Orthopädie und Unfallchirurgie und Orthopädieschuhtechnik: Im Spannungsfeld zwischen der Notwendigkeit zur interdisziplinären Zusammenarbeit und dem Anti-Korruptionsgesetz

HARTMUT STINUS | WERNER DIEROLF | BERNHARD GREITEMANN | DIETMAR ROHLAND | FRANK SCHIEVINK | JÜRGEN STUMPF | HERBERT TÜRK | MARKUS WALTHER

Das sogenannte Anti-Korruptionsgesetz hat auch in der Orthopädieschuhtechnik-Branche für viel Verunsicherung gesorgt. Was ist in der interdisziplinären Zusammenarbeit noch erlaubt, was womöglich strafbar. Der Beratungsausschuss der DGOOC (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie) für das Handwerk Orthopädieschuhtechnik fordert in seiner Stellungnahme einen praxisgerechten Umgang mit den neuen Regelungen. Er zeigt, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit weiter nötig und auch unter den aktuellen Rahmenbedingungen möglich ist.

Seit dem 3. 6. 2016 ist das Antikorruptionsgesetz geltendes Recht und die Unsicherheit in der Ärzteschaft und handwerklichen Leistungserbringer ist groß, da der Gesetzgeber viel Interpretationsspielraum gelassen hat.

In den augenblicklichen Beurteilungen vieler Fachanwälte für Medizinrecht, sowie von Staatsanwälten, die sich mit Medizinrecht beschäftigen, wird klar dargelegt, dass betreffs der Compliance keine Vergünstigungen und einseitigen Vorteile gewährt werden dürfen – wie dies auch schon immer geltendes Recht war.

Die Beurteilung der Rechtslage und juristischer Auslegungen soll jedoch nicht die Aufgabe dieser Arbeit sein. In dieser Arbeit soll dargelegt werden, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit nötig ist und sie auch weiter unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtslage durchgeführt werden kann. An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass nur die Strafen verschärft wurden, nicht jedoch die Regeln einer interdisziplinären Zusammenarbeit.

Das **Antikorruptionsgesetz** ist in folgenden Paragraphen des Strafgesetzbuches geregelt:

- 299a: Bestechlichkeit im Gesundheitswesen
- 299b: Bestechung im Gesundheitswesen und
- § 300: Besonders schwere Fälle der Bestechlichkeit und Bestechung im geschäftlichen Verkehr und im Gesundheitswesen

Aufgrund dieser Regelungen kann eine Gefängnisstrafe von bis zu 3 Jahren bei schwerem Verstoß resultieren.

In der **Musterberufsordnung** für Ärzte sind die Regularien der Behandlung und Zusammenarbeit ebenfalls seit Längerem geregelt:

- § 30 Ärztliche Unabhängigkeit
  Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet bei allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wahren
- § 31 Unerlaubte Zuweisung
  Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet (...) für die Verordnung von Hilfsmitteln ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern oder sich von Dritten versprechen zu lassen. Sie dürfen Ihren Patientinnen/Patienten nicht ohne hinreichenden Grund (...) bestimmte Heil- und Hilfsmittelerbringer empfehlen oder an diese verweisen.

Auch im Sozialgesetzbuch V finden sich sehr klare Regeln betreffs der Zusammenarbeit Arzt und Orthopädiehandwerk:

- § 73 Abs. 7/§ 128 Abs. 5a SGB; Verbot der Zuweisung gegen Entgelt
- § 128 SGB V; Unzulässige Zusammenarbeit (regelt auch interdisziplinäre Zusammenarbeit)
- § 128 Abs. 1 SGB V; Depotverbot für Hilfsmittel (...) ist unzulässig, sofern

es sich nicht um Hilfsmittel in der Versorgung von Notfällen handelt
- § 128 Abs. 2 SGB V; Zuwendungsverbote bei Hilfsmitteln
- § 128 Abs. 4 SGB V; Vertragsärzte dürfen in der Versorgung Versicherter mitwirken, sofern eine entsprechende Vereinbarung mit der Krankenkasse besteht

Soweit zu den gesetzlichen Regeln des ärztlichen Handelns und der Möglichkeiten der Zusammenarbeit in diesem Falle mit der Orthopädieschuhtechnik und Orthopädietechnik.

Wichtig erscheinen daher folgende Punkte:
- Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung
- Trennung von ärztlicher Leistung und Zuwendung
- Transparenz der Finanzflüsse
- Dokumentation aller Formen der Zusammenarbeit
- für den Patienten freie Wahl des Leistungserbringers

Notwendigkeit zur interdisziplinären Kooperation

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit ist in der Behandlung von Patienten mit körperlichen Behinderungen, Stoffwechselerkrankungen mit Auswirkungen auf das Muskel- und Skelettsystem unverzichtbar. Nur durch das Zusammenwirken der unterschiedlichen medizinischen, therapeutischen und handwerklichen Fachdisziplinen ist eine optimale Versorgung möglich. Die Erfüllung der Aufgabe zur möglichst optimalen Gewährleistung von Teilhabe ist nur so zu erbringen. Dies war immer schon Grundlage des Handelns aller professionellen Behandler und hat durch die UN-Behindertenrechtskonvention, das SGB IX und das Bundesteilhabegesetz ihren rechtlichen Niederschlag gefunden.

Für Ärzte und Orthopädiehandwerker stellt sich die Frage, was erlaubt ist und wie eine gute und unbestreitbar notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit unter diesen Rahmenbedingungen noch durchgeführt werden kann und soll. Zu den praktischen Umsetzungen, wie sich Orthopäden und Unfallchirurgie sowie Orthopädiehandwerker die Zusammenarbeit in der täglichen Praxis unter den oben genannten Gesichtspunkten vorstellen, soll nun diese Arbeit Stellung nehmen.

Die Zusammenarbeit zwischen Medizin insbesondere der Orthopädie/Unfallchirurgie und dem Handwerk der Orthopädietechnik und Orthopädieschuhtechnik gilt seit Langem als gelungene und gute interdisziplinäre Zusammenarbeit und ist gerade in der Orthopädie unverzichtbar. Nicht nur Fachverbände wie die ISPO (International Society of Prosthetics and Orthotics) oder die VTO (Vereinigung Technische Orthopädie) in der DGOU (Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie) befürworten eine solche intensive Zusammenarbeit. Auch im Rahmen verschiedener integrativer Versorgungsverträge wird eine solche Zusammenarbeit zwischen Handwerk und Medizin gelebt, ist teilweise sogar obligater Bestandteil. Als Beispiel ist hier die Behandlung des Diabetischen Fußsyndromes zu nennen. In der Deklaration von St. Vinzenz (1989) wurde klar definiert, dass die Zahl der Majoramputationen **durch interdisziplinäre Bemühungen** zu halbieren sei.

In verschiedenen wissenschaftlichen Arbeiten konnte nachgewiesen werden, dass durch eine verbesserte und intensivierte interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin und Handwerk eine Reduktion von Majoramputationen schon erreicht werden konnte. (Fuchs, Sabine; Henschke, Cornelia; Blümel, Miriam; Busse, Reinhard, Dtsch Arztebl Int 2014; 111(26): 453-63; DOI: 10.3238/arztebl.2014.0453), (van Battum,P. et all. Diabet Med 28, 2011, 199-205).

Die Bedeutung dieser Kooperation ist in der Leitlinie der DDG sowie in internationalen wissenschaftlichen Arbeiten aus Skandinavien nachzulesen. Im Antrag auf Zertifizierung als Fußspezialist bei der DDG werden zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms folgende Fachdisziplinen im Antrag gefordert: Diabetologie, Gefäßchirurgie, Chirurgie/Orthopädie, Mikrobiologie, Angiologie/

Beispiele für eine notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit

1: Diabetisches Fußsyndrom mit Ulcus am Großzehenballen:
Zunächst ist hier von orthopädisch-ärztlicher Sicht untersuchungstechnisch die Ursache zu klären, ob Schuhdruck, Verletzung bei Polyneuropathie, oder ob zum Beispiel auch eine Osteoarthropathie vorhanden ist – wenn ja muss eine Stadieneinteilung nach den bekannten Klassifikationen (Wagner/Armstrong, Sanders, Levin etc.) erfolgen – es sollte, sofern noch nicht geschehen, der Patient diabetologisch, internistisch und angiologisch ebenfalls abgeklärt sein. Es schließt sich dann eine klinische Untersuchung mit Gangbildinspektion an.
Im Folgenden ist es wichtig, zu entscheiden, ob eine konservative Therapie durchgeführt werden kann. Hier ist eine gemeinsame Besprechung des Status inklusive der radiologischen Bildgebung erforderlich, eine gemeinsame Therapiebesprechung unter der Fragestellung, welche funktionellen Defizite ein Hilfsmittel beheben soll, welche Aufgaben es erfüllen und wie es gestaltet sein soll. Dies gelingt nur in der gemeinsamen Erörterung der Problematik unter Festlegung des gemeinsamen Therapiekonzeptes.

2: Postoperative Therapie nach pantalarer Arthrodese des Sprunggelenkes
Nach pantalarer Arthrodese des Sprunggelenkes soll der Rheuma-Patient 6 Wochen postoperativ einen langsamen Belastungsaufbau erfahren. Es ist geplant, die Versorgung mittels eines orthopädischen Innenschuhes und einer Mittelfußrolle am Konfektionsschuh durchzuführen. Hier ist eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Orthopädiehandwerker zur Erörterung der notwendigen Funktionselemente wie Arthrodesenkappe, Höhe der Versorgung, Stützlasche, Sohlenversteifung am Konfektionsschuh, Polsterungen etc. wichtig und sinnvoll. Durch die gemeinsame Untersuchung des Patienten, des operativen Vorgehens, der Hinweise auf Komplikationsmöglichkeiten und Darlegen des postoperativen Behandlungskonzeptes, erhält der Orthopädieschuhtechniker Kenntnis, warum die Versorgung vom Operateur so gewünscht ist und in welchem Zeitfenster der Patient die Versorgung benötigt, um ein gutes operative Ergebnis bei zügiger Mobilisation zu erreichen. Eine gemeinsame Besprechung der Röntgenbilder gehört dazu.

interventionelle Radiologie, Orthopädieschuhtechnik/Orthopädietechnik und Podologie.

In den augenblicklichen Beurteilungen vieler Fachanwälte für Medizinrecht, sowie Staatsanwälte, die sich mit Medizinrecht beschäftigen wird klar dargelegt, dass betreffs der Compliance keine Vergünstigungen und einseitigen Vorteile gewährt werden dürfen – wie dies auch schon immer geltendes Recht war, interdisziplinäre Zusammenarbeit wird damit aber **nicht** ausgeschlossen.

Wann und Wie?

Es stellt sich die Frage bei welchen Indikationen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und interdisziplinäre Beratung erlaubt sein soll.

Ganz unstrittig ist dies sicherlich bei komplexen und schwierigen Versorgungsfällen. Hier soll nochmals auf die vom SGB anerkannten Versorgungsformen wie die integrative Versorgung zum Beispiel beim Diabetischen Fußsyndrom hingewiesen werden.

In der Vergangenheit wurde vielfach eine regelmäßige interdisziplinäre Zusammenarbeit in Form von gemeinsamen Sprechstunden in der Praxis des Arztes oder auch in den Räumen des Orthopädieschuhtechnikers durchgeführt. Bei der Regelmäßigkeit herrscht augenblicklich eine große Unsicherheit inwieweit dies statthaft ist. Der Beratungsausschuss hat sich hierzu Gedanken gemacht und eine intensive Diskussion hierüber geführt. Man ist der Auffassung, dass eine regelmäßige Sprechstunde zum Beispiel wöchentlich zur Besprechung von schwierigen und komplexen Versorgungsfällen in der Arztpraxis oder Klinik statthaft sein sollte. Dies ist sinnvoll, um dem Patienten unzumutbare Wege zu ersparen. Für solche interdisziplinär zu besprechenden Fälle ist ein Zeit-Slot aller beteiligten Fachdisziplinen bereitzustellen – und dies funktioniert nun einmal in der praktischen Arbeit am besten, wenn dies immer an einem bestimmten Zeitpunkt terminiert ist. Hier ist zwar formal eine „Regelmäßigkeit“ zu entnehmen, jedoch muss auch den praktischen Gegebenheiten der Arbeit in Praxis, Klinik und Orthopädiebetrieb Rechnung getragen werden.

Natürlich muss es auch gestattet sein, mit einem Techniker in Klinik und Praxis „on Demand“ (auf Wunsch/Anforderung) schwierige Versorgungen jederzeit gemeinsam zu entwickeln und zu besprechen.

Es muss an dieser Stelle jedoch darauf hingewiesen werden, dass sowohl Medizin wie Handwerk sich absolut einig sind, dass gemäß den gesetzlichen Regelungen keine Vergünstigungen und einseitigen Vorteile hieraus resultieren dürfen.

Es geht hier klar gemäß des hippokratischen Eides um eine gute Patientenversorgung, wenn eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und Konsultation betreffs des Krankheitsbildes notwendig wird. Beispielhaft seien hier, neben dem diabetischen Fuß, schwere Fußdeformitäten, wie Knick-Plattfuß, Hohlfuß, neurogene Füße, postoperative Versorgungen, Kinderfüße sowie die Versorgung bei Komplikationen expressis verbis genannt, wobei diese Aufzählung keinen Anspruch auf Vollständigkeit erhebt.

Und schließlich darf man die Patientenperspektive nicht außer Acht lassen – bei gemeinsamen Erörterungen resul-

tiert für den Patienten eine Zeitersparnis sowie Logistikverbesserung, was gerade beim immobilisierten Patienten eine Rolle spielen kann.

Natürlich muss der Patient Wahlfreiheit betreffs des Leistungserbringers haben!

Allerdings sind wir auch der Ansicht, dass ärztlicherseits positive Erfahrungen und Tipps an den Patienten gegeben werden dürfen. Es scheint zwar augenblicklich juristisch so geregelt zu sein, dass eine Empfehlung nur auf Nachfrage des Patienten ausgesprochen werden darf. Dies ist aber ein sehr formal „konstruierter“ und praxisferner Weg!

Hier spielt betreffs eines ärztlichen Ratschlages sicherlich die Expertise des Orthopädieschuhtechnikers eine gewichtige Rolle. Der Arzt ist qua Amt aufgefordert, seinen Patienten bestmöglich zu beraten. In dieser Hinsicht stehen das Wohl des Patienten und eine fachlich gute Versorgung an erster Stelle.

Als gangbaren Weg in der Praxis sollte man den Patienten auf eine Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung hinweisen. Fragt er dann nach, kann man ihm mehrere Leistungserbringer nennen, mit denen man gute Erfahrungen hat, muss ihn aber auf seine Wahlfreiheit hinweisen. Will der Patient dann beispielsweise von einem bestimmten Handwerker versorgt werden, sollte man in einem gemeinsamen Termin mit diesem dann die Behandlung besprechen. Betreffs des Ablaufes einer solchen Versorgung, auch in gemeinsamen Sprechstunden, besteht Konsens, dass die eigentliche Verordnung dem Patienten ausgehändigt werden muss, so dass der Patient hier immer die Wahlfreiheit des Leistungserbringers hat.

Alle Beteiligten von Medizin und Handwerk sind sich einig, dass eine regelmäßige Sprechstunde kein Außenbetrieb eines Orthopädieschuhtechnik- oder Orthopädietechnikbetriebes in einer Arztpraxis oder Klinik sein darf. Die gesetzlichen Regelungen für eine Klinikwerkstatt sind so geregelt, dass ein separater Eingang und Kennzeichnung des Orthopädiebetriebes in der Klinik notwendig sind.

Es ist ebenfalls klar, dass keine verdeckte Vorteilsgewährung bei Kooperationsverträgen - sei es durch Mietminderung oder Stellung von Geräten, um Beispiele der Juristen zu zitieren, gewährt werden dürfen. Ebenso darf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit keine unidirektionalen Vorteile für die beteiligten Personen bringen – auch dies ist seit Langem so geregelt!

Zusammenfassend kann festgestellt werden:

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Orthopäde, Unfallchirurgie und Orthopädiehandwerker ist von seitens des Beratungsausschusses unter den oben beschriebenen Algorithmen absolut unverzichtbar und weiter notwendig, will man die Behandlungsqualität weiter gewährleisten. Dies geschieht in Übereinstimmung mit den großen Fachverbänden wie ISPO, VTO, DGOU und DGOOC.

Der Beratungsausschuss spricht sich dafür aus, dass regelmäßige Sprechstunden zur Behandlung von schwierigen und komplexen Krankheitsbildern weiter in Praxen und Kliniken erlaubt sein müssen, ebenso wie in besonderen Fällen jederzeit eine gemeinsame Besprechung stattfinden darf und gestattet sein muss. Nur durch eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit kann die hohe Versorgungs- und Behandlungsqualität erhalten werden. ■

Literaturverzeichnis

Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 12. Oktober 2015 zum Regierungsentwurf eines Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen Kassenärztliche Bundesvereinigung 2015

Richtig kooperieren. Mit Praxisbeispielen und Informationen zum Anti-Korruptionsgesetz. Kassenärztliche Bundesvereinigung Oktober 2016

Nationale Versorgungsleitlinie Typ-2-Diabetes. Präventions- und Behandlungsstrategien für Fußkomplikationen. Februar 2010, Vers. 2.8

Hell AK, Döderlein L, Eberhardt O, Hösl M, von Kalle T, Mecher F, Simon A, Stinus H, Wilken B, Wirth T: S2 Leitlinie : Der kindliche Knick-Senk-Fuß. Z Orthop Unfall. 2018 Apr 9. doi: 10.1055/s-0044-101066. [Epub ahead of print]

Robberstad M, Bentsen SB, Berg TJ, Iversen MM: Tidsskr Nor Laegeforen. 2017 Sep 12;137(17). Diabetic foot ulcer teams in Norwegian hospitals. doi: 10.4045/tidsskr.16.1001. Print 2017 Sep 19.

Sabder LJ, Robbins JM, Edmonds ME (2010): History of team approach to amputation prevention; pioneers and milestones. J Vasc. Surg 52 (Suppl 1): S 90-95.