflichtend durchzuführende Zertifizierungs- und Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Ein großer Teil der Kostenträger arbeitet heute – statt mit Tagessätzen – mit sogenannten Fallpauschalen. Hier wird eine pauschale Geldsumme einer Aufenthaltsspanne zur Behandlung der Versicherten entgegengestellt, beispielsweise 18–28 Tage. Dabei liegt das wirtschaftliche Risiko voll auf Seiten des Leistungserbringers. Auch bei nur teilweiser Ausschöpfung des Zeitrahmens nach oben wird eine wirtschaftliche Leistungserbringung nicht mehr möglich.

Es besteht eine positive Prognose in Bezug auf die zukünftigen Rehabedarde, dies insbesondere unter Berücksichtigung einer stetig älter werdenden Gesellschaft und damit korrespondierend auch einer Zunahme altersassoziierter Erkrankungen und nachbehandlungspflichtiger Operationen. Zudem sind Reha-Maßnahmen im Bereich von Primär- und Sekundärprophylaxe von besonderer Bedeutung bei der bestehenden Anhebung des Rentenalters auf 67 Lebensjahre und die damit einhergehende Notwendigkeit zur Ertüchtigung der im Erwerbsleben stehenden Personen.

In der überwiegenden Zahl der Rehabilitationskliniken fällt auf, dass die Anzahl der hochbetagten multimorbiden Patienten zunimmt, die die eigentlichen Reha-Kriterien der Gruppenfähigkeit, Fähigkeit zur eigenständigen Durchführung der Hygienemaßnahmen und das selbstständige Aufsuchen von Gemeinschaftsräumen, z. B. zur Nahrungsaufnahme, nicht erfüllen. Für diese Patientengruppe ist die Gewährleistung eines angemessenen Behandlungsplanes notwendig, der in der Regel einen höheren Anteil an Einzeltherapien zu gewährleisten hat, wie auch ein erhöhter Bedarf pflegerischer Leistungen. Dies ist jedoch bei den heutigen Tagessätzen und Fallpauschalen keinesfalls finanziell abgebildet, eine wirtschaftliche Leistungserbringung ist nicht möglich. Für die betroffenen Patienten bedeutet dies häufig der Aufenthalt in einem Pflegeheim oder eine anderweitige rehabilitativ nicht angemessene Versorgung. Diskutiert wird aktuell daher ein maßgeblich von der Sektion für Rehabilitation/Physikalische Therapie der DGOU entwickeltes Phasenmodell, ähnlich wie in der neurologischen Rehabilitation, dass dann auch eine angemessene Bezahlung den erhöhten Aufwendungen entgegenstellt.

Wenn bislang insbesondere der Therapiebereich in der Reha immer noch sehr stark „Face-to-Face“ orientiert ist, so spielt das Thema Digitalisierung eine zunehmend wichtige Rolle. Erste Leistungserbringer haben hier bereits umfassende und den gesamten Behandlungsprozess begleitende Apps entwickelt, die den Rehabilitanden von der Anreise, über die Therapiepläne bis hin zu individuell ausgewählten Eigenübungen informieren, die dann im häuslichen Umfeld auch durchgeführt werden können, bis hin zu Anbietern, die vor allen Dingen die poststationäre Nachbehandlung mit Informationen und Übungsprogrammen bedienen. Als einer der führenden Anbieter im digitalen Bereich ist hier Caspar-Health, eine Online-Rehabilitationsplattform, zu nennen. Vorgehalten wird hier unter anderem eine Bibliothek mit über 1000 Übungen, Vorträgen und Seminaren für verschiedene Indikationen, unter anderem Orthopädie. Schwerpunkt sind Trainingsvideos, aber auch interdisziplinäre Seminare, die Online genutzt werden können. Insbesondere im Bereich der ambulanten Rehabilitation nutzen Anbieter bereits die Möglichkeiten zur Erstellung von Trainingsplänen, Feedback und Tracking.



Dr. Stefan Middeldorf,
BVOU-Referatsleiter ALKOU
Fachzentrum Orthopädie,
Schön Kliniken Bad Staffelstein

„Eine generalisierte und fundierte Ausbildung gewährleisten!“

PD Dr. Christian Merle vertritt ab sofort die Belange der Fach- und Oberärzte im BVOU-Gesamtvorstand. Im Gespräch berichtet er über Anforderungen an den Beruf und darüber, wie man junge Leute trotz vieler Herausforderungen begeistern kann.



PD Dr. Christian Merle

Herr Dr. Merle, welche Ziele haben Sie sich für das erste Jahr gesetzt?

PD Dr. Merle: Das exponentiell wachsende Wissen im Fachgebiet der muskuloskelettalen Erkrankungen, die stetige Weiterentwicklung von Operationstechniken und Implantatsystemen und die Sektions-/Bereichsstruktur vieler Kliniken zeigen den Bedarf an einer zunehmenden operativen Subspezialisierung der Fachärzte, um eine qualitativ hochwertige, sichere und effiziente Patientenversorgung gewährleisten zu können. Im englischsprachigen Raum wird dieser Versorgungsrealität über strukturierte Fellowships Rechnung getragen; in Deutschland hingegen ist das operative Weiterbildungsangebot nach dem Facharzt nur unzureichend charakterisiert. Eine generalisierte und fundierte Ausbildung, die das Spektrum der operativen und konservativen O und U abdeckt, muss zur Erlangung der Facharztkompetenz gewährleisten bleiben. Nach der Facharztprüfung stellen klinische Fellowships eine attraktive und zukunftsfähige Möglichkeit dar, um dem zunehmenden Bedarf an operativ hochspezialisierten Fachärzten gerecht werden zu können.

Die heutigen Anforderungen an Oberärzte und Chefärzte in O und U gehen weit über die medizinische Expertise und über Fachkenntnisse hinaus. Was zählt aus Ihrer Sicht dazu?

PD Dr. Merle: Neben einem wachsenden Fachwissen und dem Trend zur Subspezialisierung, übernehmen in der Klinik tätige, ärztliche Führungskräfte zunehmend Aufgaben, die organisatorische Prozesse, betriebswirtschaftliche und arbeitsrechtliche Aspekte, die Mitarbeiterführung sowie eine zielgerichtete interdisziplinäre Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit umfassen. Dies erfordert eine hohe Belastbarkeit, Flexibilität und Organisationskompetenz. Hier bedarf es analog zur Vermittlung von Fachwissen, innovativer Fort- und Weiterbildungsangebote sowie flexibler Arbeitsmodelle, um die berufliche Situation von Krankenhausärzten/-innen auch weiterhin für die besten Köpfe attraktiv zu sein.

Welches Wissen möchten Sie an die Kolleginnen und Kollegen weitergeben?

PD Dr. Merle: In der Frage der individuellen Karriereplanung, die alle Fach- und Oberärzte intensiv beschäftigt, sind Themen wie Organisation, Kommunikation, Ökonomie und Arbeitsrecht relevant. Die Oberarztstätigkeit in O&U ist trotz oder gerade wegen der vielzitierten „Sandwichposition“ definitiv ein Karrieresprungbrett und bietet durch eigenverantwortliches Arbeiten ein hohes Entwicklungspotential. Neben dem klassischen Chefarztmodell stellen zunehmend auch Sektionsleitungen und Beleg-/Kollegialsysteme eine attraktive Alternative dar. Gerade in unserem Fachbereich gibt es eine dynamische Entwicklung der Karriereoptionen mit vielfältigen Chancen sowohl im klinischen als auch niedergelassenen Setting, die es kritisch und unter Berücksichtigung der individuellen Interessen und Qualifikationen zu bewerten gilt.

Herr Dr. Merle, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Janosch Kuno, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Das komplette Interview finden Sie unter www.bvou.net Stichwort:

»Merle«



“Bedingungen junger Kolleginnen und Kollegen nachhaltig verbessern.”

Jung, engagiert, weiblich: Auf der BVOU-Mitgliederversammlung am 4. Mai 2019 in Baden-Baden wählten die Anwesenden Stefanie Weber in den BVOU-Gesamtvorstand und zur Vertreterin der Weiterbildungsassistenten.

Frau Weber, Sie engagieren sich im Jungen Forum O und U zum Thema Interdisziplinäre Zusammenarbeit. Was streben Sie diesbezüglich an?

Weber: Die aktuellen berufspolitischen Themen in den chirurgischen Disziplinen zeigen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf der Ebene der Assistenten über die Fachgebietsgrenzen hinaus notwendig ist. Mir ist es wichtig, Synergien im interdisziplinären Bereich mit anderen chirurgischen und nicht-chirurgischen Disziplinen zu schaffen. Schwierigkeiten, die insbesondere durch die Heterogenität unseres Faches entstehen, können durch gegenseitige Information und Vernetzung überbrückt werden. Wir benötigen ein Forum für Vernetzung, Informationsweitergabe und zur gegenseitigen Unterstützung bei Weiterbildungs- und Facharztstellen, Rotationen, Promotion, Facharztprüfung usw. Wir können einen viel höheren politischen Impact durch fachübergreifende Zusammenarbeit und verbesserte Kommunikationsstrukturen erreichen.

Sie arbeiten mit am AOUC-Weiterbildungscurriculum – was haben Sie erreicht, welche Ziele verfolgen Sie?

Weber: Die Weiterbildung muss noch stärker um alternative Methoden zur Qualifizierung ergänzt werden. Der Zeitdruck im OP wächst immer mehr. Die Kliniken stehen unter enormem Druck, effizient zu arbeiten und Gewinne zu erwirtschaften. Dadurch fehlt häufig die Zeit im OP, in Ruhe anzuleiten. Es müsste

deshalb gelingen, die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung so zu qualifizieren, dass sie schon gewisse Fertigkeiten mitbringen. Dementsprechend fände ich es sinnvoll, ein strukturiertes Weiterbildungscurriculum in Zusammenarbeit mit der AOUC zu veröffentlichen, um entsprechende Kurse zum jeweiligen Ausbildungsstand des Assistenzarztes oder der Assistenzärztin anbieten zu können. Wir benötigen Curricula und digitale Workflows mit Lernpfaden zur Erlangung spezieller Kompetenzen.

Inwieweit können Sie sich vorstellen, dass sich das Junge Forum mehr in die berufspolitische Arbeit einbringt und somit unterstützt?

Weber: Der Ärztestatistik zufolge befanden sich in Deutschland 2018 fächerübergreifend etwa 7938 Assistenzärzte und Assistenzärztinnen in der chirurgischen Weiterbildung, wobei der chirurgische Nachwuchs in Deutschland heute vor vielfältigen Herausforderungen steht. Junge Chirurginnen und Chirurgen müssen oftmals einen Spagat meistern, um ihren beruflichen und privaten Rollen gerecht zu werden. Diese jungen Ärzte brauchen deshalb dringend eine politische Stimme, die sich ihrer Belange annimmt und die kommenden Entwicklungen begleitet. Unser Ziel ist es, die Weiterbildungs-



Stefanie Weber

Arbeits- und Forschungsbedingungen junger Unfallchirurginnen und Unfallchirurgen und Orthopädinnen und Orthopäden in Deutschland nachhaltig und kontinuierlich zu verbessern.

Was bedeutet das zusätzliche Engagement für Ihren Berufsalltag? Und was für Ihr Privatleben?

Weber: Die Frage ist berechtigt. Zusätzliches Engagement neben dem Klinikalltag muss Spaß machen und eine Sinnhaftigkeit für jeden individuell haben. Durch berufspolitisches Engagement kann man über den Tellerrand hinaus blicken. Wenn man sich mit Aufgaben und der Organisation diverser Projekte identifizieren kann, ist das eine gute Sache. Natürlich haben wir neben idealistischen Motiven auch die Karriere im Blick, wenn man sich für ein Projekt einsetzt. Und das ist auch völlig in Ordnung: Persönliches Engagement ist wichtig, wenn es darum geht, Nachwuchs zu rekrutieren.

Frau Weber, vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Janosch Kuno, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Das komplette Interview finden Sie unter www.bvou.net Stichwort: »Weber«



Praxis-Datenschutzbeauftragter erst ab 20 Mitarbeitern Pflicht

Arztpraxen müssen künftig erst ab 20 Mitarbeitern einen Datenschutzbeauftragten benennen. Das hat der Bundestag am 26.6.19 beschlossen, der somit die Vorgaben des Datenschutzes für Kleinunternehmen gelockert hat.

Mit der Veränderung wolle man laut Begründung „vor allem eine Entlastung kleiner und mittlerer Unternehmen“ erreichen. Das Gesetz ist allerdings zustimmungspflichtig, muss also auch vom Bundesrat noch beschlossen werden.



ZiPP 2013–2016:

Wirtschaftliche Lage der Arztpraxen

Von 2013 bis 2016 sind die GKV-Einnahmen der Arztpraxen um durchschnittlich 5,3 Prozent jährlich gestiegen. Dabei wuchs der Anteil der aus der GKV erzielten Einnahmen von 74,1 Prozent im Jahr 2013 auf 75,8 Prozent im Jahr 2016. Die Überschüsse der Praxen stiegen im Beobachtungszeitraum unter Berücksichtigung der Inflationsrate um durchschnittlich 5,3 Prozent pro Jahr an – im Mittelwert über alle Fachgebiete hinweg auf 170.400 Euro im Jahr 2016.

Der komplette Jahresbericht ist abrufbar unter: <https://bit.ly/2XPx8Bb>



S2k-Leitlinie Koxarthrose: Symptome und Behandlung

Derzeit stehen Erkrankungen des muskuloskeletalen Systems an dritthäufigster Stelle der Erkrankungen von über 65-jährigen und sind der häufigste Grund für eine operative Intervention.

Bei Diagnostik und Therapie der Koxarthrose sollte eine gemeinsame Entscheidungsfindung durch Arzt und Patient angestrebt werden. Die Patienten fühlen sich dadurch mehr in den Verlauf der Behandlung eingebunden, so dass von einer höheren Adhärenz auszugehen ist, die wiederum zu einem besseren Behandlungsergebnis führen kann.



Barmer: Patienten zweifeln an Notwendigkeit planbarer medizinischer Eingriffe

Das belegt eine repräsentative BARMER-Erhebung, für die im März bundesweit 1.000 Männer und Frauen ab 18 Jahren befragt wurden. Demnach ist mehr als jeder Zweite (56 Prozent) unsicher, ob die Operation tatsächlich notwendig ist. Aber nur 57 Prozent der Befragten mit einem planbaren medizinischen Eingriff veranlassen ihre Zweifel, sich eine Zweitmeinung einzuholen.

Quelle: Barmer

Die aktuelle S2k-Leitlinie Koxarthrose finden Sie unter: bit.ly/2LiitrP

Die Umfrage-Ergebnisse finden Sie hier: www.bvou.net/barmer-umfrage-zur-zweitmeinung

Zukunftsfähige Krankenhausversorgung – Schließung von Kliniken als „Königsweg“?



In einer aktuellen Studie der Bertelsmann-Stiftung wird dafür plädiert, die Kliniklandschaft in Deutschland von dzt. 1364 Kliniken (Krankenhauspläne der Bundesländer) auf weniger als 600 zu senken. 666 Kliniken verfügten über 100 Betten oder weniger. Selbst lebensbedrohliche Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfälle könnten hier nicht immer und jederzeit suffizient behandelt werden. Der Patient wird damit Spielball des Zufalls. Der Raum Köln-Leverkusen könne auf 24 der 38 Häuser verzichten. Ziel ist eine Konzentrierung von Fachkompetenz und Fallzahlen und damit eine vermeintliche Qualitätssteigerung. Man darf mutmaßen, dass auch ökonomische Überlegungen eine wesentliche Rolle spielen. Die finanzielle Ausstattung vieler Kliniken ist prekär. Zudem sind die Klinik- und Bettenzahlen bezogen auf die Bevölkerungsanteile in Deutschland im europäischen Vergleich unbestritten hoch.

Applaus kommt von der Verbraucherzentrale Bundesverband. Eine stärkere Zentralisierung sei notwendig. Ausschlaggebend für eine qualitätsgesicherte Versorgung seien eine gute technische Ausstattung der Häuser und erfahrene Ärzte. Auch der Spitzenverband der Krankenkassen teilt inhaltlich viele Aspekte der Studie.

Kritik gegen den vorgeschlagenen Kahlschlag kommt von vielen Verbänden und Interessensgruppen. So verweist der Präsident der BÄK, Dr. Klaus Reinhardt, auf die Bedeutung der Daseinsvorsorge und Sicherung einer gut erreichbaren, wohnortnahen Gesundheitsinfrastruktur, wie die „Kommission gleichwertige Lebensverhältnisse“ der Bundesregierung gerade erst gefordert habe. Gerade im ländlichen Raum müsse die flächendeckende Versorgung der Patienten sichergestellt werden. Dr. Gerald Gaß, Präsident der DKG, meint: „Wer vorschlägt, von ca. 1600 Akutkrankenhäusern 1000 plattzumachen und die verbleibenden 600 zu Großkliniken auszubauen, propagiert die Zerstörung von sozialer Infrastruktur in einem geradezu abenteuerlichem Ausmaß, ohne die medizinische Versorgung zu verbessern.“

Der ambulante Bereich wäre derzeit jedenfalls unfähig, die wegfallenden Klinikbetten bei „Vollambulantisierung“ zu kompensieren. Zudem wird gerade in kleineren Kliniken häufig auch temporär Pflege älterer Patienten betrieben. Stationäre Pflegeeinrichtungen oder gar familiäre Strukturen wären in Deutschland bei Wegfall dieses „Puffers“ jedenfalls völlig überfordert. Die Strukturmaßnahmen müssten daher die gesamte Gesundheitslandschaft und das gesamte Gesundheitssystem in Deutschland umfassen. Kaum vorstellbar. Erst recht nicht im Föderalismus.

Woher stammen solche „Ideen“?

Ein Blick gen Norden zeigt: die Dänen haben sich für einen etatistischen Ansatz einer solchen Neuordnung ihrer Kliniklandschaft entschieden. Seit 2007 läuft das „Superspital“-Programm. Gebaut werden 16 neue Kliniken für 6,6 Mrd. Euro. Bis 2025 sollen von den ehemals 79 Krankenhäusern in 2007 nur noch 53 übrig bleiben – davon 21 mit Notfallstationen. Die Kliniklandschaft wird völlig neu geordnet. Die Wege werden für die Patienten weiter. Über die Standorte der – neuen – Kliniken entscheidet *zentral* eine fünfköpfige Expertenkommission. Die Regionen müssen sich fügen. Ziele sind u.a. die Konzentration komplexer Eingriffe zur Steigerung der Qualität durch Expertise, Senkung von Krankenhausinfektionen durch Einzelzimmer, kürzere Verweildauern. In Norddänemark gibt es bereits Videoschaltungen in die Ambulanzen mit deren Hilfe erste Ferndiagnosen gestellt werden und eine Triage vorgenommen wird. In Dänemark ist bereits seit zehn Jahren eine telefonische Voranmeldung zwingend – über Hausarzt oder Hotline. Ähnliches soll in Deutschland nun auch eingeführt werden. Ein erster Gesetzentwurf liegt dazu vor.

Das dänische Modell ist aber auch nicht ohne Kritik. In einer aktuellen Studie der Denkfabrik Health Consumer Powerhouse landet das Land in europäischen Vergleich „nur“ noch auf Rang 4. Notfallstationen seien schwieriger erreichbar. Die Schweiz hingegen kommt auf Platz 1. Aber auch in der Schweiz kommt man um eine stärkere Konzentration der Spitäler nicht herum. Kleinere Spitäler müssten vermehrt in Zentren für ambulante Behandlungen umgewandelt werden, zumal der klassische Hausarzt vielerorts verschwindet.

Unbestreitbar allerdings ist, dass es in Deutschland in den Ballungszentren ein Überangebot an Krankenhausbetten gibt. Eine sinnvolle, arbeitsteilige Aufgabenteilung unterbleibt in der Regel. Alle bieten möglichst Alles an – und konkurrieren zudem noch zunehmend mit ambulanten Einrichtungen und Tageskliniken. Größe ist – vermeintlich – Marktmacht und: wer baut, muss „am Netz“ gehalten werden. Dies führt zu einer Sucht, möglichst

Maximalversorger mit Bauvorhaben zu sein. Oder zu Begriffsmonstern wie „Supra-Maximalversorger“. Bei allgemein begrenzten Mitteln werden die Kliniken baulich und bei der technischen Ausstattung allerdings „ausgebremst“. Anspruch und Wirklichkeit passen häufig nicht zueinander. Land und Träger kommen ihren investiven Verpflichtungen nicht nach – weil kein Geld vorhanden ist. Zudem werden die DRG's – sofern „mengenanfällig“ – jährlich abgewertet. Das all dies zu Lasten der Qualität der Patientenversorgung gehen muss und zu „Windhundrennen“ führt, ist leicht nachvollziehbar. Die Frustrationstoleranz der Klinik-Angestellten ist vielerorts schon überschritten... Top-Fachärzte*innen verlassen inzwischen auch Unikliniken und entscheiden sich für eine Selbstständigkeit in spezialisierten Privatkliniken oder in der Niederlassung, da eine Klinikkarriere in leitender Position zunehmend unattraktiv wird. Es entsteht ein Mangel an hoch-qualifiziertem Fachpersonal: in der Ärzteschaft wie in der Pflege.

Eine gezielte regionale Schließung einzelner Kliniken in konsentriert überversorgten Gebieten könnte hier hilfreich sein – bei der Allokation von finanziellen wie von Fachkräfte-Ressourcen. Hierzu müsste allerdings zunächst die Erkenntnis reifen und ein übergreifender politischer Wille vorhanden sein. Damit ist auch weiterhin nicht zu rechnen. Weitere Möglichkeiten wären die Konzentrierung von operativen Eingriffen auf spezialisierte Kliniken mit klar definierten Mindestmengen und Qualitätskontrollen. Hier könnten sich Politik und Kostenträger mit den spezialisierten chirurgischen Fachgesellschaften und Verbänden abstimmen, die wissen, wo die Expertise „sitzt“ – ohne Berührungsängste. Auch damit ist leider nicht zu rechnen.

Damit bleibt die Studie im Auftrag der Bertelsmann-Stiftung in erster Linie ein allerdings beachtenswerter Beitrag zur Füllung des Sommerlochs. Die Kliniken werden wohl weiter im „kollektiven Würgegriff“ bleiben.



Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann,
Vizepräsident BVOU

Empfehlung zum Anschluss an die Telematikinfrastuktur (TI)

Der BVOU-Gesamtvorstand hat sich auf seiner Januartagung am 26.01.2019 mit der Einführung der Telematik-Infrastruktur (TI) ausführlich befasst. Er kam nach kontroverser Diskussion und Bewertung der vorliegenden Informationen zu Risiken und Haftung damals mehrheitlich zur Ansicht, dass der Anschluss an die Telematik-Infrastruktur den BVOU-Mitgliedern zum damaligen Zeitpunkt nicht empfohlen werden sollte. Es wurde empfohlen, eher die gesetzlich vorgesehene Honorarkürzung bei nicht-fristgerechtem Anschluss in Kauf zu nehmen, als die mit dem Anschluss an die TI verbundenen und zum Jahresanfang 2019 noch nicht abschließend geklärten Risiken einzugehen.

Der Gesamtvorstand wies darauf hin, dass es sich um eine rein subjektive Einschätzung handelt, für die keinerlei Haftung übernommen werden kann. Nach Änderung der Informations- und Rechtslage könne sich diese Meinung jederzeit ändern und jedes Mitglied sollte deshalb für sich selbst abwägen, welchen Weg es gehen möchte. Dieser Fall ist nun eingetreten, weshalb sich der Geschäftsführende Vorstand des BVOU zu einer Korrektur dieser Empfehlungen für seine Mitglieder entschlossen hat.

Haftungsausschluss bei ordnungsgemäßer TI-Anbindung

Ende Juni 2019 hat die Gematik auf Drängen der KBV festgestellt, dass Praxisinhaber nicht für Datenpannen einer korrekt an die Telematikinfrastuktur angeschlossenen Praxis-IT haftbar gemacht werden können. Weiterhin wurde von der Gematik nochmals bekräftigt, dass die TI kein Sicherheitsrisiko darstellt, wenn die zugelassenen Konnektoren vorschriftsgemäß aufgestellt und betrieben werden.



© Raelle Fotodesign

Sichere Anschlussvarianten an die TI

Gematik und KBV haben Merkblätter veröffentlicht, die die empfohlenen Anschlussvarianten an die TI erklären und darstellen, wie die TI zur Erhöhung der Sicherheit der Praxis-IT führt.

Reihenbetrieb

Nach diesen Informationen ist die Installationsvariante „Reihenbetrieb“ als sicherste Installation einzuschätzen, da die gesamte Praxis durch den Konnektor und die ausschließliche Anbindung an die TI optimal geschützt wird. Über den Konnektor ist zusätzlich die Anbindung an das KV Safenet und weitere sichere Internetdienste (SIS) möglich.

Parallelbetrieb

Auch im sogenannten „Parallelbetrieb“ ist die Praxis-EDV abgesichert, wenn sich die Praxis selbst um Sicherheitsmaßnahmen wie Firewall und Virenschutz kümmert. Werden diese Sicherheitsmaßnahmen durch die Praxis als Netzwerkbetreiber nicht ergriffen, ist die Praxis ebenso wie bereits vor dem Anschluss an die TI gefährdet und ggf. Hackerangriffen ausgesetzt.

Netztrennung für normale Internetanbindung

PCs oder Netzwerkteile, die an das Internet über einen normalen Router etc. angeschlossen sind, sollten physisch vollständig von der Praxis-EDV und der TI getrennt werden, z.B. über ein separat installiertes WLAN. Damit ist der Zugriff auf Patientendaten auch für den Fall eines erfolgreichen Hackerangriffs ausgeschlossen.

Stand-Alone- oder Kioskbetrieb

Bei dieser Anschlussvariante ist die TI vollständig von der existierenden Praxis-EDV getrennt. Damit wird die Praxis von zukünftigen Anwendungen der TI abgeschnitten, weshalb sie nicht zu empfehlen ist und lediglich als Übergangslösung in Betracht kommen sollte.

Digitalisierung kommt und basiert auf der TI

Der Referentenentwurf des „Digitale Versorgung Gesetz“ sieht eine Reihe von Digitalisierungsprojekten vor, die per Gesetz bis Ende 2021 eingeführt werden sollen. Zentral ist beispielsweise die Anbindung an eine zentrale elektronische Patientenakte sowie das Recht des Patienten, diese Akte in jeder Praxis befüllt zu bekommen.

Dafür ist eine gesonderte Vergütung ebenso vorgesehen wie weitere Sanktionen bei Nichtanbindung an die TI. Diese und weitere Anwendungen wie die elektronische AU, das eRezept und der eArztbrief, sowie eine gesicherte elektronische Post zwischen Ärzten, werden ausschließlich auf der Telematikinfrastruktur aufsetzen.

Geschäftsführender Vorstand BVOU,
08.07.2019

Empfehlung zum Anschluss an die TI

Eine der Grundbefürchtungen des Gesamtvorstandes, dass Praxen für Datenschutzpannen der Telematikinfrastruktur haftbar sind, wurde vor wenigen Tagen von der Gematik und der KBV ausgeräumt. Gleichzeitig bietet die TI bei korrektem Anschluss und Betrieb ein deutliches Mehr an Sicherheit als viele aktuelle Installationsvarianten von Praxis-EDV-Systemen mit Anbindung ans Internet.

Des Weiteren drückt der Gesetzgeber aufs Tempo bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems und schafft mit der TI, dem TSVG sowie dem im Referentenentwurf vorliegenden „Digitale Versorgung Gesetz“ den rechtlichen Rahmen für die Einführung klar definierter digitaler Anwendungsszenarien im deutschen Gesundheitssystem.

Diesen Anforderungen müssen sich die Vertragsärzte und auch die Mitglieder des BVOU stellen. Wer sich dem Anschluss an die Telematikinfrastruktur weiter verweigert, wird spätestens ab dem Jahr 2022 von vielen Entwicklungen und Kommunikationspfaden abgehängt und hat mit weiteren Sanktionen zu rechnen, als die aktuell angedrohten Honorarkürzungen.

Der geschäftsführende Vorstand des BVOU empfiehlt in Anbetracht dieser aktuellen Entwicklungen den BVOU-Mitgliedern nunmehr den Anschluss an die Telematikinfrastruktur. Die Einschätzung des BVOU-Gesamtvorstandes wird damit revidiert.

Sollten in der eigenen Praxis-IT-Infrastruktur umfangreichere Sicherheitsmaßnahmen nachzurüsten sein, kann vorübergehend die Installation der Kiosk- bzw. Stand-Alone-Variante der TI erwogen werden, um die gesetzten Fristen zur Anbindung an die TI einzuhalten. Mittelfristig sollte jedoch eine der empfohlenen Installationsvarianten eingeführt werden, um an allen zukünftigen digitalen Diensten teilnehmen zu können, die über die TI eingeführt werden sollen. Der Geschäftsführende Vorstand des BVOU kritisiert jedoch weiterhin, dass Ärzte mit massiven Sanktionen, die in den kommenden Jahren noch zunehmen sollen, zum Anschluß an die TI gezwungen werden und auf einem Teil der Kosten sitzenbleiben.

→ **Tipps zur TI-Installation – Haftung und Haftungsbefreiung:** Um sich beim Telematikinfrastruktur-Anschluss abzusichern, sind einige Musterformulare empfehlenswert. Diese finden Sie unter: www.bvou.net/ti-konnektor-haftung-der-praxen-und-haftungsbefreiung



Digitale Versorgung-Gesetz: Die Krankenhäuser brauchen einen ausfinanzierten Masterplan

„Es wird Zeit, dass sich die Politik endlich dieser Thematik annimmt. In den Krankenhäusern weiß man, welchen Nutzen eine flächendeckende Digitalisierung in vielerlei Hinsicht bringen würde“, sagt Peter Asché, Vizepräsident des Verbandes der Krankenhausdirektoren Deutschlands (VKD) und zuständig für das Thema IT, zum jüngsten gesetzgeberischen Aufschlag des Gesundheitsministers, dem Digitale Versorgung-Gesetz.

Der VKD betont seit langem, dass die Digitalisierung zur Bewältigung der aktuellen Herausforderungen in der Gesundheitsbranche ein wesentlicher Faktor ist. Auch, dass der Gesetzentwurf den Weg in Richtung smarter Versorgung weist, ist aus Sicht des VKD richtig. Patienten und Mitarbeiter sind die treibenden Kräfte der Digitalisierung nach innen wie nach außen. Seit mehr als 10 Jahren trägt der VKD, tragen viele Krankenhäuser, im Rahmen der Entscheiderfabrik aktiv zur Erprobung von Digitalisierungsprojekten bei.

„Berücksichtigt werden muss aber“, so Peter Asché, „dass die Einführung einer digitalen Patientenakte für die Krankenhäuser – im Koalitionsvertrag ebenfalls bis 2021 vorgesehen - deutlich komplexer und umfangreicher ist, als die Anbindung der Krankenhäuser an die elektronische Patientenakte im niedergelassenen Bereich. Während für die elektronische Patientenakte im ambulanten Bereich vom Ministerium Kosten in Millionenhöhe veranschlagt werden – zu zahlen von den Krankenkassen – geht es für die Krankenhäuser um deutlich höhere finanzielle Belastungen. Woher dieses Geld kommen soll, steht angesichts völlig unzureichend von den Bundesländern bereitgestellten Investitionsfördermitteln in den Sternen.“

Ein weiteres Problem stellt sich für eine Reihe von Krankenhäusern in Flächenregionen angesichts der Forderung – und auch der Notwendigkeit – telemedizinische Vernetzung zwischen Krankenhäusern und mit den ambulanten Gesundheitsversorgern zu ermöglichen. Wo es noch keine Breitbandanbindung gibt, ist die Übertragung von Bildern für eine sichere Befundung zum Beispiel schlicht nicht möglich. Hier gibt es längst bekannte Defizite, die nun schleunigst ebenfalls behoben werden müssen.

BVOU-Landesvorsitzender sieht Entwicklung insgesamt positiv

Die Digitalisierung schreitet voran und das ist gut“, kommentiert Dr. Roland Tenbrock, Landesvorsitzender Nordrhein, das DVG gegenüber den Orthopädische Nachrichten. Aber es sei „Gutes und Schlechtes“ dabei. Vieles würde „ohne die richtige Sicherung“ umgesetzt. So seien etwa die Standards für digitale Gesundheitsanwendungen niedriger als bei Medikamenten, da sie nur den Standards von Medizinprodukten entsprechen müssen. „Eine falsche Software kann fatale Folgen haben – wie man am Beispiel des Boeing-Absturzes sehen kann. Auch für Gesundheits-Apps gilt: Wenn die Software nicht stimmt, wird der Patient falsch beraten und er kann einen Schaden davontragen“, betont Tenbrock.

Quelle: VKD, Orthopädische Nachrichten



Dr. Roland Tenbrock

Online Marketing heute – die Wege des Patienten im Internet

Kommt ein Patient in Ihre Praxis, hat er oft bereits einen langen Weg hinter sich – den er im Internet zurückgelegt hat. Denn vor dem Besuch in der orthopädischen Praxis steht zunächst die Suche nach einem passenden Orthopäden – und mehr als 70% der Patienten suchen im Internet nach einem neuen Arzt.



Viele Wege führen nach Rom – aber auch zu Ihrer Praxis? Der Weg des Patienten im Internet verläuft nicht linear – und im Online Marketing gibt es verschiedenste Möglichkeiten, diesen zu leiten. Der Anfang ist klar: Der Patient gibt in der Google-Suchleiste ein Suchwort, ein sogenanntes Keyword, ein – das sich meist aus Berufsbezeichnung und Ort zusammensetzt, zum Beispiel „Orthopäde Böblingen“. Im besten Fall ist Ihre Website so optimiert, dass Sie unter dem entsprechenden Keyword ganz oben in den organischen Suchanzeigen erscheint (organische Suche ist der unentgeltliche Teil der Suchergebnisse bei Google, der durch gute Suchmaschinenoptimierung beeinflusst wird). Das ist nicht immer leicht – gerade in Ballungszentren sind die wichtigen Keywords teils hart umkämpft.

Es gibt nun mehrere Möglichkeiten, wie Sie den Patienten auf Ihre Website führen können:

Google Ads: Die ersten Plätze auf Seite eins bei Google sind begehrt und umkämpft. Hier wird viel Geld für eine gute Platzierung ausgegeben, denn insgesamt 80% der User klicken ausschließlich auf die ersten drei Suchergebnisse – Platz vier wird nur noch von rund 5% angeklickt.

Mit einer Anzeige bei Google Ads erscheint die eigene Praxiswebsite sogar über den organischen Suchergebnissen von Google. Hier kann auch gut Aufmerksamkeit für einzelne Leistungen generiert werden, die Sie in Ihrer Praxis gerne verstärkt anwenden würden – wie beispielsweise die Stoßwellentherapie (Abb.).

Auch wenn Anzeigen bei Google Ads eine gründliche Suchmaschinenoptimierung der Website nicht ersetzen können, tragen sie doch zu deren Auffindbarkeit entscheidend bei. Die Herausforderung ist eine kurze und knackige Formulierung der Anzeigen – denn die Zeichen sind begrenzt und es gibt diverse Restriktionen zu beachten.

Im Gegensatz zu einer Anzeige in einer Tageszeitung sieht man bei Google Ads genau, auf welches Keyword wie viele Personen angesprungen sind – also wie oft eine Anzeige gesehen und angeklickt wurde und wie viel jeder einzelne Klick gekostet hat. Ebenfalls ist ersichtlich, wer über die Anzeige in Ihrer Praxis angerufen oder das Kontaktformular Ihrer Website genutzt hat. Somit hat man die optimale Kostenkontrolle.

Orthinform: Gerade bei speziellen Suchanfragen, die der potenzielle Patient bei Google eingibt, landet er häufig auf der Plattform Orthinform des BVOU (Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie). Hier werden ihm zu seiner Suchanfrage passende Ärzte in seiner Nähe vorgeschlagen – eine große Chance für alle, die ein komplett ausgefülltes Orthinform Profil inklusive Profilbild haben, denn nur diese werden angezeigt. Bilder und Informationen über Leistungsspektrum und Sprechzeiten, ein Jameda-Siegel sowie ein Link auf die Praxiswebsite – all das kann der Patient auf der Plattform finden. Das Portal ist für alle BVOU-Mitglieder kostenfrei verfügbar.

Und ein Profil bei Orthinform hat einen weiteren Vorteil: Durch die Verlinkung der eigenen Website entsteht ein Backlink – und Backlinks sind ein entscheidender Faktor für ein gutes Google Ranking.

Google My Business: Befindet sich der Patient in der Nähe Ihrer Praxis, also in der gleichen Stadt oder bei größeren Städten im gleichen oder angrenzenden Stadtviertel, dann können Sie ganz oben in den regionalen Suchergebnissen erscheinen. Dazu benötigt es ein gut gepflegtes Google My Business Konto – denn bei der Platzierung in den regionalen Suchergebnissen zählen die hier hinterlegten Informationen, Beiträge und Bewertungen. Daneben spielt auch das Google Ranking Ihrer Website eine Rolle.



Social Media: Weltweit sind rund 78% aller Internetuser in den Sozialen Medien aktiv. Potenzielle Patienten sind ständig mit ihren Freunden in Kontakt – egal ob in der Bahn, im Café oder auf dem eigenen Sofa. Damit ist die Reichweite der Sozialen Medien gigantisch – es können so viele Menschen erreicht werden, wie nie zuvor und nirgendwo sonst.

Mit einer Präsenz in den Sozialen Netzwerken kann man zeigen, dass man mit dem Zeitgeist geht. Vor allem empfiehlt es sich jedoch, durch Anzeigen Aufmerksamkeit zu generieren. Der Vorteil bei Anzeigen in den Sozialen Medien: Man kann die Zielgruppe sehr genau selbst auswählen, zum Beispiel nach Alter oder Interessen – und erreicht so garantiert die Richtigen, die dann auf die eigene Praxiswebsite gelenkt werden können.

Eine professionelle Website – die Grundlage des Online Marketings

Google Ads, Orthinform, Google, My Business, Social Media – alle diese Maßnahmen führen den potenziellen Patienten letztendlich auf Ihre Website. Durch den Eindruck, den Besucher im Netz gewinnen, ziehen sie Rückschlüsse auf die Professionalität der Praxis. Steuern Sie diesen Eindruck mit einer strukturierten, vertrauenswürdigen und rechtlich sicheren Praxiswebsite. Damit machen Sie Patienten auf sich aufmerksam und können sie für Ihre Praxis gewinnen. Aber nicht nur das – positionieren Sie sich als attraktiver Arbeitgeber und begeistern Sie potenzielle Mitarbeiter für sich.

Um mit der eigenen Praxiswebsite zu überzeugen, sind mehrere Komponenten ausschlaggebend:

Ein Corporate Design vermittelt Professionalität:

Ein stimmiger und professionell wirkender Internetauftritt wird maßgeblich über das Corporate Design bestimmt. Das heißt, das Design von Praxiswebsite und reeller Praxis sollte übereinstimmen. Wird hier mit denselben Farben und Logo gearbeitet, steigert das den Wiedererkennungswert,

erleichtert dem Patienten so die Orientierung und schafft durch die professionelle Wirkung Vertrauen.

Diese Inhalte sind für Patienten wichtig:

- ▶ Sprechzeiten, Kontaktdaten und Anfahrtsskizze
- ▶ Informationen zu den Leistungen und zum Orthopäden/Unfallchirurgen
- ▶ Fotos von Arzt, Team und Praxis

Zudem ist ein korrektes Impressum sowie eine DSGVO-konforme Datenschutzerklärung Pflicht, da ansonsten Bußgelder drohen. Den Inhalt des Impressums regelt der §5 des Telemediengesetzes, die Angaben können je nach Rechtsform der Praxis und dem jeweiligen Bundesland variieren.

Orientierung und Vertrauen durch Praxisfotos und gute Texte:

Gerade Neupatienten werden nur dann Kontakt aufnehmen, wenn sie Sympathie und Vertrauen empfinden. Dies vermitteln ansprechende Fotos und gut aufgebaute Texte. Am besten ist es, eigenes oder von einem Dienstleister erstelltes Material zu verwenden, da das Nutzungsrecht stets nachweisbar sein muss. Gerade von einem guten Fotografen aufgenommene Bilder wirken durch den einheitlichen Stil um einiges professioneller als gekaufte Stockbilder und spiegeln Ihre Praxis authentisch wider. Bei den Texten ist es wichtig, patientengerechte Texte zu verwenden – zu viele Fachwörter mögen weder Patienten noch Suchmaschinen.

Flexible Darstellung auf PC, Tablet und Smartphone:

Der Benutzer hält sich nicht lange mit schlecht dargestellten Inhalten auf – kann er auf eine Seite nicht einfach per Tablet oder Smartphone zugreifen, wird sie rigoros weggeklickt. Deshalb muss das Layout der Website so flexibel gestaltet sein, dass der Zugriff von allen Endgeräten gleichbleibend benutzerfreundlich ist, das heißt, die Inhalte sich dem jeweiligen Gerät anpassen.

Bei Einbeziehung von Design, Inhalten und rechtlichen Regelungen kann nichts mehr schiefgehen – und eine 24 Stunden Erreichbarkeit Ihrer Praxis ist gesichert.

Sie haben den Patienten im Internet auf Ihre Seite geführt und von der Professionalität Ihrer Praxis überzeugt – damit ist bereits ein großer Schritt getan. Erleichtern Sie dem Patienten den Weg von der Website in die Praxis, indem Sie eine Online-Terminvergabe auf Ihrer Website anbieten. Diese bietet Flexibilität und Transparenz – und wird gerade von jüngeren Patienten dankend angenommen.

Es ist ganz einfach: Wer nicht gefunden wird, existiert nicht. Leiten Sie den Weg des Patienten im Internet – auf Ihre Website und schließlich in Ihre Praxis.

Dipl. Ing. Dominik Hübner,
Geschäftsführer DesigneryHealth
– Agentur für Praxismarketing

Mehr Profil im Netz für Ihre Praxis und Klinik: Das Profil+ von Orthinform

Orthinform wurde vor 2 Jahren auf dem DKOU vorgestellt. Seither hat sich das Patientenportal für Orthopädie und Unfallchirurgie im Netz etabliert und verzeichnet monatlich um die 100.000 Besucher. Damit liegt Orthinform auf Kurs mit dem Ziel, die orthopädisch-unfallchirurgische Gemeinschaft in der Öffentlichkeit zu stärken und mit einem eigenen Sprachrohr in Richtung Patienten auszustatten.

Mit dem neuen, erweiterten Profil auf Orthinform können Mitglieder des BVOU ihre Präsenz im Internet zusätzlich ausbauen. Gleichzeitig besteht nun auch für Gemeinschaftspraxen und Kliniken die Möglichkeit, die gesamte Leistungsfähigkeit und Kompetenz des Teams auf Orthinform zu präsentieren.

Das Patientenportal Orthinform hat es mit einer Mischung aus aktuellen Informationen zu Erkrankungen und Therapieoptionen des muskuloskelettalen Systems und einer qualifizierten, neutralen Arztsuche geschafft, sich bereits ein Jahr nach seiner Eröffnung in die Liste der am häufigsten besuchten Portale für die Prävention und Behandlung von Erkrankungen des Bewegungsapparates vorzuschieben. Seit Herbst 2018 frequentieren ca. 100.000 Besucher monatlich unsere Seite.

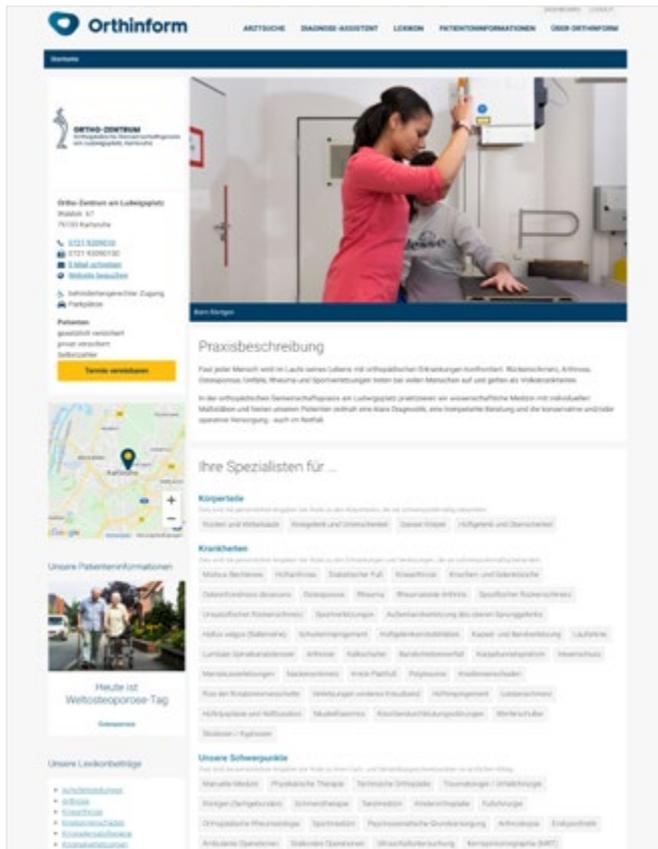
Orthinform-Nutzer suchen primär nach Informationen über spezifische Erkrankungen und werden im Lexikon sowie bei den Fachbeiträgen fündig. Im Kontext dieser wertvollen Sachinformationen werden dem Nutzer immer regionale Experten angezeigt, die diese Krankheiten behandeln und spezifische Kompetenzen dafür angegeben haben. Ein Besucher aus München erhält also je nach gesuchter Erkrankung oder Behandlungsmethode Empfehlungen aus seinem Umkreis. Diese unterscheiden sich von der Expertenliste zur selben Erkrankung, die ein Nutzer aus Köln, Düsseldorf, Berlin oder Hamburg erhält, wenn er sich auf Orthinform informiert.

Das persönliche Profil – Ihre Visitenkarte im Netz

Ihr Basisprofil wartet

Orthinform erstellt Expertenempfehlungen automatisch aus dem persönlichen Orthinform-Profil, das jedes BVOU-Mitglied selbst pflegen und aktualisieren kann. Hier können sowohl die eigenen Fachkompetenzen, als auch Zusatzweiterbildungen, Qualifikationen und Zertifikate hinterlegt werden. Ganz wichtig für die eigene Präsenz auf Orthinform ist auch das eigene Profilbild, ohne das man in vielen Listen und Empfehlungen gar nicht oder erst am Ende auftaucht.

Damit wird Orthinform zum Mitmachportal. Jedes BVOU-Mitglied kann durch simple Aktualisierung des



eigenen Profils dazu beitragen, das gesamte Portal zu stärken und profitiert unmittelbar von der regionalen Aufmerksamkeit, die damit und mit der Auswahl passender Informationen zu den eigenen Kompetenzen automatisch verbunden ist.

Neu: Profil+ für noch mehr Präsenz

Haben Sie Ihr Basisprofil auf Orthinform ausgefüllt und ein Profilbild hochgeladen, qualifizieren Sie sich für das erweiterte Profil+. Damit haben Sie noch mehr Möglichkeiten, sich und Ihr Leistungsspektrum individuell zu präsentieren:

1. Fotogalerie
2. Videoupload
3. Individueller Textblock
4. Verlinkung auf alle Fach- und Lexikonbeiträge, die Sie auf Orthinform veröffentlicht haben.

Das Profil+ ist eingebettet und Orthinform bereits so viel wert wie eine eigene kleine Webseite. Und durch Integration von digitalen Dienstleistungen wie Online-Terminvergabe und Videosprechstunde können sie es noch weiter ausbauen. Ihre Patienten schätzen diese und weitere Services rund um ihre Sprechstunde sehr.

Neu: Profil+ für Institutionen

Ebenfalls neu auf Orthinform ist das Profil+ für Institutionen. Sobald mindestens 2 leitende Mitarbeiter über ein

vollständiges Orthinformprofil inkl. Profilbild verfügen, wird zusätzlich zum persönlichen Profil+ auch ein ebensolches für die eigene Gemeinschaftspraxis oder Klinik generiert.

Hier laufen die persönlichen Kompetenzen und angebotenen Behandlungsmethoden aller Mitarbeiter zusammen und werden für das Profil+ der Einrichtung aufsummiert. So präsentiert das Profil+ das komplette Leistungsspektrum Ihrer Institution. Gleichzeitig wird auf das Profil jedes Teammitglieds verlinkt.

Auch hier kann das Profil mit individuellen Zusatzinformationen wie Fotogalerie, Videos, individuelle Texte usw. ergänzt werden. In der Summe mit ggf. vorhandenen Fach- und Lexikonbeiträgen von Teammitgliedern sowie dem erweiterten Leistungsspektrum ergibt das Profil+ bei aktiven Institutionen eine eindrucksvolle Präsenz auf Orthinform, die der eigenen Webseite in nichts nachsteht, jedoch sehr viel weniger Aufwand benötigt.

Orthinform-Profil-Service: Wir machen das für Sie!

Keine Zeit für die Erstellung und den Ausbau Ihres Orthinform-Profiles? Dann lassen Sie sich vom Team des BVOU unter die Arme greifen!

Gern aktualisieren wir Ihr persönliches Profil nach Ihren Wünschen und Vorgaben. Wir nutzen dazu im ersten Schritt die verfügbaren Angaben in unserer Mitgliederdatenbank sowie von Ihrer Praxis- oder Klinikwebseite und ergänzen die von Ihnen bereitgestellten Inhalte wie Fotos, Videos und Texte.

Dieser Top-Service für Ihre professionelle Präsenz im besucherstarken Patientenportal für Orthopädie und Unfallchirurgie wird mit einer einmaligen Servicepauschale von 200€ zzgl. MwSt. abgegolten.

Orthinform – Service für die O&U-Gemeinschaft

Wir entwickeln Orthinform Schritt für Schritt zu einem Ökosystem für Dienstleistungen rund um die ambulante und stationäre Versorgung von Patienten mit Erkrankungen des Bewegungsapparates weiter. Es unser Ziel, Praxen und Kliniken auf dem Weg in die Digitalisierung des Gesundheitssystems mit einfach anzuwendenden Dienstleistungen zu unterstützen und die Vernetzungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung voranzutreiben.

Digitalisierung und Service für Ihre Patienten

Im Dashboard von Orthinform können Sie neben der Aktualisierung Ihres Profils sowie Ihrer Profil+ - Einträge zusätzliche Dienstleistungen für Ihre Praxis oder Klinik sowie für Ihre Homepage hinzubuchen. Diese sind oft mit Sonderkonditionen für BVOU-Mitglieder verbunden und werden zum Teil automatisch in Ihr Orthinform-Profil integriert.

Dies trifft z.B. für die Online-Terminvergabe und die Videosprechstunde zu. Mit letzterer starten wir auf Orthinform einen bundesweiten Expertenservice, der es unseren Besuchern ermöglicht, mit Experten eine kostenpflichtige Beratung per Videosprechstunde zu vereinbaren. Die darüber angebotenen Dienstleistungen legen Sie selbst fest, ebenso den Preis.

Auch Aufklärungsbögen bis hin zur Online-Videoaufklärung können über das Dashboard zu Sonderkonditionen gebucht und in das Orthinform-Profil oder die eigene Homepage integriert werden.

Viele unserer etablierten Angebote wie Kinesiotapes, Röntgenpässe, Praxis-Poloshirts und die beliebten Orthinform-Patientenpflaer für das Wartezimmer sind ebenfalls über das Orthinform-Dashboard bestellbar.

Expertensprechstunde bundesweit

Demnächst startet auf Orthinform in Kooperation mit der Deutschen Arzt AG, unserem Partner für die Videosprechstunde, ein bundesweiter Service mit Expertensprechstunden. Zu ausgewählten Erkrankungen des Bewegungsapparates können Orthinform-Nutzer Experten suchen oder direkt auf speziellen Deutschlandkarten auswählen. Anschließend kann ein kostenpflichtiger Beratungstermin per Videosprechstunde bei diesem Experten gebucht werden.

Interessierte Kolleginnen und Kollegen benötigen neben einem komplett ausgefüllten Orthinform-Profil (besser ein Profil+) als technologische Grundausstattung die Videosprechstunde der DAAG. Dabei handelt es sich letztlich um eine App, die auf gängigen Tablets genutzt wird, die z.B. über WLAN oder UMTS ans Internet angeschlossen sind.

Die Videosprechstunde ist ab knapp 30€ monatlich direkt im Dashboard von Orthinform buchbar und wird automatisch in Ihr Orthinform-Profil integriert. Dort legen Sie Ihre Leistungen, Preise sowie verfügbare Termine fest. Und schon können Sie starten. Orthinform-Nutzer klicken einfach auf den blauen Button der Sprechstunde.online und können einen Beratungstermin bei Ihnen buchen. Genauso einfach läßt sich die Videosprechstunde auch in Ihre eigene Homepage integrieren.

Selektivverträge

Der BVOU hat mit einzelnen gesetzlichen und privaten Krankenkassen Selektivverträge geschlossen. Einige sind regional begrenzt, andere bundesweit gültig.

Beispielsweise gilt dies für den Vertrag zur spezialisierten konservativen Therapie bei Gonarthrose und Coxarthrose, den wir gemeinsam mit der DAAG weiterentwickeln. Hier bauen wir auf eine enge Zusammenarbeit zwischen Orthopäden und Physiotherapie und können eindrucksvolle Ergebnisse vorweisen. In diesem Jahr haben sich einige große Ersatzkassen wie Barmer und DAK sowie einige BKKen entschlossen, den Vertrag

bundesweit auszurollen. Damit wird er für Kolleginnen und Kollegen in ganz Deutschland interessant.

Orthinform unterstützt diesen und weitere Selektivverträge mit speziellen Deutschlandkarten, die alle teilnehmenden Ärzte aufzeigen. Parallel informieren wir auf Orthinform über die verteilte dieser Verträge für den Patienten und bringen so interessierte Nutzer und teilnehmende Ärzte zusammen.

Weitere Verträge und regionale Initiativen werden derzeit verhandelt und werden wie die aktuell bestehenden Vereinbarungen direkt über das Dashboard von Orthinform für alle Mitglieder verfügbar gemacht. Mit wenigen Klicks kann man sich in die Verträge einschreiben und wird automatisch in entsprechende Ärztelisten auf Orthinform aufgenommen.

Orthinform – Das WIR stärken und Kräfte bündeln

Mit Orthinform verfolgt der BVOU ein zentrales Ziel: Die Präsenz von Orthopäden und Unfallchirurgen im Netz zu erhöhen und durch die Fusion von Patienteninformation und Arztsuche ein neues Niveau für Nutzer von Gesundheitsinformationen zu schaffen. Die hohen Besucherzahlen bestätigen, dass es dafür einen erheblichen Bedarf gibt.

Alle Dienstleistungen und die Nutzung von Orthinform, des Basisprofils sowie des Profil+ ist für Mitglieder des BVOU kostenfrei verfügbar. Wollen Sie ähnliche Dienstleistungen beispielsweise bei Jameda, nach eigenen Angaben Deutschlands größte Arztauskunft, buchen, sind sie jährlich mit Beträgen zwischen 1.000–2.000€ dabei.

Im Vergleich dazu fällt der jährliche BVOU-Mitgliedsbeitrag kaum ins Gewicht, zumal eine Mitgliedschaft im Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie noch viel mehr zu bieten hat. Von der Berufs-Rechtsschutzversicherung über den reduzierten Eintritt bei DKOU und ADO-Seminaren bis zu den vielfältigen Informations- und Beratungsleistungen.

Jedes Mitglied kann seinen Beitrag zur Stärkung unserer Gemeinschaft leisten. Aktualisieren Sie Ihr Profil in Orthinform, laden Sie ein Profilbild hoch und zeigen Sie, was Sie können. Sie profitieren davon unmittelbar selbst und potenzieren die Relevanz von Orthinform bei Google & Co.

Dr. Jörg Ansorg
Geschäftsführer des BVOU

Patienteninformation aus erster Hand: kompakt und verlässlich!

Mit Orthinform wollen wir nach innen den Gemeinschaftsgedanken in O&U leben und nach außen die Themenführerschaft im Internet zu Fragen rund um Gesundheit und Erkrankungen des Bewegungsapparates übernehmen. Auf dieser Doppelseite finden Sie auf einen Blick, welchen Beitrag Kolleginnen und Kollegen in den letzten Wochen auf Orthinform geleistet haben, um Patienten alles Wissenswerte zu ausgewählten Krankheitsbildern oder Gesundheitsthemen zu vermitteln.



Sex mit künstlichem Hüftgelenk – worauf müssen Paare achten

Jährlich werden in Deutschland ca. 200.000 künstliche Hüftgelenke eingesetzt. In der Nachbehandlung werden den Patienten viele Ratschläge zur täglichen Lebensführung, Haushalt und Sport gegeben. Nur zum Liebesleben erhalten die Patienten wenig oder nur unzureichende Information. Gemäß einer Literaturrecherche sprechen 80% der ärztlichen Kollegen mit ihren Patienten, die ein künstliches Gelenk erhalten haben, nicht über Sex.



Wirbelsäulenverkrümmung Morbus Scheuermann

Beim Morbus Scheuermann oder auch bei der Scheuermann-Krankheit (Adoleszentenkyphose, juvenile Kyphose), handelt es sich um eine Wachstumsstörung der jugendlichen Wirbelsäule mit vermehrter Rundrückenbildung im Bereich der Brustwirbelsäule.



Skoliose – Deformität der Wirbelsäule

Die Skoliose (griechisch: skolios = krumm) ist eines der am längsten bekannten orthopädischen Leiden. Es handelt sich hierbei um eine dreidimensionale Deformität mit einer Seitverbiegung und Rotation der Wirbelsäule bei gleichzeitiger Verdrehung der Wirbelkörper.



Kinder und Sport

– Spielerisch den Anfang machen

Kinder sind keine kleinen Erwachsenen. Das gilt auch und gerade im Sport, wo Training und hohe Beanspruchung in sehr jungen Jahren zu Überlastungssyndromen führen können. Wer weiß, wie diese entstehen, weiß auch, wie er sie vermeiden kann.



Rückenfit – Die Übung der Woche: Dehnung der Hüftbeuger

Rückenschmerz ist eine Volkskrankheit. Weit über zwei Drittel aller Deutschen sind betroffen. „Gezieltes Rückentraining schon vom Kindesalter an ist der wirksamste Schutz vor späteren Rückenbeschwerden“, sagt Prof. Dr. Joachim Grifka (Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Regensburg).



Stoßwellentherapie als Alternative zur Operation

Wenn die Schulter in der Nacht schmerzt und das vom Schlafen abhält oder Haare kämmen nahezu unmöglich erscheint – dann kann eine Kalkschulter die Ursache sein. Bei Kalkansammlungen, die starke Schmerzen verursachen, wird den Patienten manchmal zur Operation geraten.



Rückenschmerz als umfassende medizinische Herausforderung

Immer mehr Menschen sind überfordert, gestresst, ernähren sich ungesund, legen an Gewicht zu und merken, wie ihre Leistungsfähigkeit stetig abnimmt. Oft geht diese Entwicklung mit chronischen Beschwerden und Schmerzen einher. Ein Teufelskreis beginnt und selbst kleinste Anforderungen werden irgendwann zu einer großen Belastung.



E-Roller, Fahrrad und Co: Straßenverkehr erfordert mehr Aufmerksamkeit

„Tschüss Handy, bin jetzt im Straßenverkehr unterwegs.“ Das sollte sich jeder Verkehrsteilnehmer bewusst machen, bevor er sich in den öffentlichen Verkehrsraum begibt. Denn durch die Ablenkung steigt das Unfallrisiko massiv an und es kommt immer wieder zu schweren Zusammenstößen.



Faszination Marathon

Stadtväter scheinen es heute als Qualitätskriterium für ihre Kommune anzusehen, einmal im Jahr einen Marathon auszurichten. Warum hat dieser Lauf, der bis vor nicht allzu langer Zeit einer als verschoben geltenden Gruppe gesellschaftlicher Außenseiter vorbehalten schien, einen solchen Siegeszug angetreten? Was bringt Menschen dazu, sich freiwillig dieser Strapaze zu unterziehen?



Kinesiologisches Taping bei einem Tennisarm

Bei einem Tennisarm handelt es sich um eine Sehnen- und/oder Muskelentzündung der Streckmuskulatur der Hand oder Finger. Bei den verschiedenen Tennisarmformen und -typen, ist der Bereich einer Strecksehne am Knochen die am häufigsten vorkommenden Form.

↪ Weitere Informationen finden Sie auf www.orthinform.de/patienteninformationen



Vorteile im Vergleich: Orthinform/Jameda

	Jameda				BVOU
	Basis-Zugang kostenlos	Gold 69€ pro Monat	Gold Pro 99€ pro Monat	Platin 139€ pro Monat	Orthinform Kostenfrei für BVOU-Mitglieder
Basis-Funktionen					
Persönliche Daten ändern	•	•	•	•	•
Bei Bewertungen benachrichtigt werden & kommentieren	•	•	•	•	
Leistungsübersicht im Profil darstellen	•	•	•	•	•
Ihr Profil im Portal					
Persönliches Portraitbild hinterlegen		•	•	•	•
Individuelle Inhalte und Bilder auf Profil veröffentlichen		•	•	•	•
Eigene Praxis-Homepage hinterlegen		•	•	•	•
Artikel im Experten-Ratgeber publizieren		begrenzt	begrenzt	•	•
Prominenter Anzeigenplatz für Ihr Fachgebiet		buchbar	buchbar	buchbar	Keine Hervorhebung gegen Bezahlung
Prominenter Anzeigenplatz für relevante Suchen				•	
Ihr Eintrag auf der jameda Startseite				•	
Eigene Videos im Profil darstellen				•	•
Individuelles Panoramabild hochladen				•	•
Bessere Auffindbarkeit bei Google					
Mit dem Profil bei Google auf Seite 1 gefunden werden (95% der Kunden)		•	•	•	Keine Hervorhebung gegen Bezahlung
Die Auffindbarkeit für spezielle Begriffe stark verbessern				•	•
Exklusive Inhalte & individuelle Betreuung					
Profil-Service (Ersteinrichtung durch BVOU)		•	•	•	200€
Persönlicher Ansprechpartner und kostenlose Hotline				•	•
Integration ausgewählter Informationen aus dem Orthinform-Pool auf eigener Profilseite					Kostenpflichtig buchbar
Microsite für Gemeinschaftspraxen und Kliniken					•
Online-Terminvergabe					
Termine online auf Portal und Praxis-Website vergeben			•	•	ab 9,90€ pro Monat
Individueller Support durch persönlichen Ansprechpartner			•	•	
Videosprechstunde					
Patienten per Videosprechstunde versorgen			•	•	ab 29€ pro Monat
Termine zur Videosprechstunde vergeben			•	•	
Individueller Support durch persönlichen Ansprechpartner			•	•	



Ärzte wehren sich erfolgreich gegen „Zwangslistung“ bei Jameda

Im Frühjahr dieses Jahres haben drei Gerichte unabhängig voneinander entschieden: Ärzte und Heilpraktiker müssen das ungewollte Anlegen von sogenannten Basis-Profilen auf dem Artbewertungsportal Jameda nicht dulden. Zwei Kammern des Landgerichts Bonn und das Landgericht Wuppertal gaben damit den Klagen zweier Zahnärzte und einer Heilpraktikerin gegen Jameda Recht, die sich wegen der fehlenden Zustimmung zur Nutzung ihrer Daten auf dem Portal auf die Verletzung des Datenschutzrechts berufen hatten. Jameda kämpft allerdings weiter um sein Geschäftsmodell und hat gegen die Entscheidungen Berufung eingelegt.

Dr. Frauke Schmid-Petersen, HÖCKER Rechtsanwälte

Der komplette Beitrag ist zu lesen unter:
bit.ly/2MTj7f4



Jameda-Bewertung bei nicht nachgewiesenem Kontakt zu Praxispersonal unzulässig

Das LG Meiningen hat in einem aktuellen Urteil nochmals klargestellt, dass die Bewertung eines Arztes auf einer Ärztebewertungsplattform ohne nachgewiesenen Behandlungskontakt unzulässig ist.

Das Gericht folgt damit der Rechtsprechung des BGH (BGH, Urteil v. 1.3.2016, Az. VI ZR 34/15). Die bloße Forderung einer Praxisbeschreibung und der Benennung des Behandlungsmonats und -jahres reicht dazu nicht aus (LG Meiningen, Urteil v. 15.5.2019, Az. (117) 2 O 274/19).

Arno Lampmann, Rechtsanwalt, Köln

Der komplette Beitrag ist zu lesen unter:
bit.ly/2KKYINz

Abgestimmte Mannschaftsleistung führt zum DMP Rückenschmerz

Am Beispiel des DMP Chronischer Rückenschmerz haben DGOU und BVOU gezeigt, wie man mit gutem Zusammenspiel, Teamgeist und einem langen Atem etwas erreichen kann – wenn man es denn will. Wegbeschreibung zu einer reifen Mannschaftsleistung.

Wie holt man einen 0:3-Rückstand auf? 0:3 lag der FC Liverpool nach dem Hinspiel gegen den FC Barcelona hinten. Nur die allerwenigsten hatten daran geglaubt, dass es das Team von Jürgen Klopp noch drehen kann – und dann passierte es: Tor um Tor fiel an der Anfield Road, bis es nach 90 Minuten 4:0 hieß – die Liverpools hatten es geschafft – wer das Spiel gesehen hat, vergisst es nie! Der beste Einzelspieler, Lionel Messi, hatte das Hinspiel geprägt, aber die geschlossene Mannschaftsleistung, Taktik und Psychologie des FC Liverpool setzten sich am Ende durch. Fußball und Berufspolitik – eines haben sie zumindest gemeinsam: Wenn man etwas erreichen will, dann geht das nur mit gutem Zusammenspiel, Teamgeist und langem Atem. Wir wollen anhand des DMP Chronischer Rückenschmerz vorzeigen, wie so eine Mannschaftsleistung im Bereich O und U aussehen kann.

Strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) legt nach § 91 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Richtlinien geeignete chronische Krankheiten fest, für die strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt werden sollen. 2002 wurden diese erstmals gemäß § 137f Abs. 2 SGB V für Diabetes Typ 1 und 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit (KHK) und chronische obstruktive Atemwegserkrankungen erstellt. 2005 wurde die chronische Herzinsuffizienz als weitere geeignete Erkrankung identifiziert und modular in das DMP KHK integriert.

Am 20. Februar 2014 beschloss der G-BA in seiner Sitzung eine Bekanntmachung zur Beratung der Festlegung weiterer geeigneter chronischer Krankheiten für strukturierte Behandlungsprogramme gemäß § 137f Abs. 1 SGB V.

Chronik des DMP Chronischer Rückenschmerz

Fristgerecht am 2. Mai 2014 hatten der BVOU, die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC), die DGOU, die Sektion Schmerz der DGOU – die Interdisziplinäre Gesellschaft für orthopädisch/unfallchirurgische und allgemeine Schmerztherapie (IGOST), die Sektion Wirbelsäule der DGOU, die Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG) unter Federführung der DGOOC einen Antrag „Notwendigkeit zur Einrichtung eines Disease Management Programms (DMP) Chronischer Kreuzschmerz“ eingereicht. Der G-BA fasste daraufhin am 21. August 2014 den Beschluss zur Beauftragung des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu „Leitlinienrecherchen zu den Diagnosen chronische Herzinsuffizienz, rheumatoide Arthritis, Osteoporose und chronischer Rückenschmerz“. Die Fertigstellung der Endberichte sollte zum 31. März 2016 erfolgen.

Das IQWiG veröffentlichte am 21. Juli 2015 einen Vorbericht der Bewertung der systematischen Leitlinienrecherche und -bewertung sowie eine Extraktion relevanter Empfehlungen für ein DMP Chronischer Rückenschmerz. Anfang 2016 oblag es dann dem G-BA, die entsprechende Verordnung dazu auszuarbeiten. Es galt nun, den medizinischen Stand des Wissens zum Thema Chronischer Rückenschmerz“, wie er sich vor allem in der Nationalen Versorgungsleitlinie Chronischer Kreuzschmerz wiederfindet, in die engen gesetzlichen Vorgaben eines DMP, wie sie in § 137 SGB V niedergeschrieben sind, einzupassen. Diese machen es beispielsweise unmöglich, dass ein umfassendes interdisziplinäres Assessment, wie es die Nationale Versorgungsleitlinie zur Prävention der Chronifizierung fordert, im Rahmen eines DMP finanziert wird. An dieser Stelle trifft der Wunsch nach einer besseren Versorgung auf die harte Realität des Kassen-

arztwesens. Trotzdem wäre es fatal, die Chancen, die ein DMP bietet, nicht zu nutzen.

Es wird klar, warum es einer Fachgesellschaft und eines Berufsverbandes bedarf, um so ein Projekt umzusetzen, besteht doch der Arbeitsschwerpunkt eines Berufsverbandes genau darin, den Ärzten in Krankenhaus und Praxis optimales Arbeiten zu ermöglichen und zwar sowohl in medizinischer als auch in finanzieller Hinsicht. Beim DMP Chronischer Rückenschmerz erfolgte eine solche Kooperation, in dem sich eine Expertengruppe von DGOU und BVOU, bestehend aus Prof. Dr. Bernd Kladny, Prof. Dr. Marcus Schiltewolf und Dr. Burkhard Lembeck zusammenfand, um schon vor Beginn der Gremienarbeit im G-BA einen konkreten Verordnungstext zum DMP Rücken zu entwerfen. Ein Austausch mit den Experten der KBV, der Hausärzteschaft und anderen KVen bereits im Vorfeld erwies sich dabei als hilfreich. Mit ihrer Erfahrung bei Etablierung und Umsetzung von DMP waren wir in der Lage, potenzielle Fallstricke und Konfliktfelder beim DMP Rückenschmerz zu identifizieren. Es war schnell klar, dass es hier um die Einschreibekriterien, die Rolle des koordinierenden Arztes und die Schulungsprogramme gehen würde. Dieses Wissen und unsere Zielvorstellungen mündeten dann in eine vollständig ausgearbeitete Version eines DMP Rückenschmerz, die zu Beginn der Gremienarbeit im G-BA die Basisversion lieferte.

Krankenkassen waren ablehnend

Eine besondere Problematik des DMP Rückenschmerz: Von Krankenkassenseite her wurde keine Existenzberechtigung zugesprochen. Auch die Deutsche Krankenhausgesellschaft äußerte initial starke Bedenken, ob ein solches DMP Sinn machen würde. Weiterhin waren die Vorstellungen von hausärztlichen und Patientenvertretern mit unseren Ausarbeitungen nicht immer deckungsgleich. Dementsprechend war es ein extrem mühsamer, langwieriger und zum Teil frustrierender Arbeitsprozess, der sich über viele Sitzungen im Bereich der Arbeitsausschüsse hinzog. Erschwerend kam hinzu, dass es im Bereich der Krankenkassen ganz offensichtlich eine uneinheitliche Sichtweise gab, sodass man sich beim kleinsten gemeinsamen Nenner, dann oft auf ein „Nein“ einigte.

In der Nachbetrachtung muss als stärkster Trumpf unseres Teams gelten, dass wir uns im Vorhinein darauf geeinigt hatten, welche Verbesserungen für die Versorgung unserer Rückenschmerzpatienten im Rahmen eines DMP möglich sind – kein Wolkenkuckucksheim, keine Lobbyistenforderung, sondern auf ein konkretes Versorgungsziel. Dafür konnten wir viele Beteiligte gewinnen, allein die Krankenkassen blieben bei ihrer ablehnenden Haltung, insbesondere beim Thema Schu-

lungen. Auch in ihrem letzten Entwurf zur Verordnung lehnten sie Gruppenschulungen, ein wichtiges Element aller bisherigen DMP, rundweg ab. Bis zum Schluss verblieben somit auf der Ausschussebene, insbesondere zwischen den ärztlichen Vertretern und der Krankenkassenseite jede Menge dissente Punkte. Über solche Kontroversen entscheidet dann das Plenum des G-BA, als höchste Instanz, unter Beteiligung der Unparteiischen (Vorsitzender Prof. Dr. Josef Hecken). Bevor es dazu kommt, schlägt nun wieder die Stunde der Fachgesellschaften, denen vorher die Gelegenheit der Stellungnahme zu den dissidenten Entwürfen gegeben wird, und zwar sowohl schriftlich als auch mündlich. Aufgefordert werden hierbei alle möglichen wissenschaftlichen Gesellschaften bis hin zum Verband der Heilbäderbetriebe. Selbstverständlich haben alle relevanten Gesellschaften in O und U ihr Votum abgegeben. Darüber hinaus fielen aber auch die Stellungnahmen der Allgemeinmediziner und der Schmerztherapeuten sehr überzeugend aus.

Vor dem Untersuchungsausschuss

Eine nicht zu unterschätzende Wirkung haben nach wie vor die mündlichen Stellungnahmen der Fachgesellschaften vor dem Unterausschuss. Auch hier zeigte O und U große Präsenz, was sicherlich dazu beigetragen haben dürfte, die Unparteiischen ganz überwiegend auf unsere Positionen herüberzuziehen.

Am 18. April 2019 kam es dann endlich zur entscheidenden Sitzung des Plenums im G-BA, in dem der Beschlussentwurf und die tragenden Gründe zum DMP Chronischer Rückenschmerz verabschiedet wurden. Im Wesentlichen entspricht der vorliegende Entwurf unseren Vorstellungen, wie wir sie bereits vor vier Jahren entwickelt hatten.

Punkten nur im Schluß

Ob im Fußball oder in der Berufspolitik – die Mannschaftsleistung entscheidet! In einer Mannschaft hat jeder seine Aufgabe und es hängt entscheidend davon ab, ob er sie im Sinne des Teams wahrnimmt. Ein Stürmer, der nicht verteidigt, ein Abwehrspieler, der nicht mit nach vorn geht, Viererkette, Fünferkette, im modernen Fußball geht es ohne gute taktische Abstimmung nicht. In der Berufspolitik ist es genau so: In den Fachgesellschaften ist brillantes medizinisches Wissen vorhanden – ohne Umsetzung in die Versorgung wird es aber weder Patienten noch Ärzten nutzen.

In den Berufsverbänden finden sich genug Experten zum Thema Kassenarztwesen, Bedarfsplanung, Notfalldienste und Gebührenordnungen – aber ohne das Wissen um Leitlinien, ohne Vorstellung von guter Patientenversorgung als oberstes Ziel wird ein Berufsverband keine guten Rahmenbedingungen für die Ärzte in Klinik und Praxis erreichen können. Nur die beste medizinische Versorgung wird auf Dauer auch zum besten Honorar führen! Dafür bedarf es einer feinen Abstimmung von wissenschaftlicher Gesellschaft und Berufsverband.

Die Aktivitäten bei Weiterbildung, Forschungsvorhaben, Honorarpolitik, neuen Versorgungsformen gehören engstens abgestimmt. Die Arbeit muss auf viele Schultern verteilt, die Beteiligten aber untereinander informiert und koordiniert werden – dann werden wir auch in Zukunft in O und U das Beste für unser Fach, für unsere Patienten und für uns Ärzte erreichen.



Dr. Burkhard Lembeck
Ostfildern
BVOU-Landesvorsitzender
Württemberg



Prof. Dr. Bernd Kladny,
Herzogenaurach,
Generalsekretär DGOU und
DGOOC

↳ Leitlinie Chronischer Rückenschmerz: www.g-ba.de/beschluesse/3765

Hinweise zur postoperativen Abrechnungsziffer EBM 31503

Zurzeit gibt es staatsanwaltschaftlich viele Ermittlungsverfahren in allen operativen Fächern wegen des Ansatzes der postoperativen Überwachungsziffer (EBM 31503). Was müssen operativ-tätige Kolleginnen und Kollegen beachten?

Es ist vorgeschrieben, dass die postoperative Überwachungsziffer entweder vom Operateur oder vom Anästhesisten abgerechnet werden kann. Vorschrift ist, dass hierüber nur eine mündliche Vereinbarung getroffen werden müsste, die jeweils bei der Quartalsabrechnung erwähnt werden muss.

In den letzten Jahren kam es in verschiedenen Fachgebieten zu erheblichen Doppelabrechnungen dieser postoperativen Überwachungsziffer, sowohl durch den Operateur als auch durch den Anästhesisten. Diese Fehler respektive Auffälligkeiten mit Falschabrechnung muss von der Kassenärztlichen Vereinigung automatisch an die Staatsanwaltschaft gemeldet werden. Dieses wird in den Bundesländern verschieden gehandhabt, ist aber normalerweise Verpflichtung der Landes-KVen. Aufgrund der relativ häufigen Doppelabrechnung erfolgte also die hektographische Meldung aller Fälle – auch Einzelfälle, an die zuständige Oberstaatsanwaltschaft in Frankfurt. Hierdurch erfolgten dann viele Ermittlungsverfahren gegen die betroffenen Kollegen.

Aus diesem Grunde möchte ich Ihnen empfehlen, Ihre Abrechnungen bis 01/2013 noch einmal dahingehend in Abgleichung mit Ihren Anästhesisten zu überprüfen, ob eventuell Doppelabrechnungen stattgefunden haben.

Falls Sie bei sich selbst Doppelabrechnungen feststellen, würde ich Ihnen empfehlen, dieses gegenüber der KV gemeinsam mit dem Anästhesisten anzuzeigen und eine klare Zuordnung treffen, welcher Kollege/Kollegin die postoperative Überwachungsziffer abrechnen durfte oder nicht.

Weiterhin würde ich Ihnen empfehlen, hierüber eine schriftliche Vereinbarung mit den Anästhesisten abzufassen und sie jeweils der Quartalsabrechnung beizufügen.



Dr. Gerd Rauch,
BVOU-Landesvorsitzender
Hessen

Dokumentation des Schmerzintervalls bei Akupunkturleistungen

Mit Beschluss vom 19.09.2006 hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die Akupunktur als Behandlungsmethode bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule und bei chronischen Schmerzen der Kniegelenke durch Gonarthrose in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Akupunkturleistungen können nach den Gebührenordnungspositionen (GOP) 30790 (Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur) und 30791 (Durchführung einer Körperakupunktur) EBM somit seit 01.01.2007 unter bestimmten Voraussetzungen zu Lasten der GKV abgerechnet werden.

Der für eine ordnungsgemäße Erbringung und Abrechnung zu erfüllende Leistungsinhalt beider EBM-GOPen ergibt sich gemäß der Leistungslegende aus der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V. Dies ist hier konkret die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten (QV-A). Danach ist die Durchführung der Akupunkturleistungen gemäß § 5 Abs. 1 Nr. 2 QV-A an die Maßgabe gebunden, dass eine Überprüfung stattfindet, dass vor der Akupunktur ein mindestens sechsmonatiges ärztlich dokumentiertes Schmerzintervall vorliegt.

Die geforderte Feststellung des mindestens sechsmonatigen ärztlich dokumentierten Schmerzintervalls ist damit Abrechnungsvoraussetzung für die genannten EBM-Ziffern, da die Detailregelungen des § 5 QV-A Bestandteil der Leistungslegenden sind. Allerdings ergeben sich weder aus den Vergütungsbestimmungen noch den vertraglichen Regelungen konkrete Vorgaben, wie diese qualitätssichernde Überprüfungspflicht umzusetzen ist bzw. welche Anstrengungen der Vertragsarzt vornehmen muss, damit diese erfüllt ist. Ferner stellt sich die Frage, ob das Schmerzintervall kontinuierlich bis zum Beginn der Akupunktur gegeben sein muss oder ob es auch ausreicht, wenn dieses schon gewisse Zeit zurückliegt.

Über diese Fragen hat nunmehr das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 13.02.2019 – B 6 KA 56/17 R entschieden.

Stellungnahme

Die Entscheidung des BSG bedeutet somit zum einen, dass der die Akupunktur durchführende Arzt zunächst eine Überprüfung vornehmen muss, ob unmittelbar vor Durchführung der Akupunktur ein mindestens sechs Monate andauerndes Schmerzintervall vorliegt, das ärztlich dokumentiert ist. Nur wenn ein solches feststeht, darf die Akupunktur zu Lasten der GKV bei den nach EBM und QV-A einschlägigen Diagnosen erbracht und abgerechnet werden.

Hinsichtlich der Anstrengungen, die der Arzt unternehmen muss, um dies ordnungsgemäß zu überprüfen, stellt das BSG die Anforderungen auf, dass der Arzt sich nicht auf die alleinige Befragung des – ggf. neuen – Patienten beschränken darf, sondern vielmehr die vorangegangene ärztliche Dokumentation zur Prüfung heranziehen muss. Unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Sorgfaltspflichten sowie der durch die Rechtsprechung entwickelten Grundsätze zur Arzthaftung fordert das BSG nach Ansicht des Verfassers, dass der akupunktierende Arzt beim vorbehandelnden Arzt regelmäßig einen Arztbrief anfordert, der die von diesem erhobene Anamnese, Befunde sowie die vorgenommenen therapeutischen Maßnahmen beinhaltet und der sodann vom die Akupunktur durchführenden Arzt in dessen Behandlungsdokumentation aufgenommen werden soll. Zwar könne auch die telefonische Ermittlung direkt zwischen den beteiligten Ärzten in geeigneten Fällen nach Meinung des BSG ausreichen.

Nachdem jedoch der die EBM-Leistung abrechnende Arzt die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen, somit die Vornahme der Überprüfung anhand zeitlich vorangegangener ärztlicher Dokumentation, gegenüber der KV nachweisen können muss, ist aus juristischer Sicht als rechtssicherster Weg die Anforderung eines entsprechenden Arztbriefes des vorbehandelnden Arztes zwingend zu empfehlen. Dies kann entweder dadurch geschehen, dass der Patient den Brief selbst beim Arzt anfordert und dem akupunktierenden Arzt mitbringt, oder dieser fordert den Arztbrief direkt beim vorbehandelnden Kollegen an. Sodann ist dieser Brief in die eigene Patientenakte aufzunehmen. Hierdurch kann dann auch nachgewiesen werden, ob unmittelbar vor der Akupunktur das mindestens sechsmonatige Schmerzintervall vorlag. Sofern in geeigneten Einzelfällen dennoch einmal eine ausschließlich telefonische Überprüfung stattfinden sollte, so ist dringend anzuraten, den Inhalt des Telefon-

→ Den Sachverhalt und ausführliche Entscheidung des BSG finden Sie unter: bit.ly/2MuFXKS

gesprächs, insbesondere die Angaben, wie sie sich auch in einem entsprechenden Arztbrief wiederfinden würden und die für die Leistungserfüllung notwendig sind, detailliert zu dokumentieren.

Durch diese BSG-Entscheidung werden den Ärzten, die eine Akupunktur zu Lasten der GKV erbringen und abrechnen möchten, nun weitere umfangreiche Prüfungs- und Dokumentationspflichten auferlegt. Zur Vermeidung

von unter Umständen erheblichen Honorarrückforderungen und ggf. weiterer disziplinar- und/oder zulassungsrechtlicher Konsequenzen sollten diese Anforderungen aber keinesfalls vernachlässigt, sondern unbedingt eingehalten werden.

Dr. jur. Jörg Heberer,
Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht, München,
Justitiar BVOU, Berlin

Kommentar

Die Zeiten, in denen die reine Anamnese einer sechsmonatigen Beschwerdedauer als Eingangsvoraussetzung für kassenärztliche Akupunktur als ausreichend angesehen werden kann, dürften mit diesem Urteil vorbei sein. Auch der Patient, der vor zwei Jahren einmal erfolgreich mit Akupunktur behandelt wurde und mit dem Wunsch nach Wiederholung dieser Maßnahme erstmals wieder erneut in der Praxis aufschlägt, muss zuvor erst wieder über ein halbes Jahr in der eigenen Praxis oder andernorts ärztlich wegen dieses Leidens behandelt worden sein und dies durch ärztliche Befundberichte nachweisen. In der Rechtsprechung finden sich durchgängig sozialgerichtliche Urteile, die auf die Einhaltung des exakten Wortlautes von EBM-Bestimmungen durch den abrechnenden Arzt vorrangig wertlegen. Leistungslegenden müssen dezidiert und ohne jeglichen Interpretationsspielraum eingehalten werden, so realitätsfern, lebensfremd oder nicht praktikabel sie auch erscheinen mögen. Der abrechnende Arzt ist gut beraten, sich mit dem genauen Wortlaut von EBM-Leistungslegenden und dahinter stehenden Qualitätssicherungsvereinbarungen vertraut zu machen. Denn Leistungen, die nicht im danach erforderlichen Umfang dokumentiert sind, können abrechnungstechnisch als nicht erbracht angesehen und dann gestrichen werden. Bei Akupunkturleistungen ist dahingehend u. a. auf korrekte Indikationsstellung, die Mindestdauer von 40 Minuten bei der Erhebung der Schmerzanamnese, die Erstellung eines Therapieplans und die Integration der Akupunktur in ein schmerztherapeutisches Gesamtkonzept als obligate Leistungsinhalte hinzuweisen. Bei Akupunktur nach EBM 30791 ist auf den Wortlaut „Körperakupunktur“ (nicht: Ohrakupunktur), die Nadelverweildauer von 20 Minuten und die sonstigen Bestimmungen der QV-A wie Durchführung in einem separaten, abgeschlossenen Raum mit einem Liegeplatz je abtrennbarer Behandlungseinheit zu achten. Die Forderung einer so detaillierten Kenntnis und streng juristischen Lesart der Leistungslegenden und dahinter stehenden Vereinbarungen wie in diesem Fall dürfte viele Kolleginnen und Kollegen vor Herausforderungen stellen. Warum formuliert die KBV die Leistungslegenden nicht gleich unmissverständlich? Wenn man an die

Einschränkungen der ESWT als neuer Kassenleistung bei Plantarfasciitis denkt, werden dabei wohl ähnliche Fälle folgen. Die gerichtliche Einschätzung von Akupunktur als Behandlungsoption mit Ausnahmecharakter ist unter Kenntnis der auch im Urteil angeführten Geschichte der Einführung von Akupunktur als Kassenleistung nachvollziehbar, doch kann man dies als allgemeinen Wissensstand bei jüngeren Ärzten voraussetzen? Die reine Lektüre der EBM Leistungslegende offenbart Derartiges nicht. Natürlich kann man sich fragen, ob das Urteil nicht letztlich Folge einer Mengenausweitung von Akupunkturleistungen ist. Wenn aber systembedingt Akupunkturleistungen eine der wenigen Leistungen sind, die noch bezahlt werden und sich übrige konservative Orthopädie in keiner Weise mehr lohnt, kommt dem System eine erhebliche Mitschuld zu. Will es wirklich eine Orthopädie, in der nur noch operiert und akupunktiert wird? Auch die Prüfanträge stellenden Krankenkassen haben sich geradezu darum gerissen, ihren Versicherten trendige Akupunkturleistungen zur Verfügung stellen zu dürfen. Aber jetzt kann man ja mal für erbrachte Leistungen Geld zurückholen. Der vom Urteil betroffene Kollege sieht das Urteil letztlich als Politikum und hat zwischenzeitlich für sich die Konsequenzen gezogen und ist nicht mehr kassenärztlich tätig. Er hofft nun „von den Krankenkassen in Ruhe gelassen zu werden“. Gut vorstellbar ist, dass auch viele andere Akupunkteure die Dokumentation des sechsmonatigen Beschwerdeintervalls in der Eingangsdokumentation als ausreichend betrachtet haben könnten. Dementsprechend haben schon manche KVen wie die KV Nordrhein vorbildlich reagiert, die Akupunkteure angeschrieben und auf das BSG-Urteil aufmerksam gemacht. Die KV Nordrhein dürfte nicht die einzige KV sein, die dahingehend Prüfanträge der Kassen fürchtet. Da Honorarbescheide noch rückwirkend über vier Jahre berichtigt werden dürfen, könnte eine Lawine von Honorarrückforderungen auf Akupunkteure zurollen. Von Seiten des BVOU dürfte gegen die aktuelle Rechtslage wohl wenig zu machen sein. Abhilfe für die Zukunft könnte allenfalls eine Änderung der Qualitätssicherung Akupunktur bringen, die bei realistischer Betrachtung der Interessenlagen kaum durchsetzbar sein dürfte.

Dr. med. Karsten Braun, LL. M., Wertheim
Bezirksvorsitzender Heilbronn Franken

Bedenkzeit für Einwilligungserklärung versus Dringlichkeit eines operativen Eingriffes

Aufgrund der im Alter abnehmenden Festigkeit der Knochen- substanz bis hin zur Osteoporose und gleichzeitig zunehmender Bewegungsunsicherheit sind die hüftgelenknahen Femurfrakturen eine typische und mit ca. 100.000 Fällen pro Jahr häufige Verletzung insbesondere älterer Menschen. Im Rahmen der externen Qualitätssicherung durch das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen gilt die operative Versorgung dieser Frakturen innerhalb von maximal 48 h als Qualitätsziel (IQTIG; 2018).

Derzeit findet folgendes Urteil des OLG Köln vom 16.01.2019 (AZ 5 U 29/17) erhöhte Aufmerksamkeit auf diversen, insbesondere juristischen Internetportalen, aber auch im Deutschen Ärzteblatt (Jg. 116, Heft 29–30, 22.06.2019): Einer zum Zeitpunkt des Unfalls 57 Jahre alten Klägerin wurden aufgrund einer „unwirksamen Einwilligung“ bei grundsätzlich korrekt durchgeführter Operation Schadensersatz und Schmerzensgeld in Höhe von 10.000 Euro zugesprochen.

Was war geschehen?

Die Klägerin wurde nach einem Sturzereignis im häuslichen Umfeld in der Nacht vom 1. auf den 2. August 2013 stationär aufgenommen. Nach Anfertigung von Röntgenbildern wurde eine nicht dislozierte geschlossene mediale Oberschenkelhalsfraktur diagnostiziert, die Indikation zur operativen Versorgung gestellt und ein präoperatives Aufklärungsgespräch durchgeführt. Die vorgedruckte Einwilligungserklärung unterschrieb die Klägerin unmittelbar im Anschluss an das Gespräch trotz ihrerseits geäußelter Zweifel an der Indikation, an der Notwendigkeit einer Operation und an der Qualifikation der behandelnden Ärzte. Die Operation, die zunächst für die Mittagszeit des 2. August 2013 vorgesehen war, wurde am nächsten Tag auf die Morgenstunden des 2. August 2013 vor-



© BillionPhotos.com/Fotolia

gezogen. Dabei erfolgte eine geschlossene Reposition und Osteosynthese unter Verwendung einer dynamischen Hüftschraube. Am 8. August 2013 wurde die Klägerin aus der stationären Behandlung entlassen.

Im Rückblick hätte die Klägerin eine konservative Therapie bevorzugt und verklagte die behandelnde Klinik aufgrund anhaltender Schmerzen zunächst auf 50.000 Euro Schadensersatz und Schmerzensgeld. Diese Klage wurde im Urteil des Landgerichts Köln vom 07.02.2017 (AZ 3 O 286/15) zunächst abgewiesen.

Wie kam es zur teilweisen Abänderung und Neufassung des o.g. Landgerichtsurteils?

- 1 „Ist ein operativer Eingriff zwar dringlich veranlasst, muss aber nicht sofort erfolgen (hier: operative Versorgung einer Oberschenkelhalsfraktur), muss dem Patienten zwischen Aufklärung und Einwilligung eine den Umständen nach angemessener Bedenkzeit gelassen werden.“

- 2 „Besteht in einem Krankenhaus aus organisatorischen Gründen die Übung, den Patienten unmittelbar im Anschluss an die Aufklärung zur Unterschrift unter die vordruckte Einwilligungserklärung zu bewegen, wird die Entscheidungsfreiheit des Patienten unzulässig verkürzt. Eine solche Einwilligungserklärung muss vom Patienten nicht ausdrücklich widerrufen werden. Vielmehr trifft die den Eingriff durchführenden Ärzte die Pflicht – was durch organisatorische Maßnahmen sicherzustellen ist –, sich vor dem Eingriff davon zu überzeugen, dass die Einwilligungserklärung nach wie vor dem freien Willen des Patienten entspricht.“

Gründe im Einzelnen einschließlich Diskussion derselben:

Weder die Indikation für den stattgehabten operativen Eingriff noch die korrekte Durchführung desselben wurden vom Gericht angezweifelt. Auch eine postoperativ nachweisbare Lücke in der Oberschenkelfaszie oder eine mögliche Irritation der Muskulatur durch die einliegende Platte als mögliche Auslöser für die Beschwerden der Klägerin wurden der behandelnden Klinik nicht zur Last gelegt, da dies jeweils nicht auf eine fehlerhafte Behandlung zurückzuführen sondern als immer wieder vorkommende Komplikation der durchgeführten Operation bekannt sei.

Demgegenüber sei die seitens der Klägerin in der Nacht vom 1. zum 2. August 2013 erklärte Einwilligung in die Operation nicht wirksam gewesen, denn die behandelnde Klinik hätten durch die Aufforderung zur sofortigen Einwilligung die Entscheidungsfreiheit der Klägerin in unzulässiger Weise eingengt und verkürzt. Damit habe es sich um einen rechtswidrigen Eingriff im Sinne einer nicht gerechtfertigten Körperverletzung gehandelt. Nach § 630 e Abs.2 Satz 1 Ziffer 2 BGB müsse eine Aufklärung so rechtzeitig erfolgen, dass der Patient seine Entscheidung über die Einwilligung wohlüberlegt treffen könne. In der Rechtsprechung sei dabei seit langem der Grundsatz anerkannt, dass eine Aufklärung bei einem Patienten, der im Hinblick auf einen operativen Eingriff stationär untergebracht ist, mindestens einen Tag vor dem Eingriff erfolgen müsse (Senat, Beschl. v. 4.10.2011, 5 U 184/10, VersR 2012, 863; grundlegend BGH NJW 1985, 1399; BGH NJW 2003, 2012). Eine derart starre Regel sei zwar bei medizinisch dringlichen Eingriffen nicht anwendbar. Wenn ein Krankenhaus aber aus organisatorischen Gründen die – schon vom Grundsatz her nicht unbedenklich erscheinende – Übung habe, den Patienten unmittelbar im Anschluss an die Aufklärung zur Unterschrift unter die Einwilligungserklärung zu bewegen, könne von einer wohlüberlegten Entscheidung nicht ausgegangen werden. In einem solchen Fall sei es nicht Aufgabe des Patienten, sich durch eine ausdrückliche Erklärung von seiner zuvor gegebenen Einwilligungserklärung wieder zu lösen. Es sei vielmehr Aufgabe der operierenden Ärzte, was wiederum durch organisatorische

Maßnahmen des Krankenhausträgers sicherzustellen sei, sich davon zu überzeugen, dass die gegebene Einwilligungserklärung nach wie vor dem freien Willen des Patienten entspreche, weitgehend unabhängig von der Dringlichkeit eines operativen Eingriffs.

Es käme nach einhelliger Auffassung in Rechtsprechung und Literatur für einen Entscheidungskonflikt, in dem sich die Klägerin im konkreten Fall unstrittig befunden habe, nicht darauf an, ob die Überlegungen eines Patienten medizinisch vernünftig seien oder nicht. Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten gäbe auch die Freiheit, sich medizinisch unsinnig, risikoreich oder sogar schädlich zu entscheiden.

Was muss man beachten?

Wenn es sich nicht um absolute, unaufschiebbare Notfälle handelt, muss somit sehr differenziert abgewogen werden zwischen dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten, der angemessenen Bedenkzeit für den Patienten zwischen der Aufklärung eines operativen Eingriffes und der Einwilligung des Patienten zum Eingriff sowie eines zu erwartenden Schadens bei nicht zeitgerecht erfolgter Operation, wie im konkreten Fall beispielsweise einer sekundären Dislokation, einer Hüftkopfnekrose oder einem erhöhtem Thromboembolierisikos bei länger anhaltender Immobilisation bzw. inadäquater Mobilisationsmöglichkeit. Erschwerend kommt hinzu, dass ein Großteil der Patienten bei Einlieferung in eine Rettungsstelle unter hochdosierter Schmerzmedikation stehen und somit im eigentlichen Sinne nicht aufnahmefähig für ein adäquates Aufklärungsgespräch bzw. geschäftsfähig für eine wirksame Einwilligung sind. Auch sollten die Uhrzeit des Aufklärungsgesprächs und separat davon die Uhrzeit der Einwilligungserklärung – rechtzeitig vor Verabreichung der anästhesiologischen Prämedikation – dokumentiert werden, um eine angemessene Bedenkzeit nachweisen zu können. Wie so etwas im Klinikalltag unter realen Bedingungen im Einzelfall konkret organisiert werden soll bleibt offen.

Artikel zum Urteil des OLG Köln vom 16.01.2019 – AZ 5 U 29/17, teilweise ergänzt mit Textauszügen aus „openJur 2019, 17530“



PD Dr. Axel Sckell,
Mitglied im geschäftsführenden
Vorstand BVOU

Urteil: Regressgefahr für arthroskopische Operateure

Mit einem erst kürzlich publizierten Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 13.9.2018 (S 2 KR 6472/15) ergeben sich potentielle Regressgefahren für arthroskopische Operateure, die Meniskus-Naht-Implantatsysteme verwenden.

Eine Klinik in Baden-Württemberg hatte bei einem 20-jährigen Patienten im Rahmen einer ambulanten Arthroskopie zur Therapie einer bis ins Hinterhorn reichenden Außenmeniskuskorbhakenläsion drei Fast-Fix-360-Anker von Smith & Nephew verwendet. Die Klinik stellte der zuständigen Krankenkasse für die ambulante Operation einen Gesamtbetrag in Höhe von 1.748,59€ in Rechnung, hiervon entfielen insgesamt 720,84€ auf Sachkosten für die Ankersysteme. Die Krankenkasse beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit der Erstellung eines Gutachtens. Im Gutachten stellte dieser fest, dass zur Anwendung des Fast-Fix-Anker-Systems zur Meniskusrefixation keine Langzeitresultate aus validen Studien vorhanden seien, eine Überlegenheit gegenüber konventionellen Nahttechniken sei bisher nicht belegt. Es liege keine nachvollziehbare Indikation für den Einsatz des Ankersystems vor. Eine Kostenübernahme könne nicht empfohlen werden. Die Krankenkasse verrechnete daraufhin den Betrag in Höhe von 720,84€ mit anderen Forderungen der Klinik. Hiergegen klagte die Klinik beim SG Stuttgart. Hierbei trug sie vor, die Verwendung des Ankersystems sei medizinisch indiziert gewesen. Die Vergütung der Sachkosten einer ambulanten OP richte sich nach § 9 AOP-Vertrag. Nach § 9 Abs. 5,6 AOP-Vertrag seien die Kosten in Höhe von 720,84€ zu übernehmen. Die Verwendung der im Körper verbleibenden Implantate sei orientiert am Wirtschaftlichkeitsgebot medizinisch notwendig gewesen, es bestünden auch valide wissenschaftliche Veröffentlichungen, die einen Beleg für die Überlegenheit des Ankersystems gegenüber einer herkömmlichen Naht lieferten. Zudem sei das Infektionsrisiko niedriger, die Mobilität schneller wieder hergestellt sowie das Operationsrisiko bei verkürzter OP-Zeit reduziert.

Im Verlauf des Verfahrens legte die Krankenkasse ein weiteres MDK-Gutachten vor, wonach aus vorliegenden Einzelberichten keine valide Risikoreduzierung bei der Verwendung des Ankersystems ableitbar sei. Die klagende Klinik legte eine Stellungnahme des Berufsverbandes für Arthroskopie e. V. (BVASK) vor. Dieser kam darin zu der



Schlussfolgerung, dass ein Verzicht auf die Erstattung von Sachkosten bei Meniskusnahtsystemen eine moderne chirurgische Versorgung von Meniskusrissen unmöglich mache.

Das SG Stuttgart gab in seinem Urteil der Krankenkasse Recht. Zusammenfassend argumentiert die Urteilsbegründung, dass die Verwendung der Fast-Fix-Anker im vorliegenden Behandlungsfall nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot entspreche. Nach § 9 Abs. 6 AOP-Vertrag habe das Krankenhaus die gesondert berechnungsfähigen Materialien nach § 9 Abs. 5 AOP-Vertrag jedoch unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots und der medizinischen Notwendigkeit auszuwählen. Ein Krankenhaus sei gemäß § 115 b Abs. 2 S. 3 zur Einhaltung des Vertrags verpflichtet (BSG v. 23.3.2011, B 6 KA 11/10 R, Rz 51 ff.). Das Wirtschaftlichkeitsgebot habe zur Folge, dass bei der Auswahl zwischen zwei oder mehr in gleicher Weise geeigneten, den gleichen Heilerfolg bietenden Maßnahmen diejenige auszuwählen sei, welche die geringsten Kosten verursache. Im vorliegenden Fall wäre nach Überzeugung der Kammer eine Operation mittels konventioneller Meniskusnaht jedenfalls mit gleichem Erfolg wie mittels der Fast-Fix-Methode in Betracht gekommen. Eine generelle Überlegenheit des Ankersystems könne nicht festgestellt werden. Die vorgelegte Stellungnahme des BVASK entspreche der niedrigsten Evidenzklasse IV. Den angeführten Vorteilen der Methode stünden Nachteile wie „hohe Lernkurve, Knorpelschäden, welche bei Fehlplatzierung eines Ankers und anschließender Entfernung entstehen können sowie das Risiko von Schmerzen oder einer ineffektiven Refixation bei zu kurzer oder zu langer Pfeillänge oder wenn der Anker nicht tief genug in die Meniskusoberfläche eingebracht ist“ gegenüber.

Das Urteil des SG Stuttgart steht im deutlichen Widerspruch zu einer früheren Entscheidung des SG Kiel

vom 10.2.2015 (S 2 Ka 8/14). Hier hatte die Krankenkasse auf Basis eines MDK-Gutachtens die medizinische Notwendigkeit von Fast-Fix-Ankernachtsystemen bei einer arthroskopischen Innenmeniskusrefixation verneint, da eine Langzeitstudie fehle und eine medizinische Überlegenheit nicht belegt sei. Außerdem bezweifelte die Krankenkasse hier noch den generellen Anspruch auf Sachkostenerstattung. Das SG Kiel urteilte im Sinne des klagenden MVZ. Die Zulässigkeit der Geltendmachung von Sachkosten ergebe sich aus den Ziffern 7.3 und 7.4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM i. V. m. § 44 Abs. 5 des BMV-Ä und § 9 Abs. 5 AOP-Vertrag. Die Verwendung des Meniskusnahtsystems wurde als wirtschaftlich, ausreichend und zweckmäßig gemäß § 12 Abs. 1 SGB V angesehen, da sie den Erhalt des Meniskus sichere und die Ausrissfestigkeit gegenüber der herkömmlichen Nahtmethode nicht verschlechtere. Die Methode entspreche auch dem anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft, was sich aus einer klägerseitig vorgelegten gemeinsamen Stellungnahme von BVASK, BDC, AGA und DGOU entnehmen lasse. Die Verwendung des Ankersystems erspare dem Versicherten eine Gegeninzision in der Kniekehle mit Gefahr der Verletzung von Nerven, ermögliche eine ambulante OP, verkürze die Erholungs- und Nachbehandlungszeit.

Die Gefahr des aktuellen Urteils aus Stuttgart liegt nun darin, dass Kostenträger in einzelnen KV-Bereichen die Sachkostenerstattung für Meniskusnahtsysteme bei ambulanten Operationen verweigern können. Das Urteil ist weder für den BVOU, den BVASK, das Komitee Standespolitik der AGA, die DGOU noch die GOTS verständlich. Es steht im Widerspruch zur aktuellen S2-Leitlinie „Meniskuserkrankungen“ der AWMF1. Hierin heißt es „Es besteht bei der inside-out und outside-in Techniken das Risiko der Verletzung von neurovaskulären Strukturen [Anderson 20092, Jurist 19893]. Daher empfiehlt es sich

im Hinterhorn- und Intermediärbereich die Nutzung von all-inside Nahttechniken mit speziell dafür entwickelten Nahtankersystemen.“ Im Urteil des SG Stuttgart wurde offenkundig nicht erkannt, dass die Alternative zu der von der Klinik durchgeführten Operation eine offene Knieoperation wäre und die im Urteil aufgeführten Nachteile Meniskusrefixationsinstrumente der 2. Generation betreffen. In einem Kommentar hat sich damit auch PD Dr. Ralf Müller-Rath, 1. Vorsitzender des BVASK, in der Zeitschrift Arthroscopie4 auseinandergesetzt und kommt zum Schluss, dass das Gericht in der falschen Annahme geurteilt habe, es gäbe eine arthroskopische Alternative unter ausschließlicher Verwendung von Nähten, welche einem Meniskus-Naht-Implantatsystem gleichwertig und damit wirtschaftlicher sei.

Wie wird es weiter gehen? Das SG Stuttgart hat Berufung gegen das Urteil nicht zugelassen, da Zulassungsgründe nach § 144 Abs. 2 SGG nicht erfüllt sind. Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung musste durch die klagende Klinik nun erst beim zuständigen Landessozialgericht beantragt werden. Falls eine Berufung zugelassen wird, kann eine endgültige Entscheidung mehrere Jahre dauern. In dieser Zeit agieren ambulante Operateure bei der Verwendung von Meniskusnahtsystemen weiter in Rechtsunsicherheit und haben Regresse zu fürchten. Der vorliegende Fall zeigt, dass das schnelle Bestreiten des Klagewegs vor dem Sozialgericht ohne das forcierte Suchen nach einvernehmlichen Lösungen unter Einschaltung der Berufsverbände und der KV nicht immer der geschickteste Weg bei Fällen mit weitergehender Bedeutung ist. Die beteiligten Verbände haben das Thema jedoch gemeinsam weiter in Bearbeitung. Eine aktuelle wissenschaftliche Stellungnahme zum Stand der Technik der arthroskopischen Meniskushinterhornrekonstruktion (Stand 4/2019) wurde gemeinsam von Gesellschaft für Arthroscopie und Gelenkchirurgie (AGA), Deutscher Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), Deutscher Kniegesellschaft (DKG) und Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS)5 publiziert. Darin plädieren diese für die Forderung der Kostenerstattung moderner Meniskus-Naht-Implantatsysteme. Auch der BVOU schließt sich dieser Forderung an. Für den BVOU ist Vorstandsmitglied Dr. Helmut Weinhart an Gesprächen mit der KBV beteiligt. Bis zu endgültiger Rechtsprechung wird den BVOU-Landesverbänden empfohlen, auf Landesebene Konsenslösungen zu diesem Thema mit den jeweiligen KVen und regional relevanten Kostenträgern herbeizuführen. Eine handhabbare Kompromisslösung könnte eine Art „Positivist“ erstattungsfähiger Meniskusnahtsysteme mit wirtschaftlich akzeptablen, erstattungsfähigen Höchstpreisen sein. Dahingehende Gespräche laufen bereits in einigen KV-Bereichen.

Literatur

- 1 S2k-Leitlinie Meniskuserkrankung 033-006 der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie, Stand 07/2015 (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-006I_S2k_Meniskuserkrankungen_2015-07.pdf)
- 2 Anderson AW, LaPrade RF (2009) Common Peroneal nerve Neuropraxia After Arthroscopic Inside-Out Lateral Meniscus Repair. J Knee Surg 22: 27-29.
- 3 Jurist KA, Greene PW 3rd, Shirkhoda A (1989) Peroneal nerve dysfunction as a complication of lateral meniscus repair: a case report and anatomic dissection. Arthroscopy 5 (2): 141-147.
- 4 Müller-Rath R (2019) Neuigkeiten aus Absurdistan – wie ein verwirrtes Sozialgericht die Zukunft der Meniskus Chirurgie bedroht. Arthroscopie 32: 233-234.
- 5 AGA, DGOU, DKG, GOTS (2019): Wissenschaftliche Stellungnahme zum aktuellen Stand der Technik der arthroskopischen Meniskushinterhornrekonstruktion (Stand 4/2019). Arthroscopie 32: 230-232.

Dr. Karsten Braun, LL. M.

Meniskusnaht-Implantat-Systeme: Weiterhin bezahlt in Bayern und BaWü

Ein Sozialgericht in Stuttgart hatte die Verwendung von Fastfix Systemen zur Naht eines Außenmeniskuskorbhenkelrisses als unwirtschaftlich erklärt. Die klagende Sportklinik war unterlegen. Einige Krankenkassen haben auf Grund dieses Urteils ambulanten Operateuren und Krankenhäusern die Kostenerstattung der Sachkosten verweigert.

Als BVOU haben wir uns schon im Februar mit der Thematik befasst um eine Lösung zu finden. Eine Vielzahl von Gesprächen war notwendig, aber die Bemühungen haben sich gelohnt. In Baden-Württemberg konnte der BVOU durch entsprechende Intervention bei der KV und der AOK eine entsprechende Regelung auf den Weg bringen. Letztlich stimmten dann alle Kassen der leitliniengerechten Verwendung der Materialien zu.

Das macht bei der Vielzahl der Themen auch mal Freude, darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass manchenorts derartige transparente Lösungen

bisher fehlen. Diese Regelung kann als Vorlage für Verhandlungen auf lokaler Ebene dienen.

In Bayern, anders als in den meisten anderen Bundesländern, werden die zu erstattenden Sachkosten durch Verhandlungen zwischen KV und Kassen geregelt. Hier besteht ein entsprechendes Forum zur Klärung solcher Dinge. Hier konnte durch die Intervention des Kollegen Dr. Helmut Weinhart eine frühzeitige Einigung auch bei diesem Punkt erzielt werden.

Eine transparente und nachvollziehbare Erstattung von Sachkosten ist für eine ehrliche und ordentliche Patientenversorgung unverzichtbar. Die Notwendigkeit eines entsprechenden Forums nach dem Muster der Bayerischen KV sollten die Landesvorsitzenden in allen KVen einfordern.

Dr. Johannes Flechtenmacher,
Präsident BVOU

Top-DKV-Versicherungsleistungen für BVOU-Mitglieder

Der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. hat einen Gruppenversicherungsvertrag mit der DKV Deutsche Krankenversicherung AG abgeschlossen. Verbandsmitglieder und Familienangehörigen haben dadurch persönliche und finanzielle Vorteile. Der Gruppenversicherungsvertrag eröffnet BVOU-Mitgliedern, ihren Lebenspartnern und minderjährigen oder in Ausbildung befindlichen Kindern erleichterten Zugang:

- ▶ zur privaten Krankheitskostenvollversicherung zur Absicherung von privaten ambulanten, zahnärztlichen und stationären Behandlungen,
- ▶ zur privaten Krankenhauszusatzversicherung als Erweiterung des gesetzlichen Krankenversicherungsschutzes.
- ▶ zu privaten Krankentagegeldversicherung zur Absicherung einer Arbeitsunfähigkeit und
- ▶ zu privaten Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigkeit und
- ▶ bessere Vertragsbedingungen nach ihren individuellen Bedürfnissen.

Konkret gewährt der Gruppenversicherungsvertrag:

- ▶ eine Annahmegarantie für versicherungsfähige Personen,
- ▶ sofortigen Versicherungsschutz ohne Wartezeiten bei Tarifen mit Gesundheitsfragen,
- ▶ einen Verzicht auf das ordentliche Kündigungsrecht,
- ▶ attraktive Beiträge, insbesondere in den Krankentagegeldtarifen für Ärzte, diese sind bis zu 40% günstiger als in einer vergleichbaren Einzelversicherung.

➔ Mehr Informationen: www.bvou.net/erleichterter-zugang-zu-dkv-versicherungsleistungen



Vorteile exklusiv für Mitglieder – Sonderkonditionen zur Berufs-Haftpflicht

Der BVOU ermöglicht seinen Mitgliedern – gemeinsam mit dem Kooperationspartner Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH – den Beitritt zum Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung. Dieser zeichnet sich durch besonders günstige Konditionen aus. Durch die 3-jährige Vertragslaufzeit wird zudem mittelfristig Sicherheit an der Prämienfront geschaffen. Ihre berufsspezifischen Risiken können Sie zu hohen Deckungssummen bei einem erfahrenen deutschen Heilwesen-Haftpflicht-Versicherer, Versicherungskammer Bayern, versichern. Sämtliche O- und U-spezifischen Tätigkeiten/Eingriffe sind in den Sonderkonditionen bereits berücksichtigt. Rahmenvertragskonditionen zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung sehen – exklusiv für Verbandsmitglieder – ein exzellentes Preis-Leistungsverhältnis vor und zeichnen sich insbesondere durch folgende Highlights aus:

Individuelle adäquate Lösungen

Für verschiedene Risikopositionen gelten attraktive Prämien vereinbart. Das gilt für zahlreiche Kooperationsformen – ob im freiberuflichen oder angestellten Bereich – einschließlich einer Teilanstellungs-Möglichkeit. Der Versicherungsschutz wird im Einzelfall ermittelt. Im Anschluss erhalten Sie ein risikogerechtes, auf Ihren tatsächlichen Versicherungsbedarf zugeschnittenes unverbindliches Angebot. Dreijährige Vertragslaufzeit Die Versicherungskammer Bayern ist der starke Partner an unserer Seite. Gemeinsam konnten wir für BVOU-Mitglieder eine Laufzeit der Einzelverträge von drei Jahren vereinbaren – trotz des angespannten Arzt-Haftpflichtmarktes. Dies erhöht Ihre Planungs- und Prämien-sicherheit der Verbandsmitglieder deutlich.

Hohe Deckungssummen

Die Sonderkonditionen des Rahmenvertrages sehen für alle Risiken eine Deckungssumme von 10 Mio. € pauschal

↪ Mehr zum Thema:
funk-gruppe.com/aerzteservice



für Personen-, Sach- und Vermögensschäden je Schadenfall – automatisch – vor. Mitversicherung angestellter Fachärzte in den Praxen Ein ganztagsangestellter Facharzt in O&U in einer Arztpraxis gilt in der Berufs-Haftpflicht des Praxisinhabers automatisch bedingungsgemäß mitversichert (gilt nicht für Tageskliniken/OP-Zentren, MVZ sowie Praxiskliniken gemäß § 30 GewO). Mitversicherung der Nachhaftungs-Versicherung Im Fall des vollständigen Risikofortfalls profitieren sämtliche bei der VKB versicherten Mitglieder von der automatischen Mitversicherung der Nachhaftung. Diese gilt ohne zeitliche Befristung und erfolgt beitragsneutral.

Zusätzliche Rabatt-Möglichkeiten

Die Sonderkonditionen sehen zusätzlich zahlreiche Rabatt-Modelle vor. So werden Rabatte bei Erstiniederlassung für bis zu zwei Jahren gewährt. Bei Betrieb einer Gemeinschaftspraxis bzw. Praxisgemeinschaft erfolgt die Rabattierung der Prämie bereits dann, wenn sich nur ein Arzt aus der Praxis über den Rahmenvertrag versichert.

Individuelle Versicherungsberatung

Nutzen Sie die Möglichkeit einer qualifizierten Beratung und lassen Sie Ihren individuellen Versicherungsbedarf ermitteln. Profitieren Sie vom Know-how der Spezialisten beim Funk Ärzte Service. Fordern Sie ein individuelles Angebot zu den Sonderkonditionen des Haftpflicht-Rahmenvertrages an und wenden Sie sich an:



Funk Gruppe
Funk Ärzte Service
Valentinskamp 20 | 20354 Hamburg
Frau Olga Zöllner
T +49 40 35914-494
F +49 40 3591473-494
o.zoellner@funk-gruppe.de

Drei Jahre Smart Learning® in der medizinischen Fortbildung – Evaluationsergebnisse und Ausblick

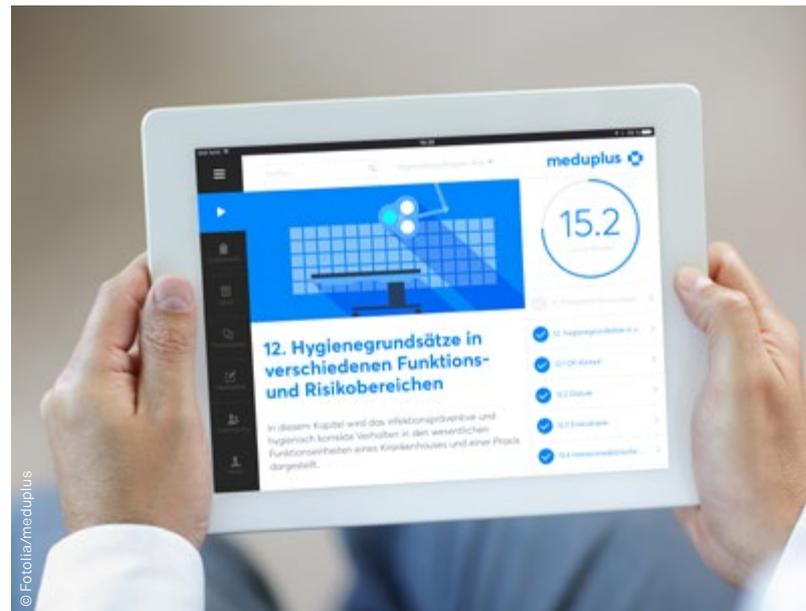
Die Digitalisierung im Gesundheitssystem spielt sich nicht nur bei der Optimierung von Prozessen und der Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten ab. Auch in der medizinischen Fortbildung kann mit Hilfe digitaler Lernangebote die Effizienz gesteigert und der Lernerfolg optimiert werden. Die Evaluationsergebnisse der von fachärztlichen Berufsverbänden gemeinsam angebotenen Kurse zum Hygienebeauftragten Arzt (HBA) zeigen, wie sich dadurch auch die Akzeptanz und das Nutzererlebnis bei der Vermittlung komplexer Themen steigern lassen.

Auf Initiative des BDC bieten seit 2014 eine Vielzahl fachärztlicher Berufsverbände gemeinsam Kurse zum Hygienebeauftragten Arzt (HBA) an. Grundlage ist das 40-stündige Curriculum zur strukturierten ärztlichen Fortbildung der Bundesärztekammer. Die Kurse sind im Blended-Learning-Format entwickelt worden und bestehen aus einem 20-stündigen E-Learning-Teil sowie einem 20-stündigen Präsenzteil, der in einem zweitägigen Abschlusskolloquium bundesweit angeboten wird.

Vorteil dieses Angebotes ist, neben der kürzeren Abwesenheit, das kontinuierliche Lernen nach eigenem Lerntempo. Außerdem können die Inhalte des E-Learning-Teils zwei Jahre lang weiter genutzt werden. Die Teilnehmer erhalten alle Updates und können sich während dieser prolongierten Nutzungsphase in der Learning Community mit anderen Hygienebeauftragten austauschen.

Von 2013 bis 2015 wurde als Basis für den E-Learning-Teil ein klassisches Learning-Management-System (LMS) eingesetzt. In der kontinuierlich durchgeführten Evaluation und in Gesprächen mit den Teilnehmern während der Präsenzphase, kristallisierte sich der Wunsch nach Verbesserung des E-Learnings heraus. Darauf wurde mit einer kompletten Neuentwicklung reagiert, die durch die Firma Meduplus ausgeführt wurde.

Ergebnis ist das Smart Learning® Konzept und ein adaptives Lernsystem, das den komplexen Stoff für den Hygienebeauftragten Arzt komplett neu aufarbeitet und



vermittelt. Durch einen kontinuierlichen Wechsel zwischen Wissensvermittlung und Wissensabfrage wird dabei neu erworbenes Wissen gefestigt und Vorwissen belohnt. Kommt ein Teilnehmer mit umfangreichem Erfahrungsschatz in den Kurs, wird er sich rascher durch den E-Learning-Teil bewegen können, als ein Neuling in der Materie.

Ziel der Smart Learning® Methode ist es, Wissen mit Spaß zu vermitteln, kontinuierliche Lernanreize zu setzen und den Transfer des erworbenen Wissens in die Praxis zu vereinfachen. Dazu wurde konsequent auf die Nutzung mobiler Endgeräte gesetzt, um später im Berufsalltag jederzeit auf die Inhalte des Kurses als Referenz zugreifen zu können.

Seit 2016 werden die Kurse zum Hygienebeauftragten Arzt mit Hilfe der Smart Learning® Methode vermittelt. Die Kurserstellung erfolgte in enger Abstimmung mit der Bundesärztekammer sowie den Fortbildungsabteilungen der Ärztekammer Berlin und der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Der Blended-Learning-Kurs ist als curriculare ärztliche Fortbildung mit 60 CME-Fortbildungspunkten zertifiziert. Auch die Evaluation erfolgt in enger Abstimmung mit der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Berlin.

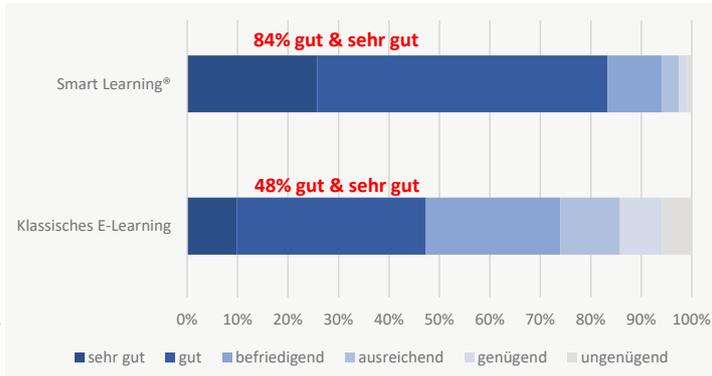


Abb. 1: Gesamtbewertung E-Learning HBA (n=1.582)

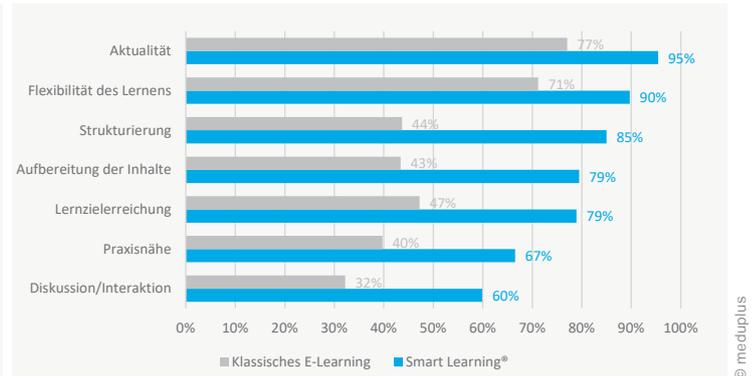


Abb. 2: Einzelbewertung mit „gut“ und „sehr gut“ (n=1.591)

Evaluation digitaler Lernmethoden

Von 2013 bis Mitte 2019 haben ca. 3.000 Kolleginnen und Kollegen den Kurs zum Hygienebeauftragten Arzt (HBA) über die Angebote der Berufsverbände absolviert. Von insgesamt 2.791 Teilnehmern konnten Antworten auf die Evaluation ausgewertet werden.

Nicht jeder Teilnehmer beantwortete alle Fragen, so dass die Anzahl an vorliegenden Antworten je nach Frage schwankte. Dies machte sich insbesondere bei dem Vergleich der beiden E-Learning-Methoden bemerkbar. Über 1.000 Teilnehmer hatten die Frage, nach welcher Methode sie den E-Learning-Teil absolviert haben, nicht beantwortet. Deshalb standen uns für die vergleichende Auswertung von klassischem E-Learning und Smart Learning® „nur“ jeweils knapp 1.600 Antworten zur Verfügung.

71 % der teilnehmenden Ärzte sind in Praxen und MVZ tätig, 25 % in Kliniken. Sie verteilen sich vor allem auf die chirurgischen Fachgebiete, gefolgt von Kolleginnen und Kollegen aus Augenheilkunde, Innerer Medizin, Anästhesie und Dermatologie.

Die Evaluation erfolgte dem Standard der Ärztekammern entsprechend mit einer Schulnoten-Skala von 1 bis 6, d.h. von „sehr gut“ und „gut“ bis hin zu „genügend“ und „ungenügend“.

Als sich 2014 und 2015 in der Gesamtbewertung der klassischen E-Learning-Methode zeigte, dass nur knapp die Hälfte (48 %) der Teilnehmer den E-Learning-Teil mit „sehr gut“ oder „gut“ bewertet haben, war das für uns die Motivation zur Entwicklung eines völlig neuen didaktischen E-Learning-Ansatzes. Im Ergebnis wurde die Smart Learning® Methode entwickelt und 2016 in den Markt eingeführt. Bei identisch durchgeführter Evaluation konnte die Rate an guten und sehr guten Bewertungen in der Gesamtevaluation auf 84 % gesteigert werden (Abb. 1).

Die Smart Learning® Methode hebt sich auch in der Einzelevaluation mit deutlich besseren Ergebnissen von

der klassischen E-Learning-Methode ab. Insbesondere Struktur und Aufbereitung der Inhalte sowie das Erreichen der Lernziele werden von den Nutzern deutlich besser bewertet (Abb. 2).

Durch kontinuierliche Updates und ein an mobile Endgeräte angepasstes Design, wurden für die Aktualität der Inhalte sowie die Flexibilität des Lernens Bestnoten für das Smart Learning® vergeben. Nahezu alle Teilnehmer bewerteten diese beiden Elemente mit „sehr gut“ oder „gut“.

Auch bei den eher technischen Fragen konnte sich das Smart Learning® Konzept im Vergleich zum klassischen E-Learning deutlich abheben. Sowohl bei der Einführung zum E-Learning, als auch bei der technischen Umsetzung und dem Support, konnte die Nutzerzufriedenheit erheblich gesteigert werden (Abb. 3). Hier hat sich die Einführung einer neuen Nutzeroberfläche sowie die Zusammenarbeit mit Spezialisten im User-Interface-Design in der Entwicklungsphase des Smart Learning® ausgezahlt.

Zusammenfassung

Blended Learning ist ein geeigneter Ansatz zur Vermittlung komplexer Lerninhalte in der medizinischen Fortbildung. Die Kombination aus E-Learning und Präsenzseminar hebt Effizienzreserven, reduziert Abwesenheiten und hebt durch Harmonisierung des Vorwissens das Niveau der (verkürzten) Präsenzphase.

Im Fall der curricularen ärztlichen Fortbildung zum Hygienebeauftragten Arzt (HBA) konnte so die Präsenzzeit halbiert werden und 20 der 40 Stunden als E-Learning absolviert werden.

Aufgrund der Evaluationsergebnisse des zunächst eingesetzten klassischen E-Learning-Systems wurde ein völlig neues elektronisches Lernangebot entwickelt, das im Kern aus einem adaptiven Lernsystem besteht. Diese Smart Learning®-Methode zeichnet sich durch hohe Flexibilität und Aktualität aus, belohnt Vorwissen und vermittelt Freude am Lernen.

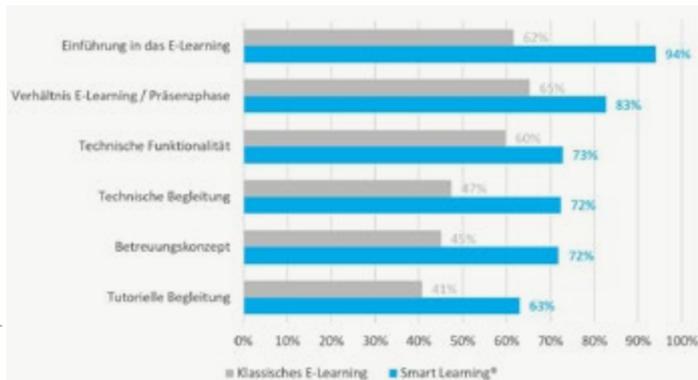


Abb. 3: Einzelbewertung mit „gut“ und „sehr gut“ (n=1.579)



Abb. 4

Der direkte Vergleich der Evaluationsergebnisse zwischen klassischem E-Learning und Smart Learning® zeigt eine erhebliche Verbesserung der Nutzerzufriedenheit von 48% auf 84%. Gleichzeitig wird durch den Methodenmix aus E-Learning, kontinuierliche Wissensabfrage in der Lernphase sowie kontinuierliche Updates und kurze Lerneinheiten zur Wiederauffrischung von Teilwissen (sog. Mikrolearnings), ein nachhaltiger Lernerfolg sichergestellt (Abb. 4).

Die Teilnehmer der Kurse zum Hygienebeauftragten Arzt bleiben auch nach Erhalt des begehrten Zertifikates auf dem aktuellen Stand. Sie sind in der Lage, auf saisonale Herausforderungen ebenso rasch und profund zu reagieren, wie auf kritische Situationen in der eigenen Einrichtung.

Dabei können sie auch ihrer Verpflichtung zur Fortbildung nachgeordneter Mitarbeiter nachkommen. Mit adaptierten Smart Learning® Angeboten wie dem Grundkurs „Hygiene“ oder dem Update „Händehygiene“, können alle Mitarbeiter auf höchstem inhaltlichen und didaktischen Niveau fortgebildet werden. Das initiale E-Learning kann hier mit einer kurzen In-House-Fortbildung sowie Mikrolearning-Einheiten je nach Situation, von der Influenza bis zum MRE-Ausbruch, ergänzt werden.

Ausblick

Mittlerweile stehen Kurse nach der Smart Learning® Methode auch für Hygienebeauftragte in der Pflege sowie Hygienebeauftragte MFA zur Verfügung. In Kombination mit den Grundkursen Hygiene, die es für Ärzte, Pflegekräfte und medizinische Fachangestellte mit adaptierten Inhalten gibt, kann mit Smart Learning® die gesamte Belegschaft von Kliniken, MVZ und Praxen auf höchstem Niveau geschult werden.

Die Vorteile des Einsatzes von E-Learning und Blended Learning liegen dabei klar auf der Hand. Durch den Einsatz von cloudbasierten Lösungen ist dafür in der eigenen Einrichtung nicht sehr viel mehr nötig als ein Internetzugang sowie ein aktueller Browser. Auch dem Einsatz mobiler Endgeräte steht nichts im Wege, jeder Nutzer kann die Smart Learning® Kurse auf beliebig vielen mobilen und stationären Endgeräten nutzen.

Weiterführende Informationen

Smart Learning® Kurse können über die Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) zu folgenden Themen bezogen werden:

1. Hygienebeauftragter Arzt, Pflegekraft und MFA
2. Refresherkurse für Hygienebeauftragte Ärzte, Pflegekräfte und MFA
3. Grundkurs „Hygiene“ und Update „Händehygiene“ für Ärzte, Pflege und MFA
4. Medizinische Dokumentation, Schweigepflicht und Datenschutz für Ärzte und Praxispersonal
5. Pflichtschulungen zu Arbeitsschutz, Brandschutz, Basic Life Support u.v.m.

Internet: www.bvou.net/ado – Veranstaltungsart „D = E-Learning“



Aufschwung eines europäischen Projekts

Spannung liegt in der Luft. Dr. Jasmin Diallo eröffnet die 4. FORTE Summer School und die Erwartungen sind groß. Über 100 Teilnehmer sind aus ganz Europa angereist, um an der Humanitas University in Mailand (Italien) gemeinsam zu lernen und zu diskutieren.

Die Beweggründe sind so verschieden wie ihre Teilnehmer, die meisten bereiten sich auf ihre nationalen Facharztprüfungen oder auf das europäische Facharztexamen EBOT vor. Gemein ist ihnen die Freude an ihrem Fach, ein hohes Engagement und eine Offenheit für neue Anregungen und Gedanken. Denn bei vielen Therapiekonzepten besteht internationales Gesprächspotenzial. Die über 30 Dozenten haben die Kernthemen aus O und U sorgfältig vorbereitet und stellen diese in Frontalvorträgen, interaktiven Gesprächsrunden und Einzelfalldiskussionen dar. Durch die Globalisierung der Medizin und den inzwischen einfacheren Zugang zu neuesten Forschungsergebnissen findet sich rasch ein gemeinsamer Spirit und Konsens ein. „Wir freuen uns, so viele hochkarätige Dozenten versammeln zu können“ sagt Dr. Jasmin Diallo bei einem der täglichen Social Events. Im Laufe der Woche werden Kontaktdaten ausgetauscht, neue Freundschaften geschlossen und zahlreiche internationale Fellowships vereinbart. In der lockeren Atmosphäre und dem mediterranen Flair lässt es sich leicht mit Teilnehmern und Dozenten ins Gespräch kommen. Es stehen gemeinsame Besuche im historischen Stadtkern Mailands und Sportveranstaltungen im Umland auf dem Programm. Es braucht einen Ausgleich zum intensiven ganztägigen Lehrprogramm, welches zeitweise sogar um Evening Lectures ergänzt wurde. Um die Wege kurz zu halten, sind die meisten der Teilnehmer in den neu erbauten Studentenwohnheimen untergebracht. Alle Mahlzeiten und Transportmittel zu den lokalen Veranstaltungen sind inkludiert. Nur die Reisekosten und der Einsatz einer Woche Urlaub bzw. Freizeitausgleich muss von den Teilnehmern aufgebracht werden, zumindest wenn sie eines der begehrten Stipendien erhalten. Zahlreiche europäische Fachgesellschaften aus Orthopädie und Unfallchirurgie unterstützen dieses Projekt. Der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) fördert den Austausch der jungen Kolleginnen und Kollegen auf europäischer Ebene. Junge Assistenz- und Fachärzte können sich alljährlich auf Reisestipendien bewerben. Diesem Weg sind auch Dr. Marie Reumann,



Die Stipendiaten der vierten FORTE Summer School in Mailand.

Dr. Elke Maurer, Dr. Ahmed Mehana und Dr. Felix Erne gefolgt. „Wir sind dankbar, dieses Privileg erhalten zu haben“ sagt Dr. Felix Erne und drückt damit den Gedanken aller aus. Voraussetzungen für eine Bewerbung sind neben der Mitgliedschaft in der DGOU und dem BVOU gute Englischkenntnisse sowie ein Alter von unter 40 Jahren. Die FORTE Summer School dauert insgesamt fünf Tage und beinhaltet ganztägige Lehrveranstaltungen mit anschließenden Abendveranstaltungen. Über die Inhalte und Abläufe informiert die Homepage des BVOU unter <https://www.bvou.net/forte/> oder der Federation of orthopaedic trainees in Europe (FORTE) unter <http://www.forteortho.org/the-event/> oder des Jungen Forums für O&U unter <http://www.jf-ou.de/>. Hier finden sich im kommenden Jahr auch die Informationen für künftige Teilnehmer und potenzielle Stipendiaten.

Wir möchten dem BVOU für die Förderung danken. Durch die Stipendien haben wir eine gute Übersicht über das Fach und eine hervorragende Vorbereitung auf die anstehende Examensprüfung erhalten. Die Veranstaltung eröffnet Möglichkeiten und schafft neue Perspektiven. So können wir unseren Kolleginnen und Kollegen die Veranstaltung und die Bewerbung auf ein Reisestipendium im Jahre 2020 zur fünften FORTE Summer School, die voraussichtlich in Athen stattfinden wird, nur empfehlen.

Dr. med. Felix Erne, BG Klinik Tübingen

Dr. med. Elke Maurer, BG Klinik Tübingen

Dr. med. Ahmed Mehana, Mühlenkreiskliniken AöR Lübbecke

Dr. med. Marie Reumann, BG Klinik Tübingen

Gesamtüberblick und Fokus auf das Wesentliche

Neben der Darstellung des prüfungsrelevanten Wissens bereiten die Referenten die FAB-Teilnehmer in einer simulierten Prüfungssituation auf zu erwartende, konkrete orthopädisch-unfallchirurgische Fragestellungen vor. Auf dem gemeinsamen Grillabend im Garten der DRK Kliniken Berlin Westend haben wir mit der Stipendiatin Bernadett Predel (Kaufbeuren) über die Kurswoche gesprochen.



Stipendiatin Bernadett Predel (links)

Wie hast Du vom Facharztvorbereitungskurs der ADO in Berlin erfahren?

Predel: Ich habe im Rahmen der Rotation in einer Praxis gearbeitet. Ich habe das Glück gehabt, dass ich in eine Praxis gekommen bin, die orthopädisch-konservativ tätig ist. Mein Chef gab mir den Hinweis, dass die Akademie Deutscher Orthopäden ein entsprechendes Kursformat anbietet und Stipendien vergibt.

Wie lief der Bewerbungsablauf für das Stipendium ab? Was musstest Du vorbereiten?

Predel: Das funktionierte alles sehr schnell und unkompliziert. Ich habe meinen Lebenslauf aktualisiert und ein Motivationsschreiben verfasst. Die Unterlagen habe ich direkt zur ADO geschickt. Darauf folgte die Zusage, über die ich mich gefreut habe.

Was gefällt Dir besonders gut am Facharztvorbereitungskurs?

Predel: Mir gefällt, dass die Kurswoche eine komplette Vorbereitung beinhaltet und das gesamte Themenspektrum abgedeckt wird. Deswegen ist es großartig, dass man bei so einem umfangreichen Fach einen Gesamtüberblick bekommt, trotzdem mit einem Fokus auf das Wesentliche. Viele Dozenten weisen auch an bestimmten Stellen darauf hin, was besonders prüfungsrelevant ist.

Hast Du Verbesserungsvorschläge bezüglich der Organisation?

Predel: Ich habe einmal bei einer anderen Fortbildungsveranstaltung erlebt, dass 20-minütige Impulsvorträge gehalten wurden. In kürzester Zeit kann man auf diesem Weg wirklich geballtes Wissen vermittelt bekommen und dieses auch sehr gut behalten. Die

Informationen ließen sich gut verdauen, denn man hatte zwischen den Vorträgen jeweils eine fünfminütige Pause, bevor der nächste Vortrag an der Reihe war. Das Konzept empfand ich als sehr produktiv. Auf der anderen Seite bin ich mir nicht sicher, inwieweit das auf unser Fach angewandt werden könnte – in O und U gibt es so viele verschiedene große Themengebiete, die man wahrscheinlich splitten müsste.

Neu ist die Event-App. Empfindest Du den Einsatz als geglückt?

Predel: Auf jeden Fall. Besonders toll fand ich den Einsatz beim Kindertraumatologie-Vortrag aufgrund der Fallbeispiele und der Fragen dazu. Anhand der Beantwortung der Fragen konnten wir nachvollziehen, wer an den Fall konservativ, wer operativ rangehen würde. Für die Entscheidungsfindung dieser Kernfrage war die App super.

Bernadett, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Janosch Kuno, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU.



Kursangebote der ADO

Facharztvorbereitungskurse (FAB)						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
25.–30.11.2019	27. Facharztvorbereitungskurs	Berlin	Dr. Thilo John, Prof. Michael Wich, PD Dr. Stephan Tohtz	640 €	890 €	
15.–20.06.2020	28. Facharztvorbereitungskurs	Berlin	Dr. Thilo John, Prof. Michael Wich, PD Dr. Stephan Tohtz	640 €	890 €	
Hygienebeauftragter Arzt (HBA): Curriculare Fortbildung im Blended-Learning-Format						
(Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
18.–19.10.2019	Hygienebeauftragter Arzt (HBA) – curriculare Fortbildung	Berlin	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	559 €	699 €	
25.10.2019	Refresherkurs Hygienebeauftragter Arzt (HBA)	DKOU Berlin	Prof. A. Kramer	100 €	200 €	
08.–09.11.2019	Hygienebeauftragter Arzt (HBA) – für niedergelassene Ärzte	Hannover	Dr. Peter Kalbe	559 €	699 €	
16.–17.11.2019	Hygienebeauftragter Arzt (HBA) – für Kliniker und MVZ-Angestellte	Meißen	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	559 €	699 €	
08.–09.02.2020	Hygienebeauftragter Arzt (HBA) – speziell für niedergelassene Ärzte	Nürnberg	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	559 €	699 €	
Gutachterseminar zur Kausalitätsbegutachtung						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
16.11.2019	Kolloquium zur Kausalitätsbegutachtung	Berlin	Prof. Michael Wich, Dr. Holm-Torsten Klemm	190 €	240 €	
RheFO – Kursreihe zum Zertifikat „Rheumatologisch fortgebildeter Orthopäde“						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
24.10.2019	Rheuma Refresher	DKOU Berlin	Dr. Uwe Schwokowski	50 €	100 €	
25.10.2019	Rheuma II	Berlin	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €	
26.10.2019	Rheuma III	Berlin	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €	
Datenschutz						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
durchgehend	Grundkurs Schweigepflicht, Dokumentation und Datenschutz	E-learning	Dr. Desirée Dahmen	16 €	20 €	
durchgehend	Grundkurs Schweigepflicht, Dokumentation und Datenschutz 10er	E-learning	Dr. Desirée Dahmen	99 €	159 €	
durchgehend	Datenschutzpaket für kleine und mittlere Praxen			395 €	595 €	
Taping Kurs						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
22.10.2019	K-Logic Taping Crashkurs	DKOU Berlin	René Badstübner, Ingo Geuenich	120 €	120 €	
Manuelle Medizin						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
23.10.2019	Manuelle Medizin Refresher	DKOU Berlin	Reinhard Deinfelder	50 €	100 €	
Gründung						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
25.10.2019	Workshop Praxisgründung für Orthopäden und Unfallchirurgen	DKOU Berlin	Dip. Kfm. Christian Giuzetti	50 €	100 €	
Röntgen: Update Fachkunde Strahlenschutz						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
25.10.2019	Update Fachkunde Strahlenschutz	DKOU Berlin	Dr. Tim Abt, Dr. Günter Abt	200 €	400 €	



Sonografie Säuglingshüfte					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
24.10.2019	Sonografie Säuglingshüfte Refresher	DKOU Berlin	Dr. Susanne Fröhlich	50€	100€

Orthopädisch-Traumatologische Fachassistenz (OTF): Berufsbegleitender Lehrgang für Medizinische Fachangestellte in Klinik und Praxis					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
17.–18.01.2020	Modul 2: Traumatologie der oberen Extremität	München	Dr. Christoph Weinhardt	250€	350€
08.–09.05.2020	Modul 3: Traumatologie der unteren Extremität	München	Dr. Christoph Weinhardt	250€	350€
26.–27.06.2020	Modul 4: Der „chronische Patient“: Chronisch-degenerative Erkrankungen	München	Dr. Christoph Weinhardt	250€	350€

Grundkurs Hygiene: Kursvarianten für Ärzte, Pflege, MFA und med. Hilfspersonal (Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
durchgehend	Grundkurs Hygiene	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer	16€	20€
durchgehend	Grundkurs Hygiene Teamschulung für 10 Mitarbeiter	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer	99€	149€

Hygienebeauftragte Medizinische Fachangestellte (HB MFA): curriculare Fortbildung (Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
13.11.2019	Blended-Learning-Fortbildung zur Hygienebeauftragten MFA	Köln	Kathrin Mann	399€	499€
03.12.2019	Blended-Learning-Fortbildung zur Hygienebeauftragten MFA	Bochum	Kathrin Mann	399€	499€
07.02.2020	Blended-Learning-Fortbildung zur Hygienebeauftragten MFA	Nürnberg	Kathrin Mann	399€	499€
24.03.2020	Blended-Learning-Fortbildung zur Hygienebeauftragten MFA	Tuttlingen	Kathrin Mann	399€	499€

Fortbildung Aufbereitung von Medizinprodukten für MFA (Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
14.11.2019	Aufbereitung von Medizinprodukten Abschlusskolloquium	Köln	Kathrin Mann	399€	499€

ADO-Kooperationen

DGOOC – Kursreihe Spezielle Orthopädische Chirurgie → Sonderpreis für DGOOC-Mitglieder: 500€					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
14.-16.11.2019	Knochen- und Weichteiltumoren	Berlin	Prof. Dr. Jendrik Harges, Prof. Dr. Axel Hillmann, Dr. Burkhard Lehner	500€	600€
23.-25.01.2020	Wirbelsäule	Berlin	Prof. Dr. Rene' Schmidt, Dr. Matti Scholz	500€	600€

Deutsche und Internationale Gesellschaft für extrakorporale Stoßwellentherapie (DIGEST): Fachkunde Stoßwellentherapie → Sonderpreis für DIGEST-Mitglieder: 290€					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
24.10.2019	DIGEST-Fachkundekurs Modul 3 Tendopathien der unteren Extremitäten	Berlin	Dr. med. Martin Ringeisen	310€	330€
25.10.2019	DIGEST-Fachkundekurs Modul 4 Knorpel und Knochen	Berlin	Dr. med. Martin Ringeisen	310€	330€
29.11.2019	DIGEST-Fachkundekurs Modul 2 Tendopathien obere Extremitäten	Wien	Dr. med. Martin Ringeisen	310€	330€
30.11.2019	DIGEST-Fachkundekurs Modul 5 Haut	Wien	Dr. med. Martin Ringeisen	310€	330€





DVT Fachkunde – Digitale Volumentomographie					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
23.10.2019	Spezialkurs Digitale Volumentomographie Teil 1 + 2	DKOU Berlin	Dr. med. Markus Preis, Dipl.-Ing. Christian Stegmann	kostenfrei	kostenfrei
09.11.2019	Spezialkurs Digitale Volumentomographie	Aschaffenburg	Dr. med. Markus Preis, Dipl.-Ing. Christian Stegmann	300€	400€
3D/4D-Wirbelsäulenvermessung und 4D-motion-Kurs DIERS International GmbH					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
25.10.2019	3D/4D Wirbelsäulenvermessung	Berlin	Dr. med. Holger Jahn	150€	200€
26.10.2019	4D-motion-Kurs – dynamische Wirbelsäulenvermessung	Berlin	Dr. med. Holger Jahn	150€	200€
MRT-Kurse Kernspintomographie in Orthopädie und Unfallchirurgie					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung		
15.–16.11.2019	MRT-Kurs 2: Wirbelsäule	Erlangen	Dr. Axel Goldmann		
13.–14.12.2019	MRT-Kurs 3: Untere Extremität	Erlangen	Dr. Axel Goldmann		
17.–18.01.2020	MRT-Kurs 4: Weichteil-, Knochen-, Gelenkerkrankungen	Erlangen	Dr. Axel Goldmann		
06.–07.03.2020	MRT-Refresher-Kurs 2020	Erlangen	Dr. Axel Goldmann, PD Dr. Frieder Mauch		
08.–09.11.2019	Kurs 4 Weichteil-, Knochen-, Gelenkerkrankungen	Stuttgart	PD Dr. Frieder Mauch		
Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen-EMG, SinfoMed GmbH					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung		
25.10.2019	EMG-Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedbacktherapie	DKOU Berlin	Dr.med. Maximilian Meichsner		
25.10.2019	Stoßwellentherapie in der täglichen Praxis	DKOU Berlin	Dr.med. G. Sutter		
Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. (DAF)					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung		
11.–12.10.2019	V – Operationskurs Rheumafuß	Augsburg	H. Waizy		
25.–26.10.2019	IV – Operationskurs Sehnenchirurgie	Augsburg	M. Thomas		
08.–09.11.2019	II – Operationskurs Vorfußchirurgie	Stuttgart	M. Gabel, U. Gronwald		
15.–16.11.2019	VI – Workshop Kinderfuß	München	J. Hamel		
OSTAK Osteologie Akademie GmbH					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung		
16.–17.11.2019	Basiskurs Osteologie	Hamburg	Prof. Dr. med. Florian Barvencik, PD Dr. med. Ralf Oheim		
07.12.2019	Spezialkurs OSTEOLOGIN DVO/ OSTEOLOGE DVO	Köln	Prof. Dr. med. Christopher Niedhart, Prof. Dr. med. Uwe Maus, Prof. Dr. med. Klaus M. Peters		
Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung		
16.–19.10.2019	21. Kurs zur Analyse und Korrektur von Beindeformitäten	Günzburg	PD Dr. med. Peter Keppler		
09.11.2019	Symposium der operativen Therapie von Wirbelsäulendeformitäten im Wachstumsalter	Basel	Prof. Dr. med. Carol Hasler, Dr. med. Daniel Studer		
22.11.2019	6. Hallenser Wirbelsäulensymposium	Halle (Saale)	Prof. Dr. med. Karl-Stefan Delank, Dr. med. Michael Planert, Dr. med. Katja Regenspurger		
29.–30.11.2019	Li-La e.V. Kurs 4: Komplikationen in der Kindertraumatologie, Untere Extremität	Stuttgart	Prof. Dr. F. F. Fernandez, Dr. Oliver Loose		
03.–06.12.2019	12. Kompaktkurs Kinderorthopädie	Stuttgart	Prof. Dr. med. Thomas Wirth		





AE – Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik GmbH → www.ae-gmbh.com

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
09.10.2019	AE-Kompaktkurs Kurzschaft	Köln	Prof. Dr. med. Markus Rickert, Prof. Dr. med. Fritz Thorey
10.–11.10.2019	AE-Masterkurs Hüfte	Köln	Dr. med. Holger Haas, Prof. Dr. med. Dieter C. Wirtz
23.–25.10.2019	AE-Masterkurs Hüfte	Berlin	Priv.-Doz. Dr. med. Michael Müller, Prof. Dr. med. Marc N. Thomsen
08.–09.11.2019	AE-Masterkurs Update und Experten- austausch Knie und Hüftendoprothetik	Karlsruhe	Prof. Dr. med. Dominik Parsch, Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Kirschner, MBA, Prof. Dr. med. Andreas C. Niemeier
08.–09.11.2019	AE-Masterkurs „Gelenkerhaltende Hüftchirurgie mit praktischen Übungen an Humanpräparaten“	Dresden	Prof. Dr. med. Klaus-Peter Günther, Prof. Dr. med. Klaus A. Siebenrock, Univ.-Prof. Dr. med. Reinhard Windhager
29.11.2019	AE-Kompaktkurs Zement und Zementiertechnik	Leipzig	Prof. Dr. med. Rudolf Ascherl, Prof. Dr. med. Andreas Roth
04.–05.12.2019.	AE/DKG-Masterkurs Knieendoprothetik Modul 3 für das Zertifikat Kniechirurgie der DKG	Düsseldorf	Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller, Prof. Dr. med. Robert Hube
06.–07.12.2019	AE-ComGen-OP-Personalkurs	Düsseldorf	folgt
06.–07.12.2019	21. AE-Kongress „Miteinander – Füreinander... you never walk alone“	Düsseldorf	Prof. Dr. med. Rudolf Ascherl, Dr. med. Alois Franz, Prof. Dr. med. Ulrich Christoph Liener

Deutsche Wirbelsäulengesellschaft e.V.

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
28.–30.11.2019	14. Deutscher Wirbelsäulenkongress	München	Prof. Dr. med. Bernhard Meyer

MWE – Ärzteseminar für Manuelle Medizin

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
12.–17.10.2019	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Isny- Neutrauchburg	Dr. med. Florian Wagner, Dr. med. Horst Moll
18.–20.10.2019 25.–27.10.2019	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Bochum	Prof. Rigobert Klett, Dr. med. Horst Moll
15.–17.11.2019 22.–24.11.2019	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Berlin	Sergej Thiele
16.–21.11.2019	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Hannover	Dr. med. Peter Wittich
07.–12.12.2019	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Isny- Neutrauchburg	Dr. med. Horst Moll

EUROSPINE

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
16.–18.10.2019	EUROSPINE 2019	Helsinki	Dr. Teija Lund, Prof. MD, PhD. Dietrich Schlenzka

Pro Sympos GmbH

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
15.–16.11.2019	9. Niederrheinischer Kongress und OP-Kurs Hüft-Arthroskopie	Essen	Dr. med. Wolfgang Zinser
21.–22.11.2019	21. UpDate Orthopädie und Unfallchirurgie	Neuss	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg Jerosch, Dr. med. Jochem Schunck, Dr. med. Theo Patsalis, Dr. med. Emanuel Ingenhoven
06.–07.12.2019	KKG Knorpel-Akademie - Spezialworkshop	Essen	Dr. med. Wolfram Steens
16.–18.01.2020	CoST OP-Kurs Fuß und Sprunggelenk	Essen	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg Jerosch, Dr. med. Jochem Schunck, Dr. med. Theo Patsalis, Prof. Dr. med. Timm J. Filler

Hessing Stiftung

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
16.11.2019	Hessing Orthopädie Symposium	Augsburg	Prof. Dr. med. Stephan Vogt, Dr. med. Jan Tomas



**„WIR SIND
O UND U!“**

Jetzt BVOU-Mitglied werden

Der BVOU ist die berufspolitische Vertretung für mehr als 7.000 operativ und konservativ tätige Orthopäden und Unfallchirurgen. Nur ein starker Berufsverband kann die künftigen Entwicklungen in Gesundheitspolitik und medizinischer Versorgung wirksam beeinflussen. Treten Sie dem BVOU bei und helfen Sie, eine starke Gemeinschaft zu bilden.

10 gute Gründe einer BVOU-Mitgliedschaft

1. Berufs-Rechtsschutz-Versicherung
2. Breites Weiter- und Fortbildungsangebot
3. Rahmenverträge für Haftpflicht und andere Versicherungen
4. Mentorenprogramm und Karriereberatung
5. Rechts- und Vertragsberatung
6. Sonderpreise für DKOU und ADO-Seminare
7. Kostenfreies Profil bei Orthinform
8. Kostenfreie Webinare im BVOU Study Club
9. Starke regionale und überregionale Netzwerke in O und U
10. Teilnahme an IV- und Selektivverträgen

**Bis
Jahresende
kostenlose
Mitgliedschaft
testen!**

**Weitere Informationen zu Ihren persönlichen Vorteilen
finden Sie auf unserer Webseite
www.bvou.net/mitglied-werden**



BVOU
Berufsverband für
Orthopädie und Unfallchirurgie