

Infobrief 02/2016



Quelle: WavebreakmediaMicro.fotolia.com

→ Inhalt

03 Editorial

04 Berufspolitik

- 04 – GOÄ-Novellierung geht weiter
 - 05 – Erfahrungen mit den Terminservicestellen
 - 07 – KV-Wahlen 2016: Kandidaten, Termine, Interviews
-

08 BVOU – News und Service

- 08 – M-Arztverfahren
 - 10 – Das neue BVOU.net
 - 12 – BVOU, TK und samedi: digitale Vernetzung fördern
 - 13 – News: Mitgliederversammlung, Aktion „Zeigt her Eure Füße“, DKOU 2016
-

14 Honorar und Abrechnung

- 14 – Handlungsempfehlungen Gonarthrose: Interview
- 15 – Klarstellung zu Rheumapatienten, ZIPP-Erhebung

16 Recht und Versicherungen

- 16 – Das Anti-Korruptionsgesetz im Alltag
 - 19 – GEMA-Gebühren in der Arztpraxis
 - 20 – Strahlenschutz für Patienten
 - 21 – Rechtsschutz als Versicherungsbaustein
-

22 Weiter- und Fortbildung

- 22 – Weiterbildungsreform
 - 23 – Seminar Konfliktmanagement
 - 24 – News: Krisenkommunikation, OTF-Kurs
-

25 Jubilare des BVOU

26 ADO Kursangebote

→ Impressum

Herausgeber

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

T 030.797 444-44
bvou@bvou.net

V.i.S.d.P.: Dr. med. Johannes Flechtenmacher

Autoren dieser Ausgabe:

Dr. Jörg Ansorg, Oliver Butzmann, Marco Eicher, Dr. Johannes Flechtenmacher, Dr. Jörg Heberer, Dr. Gerd Rauch, Sabine Rieser

Redaktionsschluss

15.07.2016

Konzept und Gestaltung

Rhowerk – Werbeagentur
www.rhowerk.de

Druck

Das Druckteam Berlin

Der Infobrief erscheint viermal jährlich.

Als Beilagen finden Sie Informationen unserer Kooperationspartner Oehm und Rehbein, Rinner und Partner, Helmsauer sowie Kursangebote der Akademie.

Kursanmeldung

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

Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen,

von wem stammt wohl dieser Satz: „Nur abnicken und zur Kenntnis nehmen reicht nicht.“? Von einem Delegierten des diesjährigen Deutschen Ärztetags? Ausgesprochen, als es um den Vorstandsantrag zum weiteren Vorgehen bei der Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ging? Oder von einem BVOU-Vorstandsmitglied? Und zwar von jemandem, der sich mit der für 2017 geplanten Zusammenlegung der Kapitel Chirurgie und Orthopädie im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) befasst hat?

Ich will Sie nicht länger auf die Folter spannen: „Nur abnicken und zur Kenntnis nehmen reicht nicht“ – dieser Satz stammt von Dr. Olaf Dieball, einem jungen Kollegen aus Bitterfeld in Sachsen-Anhalt. Er kandidiert erstmals für die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) in seinem Heimatland, weil er findet: Man muss sich als Facharzt und eben insbesondere als Orthopäde und Unfallchirurg Gehör verschaffen in den KV-Gremien, weil man nur so seine Interessen vertreten kann. Dieball ist einer von vielen Kollegen, die in kurzen Interviews auf unserer Homepage erzählen, warum sie kandidieren, was sie in der KV erreichen wollen – und was sie gegen vorübergehenden berufspolitischen Frust tun.

Ich weiß, dass manche von Ihnen ein bisschen wahlmüde sind. Und auch der Meinung, die KV tue nicht immer genug für ihre Mitglieder. Dennoch appelliere ich an alle, die dafür noch Zeit haben: Füllen Sie die Wahlunterlagen aus, wählen Sie die Kollegen aus O + U in die Bezirksausschüsse und die Vertreterversammlungen! Wir brauchen deren Sachverstand dringend, wenn es um Honorarfragen geht, um Bedarfsplanung, Selektivverträge, aber auch um Niederlassungsfragen oder Diskussionen über die Weiterbildung im ambulanten Bereich.

Viele Jahre wurde versucht, die versorgungspolitischen Weichen möglichst endgültig in Berlin zu stellen. Inzwischen setzt sich mehr und mehr die Erkenntnis durch, dass man den Regionen Spielräume lassen muss, wenn es weiterhin eine gute flächendeckende Versorgung geben soll. Wenn wir aber nicht in der VV vertreten sind, hat O + U dort auch keine Stimme. Dann nutzen neue Spielräume beim Honorar oder irgendwann vielleicht endlich auch bei der Weiterbildung im ambulanten Bereich nichts. Deshalb bitte ich Sie zu bedenken: Wir mögen nicht immer alles erreichen in der KV, was wir für angemessen halten – aber ohne Präsenz erreichen wir gar nichts für unsere Fachgruppe.

Auch wenn der Abnick-Satz nicht vom Deutschen Ärztetag stammt, er hätte dorthin gepasst. Der Vorstandsantrag wurde aufgrund zahlreicher Anträge modifiziert. Darüber war schon viel zu lesen. Wichtig und richtig ist meiner Meinung nach, dass in Zukunft die Berufsverbände und Fachgesellschaften enger in die Novellierungsarbeiten zur neuen GOÄ eingebunden werden sollen. Für den BVOU bedeutet das weiterhin viel Arbeit. Aber wir werden Flagge zeigen, damit sowohl die konservative wie die operative Orthopädie zeitgemäß und ausreichend honoriert in einer neuen GOÄ abgebildet werden.



Ebenso konsequent werden wir die anstehenden EBM-Reformen begleiten. Über das gemeinsame Kapitel Chirurgie und Orthopädie haben wir uns mit den entsprechenden Berufsverbänden schon sehr gut verständigt. Aber wir werden im nächsten Jahr dafür sorgen müssen, dass unser Leistungsspektrum auch abgebildet wird – und endlich besser honoriert. Und wir müssen die Bedarfsplanung im Auge behalten, wenn sich der Zuschnitt des EBM-Kapitels ändert.

In diesem Infobrief finden Sie auch wichtige Informationen zu vielen anderen Themen. Die Landesärztekammer Baden-Württemberg hat klargestellt, dass auch die medikamentöse Behandlung von Rheumapatienten selbstverständlich zu unserem Fach gehört. BVOU-Vorstandsmitglied Dr. Helmut Weinhart erklärt im Interview, wie man die Neuregelung zur Arthroskopie bei Gonarthrose am besten in der Praxis umsetzt. Und ein Autorenteam um Verbandsjustiziar Dr. jur. Jörg Heberer erläutert, was das Anti-Korruptionsgesetz im Alltag bedeutet.

Auf vieles haben wir Sie auf unserer Homepage schon kurz hingewiesen, damit Sie so schnell wie möglich von Neuerungen erfahren. An etlichen Stellen verweisen wir auch in diesem Infobrief auf www.bvou.net – die Homepage bietet wöchentlich mehr Möglichkeiten und erleichtert es, nach bestimmten Themen zu suchen. Wenn Sie nicht fündig werden, rufen Sie die BVOU-Geschäftsstelle in Berlin an. Das Team dort hilft Ihnen gern weiter.

Viel Freude bei der Lektüre des neuen Infobrief – aber vergessen Sie darüber nicht Ihre Wahlunterlagen!

Mit freundlichen Grüßen,

Johannes Flechtenmacher,
Präsident des BVOU

Gebührenordnung für Ärzte: Für das Fach O + U bedeutet die Novellierung noch viel Arbeit

Der Deutsche Ärztetag hat klargemacht, was bei einer GOÄ-Novelle zukünftig zu beachten ist. Auch sollen die Berufsverbände intensiver einbezogen werden. Dennoch: „Es wird noch viel Arbeit kosten, eine ordentliche Struktur hinzubekommen“, sagt BVOU-Präsident Dr. Johannes Flechtenmacher.

„Die Vorschläge, die wir bisher zur Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie unterbreitet haben, sind leider nur teilweise umgesetzt worden. Wir werden in die zukünftige Novellierung noch einmal viel Arbeit hineinstecken müssen.“ So hat Dr. Johannes Flechtenmacher die Entwicklung rund um die GOÄ kommentiert, seit der Deutsche Ärztetag (DÄT) in Hamburg einige Korrekturen am Vorstandsantrag der Bundesärztekammer (BÄK) vorgenommen hatte und damit den künftigen Verhandlungskurs absteckte. Dass die Berufsverbände und Fachgesellschaften zukünftig stärker einbezogen werden sollen, findet Flechtenmacher überfällig, aber: „Das Terminmanagement ist da schon wieder ein bisschen holprig. Es hat bereits wieder Verschiebungen gegeben.“

Man werde auf jeden Fall als O + U Flagge zeigen müssen und „darauf achten, dass sowohl die konservative wie die operative Orthopädie in einer neuen GOÄ gut abgebildet werden“. Für Detaildiskussionen um Steigerungssätze, Zuschläge und anderes sei es aber noch zu früh.

„Die Vertrauenskrise hält an“ – diesen Eindruck in Sachen GOÄ hat BVOU-Vizepräsident Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz als Delegierter der Landesärztekammer Brandenburg vom DÄT mitgenommen. Immerhin 85 Delegierte hätten dafür gestimmt, einen Abwahantrag gegen BÄK-Präsidenten Prof. Frank-Ulrich Montgomery zuzulassen. Schulz: „Die sachliche Kritik an der Verhandlungsführung von Mont-

gomery bei der GOÄ-Novellierung war noch von deutlich mehr Leuten getragen als der Abwahantrag gegen ihn.“ Als positiv wertet er es aber, „dass die Abstimmungen mit Berufsverbänden und Fachgesellschaften enger werden sollen“. Ob nun eine bessere GOÄ-Novelle kommen wird? Schwer zu sagen: „Auf jeden Fall hat sich einiges bewegt, und das ist positiv.“

Als „bereinigenden Akt“ nach den Debatten um die GOÄ-Novellierung in den letzten Wochen hat der BVOU-Landesobmann für Berlin, Dr. med. Klaus Thierse, den Abwahantrag gegen Montgomery empfunden. „Der sonst häufig sehr polarisierend leitende BÄK-Präsident hielt sich hier sehr zurück, nach unerwartet ruhiger Diskussion wurde der Antrag angelehnt“, beschreibt der Delegierte der Ärztekammer Berlin seine Eindrücke.

Der DÄT in Hamburg hatte Ende Mai mehrere Einwände gegen den bisherigen Kurs der BÄK bei der GOÄ-Novellierung aufgegriffen. So hat er auch für die umstrittene „Gemeinsame Kommission“ (GeKo) Vorgaben gemacht. Dieses neue Gremium soll aber installiert werden. Kritiker hatten wiederholt die Sorge vorgetragen, die GeKo werde nicht nur Vorschläge zur Weiterentwicklung der GOÄ unterbreiten, sondern bindende Vorgaben formulieren. In der Kommission sollen vier Vertreter der BÄK, zwei der Privaten Krankenversicherung (PKV) und zwei der Beihilfe sitzen. Im Konfliktfall muss das Bundesgesundheitsministerium über Vorschläge entscheiden. Sabine Rieser

Weitere Beiträge finden Sie im BVOU.net in der Rubrik Wissen/Abrechnung/GOÄ:



Quelle:Fotolia



Foto: Christian Griebel©/Helliwood

GOÄ-Kritikpunkte im Überblick

Wieso ist die geplante Gemeinsame Kommission (Geko) vielen ein Dorn im Auge, wenn es um eine zukünftige Amtliche Gebührenordnung für Ärzte geht? Warum sollen Gebührensätze nicht mehr wie bisher gesteigert werden können? Wie steht es um einen Inflationsausgleich?

Chronologie der GOÄ-Novelle

Wann einigten sich Bundesärztekammer und Private Krankenversicherung auf eine Rahmenvereinbarung? Wann trat Dr. med. Theodor Windhorst als GOÄ-Verhandlungsführer zurück? Wann legte die Allianz deutscher Ärzteverbände einen Forderungskatalog für einen neuen Verhandlungskurs vor?



Quelle: Privat

Gute Diskussionen

„Sehr vernünftig und konstruktiv“ habe man über die Reform der Muster-Weiterbildungsordnung diskutiert, mit sinnvollen Einigungen zum weiteren Zeitplan und Verfahrensweg, findet Frank-Ulrich Schulz. Auch zum Thema Chefarztverträge habe es „eine sehr gute und vernünftige Diskussion“ gegeben. Im beschlossenen Antrag heißt es unter anderem: „Ökonomisierung ist dann abzulehnen, wenn betriebswirtschaftliche Parameter individuelle und institutionelle Ziele ärztlichen Handels definieren, ohne dass es eine am Patientenwohl orientierte medizinische Begründung gibt.“

Angesichts des Widerstands gegen Reformpläne der BÄK zu den Akademien sei offenbar geworden, „wie weit weg der Vorstand der BÄK von der Basis ist“. Das Ärzteparlament in Hamburg hatte anders als vorgeschlagen den Erhalt der Akademien für Gebietsärzte und Allgemeinmedizin mit eigenem Statut und der bisherigen Struktur beschlossen. Dies findet Schulz sinnvoll: „Ich halte die Akademien für eine gute Sache.“



Quelle:Privat

Weiterbildung: Skepsis

Den Optimismus mancher, dass die vorgesehene Überarbeitung der Muster-Weiterbildungsordnung bis Jahresende abgeschlossen werden kann, teilt Dr. Klaus Thierse nicht: „Knackpunkt und weiterhin unbeantwortet bleibt die Frage nach der Finanzierung der – in einigen Fächern inhaltlich schon unumgänglichen – Weiterbildung im ambulanten Bereich“, sagt er. „Hier wird eine tarifvertragliche Grundlage unter dem Vorwand fehlender Tarifpartner auf den St. Nimmerleinstag verschoben. Dabei geht es bei den Medizinischen Fachangestellten doch auch.“

Den Abwahantrag gegen Montgomery hat Thierse vor Ort in Hamburg so erlebt: „Der sonst häufig sehr polarisierend leitende BÄK-Präsident hielt sich hier sehr zurück, nach unerwartet ruhiger Diskussion wurde der Antrag abgelehnt.“ Die BÄK schein unter der Leitung von Dr. Klaus Reinhardt als Verhandlungsführer die Knackpunkte der GOÄ anzugehen. Ein neuer Entwurf werde wohl keine einsame Entscheidung mehr bleiben.

Terminservicestellen haben Arbeit aufgenommen: So bewerten es die BVOU-Landesverbände

Die Vermittlung von Arztterminen über die Terminservicestellen bedeutet viel Aufwand, ist teuer, wird kaum nachgefragt – so fassten die Landesvorsitzenden des BVOU ihre Erfahrungen vor Ort nach 100 Tagen zusammen. Das hat eine Umfrage ergeben.

„Technisch einwandfrei und pünktlich haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) die Terminservicestellen organisiert und eingerichtet“, betonte der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. Andreas Gassen Anfang Mai in einer ersten Bilanz nach 100 Tagen. Sie würden aber „nicht wirklich gebraucht“. Bundesweit wurden in den ersten drei Monaten schätzungsweise 31.500 Termine über die Servicestellen gebucht. Gassen bezeichnete dies angesichts von rund 550 Millionen jährlichen Behandlungsfällen im ambulanten Bereich als sehr gering.

Ähnlich sehen es die BVOU-Landesvorsitzenden. Auf eine Umfrage des BVOU reagierten sie mehrheitlich mit Antworten wie diesen: „Viel Lärm um nichts“, „Außer Spesen nichts gewesen“, „Die Nachfrage ist gering und bei genauer Betrachtung in den meisten Fällen nicht gerechtfertigt.“ Anders als in anderen Bundesländern waren in Hessen Orthopädentermine aber gefragt: Knapp 200 wurden in den ersten Wochen vermittelt. Nur bei Neurologen wurden noch mehr Termine vermittelt, nämlich mehr als 400.

In Schleswig-Holstein wurden die Terminservicestellen nach einem Vorschlag des dortigen BVOU umgesetzt, berichtet

Dr. Christian Hauschild: „Kostengünstig und effizient bekommen Patienten lediglich einen Vermittlungs-Code. Das Terminmanagement verbleibt in den Praxen.“ Für eine gute Presse zum Thema Wartezeitenmanagement sorgten in Sachsen drei Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie: Sie informierten Sebastian Kositz, Redakteur in der Lokalredaktion Bautzen der Sächsischen Zeitung, über ihr kollegiales Netzwerk „Orthosachs“, mit dessen Hilfe wirklich eilige Patienten in der Region rasch einen Orthopäden-termin bekommen können.

„Das KV-System hat bei der Einführung der Terminservicestellen eindrucksvoll bewiesen, dass es Großprojekte umsetzen kann“, betonte Gassen. „Am besten lässt sich der Erfolg wohl daran messen, dass noch kein einziger Termin in ein Krankenhaus vermittelt werden musste und dass eine Terminvermittlung im Durchschnitt weniger als fünf Minuten dauert.“ Als nächstes solle ein eTerminservice auch in den Praxisverwaltungssystemen verfügbar gemacht werden.

Alle Antworten auf die Umfrage finden sie im BVOU.net in der Rubrik Nachrichten/BVOU. Im Folgenden Entwicklungen aus einzelnen Ländern.

Saarland: Abstimmung zu Rheumapatienten

„Die Erfahrungen im Saarland haben in den ersten Monaten gezeigt, dass sich fast keine orthopädischen Patienten gemeldet haben“, berichtet Dr. Björn Bersal, der dortige BVOU-Landesobmann. „Lediglich im Bereich Rheumatologie besteht wirklich ein Engpass.“ Deshalb hätten sich frühzeitig Fachgruppenvorsitzende der Rheumatologen und der Allgemeinmediziner getroffen, Bersal war als Vertreter der Orthopäden mit dabei. Beschlossen wurde: Nur diejenigen Patienten werden an die Terminservicestelle überwiesen, bei denen schon eine ausführliche Diagnostik stattgefunden hat.

Sachsen: Orthosachs als Lösung für eilige Patienten

Relativ wenig Anfragen, problemlose Vermittlung – so beschrieb Dr. Jörg Panzert die Situation in Sachsen bis zum März. Seitdem gebe es eine „deutliche Zunahme“ aufgrund von Medienhinweisen, auch bei Orthopäden, betont der dortige BVOU-Landesobmann. Die KV Sachsen hat bereits Ende 2014 freiwillig eine Terminservicestelle eingerichtet. Mit den Krankenkassen schloss sie damals einen Vertrag, sie stellten allerdings auch zusätzliches Geld zur Verfügung. Die Abmachung: Nur bei Schwierigkeiten mit sogenannten B-Überweisungen (4-Wochen-Frist) hilft die Terminservicestelle der KV Patienten weiter. Hausärzte, die gezielter als

bisher überweisen, und Fachärzte, die noch Patienten aufnehmen, bekommen mehr Honorar. A-Patienten müssen innerhalb von 24 Stunden versorgt werden, C-Patienten werden von den überweisenden Ärzten nicht als eilig eingestuft.

In Ostsachsen haben sich mittlerweile acht Fachärzte O + U zu einem Netzwerk zusammengeschlossen, unter anderem, um die Versorgung bei Akutfällen zu sichern. „Jeder von uns übernimmt deshalb für jeweils eine Woche den Notfalldienst“, erläuterte Dr. Carsten Pfeiffer aus Bautzen vor kurzem einem Redakteur der „Sächsischen Zeitung (SZ)“. Bei A-Patienten „müssen uns die Kollegen anrufen und wir entscheiden dann umgehend, wie es weitergeht“, so Pfeiffer gegenüber der SZ. Das Angebot habe man bei den Kollegen vorgestellt. Sie haben somit eine Anlaufstelle für A- und B-Patienten.

Niedersachsen: Online-Service geht nicht ans Netz

In Niedersachsen war zum 1. April 2016 eine Online-Vermittlung für Patienten mit dringenden Überweisungen geplant. Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Niedersachsen habe jedoch beschlossen, darauf zu verzichten, berichtete kürzlich Dr. Wolfgang Böker, der dortige BVOU-Landesobmann. Der stellvertretende Pressesprecher der KV bestätigt dies auf Anfrage. In den ersten drei Monaten wurden gerade einmal 4.700 Termine vermittelt. Damit seien die Nachfragen „weit unter dem geblieben, was wir einmal erwartet hatten“.

Rie



Quelle: Fotolia

Die Interessen von O + U engagiert vertreten – Kandidaten für die KV-Wahlen unterstützen

Wenn es nicht gelingt, Orthopäden und Unfallchirurgen in die Vertreterversammlungen (VV) zu wählen, werden deren Interessen auch nicht vertreten. Engagierte Kandidaten aus O + U für die VV kandidieren in allen Bundesländern.

WAHL
2016

Quelle: Fotolia

„Es ist Ihre KV“ – mit diesem unmissverständlichen Slogan wirbt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Nordrhein bei ihren Mitgliedern darum, sich an den Wahlen zur Vertreterversammlung zu beteiligen. Auch die Bezirksausschüsse stehen vielerorts zur Wahl. Viele niedergelassenen Orthopäden und Unfallchirurgen sehen die Politik ihrer KV durchaus kritisch und wünschen sich häufig, es würde mehr erreicht: bessere Honorare, weniger Bürokratie, basisnähere Beschlüsse.

Der BVOU hat Fachärzte aus O + U in ganz Deutschland befragt, warum sie kandidieren, was sie als Mitglied einer VV erreichen wollen – und wie sie sich motivieren, wenn sie von der Berufspolitik gerade frustriert sind. Die Antworten dokumentieren wir seit Juni auf der Homepage www.bvou.net – hier eine kleine Auswahl. Auf der Homepage zusätzlich zu finden: Wahltermine, Wahlaufrufe, Hintergrundinfos.

Dr. Wolfgang Böker, der BVOU-Landesvorsitzende in Niedersachsen, weiß, warum er kandidiert: „Weil die Interessen der Orthopäden nur durchgesetzt werden können, wenn sich Mitglieder unserer Berufsgruppe auch in der Vertreterversammlung engagieren.“ Er will sich einsetzen „für eine gerechtere Honorierung der ärztlichen Leistungen der Orthopäden und für die Abschaffung der Regresse, insbesondere im Bereich der Heilmittel“.

Dr. Matthias Graf, der BVOU-Landesvorsitzende in Bayern, sagt: „Das wichtigste Versorgungsthema der nächsten Legislaturperiode

ist sicherlich, KV-Strukturen zu schaffen, in denen sich die gewandelten Voraussetzungen für die Niederlassung (hoher Frauenanteil, Work-Life-Balance u.s.w.) widerspiegeln. Und das wichtigste Honorartheema wird weiterhin sein, die Vergütungssituation für konservativ wie operativ tätige Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie zu verbessern.“

Dr. med. Olaf Dieball findet: „Nur abnicken und zur Kenntnis nehmen reicht nicht.“ Der Sachsen-Anhaltiner kandidiert zum ersten Mal und will sich „als Vertreter der nächsten Generation und junger niedergelassener Facharzt besonders für den Generationswechsel und für eine Steigerung der Attraktivität der Niederlassung stark machen“. Ein weiteres Anliegen: „Der Anteil der Allgemeinärztinnen und -ärzte geht immer weiter zurück. Die damit verbundene Verlagerung von Versorgungsaufgaben von allgemein- in fachärztliche Praxen, verbunden mit zunehmendem Alter und Morbidität der Patienten, muss bei Planungen zum Thema Honorare, Mengenbegrenzungen und der Versorgungssituation nachhaltig kommuniziert werden.“

Dr. Frido Mütsch kandidiert in Baden-Württemberg und betont: „Ich bin dankbar für die Leistungen meiner Vorgänger in der Berufspolitik – und überzeugt vom Miteinander der Haus- und Fachärzte sowie von Kollektiv- und Selektivverträgen.“ Mütsch will sich unter anderem „für die berechtigten Interessen der Unfallchirurgen und Orthopäden als ambulante Operateure und Belegärzte“ einsetzen.

Sabine Rieser

Das neue Mannschaftsarztverfahren für die Behandlung der Berufssportler

Die für die Behandlung der Berufssportler zuständigen Verwaltungs-Berufsgenossenschaften haben zum 01.01.2016 das neue, sehr zu begrüßende Mannschaftsarztverfahren für die Behandlung der Berufssportler gestartet. Das neue Pilotprojekt stellt eine Alternative zur D-ärztlichen Behandlung und eine Sicherung der weiteren Betreuung der Berufssportler, insbesondere für die Mannschaftsärzte dar, deren H-Arztzulassung zum 31.12.2015 ausgelaufen ist. Viele dieser Orthopäden und Unfallchirurgen, die nicht zum D-Arzt übergeleitet werden konnten, können als zukünftige M-Ärzte ihre Bundesliga-, Regionalliga- und andere Berufssportlern weiterhin suffizient betreuen.

Hintergründe der Neuregelungen ab 2016

Durch deutlich sinkende Arbeitsunfallzahlen (im Jahr 2000 noch über 2 Millionen, in 2014 noch 1,04 Millionen) hat der Dachverband der Berufsgenossenschaften (DGUV) vor ca. 5 Jahren eine umfassende Reform des gesamten ambulanten und stationären BG-Heilverfahrens umgesetzt. Neben sinkenden Arbeitsunfallzahlen wurde das Argument einer Qualitätsverbesserung der Heilbehandlung ins Feld geführt. Für den ambulanten Bereich wurde eine Abschaffung des H-Arzt zum 31.12.2015 beschlossen. Es gab eine Übergangsregelung für die bestehenden H-Ärzte, zu einem D-Arzt zu werden.

Diese Übergangsregelung setzte aber voraus, dass an dem Praxisstandort mindestens 250 H-Arzt-Fälle durch den Arzt sowohl in der Einzelpraxis als auch in der Gemeinschaftspraxis pro Jahr behandelt werden mussten. Weiterhin musste die Infrastruktur der Praxis bezüglich der Eingriffsräume dem D-Arzt-Status angepasst werden. Dieses führte dazu, dass bis jetzt nur ca. 17% der bisherigen H-Ärzte nach den neuen Bestimmungen zum D-Arzt übergeleitet werden können, das sind bundesweit ca. 380 Kollegen.

Weiterhin wurde parallel das stationäre Heilverfahren komplett umgebaut. Das vorherige Verfahren wurde aufgeteilt in die unterschiedlichen Schwerverletztenartenverfahren der DGUV. Weitere Informationen zu diesem Punkt finden Sie unter <http://www.bg-kliniken.de/akutmedizin-rehamedizin/qualitaet/savvav-anforderungen/>

DAV = Durchgangsarztverfahren

VAV = Verletzungsartenverfahren

SAV = Schwerverletzungsartenverfahren

Auch hier gibt es eine entsprechende Übergangsregelung, die zum Jahre 2018 ausläuft, mit der Folge, dass viele VAV-Krankenhäuser ihre VAV-Zulassung verlieren und nur noch als DAV-Krankenhaus weiter tätig sein können. Die Anforderung für ein SAV-Krankenhaus, sowohl von der Infrastruktur, als auch von der vorzuhaltenden mehrere Fachdisziplinen beinhaltende Ärzteteam in ständiger Bereitschaft wird voraussichtlich nur von 120 bis 150 Krankenhäusern abgedeckt werden können. Parallel zu den infrastrukturellen Änderungen der zur bg-lich zugelassenen Krankenhauslandschaft erfolgte die Veränderung des Verletztenar-



Quelle: Fotolia

tenkataloges, so dass bestimmte Eingriffe nur in bestimmten Krankenhäusern, außer in Notfallsituationen, behandelt werden können. So dürften bereits ab diesem Jahr z. B. hintere Kreuzbandverletzungen nur in SAV-Krankenhäusern behandelt werden, obwohl viele spezialisierte Operateure mit hohen Fallzahlen außerhalb der BG-Kliniken in diesem Bereich, ebenso bei der operativen Versorgung von vorderen Kreuzbandverletzungen, tätig sind.

Die orthopädischen und unfallchirurgischen Belegärzte wurden primär gar nicht erwähnt, jetzt zeichnet sich ab, dass sie voraussichtlich nur in ihrem Belegarzt Krankenhaus operativ tätig sein können, wenn das Krankenhaus zumindest eine DAV-Zulassung hat.

Die Verwaltungs-BGen und das neue M-Arztverfahren

Die einzelnen BGen sind unabhängig voneinander als Träger der Heilverfahren zuständig, so dass sie in der Lage waren, unabhängig von DGUV das neue M-Arztverfahren zu implementieren. Von den 9,3 Millionen Versicherten erlitten 487.000 Unfälle, und im bezahlten Sport erlitten von den 26.000 versicherten Sportlern 29.000 registrierte Unfälle, d. h. im bezahlten Sport wurde über 1 Unfall pro versicherte Person registriert, wobei bei den übrigen Versicherten die Quote bei 5,4% lag.

Die hochspezialisierten Mannschaftsärzte und -ärztinnen, die seit Jahren Berufssportler betreuen, stellen einen wichtigen Baustein in der Behandlung der Profisportler dar. Gerade im Spitzensport mit Fußball, Hand-, Basketball und Eishockey ist eine langjährige vertrauensvolle Zusammenarbeit mit besonderen Kenntnissen der zeitnahen Diagnostik und kurzfristigen Entscheidungen zur konservativen oder operativen Therapie sowie den erheblichen Ansprüchen in der Rehabilitation bekannt. Auch die Verletzungsprävention stellt einen wichtigen Bestandteil der sportmedizinischen Betreuung dar. Um diese Betreuung der Berufssportler weiter durchführen zu können, erfolgte die Implementierung des Mannschaftsarztverfahrens durch die Verwaltungs-BGen zum 01.01.2016.

Voraussetzungen für den M-Arzt und Handlungsspielräume

Die praxisinfrastrukturellen und medizinischen Voraussetzungen für den M-Arzt entsprechen ungefähr dem alten H-Arzt und sind auf der Homepage der Verwaltungs-BG (VBGA) einzusehen. Ausführliche Informationen finden Sie dazu unter folgendem Link: http://www.vbg.de/SharedDocs/Medien-Center/DE/Faltblatt/Versicherungsschutz_Leistung/M_Arzt_Anforderungen.pdf?__blob=publicationFile&v=8

Außerdem muss der M-Arzt einen Kurs absolvieren und der Sportverein muss ihn benennen und beauftragen. Der M-Arzt muss den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie führen sowie den Zusatz Sportmedizin noch mit dreijähriger Erfahrung in Sportmedizin und Diagnostik und Therapie von Sportverletzungen vorweisen. Es gilt der allgemein gültige Verletztenartenkatalog, das Spektrum für den M-Arzt wird gesondert aufgeführt. Der M-Arzt kann die besondere Heilbehandlung einleiten. Entgegen den bisherigen neuen D-Arzt-Leitlinien ist der M-Arzt mit den ambulanten Operationen dem Durchgangsarzt und mit Zusatzbezeichnung spezielle Unfallchirurgie gleichgestellt.

Da die betreuenden Mannschaftsärzte häufig operativ besonders erfahren sind in der Behandlung von Knie- und Schultergelenksverletzungen, besteht prinzipiell die Möglichkeit, nach Rücksprache mit der Verwaltungs-BG und deren ausdrücklicher Zustimmung, ggf. auch mit Vorstellung bei einem VAV oder SAV-Krankenhaus, die operative Versorgung von vielen Schultergelenksverletzungen sowie vorderen Kreuzbandrupturen und Operationen zur Schulterstabilisierung durchzuführen. Letztendlich sind die Berufsgenossenschaften Entscheidungsträger des Heilverfahrens.

Wieviele Kollegen werden voraussichtlich M-Arzt werden?

Aktuell haben ca. 152 M-Ärzte diesen Kurs absolviert, es liegt die Anmeldung von weiteren 50 Ärzten vor, so dass die Verwaltungs-BG am Ende von insgesamt ca. 200 M-Ärzten ausgeht.

Bei gegenüber den H-Ärzten unveränderter Praxisausstattung sind keine Praxisbegehungen geplant.

Ein besonderer Schwerpunkt: Prävention als Aufgabe des M-Arztes in der Behandlung

Der M-Arzt führt die sportmedizinischen Untersuchungen durch, ggf. erfolgt die Vorstellung bei anderen Ärzten durch die Hinzuziehung von zahnärztlichen, augenärztlichen, H-N-O-ärztlichen, ernährungsmedizinischen Untersuchungen. Für den Profisport gehört m. E. auch zusätzlich noch eine suffiziente kardiologische Untersuchung mit entsprechender Spiroergometrie und Echocardiografie als unbedingte Voraussetzung hier hinzu. Zudem soll eine entsprechende Leistungsdiagnostik unter Einbeziehung des M-Arztes regelmäßig stattfinden. Auch gehört die Begleitung des Sportlers im „Return-to-Competition“-Prozess zu den Aufgaben des M-Arztes. Daneben sind die Überprüfung der Medikamenteneinnahme sowie Antidopingvorgaben ein Aufgabenfeld des M-Arztes neben der Beratung für die Regeneration der Sportler.

Den Berufssportler betreuenden Orthopäden und Unfallchirurgen ist es sehr zu empfehlen, das Mannschaftsarztverfahren zu beantragen, damit das Pilotprojekt ein voller Erfolg wird und es auf Dauer sich etabliert.



Quelle: Privat

Dr. Gerd Rauch
Landesvorsitzender BVOU Hessen

Das neue BVOU.net als Reflektion von Aufbruch und Modernisierung unseres Verbandes

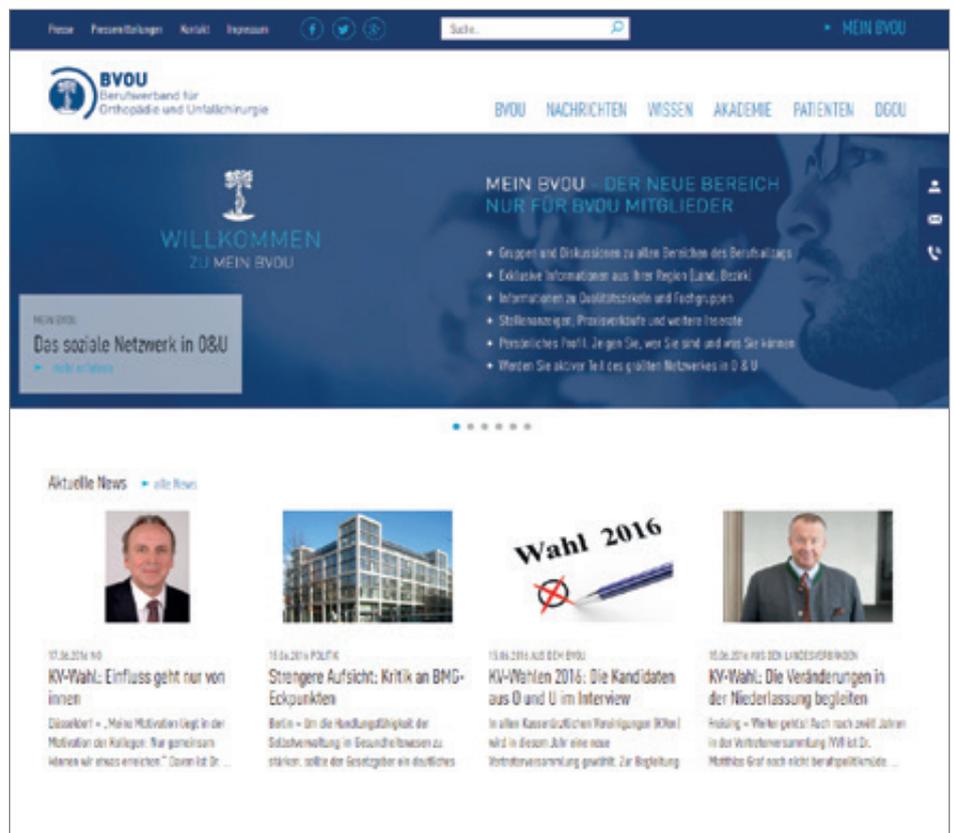
Mit den neuen Webseiten des BVOU informieren wir unsere Mitglieder und Interessierte seit einem halben Jahr über aktuelle Entwicklungen in Orthopädie und Unfallchirurgie sowie über den Verband und die Tätigkeit unserer Mandatsträger. Zeit, ein erstes Resümee zu ziehen und die nächsten Entwicklungsschritte anzugehen.

Die Agenda des im Jahr 2014 neu gewählten BVOU-Vorstandes ist klar: Öffnung und Modernisierung des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Einerseits ist es das erklärte Ziel, den Verband zur Heimat für alle Kolleginnen und Kollegen in Orthopädie und Unfallchirurgie zu machen, unabhängig davon, ob sie in der Klinik oder in der Praxis tätig sind. Auf der anderen Seite wollte sich der BVOU dem Nachwuchs in O & U zuwenden.

Die Wege, die zu diesen Zielen führen sollen, waren rasch ausgemacht: Durch die Modernisierung der Außerdarstellung des Verbandes und einen offenen und modernen Kommunikationsstil nach innen und außen soll neues Vertrauen und Interesse an der Arbeit des BVOU geschaffen werden.

Hierzu soll die Professionalisierung der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ebenso beitragen wie die Modernisierung der Kommunikationskanäle, von der Webseite bis zur Mitgliederzeitschrift. Zum DKOU 2015 wurden als erste Ergebnisse das neue BVOU.net und kurze Zeit später die erste Ausgabe unseres neuen Infobriefs vorgestellt.

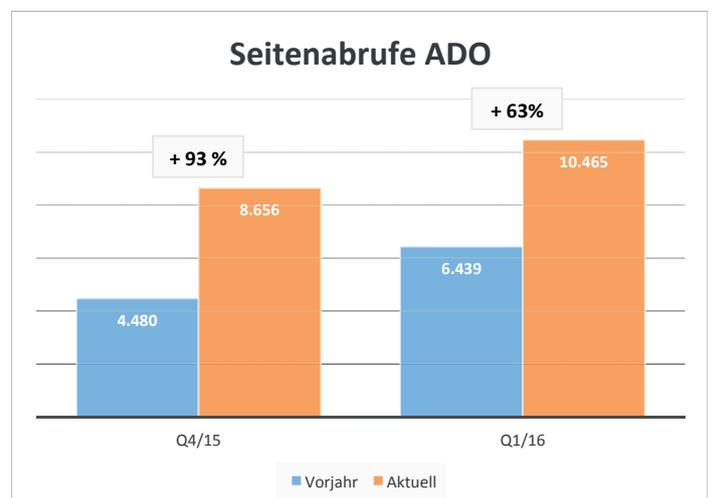


Mehr Information mit weniger Klicks

Das neue BVOU.net ist auf Leistung, Offenheit und Nutzerfreundlichkeit optimiert. Die meisten Informationen finden Sie jetzt schneller und mit weniger Klicks. Das spart Zeit und führt unsere Nutzer schneller zum Ziel.

Auf der Startseite finden Sie die neuesten Beiträge und Nachrichten aus allen Rubriken des BVOU.net. Außerdem gibt es direkte Verbindungen zu den am häufigsten nachgefragten Seiten wie z.B. den Serviceseiten oder den Informationen zur BVOU-Mitgliedschaft.

Erst wenn Sie auf geschützte Inhalte treffen, die BVOU-Mitgliedern vorbehalten sind, werden Sie aufgefordert, sich einzuloggen. Klicken Sie dazu rechts oben auf „mein BVOU“ und geben Sie Ihre Zugangsdaten ein.



Die Rubriken des BVOU.net

Der BVOU

Hier stellen sich unser Verband, der Vorstand, das Junge Forum sowie die Referate und Landesverbände vor. Außerdem finden Sie hier die Service- und Dienstleistungen für unsere Mitglieder sowie Beitrittsformulare.

Nachrichten

In dieser Rubrik bündeln wir die neuesten Informationen für Orthopäden und Unfallchirurgen. Hier finden Sie alle Meldungen aus dem BVOU sowie aus der Berufspolitik, der Wissenschaft sowie Neues von unseren Industriepartnern.

Wissen

Das ist der Speicher für alle Themen des orthopädisch-unfallchirurgischen Berufsalltags. Von Abrechnung über juristische Grundsätze bis zur Weiter- und Fortbildung finden Sie hier alles Wissenswerte zum Nachschlagen.

Akademie

Das umfangreiche Programm der ADO-Akademie sowie unserer Kooperationspartner findet sich in dieser Rubrik. Dank eines vollständig neu aufgesetzten Buchungssystems können Sie hier Ihre nächste Fortbildung bequem auswählen und gleich online buchen.

Patienten

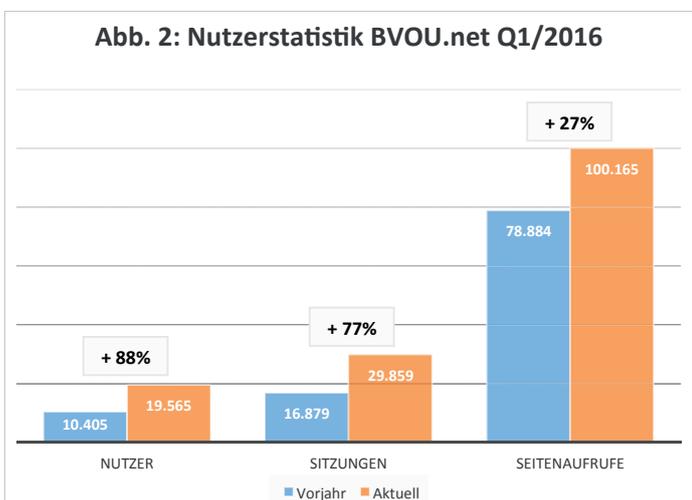
Um dem gestiegenen Informationsbedarf unserer Patienten gerecht zu werden, haben wir diese Rubrik komplett neu aufgenommen. Hier informieren wir über die wichtigsten Erkrankungen, neue Therapieoptionen und geben Tipps, was man selbst tun kann, um aktiv und gesund zu bleiben.

DGOU

Über diesen Menüpunkt erreichen Sie die Webseiten unserer wissenschaftlichen Fachgesellschaften und anderen Partnerverbände.

Hervorragende Resonanz unserer Nutzer

Der Neustart einer etablierten Webseite und die damit verbundenen Änderungen für die Nutzer sind ein kritischer Moment. Nicht jeder



steht Veränderungen mit Offenheit und einer gewissen Neugier gegenüber. Und häufig sind zum Zeitpunkt der Umschaltung noch kleinere Fehler und Unwuchten zu beheben. Deshalb gehen die Zugriffszahlen einer Webseite nach dem sog. Relaunch häufig um 20-30% zurück.

Nicht so beim BVOU.net. Unsere Mitglieder scheinen auf der einen Seite im Vergleich zum Durchschnitt deutlich offener für Veränderungen zu sein. Und zum anderen hat auch der sanfte Übergang vom Alt- zum Neusystem dazu beigetragen, dass die Besucher des BVOU.net vom ersten Tag an die neuen Angebote aktiv angenommen haben.

So haben sich die Nutzer- und Zugriffszahlen in den ersten Monaten des neuen BVOU.net im Vergleich zu Vorjahr nahezu verdoppelt (Abb. 2).

Ein besonders starker Zuwachs ist bei Besuchern zu verzeichnen, die das BVOU.net und die ADO-Angebote mit mobilen Endgeräten wie Smartphones und Tablets nutzen. Das gesamte BVOU.net ist für mobile Endgeräte optimiert worden und damit fit für die Zukunft.

Auch die Seiten unserer Akademie, der ADO, werden seit dem Relaunch deutlich stärker frequentiert. Auch dort freuen wir uns über eine Verdopplung der Seitenabrufe, die auch mit einer gesteigerten Buchung einzelner Seminarangebote einhergeht.

Perspektiven

Die Entwicklung des BVOU.net ist noch nicht abgeschlossen. Neben einer erheblichen Erweiterung der Seminarangebote planen wir den Start elektronischer Weiter- und Fortbildungsangebote. Diese werden sowohl in Kombination mit klassischen Präsenzseminaren als sogenannte Blended-Learning-Angebote kommen, als auch in Form reiner elektronischer Formate. Hier planen wir neben klassischen E-Learning-Kursen vor allem Webinare und Videokurse.

Auch das soziale Netzwerk „mein BVOU“ wird weiter ausgebaut, um es vor allem für unsere Mandatsträger noch einfacher nutzbar zu machen und den Übergang von der alten Homepage zu erleichtern. Insbesondere wird es ein neues Werkzeug zur Planung der vielen lokalen und regionalen Veranstaltungen und Qualitätszirkel geben, das den organisatorischen Aufwand für unsere Landes- und Bezirksobleute deutlich erleichtern wird.

Wann lernen Sie das erste Mal die neuen Seiten des BVOU kennen? Im Internet ebenso wie bei den nächsten Veranstaltungen vor Ort. Unser Verband ist stark in der Nähe zu seinen Mitgliedern. Wir freuen uns auf Sie und sind für jede Kritik und alle Verbesserungsvorschläge dankbar.

Dr. Jörg Ansorg

Projekt von BVOU, TK und samedi fördert digitale Vernetzung von Arzt und Patient

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens geht mit immer größeren Schritten voran. Auch die digitale Vernetzung und Kommunikation von Ärzten und Patienten, angefangen bei der Terminvereinbarung, gewinnt in diesem Kontext zunehmend an Bedeutung. Zur Etablierung einer umfassenden Online-Versorgungslandschaft Orthopädie haben der BVOU und die Techniker Krankenkasse in Kooperation mit dem Online-Terminbuchungssystem samedi ein Förderprojekt initiiert, das es BVOU-Mitgliedern ermöglicht, die Online-Buchung von Terminen jetzt einfach und günstig in ihre Praxis zu integrieren.

Mitglieder des BVOU erhalten exklusiv einen reduzierten Preis für die Einrichtung eines samedi-Benutzerkontos und können zudem im Rahmen der TK-Förderstudie noch bis zum 31.12.2016

minmanagement und spart wertvolle Arbeitszeit am Empfangstresen. Außerdem erschließen Sie Ihrer Praxis mit der 24-stündigen Verfügbarkeit neue Patientenschichten, die üblicherweise

zu den normalen Praxiszeiten arbeiten und telefonisch nur schwer einen Termin vereinbaren können“, sagt Dr. med. Jörg Ansorg, Geschäftsführer des BVOU. Für die Nutzung des Online-Terminbuchungssystems samedi ist weder zusätzliche Hard- oder Software, noch eine Installation notwendig. Nach Einrichtung des Benutzerkontos kann die Online-Terminbuchung sowohl über die eigene Praxis-Website als auch über das TK-Portal und das Patienten-Portal Orthinform des BVOU erfolgen. Auf Wunsch arbeitet das System auch mit der eigenen Praxissoftware zusammen, sodass eingehende Termine automatisch in den Praxiskalender übernommen werden. Am Tag vor dem Termin können Patienten zudem per E-Mail oder SMS an den Arztbesuch erinnert werden. Das reduziert Terminausfallzeiten. Einen besonderen Service bietet das System für Zuweiser und Kooperationspartner in Kompetenznetzen oder mit Kliniken. „Das samedi-System

kennt verschiedene externe Nutzer mit unterschiedlichen Prioritäten. So können Sie Zuweisern und Kliniken privilegierte Terminslots anbieten und den Service für Ihre Kooperationspartner verbessern“, erklärt Ansorg. Die Implementierung der Online-Terminbuchung ermöglicht insgesamt ein wirtschaftlicheres Praxismanagement bei gleichzeitig höherem Service für die Patienten. Dies trägt zu einer besseren Arzt-Patienten-Beziehung bei und steigert nachhaltig die Zufriedenheit der Patienten.

Weitere Informationen zum Online-Terminsystem samedi sowie das Anmeldeformular zum TK- Förderprojekt finden Sie unter www.bvou.net.



eine Förderung von 120 € bei der Krankenkasse beantragen. Außer der Vergabe von mindestens einem Online-Terminslot pro Woche gehen interessierte BVOU-Mitglieder dabei keine Verpflichtungen ein.

Ziel des Förderprojekts von BVOU und TK ist es, für den Patienten einen einfacheren Zugang zu Terminen bei Orthopäden und Unfallchirurgen zu schaffen und zugleich das Praxispersonal zu entlasten. Indem Patienten verfügbare Termine eigenständig online buchen können, kann die zeitintensive Beantwortung von Telefon- und E-Mail-Anfragen deutlich reduziert werden. „Das Online-Terminbuchungssystem samedi erleichtert Ihnen das Ter-

Weitere Nachrichten finden Sie regelmäßig im BVOU.net



Quelle:Fotolia

Einladung zur ordentlichen BVOU-Mitgliederversammlung

Sehr geehrte Damen und Herren,
wir laden Sie herzlich zur nächsten Mitgliederversammlung ein.
Sie findet statt am:

Freitag, den 28. Oktober 2016, 12:45 – 14:15 Uhr
Großer Saal, DKOU-Gelände Messe Süd, Berlin
(Einlass nur für BVOU-Mitglieder)

Tagesordnung der Mitgliederversammlung

- 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 der Kassenprüfer / Entlastung der Kassenprüfer 2015 / Wahl der Kassenprüfer für 2016
- TOP 7 Beschluss über die Entlastung des Vorstandes 2015
- TOP 8 Satzungsänderung
- TOP 9 Verschiedenes

Zu TOP 8 Satzungsänderung

Der geschäftsführende Vorstand des BVOU empfiehlt den Mitgliedern die Annahme der folgenden Satzungsänderung:

§ 2 Ziff. 2[...] sowie die Förderung der wissenschaftlichen Interessen und der beruflichen Aus-, Weiter- und Fortbildung im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie.

§ 2 Ziff. 7(neu) Der BVOU kann sich zur Erfüllung seiner Aufgaben an anderen Unternehmen beteiligen oder solche gründen.

§ 9 Geschäftsführender Vorstand: „Erledigung der satzungsgemäß vorgegebenen Aufgaben und laufenden Geschäfte des BVOU, hierzu gehören insbesondere auch die Entscheidung und alle erforderlichen Maßnahmen im Zusammenhang mit der Gründung eines anderen Unternehmens oder der Beteiligung an anderen Unternehmen gem. § 2 Ziff. 7.



„Zeigt her Eure Füße“: Orthopäden gesucht

Bereits zum 7. Mal veranstaltet der BVOU in diesem Jahr vom 21.11.–25.11.2016 die Vorsorgeaktion „Zeigt her Eure Füße“. Erneut besuchen Orthopädinnen und Orthopäden Grundschulen und Kitas, Vereine und Tanz- und Ballettschulen, um zu informieren, was Kindern und ihren Füßen guttut. Die Aktion fördert nicht nur die Kindergesundheit, sondern hat auch eine positive Außenwirkung. Sie symbolisiert: Die Fachgruppe der Orthopäden und Unfallchirurgen ist eine starke Gemeinschaft, die etwas auf die Beine stellt.



Interesse? Anmeldungen sind über die BVOU-Geschäftsstelle oder über die Internetseite www.aktion-orthofit.de möglich. Je mehr teilnehmende Kolleginnen und Kollegen – desto besser.



Quelle: intercongress

DKOU-Kongress 2016: aktuell, praxisnah, vorausschauend

„Zurück in die Zukunft“ lautet das Motto dies diesjährigen DKOU-Kongresses vom 25.10.–28.10.2016 in Berlin. Gespannt wird ein Bogen von der Tradition zur Moderne, von den konservativen Therapiemöglichkeiten bis hin zu neuen operativen Eingriffen. Das Angebot, das der BVOU vorbereitet hat, reicht von Fortbildungen wie „Rückenschmerz – minimalinvasive Interventionen“ über eine Expertenrunde zu Traumanetzwerken und rettungsmedizinischen Strukturen bis hin zur Herausforderung durch die digitale Praxis der Zukunft. Weitere Infos: www.dkou.de

Kniegelenk-Arthroskopien: „Ohne detaillierte Dokumentation geht es nicht.“

Was ist seit April zu beachten, damit man von den Krankenkassen nicht wegen unzulässiger Arthroskopien des Kniegelenks in Regress genommen wird? Und warum bleiben Unsicherheiten? Im BVOU-Infobrief antwortet darauf Dr. med. Helmut Weinhart, Mitglied des BVOU-Vorstands.



Foto: Privat

BVOU: Seit 1. April dürfen arthroskopische Verfahren zur Behandlung einer Kniegelenks-Arthrose nicht mehr auf Kosten der Krankenkassen erbracht werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat dies Ende 2015 beschlossen. Trotz einer gemeinsamen Umsetzungsempfehlung des BVOU, der DGOU und weiterer Fachorganisationen zu dem Beschluss gab es erregte Debatten, zum Beispiel auf dem Internetportal facharzt.de. Sind die Diskussionen mittlerweile abgeebbt?

Weinhart: Nein. Das Problem ist doch für alle betroffenen Kolleginnen und Kollegen: Wie soll man mit der Handlungsempfehlung im Einzelfall umgehen? Überspitzt gesagt, formulieren es die Kollegen zum Teil so: „Ich habe noch keinen Patienten am Kniegelenk arthroskopiert, der keine Arthrose hatte.“ Die Frage ist, wie ausgeprägt sie ist und welchen Anteil an seinen Beschwerden sie hat. Daraus resultiert die Hauptunsicherheit bei der Umsetzung des Beschlusses. Wir haben aber darin auch die Definition des Begriffs Arthrose verdeutlicht.

BVOU: Wann wird mehr Klarheit herrschen?

Weinhart: Dann, wenn die Umsetzung quasi scharfgeschaltet wurde und klar ist: Wie wird im Nachhinein geprüft, ob eine Arthroskopie zu Recht erfolgte oder nicht? Dazu müssen die Aufgreifkriterien der Prüfstellen der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bekannt sein. Und es muss klar sein, wie die zuständigen Prüfstellen der Krankenkassen vorgehen und wie sie konkret anhand der Unterlagen nachvollziehen, ob im Einzelfall eine Arthroskopie rechtmäßig vorgenommen wurde oder nicht. Erst dann werden wir wirklich wissen, wie der G-BA-Beschluss in der täglichen Arbeit umgesetzt wird.

BVOU: Schwierig, oder?

Weinhart: Ja, zumal die Aufgreifkriterien von KV zu KV und wahrscheinlich auch noch zwischen ambulantem und stationärem Bereich verschieden sein werden. Und da schließlich auch immer ein anderer Medizinischer Dienst der Krankenkassen prüft, wird es auch deshalb wohl noch regionale Unterschiede geben. Deshalb haben wir ja auch die Empfehlung gegeben, fallweise den Medizinischen Dienst der Krankenkassen präoperativ einzuschalten

BVOU: Der G-BA hat darauf verwiesen, dass auch in hochwertigen Studien keine wissenschaftlichen Belege für den Nutzen arthroskopischer Verfahren bei der Gonarthrose gefunden werden konn-

Seit 1. April 2016 sind arthroskopische Eingriffe bei Gonarthrose keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen mehr. Sie dürfen deshalb auch nicht länger zu Lasten einer Krankenkasse abgerechnet werden. Grundlage ist ein Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses. Es gibt jedoch auch Ausnahmen.

Der BVOU, die DGOU sowie weitere Verbände und Fachgesellschaften in O&U haben gemeinsam eine Handlungsempfehlung erarbeitet, die den Beschluss und dessen Vorgaben zusammenfassend erläutert und Ärztinnen und Ärzten einen Leitfaden für das künftige Vorgehen bei einer (vermuteten) Gonarthrose an die Hand gibt.

Die Handlungsanleitung finden Sie im Detail im BVOU.net unter Wissen/Recht/Regress. Der Zugriff ist nur für Mitglieder möglich.

ten. Diese Eingriffe sind seit längerem umstritten. Ihre Kolleginnen und Kollegen, die die Indikation bisher eher streng gestellt haben, dürften doch keine großen Schwierigkeiten mit der Umsetzung des G-BA-Beschlusses haben, oder?

Weinhart: Vermutlich nicht. Schwieriger wird es sicher für diejenigen, die die Indikation bisher immer sehr großzügig gestellt haben. Vor allem diese Kollegen haben wohl ärgerlich auf den Beschluss reagiert. Sie sagen: „Was müssen wir uns denn noch alles bieten lassen? Wo bleibt unsere ärztliche Freiheit, wenn wir den Patienten nicht mehr nach unserem Ermessen behandeln können?“ Man darf aber auch nicht vergessen, dass es bestimmte Patienten gibt, die eine Arthroskopie bei einer Gonarthrose fordern. Die sagen: „Herr Doktor, ich will noch keine Knieprothese. Machen Sie doch erst noch mal arthroskopisch sauber.“ Dann haben die Kollegen in der Vergangenheit eben häufiger arthroskopiert.

BVOU: Aber Patienten, die partout eine Arthroskopie wollen, müsste man nun doch gut erläutern können, dass das die Kassen nicht mehr finanzieren. Mit ihnen wäre dann eine Vereinbarung über eine Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) zu schließen.

Weinhart: Das wird in der gemeinsamen Empfehlung zur Umsetzung des Beschlusses ja auch so angeregt. Formal hat man als Orthopäde und Unfallchirurg in diesem Fall auch keine andere Wahl. Ich habe damit aber ein Problem. Bisher sind IGeL Verfahren, die grundsätzlich nicht von der Krankenkasse finanziert werden. In unserer Fachrichtung sind die Hyaluronsäure-Therapie oder die Stoßwellenbehandlung Beispiele für solche IGeL.

Bei der Arthroskopie ist das aber etwas anderes. Hier wird in die Indikationsstellung einer grundsätzlich zugelassenen Therapieform aktiv eingegriffen. Das Verfahren darf ja grundsätzlich beim Verdacht oder beim Vorliegen bestimmter Gelenkschäden eingesetzt werden, und die Krankenkasse finanziert dies. Der G-BA hat hier Traumen angeführt, eine akute Gelenkblockade oder eine meniskusbezogene Indikation. Nur wenn der Patient bereits an einer Arthrose leidet und davon auszugehen ist, dass vor allem diese die Ursache seiner Beschwerden ist, dürfen wir nicht arthroskopieren.

BVOU: Wie das Kniegelenk innen genau aussieht, weiß man aber ja erst nach einem Eingriff. Was ist zu tun, zum Beispiel bei der Dokumentation?

Weinhart: Ohne detaillierte Dokumentation geht es gar nicht. Einer Überprüfung wird meine ärztliche Entscheidung nur standhalten können, wenn ich die Gründe für eine Arthroskopie optimal dokumentiert habe. Wenn ich mich präoperativ vergewissert habe,

dass mein Patient keine oder keine nennenswerten Arthrosezeichen aufweist, muss ich diesen präoperativen Bund hinterher belegen können. Und zum Beispiel notieren, was exakt als indikationsstellender Befund vorliegt: einen blockierenden Meniskus, einen kleinen Knorpelabbruch – aber definitiv keine Arthrose.

Wenn ich beim Arthroskopieren feststelle, dass der Befund ein anderer ist als vermutet, muss gelten: Ich kann bei einer postoperativen Überprüfung nicht verantwortlich gemacht werden für Befunde, die ich präoperativ nicht hatte und die ich nicht erkennen konnte. Eine Prüfung muss sich streng auf die Tatbestände konzentrieren, die zur Indikationsstellung für die Operation geführt haben. Darüber sind auch mit allen Landes-KVen Gespräche geführt worden. Hier erwarte ich leider noch einige Arbeit wegen umstrittener Entscheidungen und vorhandenem Klärungsbedarf mit der Prüfstelle – das wird nicht ausbleiben.

Das Interview führte Sabine Rieser.

Weitere Beiträge zum Thema finden Sie im BVOU.net in der Rubrik Nachrichten



Quelle: LÄK

Keine Einschränkung in der Rheumatherapie

Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie in Baden-Württemberg können ihre Rheumapatienten weiterhin im Rahmen einer medikamentösen (konservativen) Basistherapie versorgen. Dies gilt unabhängig davon, ob sie die Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie absolviert haben oder nicht. Das hat die Landesärztekammer (LÄK) Baden-Württemberg vor kurzem in einer Klarstellung zu den Kompetenzgrenzen internistische Rheumatologie/orthopädische Rheumatologie bekräftigt.

Für die Klarstellung hatten sich BVOU-Präsident Dr. Johannes Flechtenmacher und das Landesteam Baden-Württemberg des BVOU eingesetzt. „Auch wenn es hin und wieder Auseinandersetzungen um die Kompetenzen einzelner Facharztgruppen gibt, so arbeiten Orthopäden und internistische Rheumatologen vor Ort gut und vertrauensvoll zum Wohle des Patienten zusammen“, betonte Flechtenmacher.



Quelle: Fotolia

ZiPP: Auskunft geben über die eigene Abrechnung

Tausende niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten erhalten regelmäßig Post vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi): Zum siebten Mal bat das Zi kürzlich um Auskunft über die wirtschaftliche Situation deutscher Arztpraxen. Die Teilnahme am Praxis-Panel (ZiPP) erscheint dabei wichtiger denn je: Erstmals nämlich will das Institut des Bewertungsausschusses Daten des Zi für seine Analysen verwenden, die damit Einfluss auf die bundesweite Honorarpolitik haben könnten.

Die Berufsgruppe der niedergelassenen Orthopäden und Unfallchirurgen hat sich in den letzten Jahren zuverlässig am ZiPP beteiligt. Dem jüngsten Panelbericht vom März 2016 zufolge war demnach die wirtschaftliche Lage der Praxen von Orthopäden und Chirurgen in den Jahren 2010 bis 2013 alles andere als rosig. In diesem Zeitraum sanken die Einnahmen orthopädischer Praxen um 1,9%, die Aufwendungen stiegen um 0,9%. Rie

Anti-Korruptionsgesetz: bestehende Verträge überprüfen

Wie scharf die neuen Regelungen in der Praxis zur Anwendung kommen werden, ist noch offen. In jedem Fall ist anzuraten, bestehende Verträge und Neuabschlüsse einer kritischen Prüfung zu unterziehen.



Quelle: Fotolia

Die neuen Paragraphen 299 a und 299 b des Strafgesetzbuches sind beschlossen. Das Anti-Korruptionsgesetz ist in Kraft getreten. Es regelt die Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen und weitet diese Tatbestände auf niedergelassene, freiberufliche Ärzte aus. Es geht einerseits primär um Korruption beim Bezug beziehungsweise der Verschreibung von Arznei- und Hilfsmitteln sowie Medizinprodukten. Andererseits geht es auch um das Verbot der Zuweisung von Patienten gegen Entgelt. Die honorarärztliche, aber auch eine angestellte Tätigkeit des niedergelassenen Arztes im Krankenhaus kann von den Neuregelungen ebenfalls betroffen sein. Belegärzte, die ihre ärztlichen Leistungen nicht vom Krankenhausträger erstattet bekommen, sondern über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) abrechnen, sind hingegen in Bezug auf den Vorwurf der Zuweiserpauschalen nicht betroffen.

Anders als noch im Regierungsentwurf ist die aufgrund verfassungsrechtlicher Bedenken zu Recht kritisierte Bezugnahme auf das Berufsrecht entfallen. Dies hat jedoch keine größere inhaltliche Relevanz. Die wesentlichen, auch berufsrechtlich unzulässigen Praktiken sind nach wie vor durch den verbleibenden Tatbestand erfasst.

Nach dem Wegfall der Möglichkeit zur Erbringung wahlärztlicher Leistungen durch die Entscheidung des Bundesgerichtshofes vom

16.10.2014 (Az. III ZR 85/14) bedeutet dies einen potentiellen weiteren potentiellen „Stolperstein“ bei dieser Kooperation von niedergelassenen freiberuflichen Ärzten mit Krankenhäusern. In jedem Fall ist anzuraten, bestehende Verträge und Neuabschlüsse unter Berücksichtigung der neuen gesetzlichen Vorgaben einer kritischen Prüfung zu unterziehen.

Vereinbarungen mit Anbietern von Arznei-, Hilfsmitteln und Medizinprodukten

Grundsätzlich müssen derartige Vereinbarungen mehr denn je einer kritischen Überprüfung im Hinblick auf geltendes Recht unterzogen werden, insbesondere auch im Hinblick auf § 299 a Strafgesetzbuch (StGB). Der Begriff des Vorteils ist weit zu verstehen. Denn hierzu zählt alles, was die Lage des Empfängers verbessert und auf das er selbst keinen Einfluss hat. Neben Geld oder kostenlosen Waren kommen also auch Ehrenämter, Kongresse oder die

Übernahme von Fortbildungskosten etc. in Betracht. Das Gesetz sieht auch keine Bagatellgrenze vor – die Abgrenzung von sogenannten sozialadäquaten, zulässigen Präsenten zu strafrechtlich relevanten Vorteilen ist fließend. Als groben Richtwert wird man wohl einen Betrag in Höhe von 15 bis 20 Euro als unschädlich annehmen können. Maßgeblich ist aber letztlich die subjektive Wertung, ob die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird.

Das Wettbewerbsmerkmal bezieht sich keineswegs nur auf konkurrierende Anbieter von Medizinprodukten oder Hilfsmitteln. Auch bei Absprachen etwa zwischen einem Hausarzt und dem einzigen ortsansässigen Facharzt oder einer im weiten Umkreis einzigen Klinik über die Vorteilsgewährung bei der Zuführung von Patienten wird häufig ein Handeln im Wettbewerb anzunehmen sein. An das Vorliegen des Merkmals des Wettbewerbes sind wie bei § 299 StGB, bei dem der konkrete Wettbewerbsbegriff des § 2 Absatz 1 Nummer 3 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) maßgeblich ist, keine zu strengen Maßstäbe anzulegen. Auch diesen Umstand müssen Ärzte bei künftigen Bezugsentscheidungen ab sofort selbst kritisch prüfen.

Durch die Anlehnung des neuen § 299a StGB an den bereits bestehenden § 299 StGB (Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr) findet sich auch in den Paragraphen 299 a/b

§ 299a

Bestechlichkeit im Gesundheitswesen

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

1. bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten,
2. bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder
3. bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 299b

Bestechung im Gesundheitswesen

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

1. bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten,
2. bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder
3. bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ihn oder einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzuge, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

StGB die Formulierung „in unlauterer Weise“. Dies wirft sogleich die Frage nach einer Definition oder Bestimmung des Begriffes Unlauterkeit auf.

Nach der zu § 299 StGB ergangenen Rechtsprechung ist die Bevorzugung unlauter, wenn sie geeignet ist, Mitbewerber durch Umgehung der Regeln des Wettbewerbes und durch Ausschaltung der Konkurrenz zu schädigen (Fischer, StGB, § 299 RN 16). Das Merkmal der Unlauterkeit soll daher sachwidrige von sachgerechten Motiven der Bevorzugung abgrenzen. In der praktischen Handhabung zeigt sich, dass das Merkmal der Unlauterkeit regelmäßig durch die kausale Verknüpfung von Vorteil und Bevorzugung als erfüllt angesehen wird. Letztlich steht zu befürchten, dass die „Unlauterkeit“ bei Vorliegen einer wettbewerbsbeeinträchtigenden Handlung sowie eines Vorteils zu Lasten des Arztes unterstellt wird. Lediglich gesetzlich erlaubte, branchenübliche und sozialadäquate Zuwendungen können das Merkmal der Unlauterkeit nicht begründen.

Honorarärztliche Tätigkeit

Insbesondere dann, wenn sich die honorarärztliche Tätigkeit des Arztes in der Klinik auf solche Patienten bezieht, die der Arzt ambulant vorbehandelt hat und bei denen er gegebenenfalls auch die stationäre Einweisung vorgenommen hat, ist dies relevant. Allerdings lässt sich der Begründung des Regierungsentwurfes entnehmen, dass die Gewährung von Vorteilen, die ihren Grund ausschließlich in der Behandlung von Patienten oder anderen heilberuflichen Leistungen haben, den Tatbestand der Bestechung und Bestechlichkeit nicht erfüllt. Es muss sich vielmehr um eine verabredete Gegenleistung für die Zuweisung zwischen Krankenhausträger und Honorararzt handeln, um die Möglichkeit einer Strafbarkeit zu eröffnen.

Letztlich geht es nach der Gesetzesbegründung insbesondere darum, ob das Entgelt entsprechend dem Wert der erbrachten heilberuflichen Leistung in wirtschaftlich angemessener Höhe nachvollziehbar festgelegt worden ist – oder eben nicht. Allerdings wird nicht ausdrücklich definiert, was „angemessen“ ist.

Die Ausfüllung dieses unbestimmten Rechtsbegriffes muss deshalb durch die zukünftige Handhabung in der Praxis und Rechtsprechung erfolgen. Hierauf haben die Berufsverbände nur sehr eingeschränkt Einfluss. Gefragt sind hier vor allem die Ärztekammern, die sich dahingehend positionieren müssen, welche Honorarbemessung sie für angemessen halten. Hier sollten die Ärzte durchaus selbst im Einzelfall tätig werden; dies insbesondere auch aus Eigeninteresse, da es die Krankenhausträger sind, die mit Hilfe des Argumentes der Angemessenheit zunehmend versuchen, die Honorare zu drücken.

Anhaltspunkte für diese Angemessenheit können sich insbesondere aus den jeweiligen DRG ergeben, insbesondere aus dem Vergleich der DRG für die Behandlung in Hauptabteilungen und der Behandlung in Belegabteilungen. Die entsprechende Vergütungsdifferenz stellt letztendlich die Kosten des Operateurs dar und damit einen Anhaltspunkt für die angemessenen Kosten für ärztliche Leistungen.

Ein weiterer Anhaltspunkt in den Hauptabteilungs-DRG sind die kalkulatorisch enthaltenen Kosten für den Ärztlichen Dienst, die sich für jedes DRG auf Basis der InEK-Kalkulation ermitteln lassen. Zu berücksichtigen ist dann jedoch auch, dass der Honorararzt als Freiberufler tätig ist und sämtliche Kosten und Abgaben selbst zu tragen hat. Bei den Kosten für den Ärztlichen Dienst muss deshalb an sich noch ein entsprechender Aufschlag hinzugerechnet werden. Unter Berücksichtigung der vorgenannten Vorgaben wird man jedenfalls zu einer gewissen Verhandlungsbreite für das Honorar kommen, welches nach derzeitigem Stand

als angemessen angesehen werden wird. Eine absolut sichere Größe gibt es jedoch nicht.

Angestellte Ärzte

Die Gefahr des Vorwurfes der Zuweisung von Patienten gegen Entgelt betrifft auch solche niedergelassenen Ärzte, die anteilig im Krankenhaus angestellt sind und dort Patienten versorgen, die von ihnen selbst in das Krankenhaus eingewiesen worden sind. Diese Anstellungsverhältnisse sind zumeist mit einem variablen Vergütungsanteil versehen; der Arzt erhält DRG-Beteiligung oder aber auch das Liquidationsrecht. In Bezug auf die Frage der Angemessenheit der Vergütung beziehungsweise des Vorwurfes, es seien Vergütungsanteile allein für die Zuweisung von Patienten vorgesehen, gilt hier das für die Honorärärzte Gesagte in gleicher Weise. Lediglich hinsichtlich der Beurteilung der Angemessenheit ist zu berücksichtigen, dass es sich nicht um freiberufliche Ärzte handelt, sondern um Angestellte mit Sozialversicherungsansprüchen etc.

Vor- und nachstationäre Versorgung

Auch bei der Einbindung niedergelassener Ärzte in die vor- und nachstationäre Versorgung kann der Korruptionsvorwurf im Raum stehen. Das Landessozialgericht Baden-Württemberg hat hier mit einer Entscheidung vom 4.11.2014 (Az.: L 5 KR 141/14 ER/B) die Gefahren aufgezeigt. Vor- und nachstationäre Behandlungen seien demnach Teil der stationären Versorgung. Die Delegation an Vertragsärzte im Rahmen von entsprechenden Kooperationsverträgen dürfe keine Leistungen des ambulanten Spektrums enthalten. So sei beispielsweise eine Vergütung für die Einweisung, den Arztbericht, die Abklärung der Narkosefähigkeit oder Ähnliches als reine Zuweiserpauschale anzusehen, da sie eben nicht Bestandteil der vorstationären Leistung im Sinne des § 115 a SGB V sei.

In ebensolcher Weise seien Leistungen außerhalb des Zeitfensters für die nachstationäre Versorgung oder Röntgen- und Wundkontrollen, Fadenzug oder Verbandwechsel keine Leistungsbestandteile der stationären Versorgung. Hieraus schloss das LSG Baden-Württemberg direkt, dass diese Leistung allein für die Zuweisung von Patienten gezahlt würden. Es ist deshalb auch im Rahmen derartiger Kooperationen zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhausträgern streng auf den Leistungsinhalt sowie die Angemessenheit der Vergütung zu achten. Bestehende Kooperationen sind zu überprüfen.

„Besonders schwere Fälle“ gemäß § 300 StGB

Der Anwendungsbereich des § 300 StGB, der besonders schwere Fälle der Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr und im Gesundheitswesen unter besondere Bestrafung stellt (Strafrahmen von drei Monaten bis zu fünf Jahren Freiheitsstrafe, Geldstrafe ist nicht mehr vorgesehen), erstreckt sich auch auf die neuen §§ 299 a/b StGB.

Ein „Vorteil großen Ausmaßes“ (§ 300 Nr. 1 StGB) soll nach der geltenden, auch weiterhin gültigen Kommentierung dann vorliegen, wenn die Zuwendung dem Umfang nach deutlich aus dem Rahmen

durchschnittlicher Fälle herausragt. Der Begriff wird dabei tatbestandspezifisch ausgelegt. Ob ein Vorteil ein großes Ausmaß hat, bestimmt sich nach den Umständen des konkreten Einzelfalles im Rahmen der jeweiligen geschäftlichen Beziehung und der Wettbewerbssituation (vgl. z. B. Fischer, StGB, 59. Auflage). Ein Betrag von 10.000 Euro kann nach dieser Kommentierung im Einzelfall das Regelbeispiel erfüllen, nach anderer Auffassung genügen dafür bereits 5.000 Euro, nach wieder anderer erst 20.000 Euro. Solche Beträge können bei einem Vertragsarzt, der in seiner Praxis eine große Zahl von Fällen behandelt, schnell erreicht sein.

Auch das Tatbestandsmerkmal „gewerbsmäßig“ in § 300 Nr. 2 StGB kann bei einem niedergelassenen Arzt mit großer Praxis schnell erreicht sein: Gewerbsmäßigkeit liegt vor, wenn der Täter in der Absicht handelt, sich durch wiederholte Taten eine nicht nur vorübergehende Einnahmequelle zu sichern (vgl. Fischer, StGB).

Das weitere Tatbestandsmerkmal „als Mitglied einer Bande“ klingt im Hinblick auf Ärzte abenteuerlich, für die Annahme reicht aber das „bandenmäßige Zusammenwirken von mindestens drei Personen“ (vgl. Fischer). Dementsprechend haben Gerichte in der Vergangenheit bereits das Merkmal der Bandenmäßigkeit bei Gemeinschaftspraxen mit drei oder mehr Berufsträgern angenommen, die etwa im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bestimmte Leistungen überhöht abgerechnet haben.

Kein Antragserfordernis

Anders als in den vorangegangenen Entwürfen sind die Paragraphen 299 a/b StGB nunmehr als sogenannte Officialdelikte ausgestaltet. Dies bedeutet, dass bei entsprechenden Hinweisen die Staatsanwaltschaft von Amts wegen ermittelt und nicht, wie zunächst intendiert, nur auf Strafantrag tätig werden kann. Nachdem die Sicherheit und Finanzierbarkeit des öffentlichen Gesundheitswesens als grundsätzliches, besonders schützenswertes öffentliches Interesse schon bisher seitens der Strafverfolgungsbehörden verstanden worden ist, ist davon auszugehen, dass entsprechende Ermittlungen von Amts wegen auch regelmäßig bei entsprechenden Anhaltspunkten aufgenommen werden.

Gemäß § 81 a SGB V haben die KVen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) organisatorische Einheiten eingerichtet, die Fällen und Sachverhalten nachzugehen haben, die auf Unregelmäßigkeiten oder rechtswidrige oder zweckwidrige Nutzung von Finanzmitteln im Zusammenhang mit den Aufgaben der jeweiligen KV oder der KBV hindeuten. Mit dem neu geschaffenen Absatz 6 des § 81 a Sozialgesetzbuch V wird eine Frist von sechs Monaten nach Inkrafttreten des Gesetzes zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen vorgegeben, innerhalb derer die KBV verbindliche Regelungen insbesondere zur einheitlichen Organisation der Einrichtungen bei den KVen zur Zusammenarbeit sowie zu den Berichten zu erlassen hat. Davon verspricht sich der Gesetzgeber eine Verbesserung der Koordination der betroffenen Stellen in der Zusammenarbeit bei der Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen.

Dr. jur. Jörg Heberer, RA, Fachanwalt für Medizinrecht
Oliver Butzmann, RA, Fachanwalt für Medizinrecht
Marco Eicher, RA, Fachanwalt für Medizinrecht, Fachanwalt für Strafrecht

GEMA-Gebühren der Arztpraxis: Neues Urteil legt Kündigung nahe

Der Bundesgerichtshof hat einem Zahnarzt Recht gegeben, der seinen Lizenzvertrag mit der GEMA gekündigt hat. Die meisten Ärzte werden diesem Beispiel folgen können.

Die Rechtsprechung der deutschen Gerichte war bislang leider nicht immer einheitlich. Denn die Frage der Gebührenpflicht für das Abspielen von Musik in der Praxis richtet sich im Wesentlichen danach, ob im Sinne des § 15 Abs. 3 UrhG die Wiedergabe öffentlich ist. Folglich waren die Räumlichkeiten der Praxis danach zu beurteilen, ob sie der Öffentlichkeit zur Verfügung stehen oder nicht.

Nachdem der EuGH mit Urteil vom 15.03.2012 – C-135/10 für einen in Italien gelagerten Fall entschieden hatte, dass das Abspielen von Hörfunksendungen als Hintergrundmusik für Patienten im Wartezimmer keine öffentliche Wiedergabe im Sinne des Urheberrechtes sei, hatte sich nun auch der BGH mit einem, dem EuGH-Sachverhalt in allen wesentlichen Punkten übereinstimmenden Fall zu befassen.



Quelle: Fotolia

Im Einzelfall müssen verschiedene Kriterien beachtet werden

Der beklagte Zahnarzt, der im Wartebereich seiner Praxis für seine Patienten Hörfunksendungen als Hintergrundmusik übertrug, hatte den mit der GEMA im Jahr 2003 geschlossenen Lizenzvertrag im Dezember 2012 fristlos gekündigt und dies damit begründet, dass nach der EuGH-Rechtsprechung die Wiedergabe nicht öffentlich sei. Die GEMA hatte ihn daraufhin zur Zahlung verklagt.

Der BGH bestätigte nunmehr mit diesem Urteil, dass die fristlose Kündigung des Arztes berechtigt war, da die Geschäftsgrundlage des Lizenzvertrages durch das EuGH-Urteil vom 15.03.2012 entfallen sei.

Bei seiner Entscheidung war der BGH an die Auslegung des Unionsrechts durch den EuGH gebunden und musste § 15 Abs. 3 UrhG richtlinienkonform auslegen. Demzufolge entschied der BGH, dass die Wiedergabe von Hörfunksendungen in Wartezimmern von Zahnarztpraxen im Allgemeinen nicht öffentlich i. S. d. § 15 Abs. 3 UrhG und damit auch nicht vergütungspflichtig sei. Der BGH führte dazu aber aus, dass die Frage, ob ein Sachverhalt eine öffentliche Wiedergabe darstelle, stets eine individuelle Beurteilung erforderlich mache, bei der die durch den EuGH aufgestellten drei unselbständigen und miteinander verflochtenen Kriterien – Wiedergabe, Öffentlichkeit und Dienen der Wiedergabe zu Erwerbszwecken – einzeln und in ihrem Zusammenwirken miteinander zu berücksichtigen seien. Denn diese könnten je nach Einzelfall in sehr unterschiedlichem Maße gegeben sein (vgl. BGH, a. a. O., Rdn. 29).

Danach sei Bedingung für eine „Wiedergabe“, dass der Nutzer (= Arzt) in voller Kenntnis der Folgen seines Verhaltens tätig werde, um Dritten (=Patienten) einen Zugang zum geschützten Werk zu verschaffen, den diese ohne sein Tätigwerden nicht hätten.

Das Merkmal der „Öffentlichkeit“ sei nur bei einer unbestimmten Zahl potentieller Adressaten und recht vielen Personen erfüllt, wobei es hierbei auch darauf ankomme, wie viele Personen gleichzeitig und nacheinander Zugang zu demselben Werk hätten.

Das letzte Kriterium des „Dienens der Nutzungshandlung zu Erwerbszwecken“ setze voraus, dass sich der Nutzer gezielt an das Publikum wende, für das die Wiedergabe vorgenommen werde, und dieses für die Wiedergabe aufnahmebereit sei und nicht nur zufällig erreicht werde (vgl. BGH a. a. O. Rdn. 30-32).

Eine Wiedergabe wurde durch den EuGH bejaht, da der Zahnarzt die Tonträger absichtlich abspiele, um seinen Patienten in deren Genuss kommen zu lassen.

Allerdings gehen sowohl EuGH als auch daran anschließend der BGH davon aus, dass das Kriterium der Öffentlichkeit hier nicht erfüllt war. Sie begründen dies damit, dass normalerweise die Patienten eines Zahnarztes eine bestimmte Gesamtheit potentieller Leistungsempfänger darstellen, da andere Personen in der Regel keinen Zugang zur Behandlung durch den Zahnarzt hätten. Unmaßgeblich sei die Zahl der Patienten, für die derselbe Ton-

träger hörbar gemacht werde, da der Kreis der zur selben Zeit in der Praxis anwesenden Personen im Allgemeinen sehr begrenzt sei und nacheinander kommende Patienten in aller Regel nicht Hörer derselben Tonträger seien, insbesondere wenn eine Wiedergabe über Rundfunk erfolge (vgl. BGH, a. a. O., Rdn. 45).

Ebenso verneinte der EuGH damals, dass die Wiedergabe Erwerbszwecken des Zahnarztes diene. Er vertrat hier die Auffassung, dass der Zahnarzt allein aufgrund der Wiedergabe der Hörfunksendungen keine Zunahme seines Patientenbestandes erwarten und die Behandlungspreise nicht steigern könne. Zudem seien die Patienten für eine solche Wiedergabe gewöhnlich nicht aufnahmebereit, die Wiedergabe sei nicht Bestandteil der Zahnbehandlung, und es finde lediglich ein zufälliger und von den Patientenwünschen unabhängiger Zugang zu bestimmten Tonträgern statt (vgl. BGH, a. a. O., Rdn. 36). Offengelassen hat der BGH jedoch, ob das Dienen der Wiedergabe zu Erwerbszwecken eine zwingende Voraussetzung für einen Vergütungsanspruch ist, da dies nicht entscheidungsrelevant war, nachdem das Kriterium der Öffentlichkeit im streitgegenständlichen Fall schon nicht erfüllt war.

Letztendlich bejahte der BGH deshalb die Berechtigung zur fristlosen Kündigung des Lizenzvertrags gemäß § 313 Abs. 3 Satz 2 BGB, da dessen Geschäftsgrundlage mit dem Urteil des EuGH entfallen und dem Zahnarzt eine Fortsetzung des Vertrags bis zum Ende der Vertragslaufzeit unter Berücksichtigung der Interessen beider Parteien nicht zumutbar war. Hieraus folgt zugleich, dass der BGH es für die GEMA als zumutbar einstuft, wenn bei den vorgenannten Bedingungen eine Abkehr vom Vertrag erfolgt.

Nach Auffassung des Verfassers muss diese Rechtsprechung auf alle Arztpraxen unabhängig von der Fachrichtung angewandt werden, sodass im Allgemeinen keine Vergütungspflicht für Hörfunksendungen als Hintergrundmusik im Wartezimmer besteht. Entscheidend ist nach Ansicht des Verfassers vor allem, dass die Öffentlichkeit der Wiedergabe ausgeschlossen sein muss. Das bedeutet zum einen, dass die Zusammensetzung der Patienten des Arztes als Gesamtheit weitgehend stabil sein muss. Zum anderen muss der Kreis der gleichzeitig sich in der Praxis befindenden Personen im Allgemeinen sehr beschränkt sein. Ferner muss eine Abwechslung der in der Arztpraxis nacheinander folgenden Patienten stattfinden. Alle diese Merkmale dürften in Arztpraxen üblich sein.

Niedergelassenen Ärzten ist deshalb aus juristischer Sicht in der Regel zu empfehlen, Zahlungsansprüche der GEMA zurückzuweisen sowie etwaige Lizenzverträge fristlos zu kündigen. Dem Verfasser ist ein Fall eines Orthopäden bekannt, in dem die GEMA die fristlose Kündigung mit dem Argument akzeptiert hat, dass die Patienten den Arzt nur zur Behandlung aufsuchten und nicht um Hörfunksendungen im Wartezimmer zu hören.

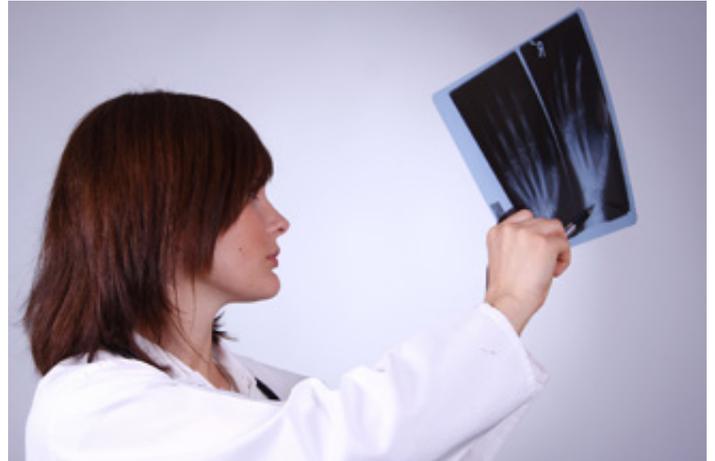


Foto: Privat

Dr. jur. Jörg Heberer
Justitiar BVOU Berlin

Strahlenschutz unabhängig vom Alter

Ein niedergelassener Orthopäde fragt an, ob Strahlenschutzmaßnahmen wie Patientenschürze oder Gonadenschutz abhängig vom Patientenalter stets notwendig sind.



Quelle: Fotolia

Aus Sicht des Verfassers ist der Strahlenschutz nicht abhängig vom Alter. Denn nach § 2c der Röntgenverordnung (RöV) muss jede unnötige Strahlenexposition von Menschen vermieden werden. Zudem muss jede Strahlenexposition von Mensch und Umwelt auch unterhalb der nach der Röntgenverordnung festgelegten Grenzwerte so gering wie möglich gehalten werden.

Ferner legt § 15 Abs. 1 RöV fest, dass es Aufgabe des Strahlenschutzverantwortlichen ist, durch geeignete Schutzmaßnahmen, insbesondere durch Geräte und Schutzausrüstungen für Personen, dafür zu sorgen, dass jede unnötige Strahlenexposition von Menschen vermieden und so gering wie möglich gehalten wird. Ein Verstoß hiergegen kann eine Ordnungswidrigkeit darstellen.

Auch aus der Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung der Röntgendiagnostik ergibt sich, dass der Gonadenschutz besonders zu beachten ist. Bei Männern müssen bei allen Röntgenuntersuchungen des Abdomens, des Harntrakts, des Magen-Darm-Traktes sowie des Beckens und der Lendenwirbelsäule grundsätzlich umschließende Hodenkapseln angewandt werden. Bei entfernteren Strahlenfeldern (z. B. bei Thoraxuntersuchungen) genügt eine Gonaden- oder Patientenschürze. Bei Frauen ist die Anwendung eines Ovarienschutzes als direkte Abdeckung oder als indirekter Schutz durch Einschieben einer Bleiplatte in die Tiefenblende grundsätzlich zu fordern, soweit hierdurch der Informationsgehalt der Untersuchung nicht wesentlich eingeschränkt oder die Wahrscheinlichkeit von Wiederholungsaufnahmen nicht deutlich erhöht wird.

Welche Patientenschutzmittel erforderlich sind, ergibt sich aus der Anlage III zur Richtlinie für die technische Prüfung von Röntgeneinrichtungen und genehmigungsbedürftigen Störstrahlern (SVRL). Sie müssen in jeder röntgendiagnostischen Einrichtung bereitgehalten werden.

Dr. jur. Jörg Heberer
Fachanwalt für Medizinrecht, München

Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung

Sonderkonditionen exklusiv für BVOU-Mitglieder

Kraft Ihrer Mitgliedschaft im BVOU genießen Sie bereits automatisch Versicherungsschutz im Rahmen der Berufs-Rechtsschutz-Versicherung des Berufsverbandes. Über den genauen Umfang der versicherten Leistungen wurden die Verbandsmitglieder bereits in der letzten Ausgabe der OUMN informiert.

Rahmenvertrag zum Anschluss-Rechtsschutz – exklusiv für BVOU-Mitglieder

Für die Absicherung der darüberhinausgehenden beruflichen und privaten Rechtsschutzrisiken, ob für Angestellte oder freiberuflich Tätige, unterhält der BVOU für seine Mitglieder – unter Vermittlung der Funk-Hospital Versicherungsmakler GmbH – den Rahmenvertrag zur Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung bei der ÖRAG Versicherung. Diese Sonderkonditionen gelten exklusiv für BVOU-Mitglieder und sehen zudem außerordentlich günstige Prämien vor.

Dieses Konzept schließt sich nahtlos an den bestehenden Gruppen-Rechtsschutzvertrag des Berufsverbandes an, so dass nachteilige Doppelabsicherungen und Überschneidungen der Rechtsschutzrisiken ausgeschlossen sind.

Besonderheiten der Anschluss-Rechtsschutz-Konditionen

Die Sonderkonditionen der Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung sehen inhaltlich zahlreiche Alleinstellungsmerkmale vor. So wurde zunächst eine unbegrenzte Versicherungssumme im Versicherungsfall vereinbart.

Der Vertrags-Rechtsschutz – auch im beruflichen Bereich – (z. B. im Falle der Beitreibung von Patientenhonoraren) gilt in den Sonderkonditionen der Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung ab gerichtlicher Geltendmachung automatisch mitversichert.

Die aktuellen Sonderkonditionen des Rahmenvertrages zur Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung sind aufgrund bestimmter in den Versicherungsschutz bereits integrierter Leistungen für Niedergelassene/Honorarärzte besonders hervorzuheben. So gelten Streitigkeiten im sozialrechtlichen Bereich automatisch bereits ab Widerspruchsverfahren versichert.

Auch angestellte BVOU-Mitglieder, welche zusätzlich einer Honorararzt-Tätigkeit nachgehen, können sich gegen diese Streitigkeiten auf Wunsch zu Sonderkonditionen versichern.

Die aktuellen Sonderkonditionen beinhalten zudem noch weitere Highlights, wie z. B. die Mitversicherung des Wettbewerbs-Rechtsschutzes (aktiv und passiv), wobei Urheberrechtsverletzungen nicht unter Versicherungsschutz fallen. Neu gelten auch Streitigkeiten vor deutschen Verwaltungsgerichten (mit Ausnahme der Auseinandersetzungen mit berufsständischen Versorgungseinrichtungen) automatisch mitversichert.

Wartezeiten

Lediglich für die Bereiche Arbeits-Rechtsschutz, Verwaltungsgerichts- sowie Wohnungs- und Grundstücks-Rechtsschutz besteht eine dreimonatige Wartezeit – sofern hierfür keine Vorversicherung bestanden hat. Für alle anderen mitversicherten Risiken gelten dagegen keine Wartezeiten vereinbart!

Geltungsbereich der Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung

Der Versicherungsschutz der Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung besteht in Europa (mit Ausnahme von Sozial- und Verwaltungsgerichts-Rechtsschutz) und gilt ohne zeitliche Begrenzung. Darüber hinaus gilt der Versicherungsschutz für vorübergehende Auslandsaufenthalte bedingungsgemäß bis zu 1 Jahr weltweit vereinbart.

Ermittlung des individuellen Versicherungsbedarfs

Es bestehen exzellente Sonderkonditionen für verschiedene Konstellationen der Berufsausübung, ob für Angestellte/ Niedergelassene bzw. für ausschließlich honorarärztlich tätige BVOU-Mitglieder, für Ärzte im Ruhestand bzw. Nachwuchsmediziner (Studenten/Famulanten) in Weiterbildung in OU.

Auch bereits bestehende Einzel-Rechtsschutzverträge können kurzfristig auf die neusten Sonderkonditionen der umgestellt werden.

Einen umfassenden Überblick über den detaillierten Versicherungsservice des Berufsverbandes entnehmen Sie der auf der Homepage des BVOU eingestellten Versicherungsbroschüre_2016. Auf Wunsch kann gern ein unverbindliches Angebot eingeholt werden. Nutzen Sie die Möglichkeit einer individuellen Beratung durch Ihren Betreuer beim Funk Ärzte Service.



Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH
Funk Ärzte Service
Valentinskamp 20
20354 Hamburg
o.zoellner@funk-gruppe.de

Weiterbildungsreform: Gespräche mit den Fächern über die Version 2 laufen

Die Bundesärztekammer (BÄK) ist derzeit in Gesprächen mit den Fachgesellschaften und Berufsverbänden, unter anderem auch von O + U, um die Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung voranzutreiben. Sie setzt damit einen Beschluss des jüngsten Deutschen Ärztetags (DÄT) um.



Quelle: Fotolia

Der DÄT hat beschlossen, dass die Version 2 der Novelle auf der elektronischen Plattform WIKI-BÄK veröffentlicht und zur Kommentierung durch die beteiligten Fachgesellschaften und Berufsverbände sowie die Landesärztekammern freigeschaltet wird. Dabei sollen sich Kammern vor allem mit den „Allgemeinen Inhalten“ sowie dem Glossar beschäftigen, während die Fachgesellschaften und Berufsverbände sich mit den konkreten Inhalten des neuen Entwurfs befassen und diese kommentieren sollen.

Neu ist, dass die Weiterbildungsinhalte künftig zu kompetenzbasierten Blöcken zusammengefasst werden. Diese gliedern sich in allen Gebieten und Facharztqualifikationen in die Bereiche Grundlagen

- Patientenbezogene Inhalte
- Behandlungsbezogene Inhalte
- Technisch-diagnostische Inhalte.

Für jede einzelne Anforderung in diesen Blöcken werden zwei Level der zu erreichenden Kompetenz definiert:

1. Anwendungsbezogene Kenntnisse und Erfahrungen („Kennen und Können“)
2. Anwendung und Fertigkeiten („Beherrschen“)

Auch wenn es für die Bezeichnungen noch Optimierungspotential gibt, ist der Grundgedanke dieser Aufteilung sehr zu begrüßen. Konkret bedeutet diese Änderung, dass auf Facharztniveau nicht

jedes Element bereits beherrscht werden muss und gerade das Erlernen komplexer Eingriffe in eine Zusatzweiterbildung verschoben werden kann. Dies ist ja bereits heute in O + U gelebte Praxis. Dadurch können die Anforderungen im Katalog der Facharztqualifikation realistischer gestaltet werden.

Die neue Weiterbildungsordnung wird also auf die Vermittlung von Inhalten und Kompetenzen fokussieren und auf die Definition von Mindestzeiten verzichten. Dies berücksichtigt sowohl den unterschiedlichen Lernfortschritt des Einzelnen, als auch die Möglichkeiten der Weiterbildungsinstitutionen.

Bei den Weiterbildungsstätten wird grundsätzlich nicht mehr zwischen ambulant und stationär unterschieden. Dies soll nur in Ausnahmefällen der Fall sein, wenn bestimmte Leistungen ausschließlich in einem Sektor angeboten werden.

Wenn diese Prämisse konsequent umgesetzt wird, muss dies auch Auswirkungen auf die Vergabe der Weiterbildungsermächtigung haben. Auch hier ist dann eine kompetenzorientierte Ermächtigung

statt einer Ermächtigung über bestimmte Zeiträume hinweg zu fordern. Damit hätte auch O + U nach der Novellierung die Chance, 24 Monate Weiterbildung im ambulanten Bereich anzubieten und eine entsprechende finanzielle Förderung zu erhalten.

Der Paradigmenwechsel in der neuen Weiterbildungsordnung von abgeleiteten Zeiten und bestätigten Katalogen hin zu erworbenen Kompetenzen sollte von uns als Chance zu mehr Flexibilität und Ehrlichkeit in der Weiterbildung verstanden und aktiv mitgestaltet werden. Die Bundesärztekammer ist offen für die konstruktive Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften und Berufsverbänden und hat mit der Version 2 der Novelle eine sehr gute Diskussionsgrundlage geschaffen.

Die neue Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte sei auf einem guten Weg, hatte Dr. Franz Bartmann beim DÄT in Hamburg betont. Der Vorsitzende der Weiterbildungsgremien der BÄK sagte, wegen der rasanten Weiterentwicklung in der Medizin und wegen sich ändernden Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung sei eine Überarbeitung dringend erforderlich. Kompetenz lasse sich nur inhaltlich abbilden. Weil diese Inhalte nicht immer an ein und derselben Weiterbildungsstätte angeboten werden könnten, müsse die Weiterbildung flexibler werden.

Eine komplette Weiterbildungsermächtigung wird es zukünftig wohl nur noch im sektorübergreifenden Verbund geben.

Dr. Jörg Ansorg

Seminar Konfliktmanagement: Unverzichtbares Handwerkszeug für den Alltag mitnehmen

Konflikte am Arbeitsplatz? Vielen Orthopäden und Unfallchirurgen fallen bei diesem Stichwort spontan Szenen mit Patienten ein. Doch die komplexesten Probleme bestehen häufig im Team.

Wenn die Kündigung unkommentiert auf dem Tisch liegt, ist das meist ein Zeichen für ungelöste Konflikte. Sie sind Teil des beruflichen Alltags in Praxen und Kliniken. Werden sie aber nicht gelöst, führen sie zu einer hohen Belastung für alle Beteiligten und wirken sich negativ auf das Betriebsklima aus. Mehr noch: Kollegen sind genervt, demotiviert – und das kostet ein Unternehmen sehr viel Geld. Umgekehrt gilt nach Ansicht von Jens Hollmann: „Konflikte, die angegangen werden, können die Basis für konstruktive Weiterentwicklungen sein.“ Hollmann berät mit seiner Firma „medplus-kompetenz“ seit vielen Jahren Führungskräfte aus dem ärztlichen Bereich und ist Autor mehrere Fachbücher für leitende Ärzte zu Management- und Führungsfragen.

Eine mögliche Herausforderungen: ein Praxisteam nur aus Frauen

Am 28. Oktober bietet er ein „Update Konfliktmanagement“ in Berlin an. Unterstützt wird das Angebot von BVOU und VLOU. Im Juni und zuvor Ende April im Rahmen des VSOU-Kongresses in Baden-Baden Ärzte ein ähnliches Kursangebot von Hollmann wahr. „Alle Kursteilnehmer thematisierten konkrete Fragen und konkrete Konfliktsituationen und erarbeiteten dafür Lösungsszenarien“, berichtet Hollmann vom Kurs im April. Seine Erfahrung: Häufig glauben Ärztinnen und Ärzte, die größten Konflikte entstünden in ihrem Verhältnis zu Patienten.

„Aber die komplexesten Konflikte am Arbeitsplatz bestehen oft zwischen Ärzten selbst oder mit den Mitarbeitern im Team“, sagt der Berater. „Eine besondere Herausforderung ist es auch, dass viele Praxisteams fast nur aus Frauen bestehen.“ Hinzu kommen teilweise große Bildungsunterschiede zwischen Mitarbeitern. Wirksam zu führen, hänge auch mit der Fähigkeit zusammen, von den Themen, die einem als Arzt selbst trieben, abstrahieren zu können und sich auf alle im Team einzustellen.

Kursangebote, bei denen ärztliche Limitierungen eine Rolle spielen

Ausgeprägte Führungskompetenz wird heute von leitenden Ärztinnen und Ärzten erwartet. „Konfliktkompetenz ist ein wesentlicher Anteil davon“, zeigt Hollmanns langjährige Erfahrung. Dass immer mehr ärztliche Berufsverbände und Fachgesellschaften ihren Mitgliedern entsprechende Kurse anbieten, findet er nachvollziehbar. Zum einen sei mittlerweile klar, dass man ohne entsprechende Fähigkeiten kaum noch in einer Chefarztposition bestehen könne, aber auch als Niedergelassener schnell an Grenzen stoße. Zum anderen seien Ärztinnen und Ärzte mit beruf-

fremden Kursangeboten nicht immer zufrieden: „Dabei geht es oft um nicht um die Limitierungen, die für Ärztinnen und Ärzte eine Rolle spielen, Budgetfragen beispielsweise.“ In seinem Fachbuch „Führungskompetenz für Leitende Ärzte“ nennt Hollmann mehrere Gründe, warum es einen großen Fortbildungsbedarf gibt. Ein Chefarzt äußerte im Seminar: „Wenn wir heute so führen würden, wie wir selbst geführt worden sind, hätten wir bald keine Mitarbeiter mehr.“ In Zeiten, in denen sich der Nachwuchs anders als früher häufig die Weiterbildungsstellen aussuchen kann, ist das ein Argument. Doch manche alten Muster auch des Konfliktmanagements sind deshalb noch lange nicht überwunden. Viele leitenden Ärzte seien überaus professionell in ihrer medizinischen Kompetenz, aber in ihrer Führungskompetenz Amateure, zitiert der Berater einen anderen Chefarzt.

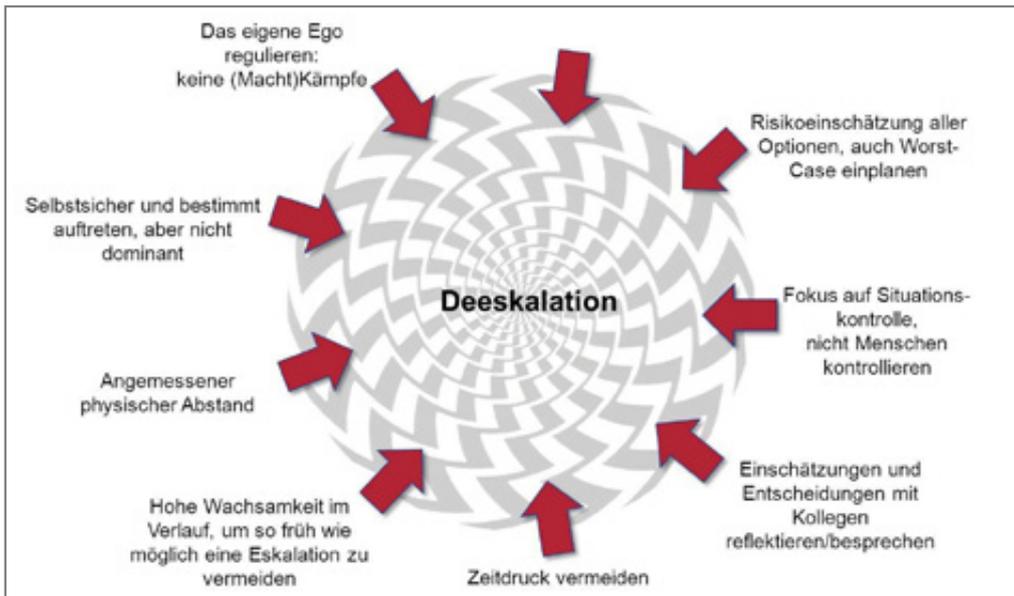


Quelle: Jens Hollmann

Das eigene Ego regulieren – und konstruktiv nachhaken

Hollmann rät, sich Denk- und Wahrnehmungsfallen in Konflikten genauer anzusehen, ebenso das eigene Verhalten – und Konflikte mit all ihren Facetten genau zu analysieren: Worum geht es genau? Welche Konfliktstile spielen eine Rolle? Um welche Konfliktarten geht es eigentlich? Damit Konflikte nicht eskalieren, seien unter anderem eine hohe Wachsamkeit, die Regulation des eigenen Ego oder auch ein reflektiertes Gespräch mit Kollegen wichtig. Wie man im Einzelfall Lösungen sucht, ist Thema in seinen Kursen.

Im Konfliktgespräch gibt es nach Ansicht von Hollmann auf jeden Fall negative wie konstruktive Formulierungen: „Das ist falsch“ hat eine andere Qualität als „Lassen Sie uns das noch einmal anschau-



Quelle: Jens Hollmann

en“. Und „Das können Sie gar nicht wissen“ vermittelt etwa anderes als „Interessant. Wie sind Sie darauf gekommen?“.

Dr. Bernhard Reinhard (Name geändert) war einer derjenigen, der sich während des VSOU-Kongresses für die Einführung und praktische Workshops zum Thema „Fit für die ärztliche Führungsrolle“ entschieden hatten, darunter den Kurs zum Konfliktmanagement. Die Inhalte seien „kompakt und praxisnah vermittelt worden.“ Auch dass in den Kursen nicht zu viele Kolleginnen und Kollegen saßen und man gut miteinander arbeiten konnte, hat ihm gefallen.

„Wir haben doch alle dieselben Probleme“, sagt Reinhard, „und zwar mit dem ärztlichen Nachwuchs und mit dem Personal, vor allem,

wenn der eigene Laden groß ist“. Er selbst führt mit einem Kollegen eine größere Praxis, gern und erfolgreich, aber: „Wir sind viel zu schnell gewachsen. Unsere organisatorischen Strukturen hinken deshalb hinterher.“ Konkret bedeutet das: Neue Mitarbeiter konnten nicht so strukturiert eingearbeitet werden, wie es sich alle gewünscht hätten. Leitung und Delegation im Team der Helferinnen funktionierten längere Zeit nicht gut. Es gab schlechte Stimmung wegen als unnötig empfundenen Überstunden, den Dienstplänen und anderem. Und das alles, während die Praxis „geradezu erdrückt wird von Patienten“.

Im Kurs von Jens Hollmann habe er vielleicht auf den ersten Blick „nichts ganz Neues erfahren“, sagt der Orthopäde. Aber Hollmann kenne die Untiefen von Klinik und Praxis, vertiefe die Themen und gebe klare Antworten. Reinhard beispielsweise hat sich nach dem Kurs entschlossen, sich auf die Suche nach einem geeigneten Studenten fürs Praxismanagement zu machen. Nach wem und wo er suchen wird – das weiß er jetzt genau. Sabine Rieser



Anmeldung zum ADO-Seminar Konfliktmanagement auf dem DKOU

Orthopädisch-traumatologische Patienten im Team besser versorgen



In Kliniken und Praxen ist die Zeit oft zu knapp, um Assistenzpersonal kontinuierlich so weiter- und fortzubilden, wie es alle sinnvoll fänden. Doch die Versorgung von orthopädisch-traumatologischen Patienten basiert auf einer Teamleistung von Ärztinnen und Ärzten, Pflegenden und Assistenzpersonal. Die Qualifizierung aller ist deshalb wichtig. Vor diesem Hintergrund hat die Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) eine neue Weiterbildung für Assistenzpersonal zur „orthopädisch-traumatologischen Fachassistenz (OTF)“ entwickelt.

Themenschwerpunkt der vier Module à 1,5 Tage ist die praktische Versorgung von Notfällen im Alltag. Vermittelt werden neben dem Gipsen, Casten, Tapan und anderem Materialkunde, Anatomie und Frakturlehre. Jedes Modul vermittelt Kenntnisse über andere Extremitäten, deren Verletzungen und Frakturen sowie deren Versorgung und Behandlung. Die Weiterbildung in Hamburg startet im September und endet im Mai 2017.

Anmeldung: QR-Code

Krisenkommunikation: Tipps für den Ernstfall



Jeder Arzt sollte für die Krisenkommunikation einen Plan in der Schublade haben – und wenn darauf fürs Erste nur die Nummer eines Freundes steht, mit dem man sich jederzeit besprechen kann. Doch welche Spielregeln sind hilfreich für den Umgang mit Medienvertretern?

Wie schützt man sich vor ungerechtfertigter Berichterstattung? Was hat sich in den letzten Jahren geändert, beispielsweise durch das Patientenrechtegesetz? Warum bringt die übliche Salami-Taktik („Wir geben nur zu, was wir unbedingt müssen.“) selten etwas? Warum muss man mit Volldampf informieren, wenn die Medien ein Thema aufgegriffen haben?

Diese und andere Fragen beantworten bei einem BVOU-Seminar am 9. September 2016 in Berlin Verbandsjustiziar Dr. Jörg Heberer und der Jurist Holger Münsinger, Ex-Chefredakteur von „Bild“ Berlin.

Anmeldung: QR-Code

Jubilare April–Juni 2016

95 Jahre

Herr Dr. med. Bernhard Jonen, Bergisch Gladbach

90 Jahre

Herr Dr. Wolfgang Burchard, Essen
 Herr Dr. med. Franz-Raban Freiherr von Canstein, Bornheim
 Frau Dr. med. Irmtraud Koch, Berlin
 Herr Dr. Wolfram Staerk, Hofgeismar
 Herr Prof. Dr. Joachim-Wolfgang Weiss, Göttingen

85 Jahre

Herr Dr. med. Jürgen Ankerhold, Wedemark
 Herr Dr. med. Gerhard Schuster, Schwäbisch Gmünd

80 Jahre

Frau Dr. med. Maria Balz, München
 Frau Dr. Karin Fürchtenicht, Braunschweig
 Herr Dr. med. Klaus Genning, Friedrichshafen
 Herr Dr. med. Gottfried Keitel, Wilhelmshaven
 Frau Dr. Irmgard Leyh-Thorenz, Grünkraut
 Herr Dr. med. Paul Reinhard, Meckenheim
 Herr Dr. med. Christoph Schweigert, Aue

Mitglied seit 30 Jahren

Herr Dr. med. Werner Antoszkiewicz, Oberhausen
 Herr Dr. med. Harald Biwank, Eckental
 Herr Dr. med. Manfred Breit, Konz
 Herr Prof. Dr. med. Klaus Fritsch, Bayreuth
 Herr Dr. med. Martin Frömel, Frankfurt
 Herr Dr. med. Franz Gleißner, Neuötting
 Herr Prof. Dr. med. Reiner Gradinger, München
 Herr Dr. med. Dipl. Min. Donar Griese, Berlin
 Frau Dr. med. Karin Grüneberger-Mechau, Wangen im Allgäu
 Herr Dr. Norbert Hartung, Karlsruhe
 Herr Dr. Joachim Heinrichs, Murnau
 Herr Dr. Michael Hippchen, Eppelborn
 Herr Dr. med. Norbert Hülsmann, Neuss
 Herr Dr. med. Kai-Uwe Jensen, Großhansdorf
 Herr Dr. med. Peter Palitza, Coburg
 Herr Dr. Klaus Puchner, München
 Herr Prof. univ. cath. cuenca EC Bernhard Rieser, Pforzheim
 Herr Dr. med. Matthias Rischke, Berlin
 Herr Dr. med. Ulrich Schmelzer, Lübeck
 Herr Dr. med. Gerhard Schöppe, Essen
 Herr Dr. med. Bruno Schweigert, Gengenbach
 Herr Manfred Seim, Bad Nauheim
 Herr Dr. med. Guido Senk, Pulheim
 Herr Dr. med. Hansjörg Späh, Bremen
 Herr Dr. med. Bernd Zuckmayer, Lübeck

Mitglied seit 50 Jahren

Herr Dr. med. Peter Brux, Rottach-Egern
 Herr Dr. med. Ottmar Träger, Passau



Kursangebote der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

Stand: 03.05.2016, Änderungen vorbehalten

Facharztvorbereitungs-Refresherkurs Berlin 21. FAB 2016

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info/ Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	21. Facharztvorbereitungskurs	21.11.-26.11.2016	Dr. med. T. John Prof. Dr. med. M. Wich PD Dr. med. St. Tohtz	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 info@institut-ado.de www.bvou.net/ado	BVOU Mitglieder 590 € Nichtmitglieder 790 €	55

Rheuma-Zertifizierungskursreihe I / II / III in 2016

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info/ Anmeldung	Gebühr	Punkte
Frankfurt am Main	Kurs II Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen	24.09.16	Dr. med. U. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 info@institut-ado.de www.bvou.net/ado	Kurs I BVOU Mitglieder 125 € Nichtmitglieder 150 €	6
Berlin (DKOU)	Kurs I Früharthritis in Orthopädischer Hand- Früherkennung rheumatischer Erkrankungen	27.10.16				6
Berlin (DKOU)	Kurs III Behandlung weiterer rheumatischer Erkrankungen	28.-29.10.2016				16

Super Rheuma Refresherkurs

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info/ Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Update in der orthopädischen Rheumatologie Ergänzung zu der Rheuma-Zertifizierungskursreihe I / II / III	16.-17.09.2016	Dr. med. U. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 info@institut-ado.de www.bvou.net/ado	BVOU Mitglieder 250 € Nichtmitglieder 350 €	11 CME Zusatzpunkte (für RhefO)

Rheuma Refresherkurs

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info/ Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin (DKOU)	Auffrischung der Rheuma-Zertifizierungskursreihe I / II / III	26.10.16	Dr. med. U. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 info@institut-ado.de www.bvou.net/ado	BVOU Mitglieder 48 € Nichtmitglieder 58 €	4 ADO Zusatzpunkte (für RhefO) + ca. 3 CME-Punkte

Manuelle Medizin Basiskurs

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info/ Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Basiskurs Manuelle Medizin - Im Rahmen der Weiterbildung zum Orthopäden / Unfallchirurgen	11.-12.11.2016	Reinhard Deinfelder Sergej Thiele	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 info@institut-ado.de www.bvou.net/ado	BVOU Mitglieder 160 € Nichtmitglieder 240 €	n.n.

Medizinische Krisenkommunikation

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info/ Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Medizinische Krisenkommunikation aus juristischer Sicht und medialer Perspektive	08.09.16	Dr. Jörg Heberer Holger Münsinger	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 info@institut-ado.de www.bvou.net/ado	BVOU Mitglieder 200 € Nichtmitglieder 400 €	

Kinesio-Logic-Taping Kurse 2016

Diese Kursreihe ist in zwei Module aufgebaut, Obere- und Untere Extremitäten und auch für Arzthelferinnen geeignet.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info/ Anmeldung	Gebühr	Punkte
Taping-Crashkurs (nur Ärzte)						
Berlin (DKOU)	Obere & untere Extremität, Wirbelsäule	25.10.16	Renè Badstüber, I. Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 info@institut-ado.de www.bvou.net/ado	BVOU Mitglieder 190 € Nichtmitglieder 230 € Crashkurs 120 €	n.n.
Tapingkurs 1 (Obere Extremitäten)						
Berlin	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	09.-10.09.2016	Renè Badstüber, I. Geuenich			16
Tapingkurs 2 (Untere Extremitäten) (Teil I erforderlich)						
Berlin	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS/BWS	07.-08.10.2016	Renè Badstüber, I. Geuenich			16

6. Kindertraumatologie Kurs für den D-Arzt in Berlin 2016

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info/ Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Kindertraumatologie	09.12.16	Prof. Dr. med. Ekkernkamp Prof. Dr. med. Wich Prof. Dr. med. Barthlen	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 info@institut-ado.de www.bvou.net/ado	BVOU Mitglieder 190 € Nichtmitglieder 240 €	6

DKOU 2016- Kursangebote

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info/ Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	K-Logic-Taping-Crashkurs	25.10.16	Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030 797 444 59 info@institut-ado.de www.bvou.net/ado	120 €	n.n.
	Rheuma-Refresherkurs	26.10.16	Dr. Schwokowski		BVOU Mitglieder 48 € Nichtmitglieder 58 €	ca. 3
	Manuelle Medizin - Refresher	26.10.16	Reinhard Deinfelder		BVOU Mitglieder 48 € Nichtmitglieder 58 €	n.n.
	Refresher Sonografie Säuglingshüfte	27.10.16	Dr. Susanne Fröhlich		BVOU Mitglieder 48 € Nichtmitglieder 58 €	n.n.
	Untersuchungs- & Injektionstechniken an der oberen Extremität	27.10.16	Dr. de Jager		BVOU Mitglieder 48 € Nichtmitglieder 58 €	n.n.
	Orthopädische Rheumatologie Zertifizierungskurs I	27.10.16	Dr. Schwokowski		BVOU Mitglieder 125 € Nichtmitglieder 150 €	6
	NEU! Psychosomatische Grundversorgung	27.10.16	Prof. Dr. Schiltenswolf Dr. Peschel		BVOU Mitglieder 80 € Nichtmitglieder 180 €	9
	Fit für die ärztliche Führungsrolle WS I: Schnupperkurs Mastertrainer in O & U	28.10.16	Prof. Dr. Siebolds		BVOU Mitglieder 100 € Nichtmitglieder 200 €	
	Fit für die ärztliche Führungsrolle WS II: Update Konfliktmanagement	28.10.16	Jens Hollmann		BVOU Mitglieder 100 € Nichtmitglieder 200 €	
	Orthopädische Rheumatologie Zertifizierungskurs III	28.-29.10.2016	Dr. Schwokowski		BVOU Mitglieder 200 € Nichtmitglieder 250 €	16
	Röntgen UpDate Strahlenschutz	29.10.2016	Dr. Abt Dr. Banzer Dr. Neumann		BVOU Mitglieder 130 € Nichtmitglieder 150 €	8

Infobrief 02/2016