

infobrief



Fußchirurgie

24

Januartagung: „Wir sind ein stolzer und starker Verband!“

26

Pflegepersonaluntergrenzen: Krankenhäuser im Würgegriff

58

Gesucht! Mentoren für die Nachwuchsförderung in O und U

Ihr DVT für die Computertomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie



Von Ärzten für Ärzte

DVT-Live-Demo & Beratung
deutschlandweit an mehr als 50 Standorten

Beratung

Betriebswirtschaftliche Potenzialanalyse,
Armortisations- & Ertragsberechnung

Fordern Sie jetzt Ihr kostenfreies Beratungsangebot zum
planungssicheren Einstieg in die 3-D-Bildgebung an.



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



Sammeleinkauf

Sichern Sie sich jetzt eines von 25 Systemen
zu attraktiven BVOU-Sonderkonditionen

Kaufen · Leasen · Mieten

Fordern Sie Ihr unverbindliches Angebot an.



Mehr erfahren über weitere DVT-Anwender.
Jetzt QR-Code scannen oder direkt unter:
myscs.com

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

als diesjähriger DKOU Kongresspräsident des BVOU ist mir eine besondere Freude den ersten Infobrief des Jahres 2020 zu präsentieren, spiegelt er doch unser Kongressmotto „Vereinte Vielfalt“ in besonderem Maße wider.

Es ist der Mix aus aktuellen medizinischen und berufspolitischen Themen, den wir im Infobrief und auf dem DKOU versuchen einzuhalten.

Im medizinischen Teil des Infobriefes beschäftigen wir uns mit Schwerpunkt Fußchirurgie, ein Thema, was uns insbesondere im ambulanten Teil beschäftigt. Wir versuchten konservative und operative Trends auszu-leuchten.

Konservativ – operativ/ambulant -stationär – wie keine andere Organisation wagt der BVOU diesen Spagat – immer in der Gefahr sich dem Vorwurf auszusetzen, dass der Gegenpart vernachlässigt wird.

Das gilt auch in der Berufspolitik: Auch hier wird insbesondere beim Thema Notfallversorgung das Spannungsfeld intersektorale Versorgung sichtbar. Weiterhin beschäftigen uns die Folgen der Spahnschen Gesetzesflut auf die Versorgung: Prof. Reinhard Hofmann zeichnet auf, was konkret die Pflegeuntergrenzen in den Kliniken auslösen. Weiterhin versuchen wir darzustellen, was das Zweitmeinungsverfahren im Bereich der Schultereingriffe mit sich bringt.

Die Berichte aus den Ländern runden den Infobrief ab – diese Berichte zeigen, dass der BVOU, anders als die anderen Verbände föderal aufgestellt ist und dass unsere Stärke, die Vertretung vor Ort und nicht nur in Berlin ist.



Spannungsfelder zwischen Klinik und Praxis, zwischen konservativ und operativ drängen wir nicht weg, wollen sie im Gegenteil sichtbar machen, aushalten und ausdiskutieren, anstatt uns auseinander dividieren zu lassen – das ist unsere herausfordernde Aufgabe. Der Berufsverband ist bereit sie anzunehmen – im Infobrief, auf dem Kongress. Letztlich schätzen wir als Orthopäden und Unfallchirurgen doch Spannung mehr als Lange-weile, warum sind wir es sonst geworden?

In diesem Sinne freue ich mich auf spannende Zeiten – in diesem Heft – auf dem DKOU.

Ihr Dr. Burkhard Lembeck
DKOU-Präsident für den BVOU 2020
BVOU-Landesvorsitzender Württemberg



© falco47/adobe-stock

03 Editorial

06 Schwerpunkt: Fußchirurgie

- 06 50 Jahre Endoprothetik am oberen Sprunggelenk: Wo stehen wir heute?
- 08 Diabetisches Fußsyndrom und „Charcotfuß“: Ein Thema für O und U?
- 11 Kleinzehendeformitäten: Ursachen und Therapien
- 13 Die Behandlung der Metatarsalgie
- 15 GFFC: Gesellschaft für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie
- 16 Die Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V.
- 17 Irren ist menschlich? Bei Ärzten nicht immer...
- 19 Magnesium-basierte Kompressionsschrauben in der Fußchirurgie

24 Berufspolitik

- 24 Pflegepersonaluntergrenzen: Krankenhäuser im Würgegriff
- 28 Ärztliche Zweitmeinung zukünftig auch bei geplanter Schulterarthroskopie
- 29 Hüftgelenknahe Femurfraktur: Frühestmögliche Versorgung
- 31 Erhalt einer hochwertigen Patientenversorgung und der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit
- 32 BVOU und BDNC zur DWG-Forderung nach neuer Zusatzweiterbildung „Spezielle Wirbelsäulenchirurgie“

33 Aus den Landesverbänden

- 33 Landeskongress Bayern: „Orthopädie – quo vadis?“
- 35 Landeskongress Baden: Interessanter Mix aus Fachthemen und Berufspolitik
- 37 Nordlichter surfen in Schleswig-Holstein standfest durch den „TSVG-Murks“
- 38 HOUT: Rechtzeitig an mögliche Praxisübergabe denken



© Werner / Fotolia

40 News und Service

- 40 Januartagung: „Wir sind ein stolzer und starker Verband!“
- 42 DMP Osteoporose: Inhaltlich gut aufgestellt und zweckmäßig
- 44 VSOU-Jahrestagung 2020: „Innovation, Qualität und Ethik“
- 45 Neue Ansprechpartnerin in der Mitgliederverwaltung
- 46 Aktion Orthofit: Haltung zeigen!
- 47 Perspektive DVT – Diagnostik, Planung und Kontrolle bei der OSG-Arthrose-Therapie
- 49 Neuerung der Strahlenschutzverordnung: Was ist wichtig für O und U?
- 52 Wir trauern um unser Mitglied Roland Matthes
- 53 ANOA bietet Goldstandard in der „Therapie von chronischen Rückenschmerzen“
- 55 UEMS-Treffen: Einschnitte durch die Medical Device Richtlinie im Fokus



57 O und U Digital

- 57 Sicher an die TI anschließen
- 60 Orthinform-News integrieren:
O und U-Fachbeiträge für die eigene Homepage

62 Honorar und Abrechnung

- 62 EBM 1.4.2020 – wer sein RLV nicht ausfüllt,
wird verlieren!

64 Recht und Versicherung

- 64 Nervenschäden bei der Wundversorgung
übersehen
- 66 Sicherheit für Ihre Praxis: Sachversicherungen

67 Weiter- und Fortbildung

- 67 Gesucht! Mentoren für die
Nachwuchsförderung in O und U
- 69 Facharztweiterbildung im ambulanten Bereich:
Was berichten Ärzte in Weiterbildung?
- 72 FORTE Summer School: Ein europäisches Projekt
im Aufschwung
- 74 Therapieentscheidung leicht(er) gemacht

75 Kursangebote der ADO

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

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

Autoren dieser Ausgabe

Dr. Heino Arnold, Prof. Dr. Alexander Beck, Dietrich
Bornemann, Dr. Karsten Braun, Dr. Dr. Michael Conzen,
Dr. Jörn Dohle Dr. Johannes Flechtenmacher,
Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka, Dr. Christian Hauschild,
Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann, Dr. Hubert Klauser,
Natascha Kompatzki, Janosch Kuno, Prof. Dr. Andreas
Kurth, Dr. Burkhard Lembeck, Dr. Sebastian Manegold,
Univ.-Prof. Dr. Thomas Mittlmeier, Dr. Markus Preis,
Dr. Gerd Rauch, Sabine Rieser, Prof. Dr. Michael Schädel-
Höpfner, Prof. Dr. Walter Schaffartzik, Dr. Michael
Schönberger, PD Dr. habil. Axel Sckell, Dr. Angela Simon,
Dr. Joachim Splieth, Dr. Hartmut Stinus, Dr. Helmut
Weinhart, Dr. Albrecht Wienke, Christine Wohlers

Redaktionsschluss

15.2.2020

Konzept und Gestaltung

Rhowerk GmbH – www.rhowerk.de

Druck

Das Druckteam Berlin

Titelbild (Seite 1)

© falco47/adobe-stock

Der Infobrief erscheint viermal jährlich.

Als Beilage ist enthalten:

Arthroscopy meets MRI,

MWE Jahresprogramm und Orthinform

Kursanmeldung

Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

T 030.797 444 59

F 030.797 444 57

info@institut-ado.de

Liebe Leserinnen und Leser,

ein an der funktionellen Anatomie und Biomechanik des Fußes orientiertes Verständnis hat binnen der letzten Jahre in Diagnostik und Therapie von Erkrankungen, Deformitäten und Verletzungen im Fuß- und Sprunggelenkbereich eine wesentliche Differenzierung traditioneller Konzepte bedingt. Im Folgenden wird eine Auswahl von Pathologien und Themenfeldern, die dem praktisch tätigen Orthopäden und Unfallchirurgen häufig begegnen, in Kurzform entsprechend dem aktuellen gesicherten Wissensstand präsentiert. Zudem stellen die amtierenden Präsidenten der beiden deutschsprachigen spezifischen Fachgesellschaften, die sich dem Fuß- und Sprunggelenk widmen, ihre Aktivitäten und Fortbildungsoptionen dar. Die beiden Fachgesellschaften zählen weltweit zu den

mitgliederstärksten Vereinigungen der Subspezialität Fuß- und Sprunggelenk. Sofern Ihr Interesse zur Mitarbeit und Mitgestaltung mit diesen Beiträgen geweckt wird, sind Sie herzlich willkommen. In jedem Fall wünsche ich Ihnen eine interessante Lektüre und hoffe, dass Sie den einen oder anderen Aspekt der Beiträge des Themenschwerpunkts gut in Ihre tägliche Arbeit integrieren können.



Prof. Dr. Thomas Mittlmeier
Universitätsmedizin Rostock
Chirurgische Klinik und Poliklinik
Abteilung für Unfall-, Hand-
und Wiederherstellungschirurgie

50 Jahre Endoprothetik am oberen Sprunggelenk: Wo stehen wir heute?

Die Anfänge der OSG-Endoprothetik gehen auf das Jahr 1970 zurück. Diese ersten Prothesen wurden vor 50 Jahren noch zementiert verankert und verloren ebenso wie die darauffolgende zweite Generation aufgrund hoher Komplikations- und Lockerungsraten schnell an Bedeutung. Mit der Einführung der dritten Generation von Sprunggelenkprothesen, die sich durch ein Drei-Komponenten-Design mit mobilem Gleitkern auszeichneten, kam Ende des letzten Jahrtausends die Hoffnung auf, die anfänglichen Probleme überwunden zu haben. Vielversprechende Ergebnisse ließen die Endoprothetik am oberen Sprunggelenk zu einem anerkannten Verfahren in der Behandlung der Sprunggelenksarthrose werden, welches sich nicht mehr nur auf wenige Zentren konzentrierte sondern bald flächendeckend angeboten wurde. Doch wo stehen wir heute?

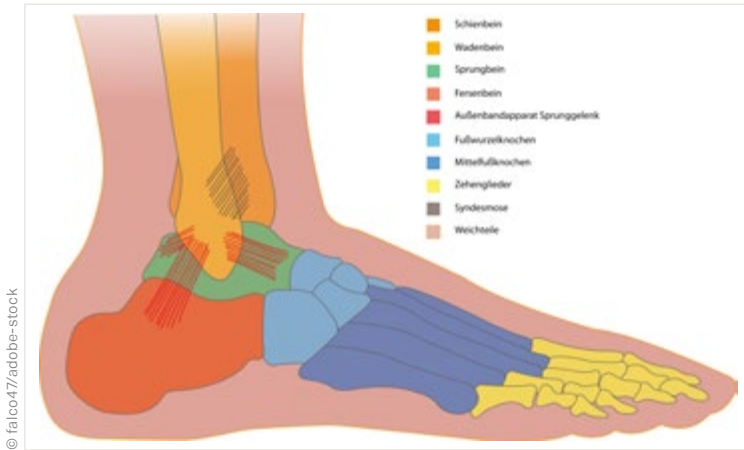
Glaubt man den statistischen Daten so ist nach der anfänglichen Euphorie, die neue Generation an Sprunggelenkprothesen könne die Versteifung als Goldstandard ablösen, eine gewisse Ernüchterung eingetreten: Rückläufige Implantationszahlen an immer weniger werdenden Einrichtungen sowie eine zunehmende Anzahl an Sprunggelenkarthrosen lassen den Eindruck entstehen, der Hype der OSG-Endoprothetik sei vorbei.¹ Schwenkt man

den Blick in die Literatur, so ist in den letzten 20 Jahren die Publikation von wissenschaftlichen Artikeln über Sprunggelenkprothesen geradezu explodiert. Allein bei den Pubmed-gelisteten Veröffentlichungen ist es in den letzten fünf Jahren zu einer Verdoppelung, in den letzten zehn Jahren gar zu einer Vervierfachung der jährlich erschienenen Fachartikel zu diesem Thema (2019: 275 Artikel; 2014: 133 Artikel; 2009: 73 Artikel) gekommen.

Welche Empfehlungen können nun aber aus der Literatur gezogen werden?

Längst ist bekannt, dass es sich bei der Implantation eines künstlichen Sprunggelenks um einen komplexen Eingriff handelt, der eine flache Lernkurve aufweist und dass perioperative Komplikationen sich mit zunehmender chirurgischer Erfahrung vermeiden lassen.^{2,3} Neuere Untersuchungen konnten sogar zeigen, dass das Risiko für eine intraoperative Komplikation bei einem unerfahrenen Operateur im Vergleich zu einem Expertenfünffach erhöht ist.⁴ Da Komplikationen mit einem schlechteren Outcome vergesellschaftet sind,⁵ müssen Anwenderfehler verständlicherweise bei der Be-/Verurteilung des Verfahrens berücksichtigt werden.

Aber auch bei der Interpretation der Langzeit-Studien, die von den Prothesenentwicklern veröffentlicht wurden, ist Vorsicht geboten. Vergleicht man die Prothesenstandzeiten, so ist eine deutliche Diskrepanz zwischen Ent-



© falco47/adobe-stock

wicklerstudien und Registerdaten zu verzeichnen.⁶ Aktuell darf je nach Studie von einer Zehn-Jahres-Standrate von 70–90% ausgegangen werden,^{7–11} wobei erste Studien sogar 15-Jahres-Ergebnisse mit einer Standrate von 76% veröffentlichen.^{12,13} Da diese Langzeitergebnisse verständlicherweise über eine sehr frühe Phase der dritten Prothesengeneration berichten, bleibt es abzuwarten, ob sich die Standzeiten mit zunehmender Anwendererfahrung verbessern lassen.

Noch schwieriger ist es, eine wissenschaftlich fundierte Antwort auf die Frage der Überlegenheit eines der beiden konkurrierenden Verfahren „Prothese oder Arthrodese“ zu finden. Momentan werden in Reviews und Meta-Analysen beiden Therapien ein vergleichbares Abschneiden im AOFAS-Score bescheinigt.^{14–19} Neben der eingeschränkten Studienqualität, auf die die Autoren einstimmig hinweisen, ist ebenfalls die routinemäßige Verwendung des nicht validierten Scores der amerikanischen Fußgesellschaft AOFAS (American Orthopaedic Foot & Ankle Society) kritisch anzumerken.²⁰

Prospektiv-randomisierte, multizentrische Studien, die das Ergebnis einer Prothese mit dem nach einer Arthrodese vergleichen, gibt es derzeit nicht. Auch wenn diese mit der TARVA-Studie in Planung sind,²¹ wird es noch Jahre dauern, bis Langzeitdaten vorliegen. In wie weit die Studie gar patienten-spezifische Faktoren wie Fehlstellungen oder präoperative Gelenkbeweglichkeit, aber auch verschiedene Prothesentypen sowie chirurgische Erfahrung berücksichtigen wird, bleibt abzuwarten.

Eine fundierte Analyse dieser Parameter wäre erforderlich, um am Ende eine patientenindividuelle Therapieempfehlung geben zu können.

Bis dahin muss vor allem bei der chirurgischen Aufklärung der Patienten die Datenlage der Metaanalysen genügen. Zusammenfassungen aus vergleichenden Studien berichten über eine höhere Rate an Re-Operationen nach Prothesenimplantation als nach einer Sprunggelenkversteifung.^{18,22} Eine Tatsache, die nicht weiter verwundert, wenn man bedenkt, dass Folgeeingriffe bei der Implantation einer Sprunggelenkprothese eingepplant

sind. So muss mitunter das PE-Inlay gewechselt werden oder eine Re-alignment-Operation des Rückfußes oder der medialen Säule durchgeführt werden, um einen plantigraden Fuß als Voraussetzung einer balancierten Prothese zu schaffen. Dies darf bei der chirurgischen Aufklärung ebenso wenig außer Acht gelassen werden, wie die Tatsache, dass sekundäre Versteifungen nach Prothesenausbau zwar möglich sind, die Ergebnisse aber hinter denen der primären Arthrodese bleiben.²³

Fünfundzwanzig Jahre nach der ersten Sprunggelenkprothese hat sich sowohl das Prothesendesign als auch die Implantationstechnik derart weiterentwickelt, dass dieses Verfahren bei der Behandlung der Sprunggelenkarthrose mit guten Ergebnissen eingesetzt werden kann. Nichtsdestotrotz sind weitere vergleichende Langzeitstudien erforderlich. Auch die Erweiterung der Prothesenregister um die Daten der Sprunggelenkarthrodese würde helfen, die Möglichkeiten aber auch die Grenzen der Endprothetik am Sprunggelenk besser einschätzen zu können.

Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann
Dr. Sebastian Manegold

Literatur

- Kostuj T, Preis M, Walther M, Aghayev E, Krummenauer F, Röder C. [German total ankle replacement register of the German foot and ankle society (D.A.F.) – presentation of design and reliability of the data as well as first results]. *Z Orthop Unfall* 2014, Oct;152(5):446–54.
- Myerson MS, Mroczek K. Perioperative complications of total ankle arthroplasty. *Foot Ankle Int* 2003, Jan;24(1):17–21.
- Basques BA, Bitterman A, Campbell KJ, Houghom BD, Lin J, Lee S. Influence of surgeon volume on inpatient complications, cost, and length of stay following total ankle arthroplasty. *Foot Ankle Int* 2016, Oct;37(10):1046–51.
- Zhao D, Huang D, Zhang G, Wang X, Zhang T, Ma X. Positive and negative factors for the treatment outcomes following total ankle arthroplasty? A systematic review. *Foot Ankle Surg* 2020, Jan;26(1):1–13.
- Glazebrook MA, Arsenault K, Dunbar M. Evidence-based classification of complications in total ankle arthroplasty. *Foot Ankle Int* 2009, Oct;30(10):945–9.
- D'Ambrosi R, Banfi G, Uselli FG. Total ankle arthroplasty and national registries: What is the impact on scientific production? *Foot Ankle Surg* 2019, Aug;25(4):418–24.
- Henricson A, Nilsson JÅ, Carlsson A. 10-year survival of total ankle arthroplasties: A report on 780 cases from the Swedish ankle register. *Acta Orthop* 2011, Dec;82(6):655–9.
- Mann JA, Mann RA, Horton E. STARTM ankle: Long-term results. *Foot Ankle Int* 2011, May;32(5):S473–84.
- Zaidi R, Cro S, Gurusamy K, Siva N, Macgregor A, Henricson A, Goldberg A. The outcome of total ankle replacement: A systematic review and meta-analysis. *Bone Joint J* 2013, Nov;95-B(11):1500–7.
- Krishnapillai S, Joling B, Sierevelt IN, Kerkhoffs GMMJ, Haverkamp D, Hoornenborg D. Long-term follow-up results of buchel-pappas ankle arthroplasty. *Foot Ankle Int* 2019, May;40(5):553–61.
- Kerkhoff YR, Kosse NM, Metsaers WP, Louwerens JW. Long-term functional and radiographic outcome of a mobile bearing ankle prosthesis. *Foot Ankle Int* 2016, Dec;37(12):1292–302.
- Clough T, Bodo K, Majeed H, Davenport J, Karski M. Survivorship and long-term outcome of a consecutive series of 200 Scandinavian total ankle replacement (STAR) implants. *Bone Joint J* 2019;101-B(1):47–54.
- Palanca A, Mann RA, Mann JA, Haskell A. Scandinavian total ankle replacement: 15-Year follow-up. *Foot Ankle Int* 2018;39(2):135–42.
- Haddad SL, Coetzee JC, Estok R, Fahrback K, Banel D, Nalysnyk L. Intermediate and long-term outcomes of total ankle arthroplasty and ankle arthrodesis. A systematic review of the literature. *J Bone Joint Surg Am* 2007, Sep;89(9):1899–905.
- Jordan RW, Chahal GS, Chapman A. Is end-stage ankle arthrosis best managed with total ankle replacement or arthrodesis? A systematic review. *Adv Orthop* 2014;2014:986285.
- Morash J, Walton DM, Glazebrook M. Ankle arthrodesis versus total ankle arthroplasty. *Foot Ankle Clin* 2017, Jun;22(2):251–66.
- Henricson A, Fredriksson M, Carlsson Å. Total ankle replacement and contralateral ankle arthrodesis in 16 patients from the Swedish ankle registry: Self-reported function and satisfaction. *Foot Ankle Surg* 2016, Mar;22(1):32–4.
- Kim HJ, Suh DH, Yang JH, Lee JW, Kim HJ, Ahn HS, et al. Total ankle arthroplasty versus ankle arthrodesis for the treatment of end-stage ankle arthritis: A meta-analysis of comparative studies. *Int Orthop* 2017, Jan;41(1):101–9.
- Benich MR, Ledoux WR, Orendurff MS, Shofar JB, Hansen ST, Davitt J, et al. Comparison of treatment outcomes of arthrodesis and two generations of ankle replacement implants. *J Bone Joint Surg Am* 2017, Nov 1;99(21):1792–800.
- SooHoo NF, Shuler M, Fleming LL, American Orthopaedic Foot and Ankle Society. Evaluation of the validity of the AOFAS clinical rating systems by correlation to the SF-36. *Foot Ankle Int* 2003, Jan;24(1):50–5.
- Goldberg AJ, Zaidi R, Thomson C, Doré CJ, Skene SS, Cro S, et al. Total ankle replacement versus arthrodesis (TARVA): Protocol for a multicentre randomised controlled trial. *BMJ Open* 2016;6(9):e012716.
- Maffulli N, Longo UG, Locher J, Romeo G, Salvatore G, Denaro V. Outcome of ankle arthrodesis and ankle prosthesis: A review of the current status. *Br Med Bull* 2017, Dec 1;124(1):91–112.
- Gross C, Erickson BJ, Adams SB, Parekh SG. Ankle arthrodesis after failed total ankle replacement: A systematic review of the literature. *Foot Ankle Spec* 2015, Apr;8(2):143–51.

Diabetisches Fußsyndrom und „Charcotfuß“: Ein Thema für O und U?

In Kenntnis der Tatsache, dass heute beinahe jeder 10. Deutsche an Diabetes mellitus leidet, sich Zeichen einer diabetischen Neuropathie bei etwa 50% aller Diabetiker nach 25-jähriger Manifestation der Grunderkrankung finden sowie bis zu 25% aller Diabetiker ein Ulkus im Fußbereich entwickeln können – mit Prävalenz eines diabetischen Fußsyndroms nach fünfjähriger Erkrankungsdauer zwischen 7,6% (Diabetes mellitus Typ I) und 8,5% (Diabetes mellitus Typ II) – findet sich der Patient auch in der orthopädisch-unfallchirurgischen Praxis. Zudem zählen typische orthopädische Krankheitsbilder wie Hallux valgus, Krallen- und Hammerzehen, Fußdeformitäten in Mittel- und Rückfußbereich, Kontrakturen des M. triceps surae und Einschränkungen der Gelenkmobilität, v.a. im Subtalargelenksbereich, zu den Risikofaktoren in der Ätiopathogenese des diabetischen Fußulkus (Tab. 1). Die lebenslange Inzidenz eines diabetischen Fußulkus liegt zwischen 19 und 34% mit einer jährlichen Inzidenz von 2%. Rezidive nach erfolgreich abgeheilten Ulkus sind mit 40% pro Jahr zu erwarten, das Risiko steigt auf bis zu 65% binnen einer Frist von drei Jahren. Somit kommt der Prävention des diabetischen Fußulkus überragende Bedeutung zu, wie die wissenschaftlich basierten und 2019 aktualisierten acht Leitlinien der IWGDF (International Working Group on the Diabetic Foot) erkennen lassen.

Zählte früher der Charcotfuß (DNOAP) zu den raren Entitäten, so ist für diese prognostisch ernste Variante des diabetischen Fußsyndroms mit einer Prävalenz über der 1%-Marke zu rechnen. Klinisch bedeutsam wird dies, wenn man berücksichtigt, dass sich hinter mancher scheinbar traumatischen Genese, z. B. unter dem Bild einer OSG-Fraktur, eine DNOAP verbirgt. Zudem sehen wir zunehmend Patienten mit dem klinischen Vollbild eines Charcotfußes, ohne dass überhaupt ein manifester Diabetes mellitus vorliegt bzw. ohne dass wir die Genese der Neuropathie ätiologisch zuordnen können; diese „Charcoide“ machen etwa 10% aus.

Kommt es zum tiefen Infekt, sind Amputationen oft unausweichlich; das diabetische Fußsyndrom bedingt

Kategorie	Ulkusrisiko	Charakteristika	Screeningfrequenz*
0	Sehr gering	Kein VSS, keine paVK	Jährlich
1	niedrig	VSS oder paVK	1×/6–12 Monate
2	Mäßig	VSS + paVK VSS plus Fußdeformität paVK plus Fußdeformität	1×/3–6 Monate
3	Hoch	VSS oder paVK Plus eine oder mehrere der folgenden Varianten: Anamnestisch: Fußulkus Z.n. Major- oder Minoramputation untere Extremität Terminale Niereninsuff.	1×/1–3 Monate

VSS = Verlust der Schutzsensibilität, paVK = periphere arterielle Verschlusskrankheit, * Experten basierend

Tab. 1 Die IWGDF (International Working Group on the Diabetic Foot) Risiko Stratifizierung und Indikation zum Fußscreening (Fassung: 2019)

50–60% aller nicht traumatischen Amputationen an der unteren Extremität, die Inzidenz der Amputationen beim Diabetiker liegt bei 6–8/1000/Jahr, wobei einerseits die Majoramputationen zahlenmäßig abnehmen, die Zahl der Minoramputationen jedoch steigt.

Der richtigen und der rechtzeitigen Diagnosestellung kommt somit wesentliche Bedeutung für den weiteren klinischen Verlauf zu. Eine verzögerte Diagnosestellung ist häufig mit einem deutlich höheren Komplikationsrisiko verknüpft. Darüber hinaus sind klar die Elemente der Prävention des diabetischen Fußsyndroms definiert (Tab. 2).

Diagnostik

Anamnese, Inspektion der Füße, die Inaugenscheinnahme des Schuhwerks, die klinische Prüfung des Gefäßstatus (Gehstrecke, Fußpulse, die Bestimmung des Knöchel-Arm-Index) und die klinische Untersuchung auf das Vorliegen einer diabetischen Neuropathie, sind wegweisend.

Die distale, symmetrische, sensomotorische Neuropathie ist die häufigste Form der diabetischen Neuropathie. Die Diagnostik ist keineswegs nur „ein Fall für den Neurologen“ oder nur mittels neurophysiologischer Diagnostik zu stellen: die Untersuchung mit der Stimmgabel nach Rydel-



Abb. 1 Hochgradige Instabilität bei DNOAP des OSG mit Subluxationsstellung und non-plantigrader Fußposition; tibiokalkaneare Korrekturarthrodese mit Doppelplatte

- ▶ Identifizierung des Risikofußes
- ▶ Regelmäßige Fußinspektion und Untersuchung
- ▶ Training des Patienten und seiner Angehörigen (z. B. Selbstinspektion, Nagel- und Hautpflege, kein Barfußlaufen)
- ▶ Überprüfung, ob geeignetes Schuhwerk getragen wird
- ▶ Behandlung von Risikofaktoren für die Ulkuserstehung

Tab. 2 Die 5 relevanten Elemente der Fußulkusprävention (IWGDF 2019)

Seiffer, etwa am Außen- und Innenknöchel zur Beurteilung der Pallästhesie (Vibrationsempfinden), die Prüfung von Spitz-Stumpf-Diskriminierung und Temperatur (kalt-warm)-Empfinden bzw. das Berührempfinden mit dem Semmes-Weinstein-Monofilament 10 g, geben klare Hinweise auf das Vorliegen und den Schweregrad einer Neuropathie. Selbst wenn es an sämtlichen vorgenannten diagnostischen Hilfsmitteln fehlt, kann die orientierende 1–2 Sekunden dauernde leichte Berührung der Zehen des Patienten und die entsprechende oder fehlende Rückmeldung des Patienten hierzu wesentliche Hinweise für eine Neuropathie ergeben. Dies ist allein schon deshalb bedeutsam, da sie bei über 90% der Ulzerationen am Fuß eine wesentliche Ursache oder Teilursache darstellt und es ohne Neuropathie keine schweren Verlaufsformen wie den Charcotfuß gibt. Ulkogene Risikokonstellationen wie plantare Hyperkeratosen, sind leichter zu therapieren als das chronische Ulkus. Beim Fußulkus ist der Nachweis einer Verbindung der chronischen Wunde zum Knochen mit dem einfachen „probe to bone“-Test (Kontakt mit einer

sterilen Sonde über das Ulkus bis zum Knochen) der Beleg für ein hohes Gefährdungspotenzial, bevor die klassischen klinischen Infektzeichen vorliegen.

Vermeintlich typische klinische Infektzeichen wie die Rötung, Schwellung, Schmerz und Überwärmung können auch Zeichen eines akuten Charcotfußes ohne bakteriellen Infekt sein. Die Differenzierung kann durch fünfminütige Elevation der betroffenen Extremität im Liegen gelingen: beim akuten Charcotfuß geht dann die Rötung und auch ein Teil der Schwellung deutlich zurück, beim Infekt nicht. Bei unauffälligem Röntgenbild in der Frühphase der Erkrankung kann hier die MRT-Bildgebung wegweisend sein, die in fortgeschrittenen Stadien im MRT nicht leicht vom tiefen Infekt zu unterscheiden ist.

Therapie

Neben dem Mantra einer Optimierung des Blutzuckerspiegels und der Co-Morbiditäten, kommt beim diabetischen Fußulkus der Entlastung der betroffenen Extremität – heute typischerweise durch einen nicht abnehmbaren kniehohen Walker mit modularer oder Diabetes adaptierter Einlage – eine wesentliche Bedeutung zu; der klassische „total contact cast“ ist aufwändig und bedarf einer Expertise in der Anwendung, die nicht flächendeckend gewährleistet ist. Abnehmbare und nur knöchelhohe Orthesen sind Patienten mit Kontraindikationen für den hohen und geschlossenen Walker vorbehalten. Voraussetzung für einen Heilerfolg des neuropathischen oder des neuropathisch-ischämischen Ulkus ist eine adäquate regionale Vaskularität, die Entfernung von nekrotischem oder infiziertem Gewebe und die stadiengerechte Infektionskontrolle unter supportiver Antibiotikatherapie oder beim tiefen Infekt mit Progress, Abszess, Gangrän oder gar Sepsiszeichen, auch ein chirurgisches Vorgehen nach den Prinzipien der septischen Chirurgie.

Die Rolle biologisch aktiver Verbandsmittel wird für den Heilverlauf eines plantaren diabetischen Ulkus überschätzt. Chirurgische Konzepte, insbesondere bei



Abb. 2 Hochgradige Instabilität bei DNOAP des OSG mit Subluxation und non-plantigrader Fußposition bei flächenhaftem Ulkus am lateralen Fußrand. Tibio-kalkaneare Korrekturarthrodese mit Ilizarov-Ringfixateur nach Ulkusdebridement.

Versagen der konservativen Therapieprinzipien, haben ihre Berechtigung und können im Individualfall erhebliche Fortschritte im Heilungsfortgang eines chronischen plantaren Ulkus bedeuten, wenn z. B. die plantare Druckverteilung durch korrigierende Osteotomien, minimal-invasive Achillessehnenverlängerung, Eingriffe zur Verbesserung des Alignments der Zehen (z. B. perkutane Flexortenotomien) oder metatarsophalangealen Arthroplastiken verbessert wird. Major-Amputationen sollten, wenn irgendwie möglich, vermieden werden. Gelenkresektionen oder Metatarsalstrahl(teil-)resektionen können ggf. als „innere Amputation“ unter möglichst weitreichendem Erhalt der wertvollen Fußsohlenhaut erfolgen, wobei der operative Zugang über das Ulkus eine Option eines weichteilschonenden operativen Vorgehens darstellen kann.

Beim akuten Charcotfuß gilt es die Diagnose so frühzeitig zu stellen, dass durch die ebenfalls frühe Versorgung mit einem kniehohen Walker oder total contact cast die phasenhaft verlaufende Destruktion der Fußtektonik vermieden werden kann. Mit Rückgang der erhöhten lokalen Hauttemperatur und Übergang in ein chronisches Stadium nach Wochen oder Monaten, ist anhand der Kriterien von Instabilität, Fehlstellung und Weichteilkompromittierung zu entscheiden, ob chirurgische Maßnahmen, die von der Exostektomie bis zur Korrekturarthrodese ein weites Feld von Maßnahmen umfassen, die einen langfristigen Extremitätenerhalt unterstützen.

Der Befall des Rückfußes ist regelhaft mit einem hohen Grad an Fehlstellung oder Instabilität verbunden und bedarf am häufigsten einer chirurgischen Stabilisation (vgl. Abb. 1 und 2). Die Pathophysiologie der Grunderkrankung macht ein überproportionales Maß an Stabilität erforderlich. Die Heilungszeiten bis zur Konsolidierung sind in der Regel doppelt so lange anzusetzen wie beim Nicht-Diabetiker, wobei auch die Ausbildung einer straffen Pseudarthrose funktionell akzeptable Resultate mit langfristig stabiler plantigrader Fußposition und Extremitätenerhalt gewährleisten kann. Die regelhafte Kontrolle des Charcotfußes hinsichtlich sich anbahnender Weichteilläsionen oder Überwärmung als Zeichen eines neuen Schubs, ist wesentlicher Teil der Präventionsstrategie, da bei jedem fünften Patienten neue Manifestationen einer DNOAP am ipsi- oder kontralateralen Fuß auftreten.

Dem praktisch tätigen Orthopäden kommt somit durchaus eine relevante Rolle in der Detektion und der Behandlungswahl des diabetischen Fußes, aber eben auch der Prävention, idealerweise in einem interdisziplinären und interprofessionellen Expertenteam zu.

Univ.-Prof. Dr. Thomas Mittlmeier,
Universitätsmedizin Rostock,
Chirurgische Klinik und Poliklinik,

Abt. für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie

Kleinzehendeformitäten: Ursachen und Therapien

Unter Kleinzehendeformitäten versteht man Hammer-, Krallen- und Malletzehen sowie den sog. Curly Toe. Häufigste Ursache dieser Deformitäten sind Dysbalancen der Sehnenkräfte, Fehlstellungen des ersten Strahles mit mechanischer Verdrängung der Kleinzehen mitunter aber auch unsachgerechtes Schuhwerk.

Meist berichten die Patienten über Schuhdruck und schmerzende Schwielen an den Zehen. Oft besteht eine Vergesellschaftung mit einem Hallux valgus oder Minusvariante des ersten Mittelfußknochens. Komplexe Fußdeformitäten wie der Hohlfuß/Ballenhohlfuß oder dem Knick-Plattfuß sind zu beachten, da sie Ursache für das Muskelungleichgewicht an den Kleinzehen darstellen. Beim Hohlfuß sollte stets eine neurologischen Untersuchung zu Identifizierung einer neurogenen Erkrankung wie z. B. der HMSN (hereditäre motosensorische Neuropathie) erfolgen.

Pathogenetisch überwiegen bei den Zehenfehlstellungen meist die Zehenstrecker gegenüber den schwächeren intrinsischen Muskeln, welche alleinig für die aktive Plantarflexion des Grundgliedes verantwortlich sind. Erschwerend kommt hinzu, dass aufgrund der Plantarisierung der Mittelfußköpfe auch die intrinsische Fußmuskulatur, Mm lumbricales und interossei, zu Zehenstreckern werden.

Definition von Zehendeformitäten

Wichtig ist zunächst die korrekte Diagnostik und Definition der jeweiligen Zehendeformität:

- ▶ **Hammerzehe:** Beugefehlstellung im Mittelgelenk mit Kontakt der Zehenbeere zum Boden
- ▶ **Krallenzehe:** Grundglied in Dorsalextension fixiert, Mittel- und Endgelenk in Beugefehlstellung ohne Kontakt der Zehenbeere zum Boden
- ▶ **Malletzehe:** auch als Endgelenkhammerzehe mit Beugefehlstellung im Endgelenk bezeichnet.
- ▶ **Curly Toe:** In Varusfehlstellung stehende Zehe (meist 4. oder 5. Zehe) mit Rotationsfehlstellung und Beugefehlstellung im Mittelgelenk (oft bei Kindern)

Therapie von Zehendeformitäten

Konservative Therapie

Zunächst sollte immer eine konservative Therapie erfolgen und hierbei auch die Fußdeformität adressiert werden. Hierzu stehen neben individuell gefertigten orthopädischen Einlagen und Schuhzurichtungen die physiotherapeutische Behandlung zur Verfügung. Wichtig erscheint das Erlernen von Übungen, die täglich in Eigentherapie durchgeführt werden, vor allem die aktive und passive Plantarflexion des Grundgliedes. Des Weiteren kann man mit Tapeverbänden versuchen, mit Bandagen oder Orthesen die Fehlstellung zu verbessern oder ein Fortschreiten zu verhindern. Gelingt dies nicht, so sind operative Verfahren indiziert.

Operative Therapie

Operativ wird ein sogenanntes sequentielles Verfahren durchgeführt. Es wird geprüft, ob eine flexible oder fixierte Fehlstellung vorliegt. Bei flexiblen Fehlstellungen kann zunächst versucht werden, über Sehnenverlängerung der Strecksehnen das Muskelgleichgewicht wieder herzustellen, um die Fehlstellung in eine korrekte Stellung und Funktion zu überführen. Dies kann gut durch ein sog. Sehnenrelease im Bereich der Streckerhaube oder der langen bzw. kurzen Beugesehnen je nach Pathologie durchgeführt werden. Gerade beim diabetischen Fuß hat sich auch die Tenotomie der Beugesehnen durch Stichinzision sehr bewährt. Eine weitere Möglichkeit besteht bei flexiblen Deformitäten in einem Beugesehnentransfer durch Verlagerung der längsgespaltene langen Beugesehne nach dorsal auf das Grundglied. Hierdurch erfolgt eine Umkehrung der Funktion mit Ausschaltung der Flexionswirkung auf Mittel- und Endglied. Bei fixierten Fehlstellungen und (Sub)-Luxationen hilft meist nur eine knöcherne Korrektur.

Bei fixierter **Hammerzehenfehlstellung** erfolgt neben der Ausschneidung des Clavus („Hühnerauge“) incl. dorsaler tangentialer Resektion der Kondylenprominenz in der minimalinvasiven Technik die achskorrigierende plantarbasige Korrekturkeilosteotomie der Grund- und ggf. auch die dorsalbasige Keilosteotomie der Mittelpalanx, das plantare Release des PIP-Gelenkes und eventuell das dorsale Release des MTP-Gelenkes und ggf.

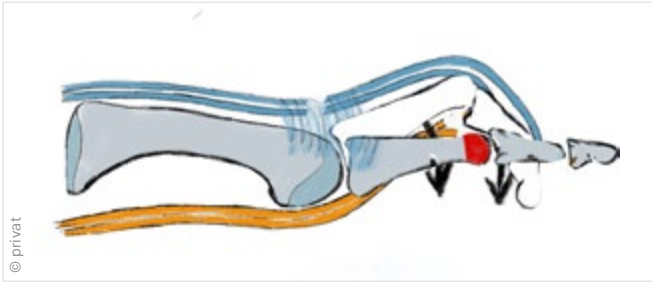


Abb. 1 Korrektur einer Hammerzehe durch Sehnenrelaxe der Extensorensehne sowie ggf. zusätzlich Hohmann OP

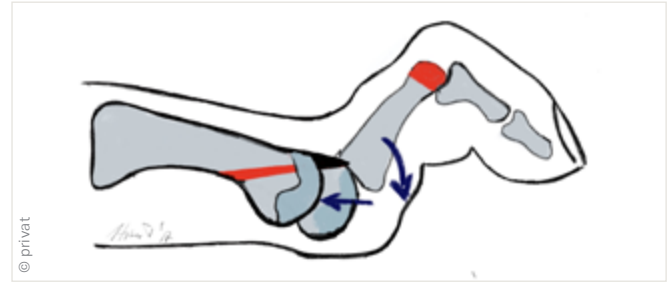


Abb. 2 Sequentielle Krallenzehekorrektur mit zunächst OP n. Hohmann sowie Weil Osteotomie

auch eine Tenotomie der langen Strecksehne. Das Korrekturergebnis kann durch eine drei- bis vierwöchige temporäre K-Drahtfixierung oder bei guter Weichteilbalanzierung durch retinierende Verbände und Tapes gesichert werden. Alternativ ist die Durchführung einer PIP-Arthrodesis möglich mit temporärer Drahtfixation oder mit einem PIP-Implantat.

Bei einer **Krallenzehe** wird aufgrund der Extensionsfehlstellung des Grundgliedes das Lösen von Kapsel- und Seitenbandkontrakturen des Grundgelenkes zusätzlich durchgeführt. Falls hierdurch keine orthograde Stellung erreicht werden kann, kommt zusätzlich ein den Mittelfußknochen retrokapital verkürzendes und elevierendes Verfahren wie z. B. die Weil-Osteotomie (in der Barouck Modifikation) zum Einsatz. Liegt eine Luxation im Grundgelenk vor ist die proximale Grundgliedteilresektion mit Strecksehnentransposition i.S.d. OP nach Stainsby ein wertvolles Verfahren, welches auch bei Revisionen Anwendung findet. Bei einer vor allem traumatischen Ruptur der plantaren Platte kann eine Naht/Rekonstruktion dieser Struktur indiziert sein.

Bei einer flexiblen **Malletzehe** kann durch ein Release der Beugesehnen und plantare Kapsulotomie im Endgelenk mit anschließender Redression die Korrektur erfolgen. Besteht eine kontrakte Fehlstellung so erfolgt meist eine DIP-Arthrodesis.

Beim **Curly Toe** erfolgt meist eine Tenotomie der langen Beugesehne, ggf. auch eine Verlängerung der langen Strecksehne.

Post -OP Therapie

Wichtig ist die Nachbehandlung. Entscheidet man sich *nicht* für eine K-Drahtfixierung, so müssen die Zehen ausreichend lange mit redressierenden Verbänden gefolgt von Tapeverbänden, Silikonorthesen oder anderweitiger Orthesen nachbehandelt werden. Diese Nachbehandlungstherapie entspringt der minimal invasiven (MIS) Kleinzehenchirurgie, die augenblicklich sehr beliebt ist. Wichtig und entscheidend für das OP-Ergebnis ist die Nachbehandlung v.a. beim MIS-Vorgehen. Direkt postoperativ erfolgt eine

SeriStrip-Retention und Retentionsverbände über sechs Wochen. Dies ist beim MIS Verfahren zwingend erforderlich. Es wird über gute Korrekturergebnisse berichtet.

Postoperativ kann in den meisten Fällen im Vorfußentlastungsschuh mit durchgängiger versteifter Sohle mit Abrollung eine schmerzadaptierte Vollbelastung durchgeführt werden. Ein **Thromboembolieprophylaxe** wird entsprechend der Richtlinien empfohlen. Die Patienten sollten über die Möglichkeit einer längerfristigen Schwellneigung der Kleinzehen nach OP aufgeklärt werden. Bestehen komplexe Fußdeformitäten so sollte hier eine orthopädischuhtechnische Versorgung mit Einlagen und ggf. orthopädische Zurichtungen am Konfektionsschuh nach der post-OP Phase eingeleitet werden. Fehlstellungen und Pathologien der Großzehe sind zu adressieren und ins Behandlungskonzept mit einzubeziehen.

Dr. Angela Simon, Malchin
Dr. Hartmut Stinus, Northeim

Literatur

Arnold H: Pathologische Deformitäten der Kleinzehen und deren Korrekturmöglichkeiten. OUP 2016; 12: 679–683 DOI 10.3238/oup.2016.0679–0683

Barouk LS: Die Metatarsaleosteotomie nach Weil zur Behandlung der Metatarsalgie. Orthopäde 1996; 25: 338–433

Baumgartner, R, Möller, M, Stinus H. Orthopädischuhtechnik 3., überarbeitete und erweiterte Auflage C. Maurer Verlag, 2018

Cook JJ, Johnson LJ, Cook EA. Anatomic Reconstruction Versus Traditional Rebalancing in Lesser Metatarsophalangeal Joint Reconstruction. J Foot Ankle Surg. 2018 May–Jun;57(3):509–513. doi: 10.1053/j.jfas.2017.11.023

De Prado M, Ripoll PL, Golano P. Cirugía percutánea del pie: Técnicas quirúrgicas. Barcelona: Masson SA; 2003.

De Prado M, Cuevas- Mons M, Golano P, Vaquero J. Distal metatarsal minimal invasive osteotomy (DMMO) for the treatment of metatarsalgia. Techniq Foot Ankle Surg. 2016;15(1):12–8.

Fuhrmann RA, Roth A: Kleinzehendeformitäten: Kondylenresektion an Grund- und Mittelphalanx. in Wülker N, Stephens M, Crachiolo III Andrea, (Hrsg.) Operationsatlas Fuß und Sprunggelenk, Stuttgart: Enke-Verlag, Stuttgart: 77–83

Hohmann G: Der Hallux valgus und die übrigen Zehenverkrümmungen. Ergeb. Chir. Orthop. 1925; 18: 308–376

Hochlenert, D., Engels, G, Morbach Das diabetische Fußsyndrom – Über die Entität zur Therapie, Springer 2014

Simon, A: Korrektur der Hammer- und Krallenzehefehlstellungen. ambulant operieren, Thieme 14. Jg. 1/2007,24-29

Thomas M, Jordan M. Minimally invasive correction of lesser toe deformities and treatment of metatarsalgia. Oper Orthop Traumatol. 2018 Jun;30(3):171–183. doi: 10.1007/s00064-018-0548-6. Epub 2018

H.Waizy, B. Speigner, M.Abbara-Czardybon, J. Dohle Das definitionsverständnis von Kleinzehenpathologien ist uneinheitlich – Ergebnis der Umfrage zur Nomenklatur von Kleinzehenpathologien, Fuß- und Sprunggelenk, 2016; 14 (3): 123–129

Die Behandlung der Metatarsalgie

Als Metatarsalgie werden Schmerzen unter dem zentralen Vorfuß, insbesondere unter den Mittelfußköpfchen, 2–4 bezeichnet. Die Metatarsalgie ist damit durch die Kombination des Symptoms „Schmerz“ in einer typischen Lokalisation definiert. Verschiedene Krankheitsbilder können Ursache für eine Metatarsalgie sein.

Üblicherweise wird zwischen biomechanischer Metatarsalgie und struktureller Metatarsalgie unterschieden.

Strukturelle Metatarsalgie

Die Behandlung der strukturellen Metatarsalgie orientiert sich an der vorliegenden Grunderkrankung.

Rheumatische Grunderkrankung

Eine Synovitis des Kleinzehengrundgelenks ist eine häufige Erstmanifestation einer rheumatischen Grunderkrankung und sollte deshalb im weiteren Verlauf sorgfältig beobachtet werden. Je nach Verlaufsform und Progredienz ist eine frühzeitige Basismedikation in Erwägung zu ziehen.

Morbus Freiberg-Köhler

Die avaskuläre Knorpel-Knochen-Nekrose des Mittelfußköpfchens ist als Morbus Freiberg-Köhler bekannt. Sie betrifft üblicherweise den dorsalen apikalen Anteil des Mittelfußköpfchens, wogegen die plantaren Anteile in der Regel intakt bleiben. Die konservativen Behandlungsoptionen sind sehr begrenzt, weshalb im weiteren Verlauf meistens eine operative Korrektur erforderlich wird. Bei kleineren Defekten ist ein einfaches Debridement mit Mikrofrakturierung möglich, wogegen bei größeren Defekten eine keilförmige Exzision mit Transposition der intakten plantaren Knorpelareale in den funktionell wichtigen zentralen Sektor erforderlich ist.

Morton Neurom

Das Morton-Neurom stellt im Kontrast zu den beiden zuvor genannten Pathologien ein Problem des intermetatarsalen Zwischenraums dar. Jede Zehe wird von insgesamt vier Hautnerven versorgt. Zwei streckseitige und zwei plantare Nerven. Die plantaren Nerven sind Endäste des Nervus plantaris medialis und Nervus plantaris lateralis und kommunizieren vor ihrer Aufteilung in die Zehen. Der gemeinsame Nervenstrang kann unter dem Ligamentum transversum profundum komprimiert werden und dann durch eine reaktive Fibrose des Endoneuriums zu einer

Verdickung führen, die als Morton-Neurom bekannt ist. Meist ist der plantare Nerv zwischen den Mittelfußköpfchen 3 und 4, seltener zwischen den Mittelfußköpfchen 2 und 3 betroffen. Die Diagnose einer Metatarsalgie, aufgrund eines Morton-Neuroms, kann durch Testinfiltration mit einem Lokalanaesthetikum mit anschließender Belastung des Fußes gesichert werden. Unter Umständen kann der verdickte Nerv per MRT dargestellt werden. Ein unauffälliges oder negatives MRT schließt die Diagnose eines Morton-Neuroms jedoch nicht mit Sicherheit aus.

Die konservative Behandlung eines Morton-Neuroms besteht in einer Entlastung des verdickten Nervs durch eine Einlage sowie lokale Kortikoidinjektionen zur Reduktion des Schwellungszustandes. Bei anhaltenden Beschwerden ist eine operative Exzision des Nervs über einen dorsalen oder plantaren Zugang möglich.

Biomechanische Metatarsalgie

Bei der biomechanischen Metatarsalgie steht die Störung der Biomechanik des Fußes im Mittelpunkt der Pathologie. Der Fuß hat im Rahmen der Phylogenese einen Funktionswandel vom Greiforgan zum „Stand- und Fortbewegungsorgan“ durchlaufen.

Der Funktionswandel hat ein Defizit der aktiven Stabilisatoren des Kleinzehengrundgelenks zur Folge, so dass die Stabilität vor allem auf den passiven Stabilisatoren, insbesondere der plantaren Gelenkkapsel beruht.

Pathologie der plantaren Platte

Die plantare Gelenkkapsel ist in der Abrollbewegung des Fußes besonders belastet. Es wird mittlerweile davon ausgegangen, dass es durch repetitive Mikrotraumatisierung der plantaren Gelenkkapsel des Kleinzehengrundgelenks, im fußchirurgischen Jargon auch „plantare Platte“ bezeichnet, zu einer progredienten Schädigung der plantaren Platte kommen kann.

Stadien der Schädigung der plantaren Platte

Die Schädigung stellt sich initial als eine Ausdünnung und Elongation dar, im mittleren Stadium kommt es zu einer queren Ruptur nahe der Anheftung an der Grundgliedbasis, bei fortgeschrittener Schädigung zu einer komplexen Ruptur mit Destruktion der plantaren Platte. Klinisch sind neben Schmerzen die Entwicklung einer Hammerzehe und eine zunehmende Instabilität des Zehengrundgelenks zu beobachten, die sich bis zur Luxation der Kleinzehe im Grundgelenk entwickeln kann.

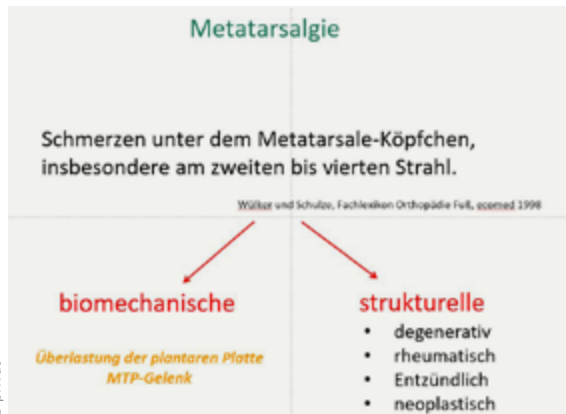


Abb. 1 Klassifikation der Metatarsalgie



Abb. 2 Stabilitätsuntersuchung Kleinzehengrundgelenk



Abb. 3 Röntgenbild luxiertes Kleinzehengrundgelenk



Abb. 4 Röntgenbild nach Weil-Osteotomie

Konservative Therapie: Einlagenversorgung

Die konservative Therapie besteht aus einer Entlastung der „plantaren Platte“ durch eine Modifikation des Schuhwerks in Kombination mit einer Einlagenversorgung.

Operative Therapie der biomechanischen Metatarsalgie: Anpassung des metatarsalen Alignments

Liegt eine fortgeschrittene Schädigung vor, ist in der Regel eine operative Rekonstruktion erforderlich.

Eine operative Korrektur sollte

- ▶ eine Stabilisierung des Kleinzehengrundgelenks
- ▶ eine Korrektur des metatarsalen Alignments
- ▶ eine Korrektur einer gleichzeitig vorhandenen Fehlstellung der Kleinzehe
- ▶ eine Korrektur eventuell gleichzeitig vorhandener Fehlstellungen des ersten Vorfußstrahls mit einschließen.

Die Stabilisierung des Kleinzehengrundgelenks kann über eine PIP-Arthrodese, einen Beugesehnentransfer oder eine direkte operative Naht der plantaren Platte erfolgen. Eine Korrektur des metatarsalen Alignments kann über eine Weil-Osteotomie erfolgen.

Die von Lowell Weil inauguriert und nach ihm benannte Osteotomie des distalen Metatarsale erfolgt parallel zur Fußsohle. Die Verkürzung des Metatarsale erfolgt durch Verschieben des Mittelfußköpfchens nach proximal. Nach anfänglichem Enthusiasmus wird die Indikation zur Weil-Osteotomie in fußchirurgischen Zentren mittlerweile restriktiv gestellt. Hinsichtlich der Korrektur des metatarsalen Alignments etablieren sich heute zunehmend minimalinvasive Verfahren, die nur selten mit den typischen Komplikationen der Weil-Osteotomie, i.e. einer schwebenden Zehe oder einer Gelenksteife, verbunden sind. Bei der DMMO (Distal Metatarsal Minimally invasive Osteotomie) erfolgt die Osteotomie über eine Stichinzision mit einer 2 mm Fräse. Auf eine Osteosynthese wird nach der Stellungskorrektur bei diesem Verfahren verzichtet. Dies bedeutet allerdings, dass die Korrekturstellung für ca. vier Wochen mit redressierenden Verbänden gesichert werden

muss. Eine operative Rekonstruktion des Kleinzehengrundgelenks sollte immer mit einer Korrektur einer eventuell vorhandenen Fehlstellung der Zehe und einer Korrektur des ersten Vorfußstrahls kombiniert werden. Kontrakte Deformitäten der Kleinzehe werden mit einer PIP-Arthrodese, flexible Fehlstellungen mit einem Beugesehnentransfer korrigiert. Beide Verfahren haben zusätzlich einen stabilisierenden Effekt auf das Kleinzehengrundgelenk.

Behandlung von luxierten Kleinzehengrundgelenken

Eine besondere Herausforderung stellt die Behandlung luxierter Kleinzehengrundgelenke dar. Eine dauerhafte Reposition und Rezentrierung ist nur bei gleichzeitiger Verkürzung des Metatarsale durch eine Weil-Osteotomie möglich. Dieses Konzept wird auch als „longitudinale Dekompression“ bezeichnet. Die Weil-Osteotomie erlaubt zwar eine Reposition des Gelenks, hat an sich aber keinen stabilisierenden Effekt, weshalb ergänzende Maßnahmen, wie z. B. ein Beugesehnentransfer, erforderlich sind. Alternativ ist eine Naht der plantaren Platte möglich, die über einen dorsalen oder plantaren Zugang erfolgen kann.

Fazit

Die Behandlung der Metatarsalgie orientiert sich an der zugrundeliegenden Pathologie. In der Regel kann durch eine klinische Untersuchung und Röntgenaufnahmen des Fußes in zwei Ebenen im Stand mit hinreichender Sicherheit auf die Ätiologie geschlossen werden. Die konservative Therapie besteht zunächst aus einer mechanischen Entlastung des Vorfußes durch eine Einlage und eine antiphlogistische Medikation. Bei anhaltenden Beschwerden sollte eine operative Korrektur unter Berücksichtigung der Biomechanik des Fußes und der aktuell vorliegenden strukturellen Schädigung in Erwägung gezogen werden.

Dr. Jörn Dohle,
Helios Klinikum Schwelm

GFFC: Gesellschaft für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie



©vladimirfloyd/Fotolia

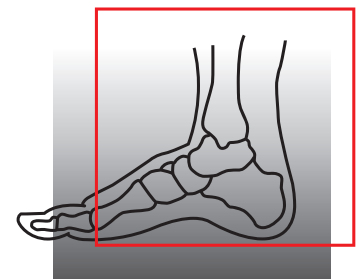
Die Gesellschaft für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie (GFFC) ist eine von zwei in Deutschland gegründeten „Gesellschaften für Fuß- und Sprunggelenkerkrankungen“. Die GFFC hat es sich zur Aufgabe gemacht, Beschwerden oder Erkrankungen an Fuß- und Sprunggelenk umfassend und auf dem neuesten Stand des wissenschaftlichen Fortschritts zu behandeln. Aktuell hat die GFFC nahezu 2000 Mitglieder. Seit einem Jahr ist Dr. Hartmut Stinus Präsident der GFFC. Wir bieten unseren Mitgliedern ein umfangreiches Kurssystem an, welches zunächst in einer aufeinander aufbauenden Reihenfolge mit einem dreiteiligen Kurs (Basiskurs, Aufbaukurs, Masterkurs) zu einer Basiszertifizierung führt. Im Basis- und Aufbaukurs stehen die Diagnostik und Therapie von Vorfußdeformitäten im Vordergrund. Rückfußdeformitäten stehen im Mittelpunkt des Masterkurses. Ab dem Aufbaukurs erfolgen Präparationen an anatomischen Präparaten. Das Expertenzertifikat kann nach Absolvierung von vier weiteren hochspezialisierten Expertenkursen mit der Vermittlung konservativer und operativer Therapiekonzepte auf dem neuesten Stand des wissenschaftlichen Fortschritts erlangt werden.

Sieben verschiedene Expertenkurse stehen zur Auswahl. – minimalinvasive Vor- und Rückfußchirurgie – Arthroskopische Operationstechniken an Fuß- und Sprunggelenk-Neuropathische Fuß-Traumatologie (jährlich in Planung) – technische und konservative Therapie und Sport-kindliche Fußdeformitäten (alle zwei Jahre) – Rheumatologie und Sehnenpathologie (alle zwei Jahre).

Das Fort- und Weiterbildungsangebot wird durch weitere verschiedene Patronatsveranstaltungen ergänzt. Ein weiteres Ziel der GFFC besteht in dem Auf- und Ausbau eines „internationalen Fußnetzwerkes“ mit fachlichem Gedankenaustausch unterschiedlichster Berufsgruppen aus verschiedenen Ländern in Europa, Asien und Amerika und auf berufspolitischer Ebene.

Der internationale Jahreskongress am ersten Dezember-Wochenende in München bietet traditionell eine große Plattform für eine umfassende Kommunikation. Mit der regelmäßigen Vergabe von drei wissenschaftlichen Stipendien fördert die GFFC die wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Fuß- und Sprunggelenkchirurgie. Die wichtigsten medizinischen, berufspolitischen und juristischen Themen und Neuerungen der Fuß- und Sprunggelenkchirurgie werden in insgesamt neun Arbeitskreisen innerhalb der GFFC bearbeitet und aktualisiert.

Dr. Hartmut Stinus
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Orthopaedicum Northeim
Präsident der GFFC



Gesellschaft für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie e.V.
Society for Foot and Ankle Surgery

Die Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V.

Die Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. ist mit ca. 1800 aktiven Mitgliedern eine der größten Sektionen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). Sie widmet sich der Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Erkrankungen und Verletzungen des Fußes und Sprunggelenks sowie deren Folgen.



Die Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. wurde 1991 zunächst als Arbeitskreis Fußchirurgie in der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie e.V. (DGOT) gegründet. 1993 wurde dann der Verein als „Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Fußchirurgie e.V.“ gegründet, 1996 erfolgte die Umbenennung in den heute aktuellen Namen: Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V.

Ziele

Die D.A.F. beschäftigt sich mit der Diagnostik und Therapie von angeborenen und erworbenen Erkrankungen des Fußes und Sprunggelenks sowie mit Verletzungen und deren Folgen. Zielsetzung des Vereins ist es, Erfahrungen auszutauschen, den medizinischen Nachwuchs zu schulen, Tagungen und Kongresse auszurichten und wissenschaftliche Publikationen in der Zeitschrift „Fuß und Sprunggelenk“ zu veröffentlichen.

Kurse und Kongresse

Neben einer Jahrestagung veranstaltet die D.A.F. ca. 20 fußchirurgische Kurse pro Jahr, die Teil eines achteiligen Kurssystems sind und zum Erwerb des Zertifikats Fußchirurgie führen. Darüber hinaus ist die D.A.F. mit zahlreichen Sitzungen an nationalen und internationalen Kongressen beteiligt.

Jahrestagung

Diese findet jährlich an wechselnden Orten in Deutschland statt und erstreckt sich über zwei Tage, in der Regel in Kooperation mit einem Gastland. In zeitlicher Nähe zur Jahrestagung finden Instruktionkurse spezielle Themen-

gebiete betreffend statt (minimalinvasive Fußchirurgie, Arthroskopie, Sprunggelenk und Fuß, DRG Seminar etc.)

Kurssystem „Zertifikat Fußchirurgie“:

Das achteilige Kurssystem der D.A.F. führt zum Erwerb des Zertifikats „Fußchirurgie“. Themenschwerpunkte der einzelnen Kurse sind: Anatomie, Vorfußchirurgie, Arthrodesen, Sehnenchirurgie, Rheumaorthopädie und Arthroskopie, Kinderfuß, Traumatologie von Fuß und Sprunggelenk, Diabetischer Fuß und Orthopädietechnische Versorgung.

Dabei handelt es sich jeweils um zweitägige Kurse mit Vorträgen und Präparationsübungen am humanen Leichenfuß.

Ergänzungskurse:

Neben den Kursen für den Erwerb des Zertifikats Fußchirurgie werden regelmäßig weitere Veranstaltungen zu speziellen Themengebieten organisiert:

- ▶ Masterkurs – Präparationskurs für fortgeschrittene Fußchirurgen/-innen
- ▶ Minimalinvasive Fußchirurgie
- ▶ Plastische Defektdeckung im Bereich von Fuß und Sprunggelenk
- ▶ „Roukie Kurs“ – Fußchirurgischer Kurs für Berufsanfänger/-innen mit Interesse für die Fußchirurgie

Nationale Kongresse

Die D.A.F. beteiligt sich an zahlreichen nationalen Kongressen durch Organisation und Gestaltung von Sitzungen mit fußchirurgischem Themenschwerpunkt (DKOU, NOUV, SOUV, etc.).

Zeitschrift „Fuß und Sprunggelenk“:

Die Zeitschrift „Fuß und Sprunggelenk“ erscheint quartalsweise und widmet sich sämtlichen Themen der Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen von Fuß und Sprunggelenk. Sie ist mit einer Auflage von über 1600 Exemplaren die größte deutschsprachige Zeitschrift in diesem Segment.

Seit 2019 ist die Zeitschrift Fuß und Sprunggelenk auch offizielles Organ der Österreichischen Gesellschaft für Fuß und Sprunggelenk (ÖGF).

FussCert

Die D.A.F. hat ein System zur Zertifizierung fußchirurgischer Zentren initiiert und etabliert. Der Zertifizierungsprozess ist analog zu dem als EndoCert bekannten Verfahren, so dass hier Synergieeffekte genutzt werden. Die Pilotphase wurde im ersten Quartal 2017 beendet, so dass die Zertifizierung jetzt allgemein beantragt werden kann.

Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung ist ein „neuer Schwerpunkt“ der wissenschaftlichen Aktivitäten der D.A.F. Insbesondere „fußchirurgische Zentren der Maximalversorgung“ unterstützen die Versorgungsforschung im Bereich von Fuß und Sprunggelenk.

Leitlinien

Die D.A.F. ist an der Entwicklung von nationalen Leitlinien beteiligt, je nach Themenschwerpunkt federführend oder begleitend bei der Erstellung.

EFAS

Die D.A.F. ist Mitglied der European Federation of Foot and Ankle Societies (EFAS). Als größte Teilgesellschaft der EFAS trägt die D.A.F. wesentlich zur inhaltlichen Gestaltung der Tagungen und Kongresse bei. Die offizielle Zeitschrift der EFAS, Foot and Ankle Surgery, ist die weltweit zweitgrößte Zeitschrift im Bereich der Fuß- und Sprunggelenkchirurgie und hat aktuell einen Impact-Factor von 1,34.

OSG-Endoprothesenregister

Die D.A.F. betreibt ein nationales Register für OSG-Endoprothesen. Aktuell wird das Register um ein Modul zur Erfassung von OSG-Arthrodesen und supramalleolären Umstellungsosteotomien erweitert.

Nachwuchsförderung

Neben dem Kurssystem bietet die D.A.F. Kurse für erfahrene Fußchirurgen/-innen (Masterkurse) sowie Kurse für Berufseinsteiger (Rookie-Kurse) an.

Reisestipendien

Jährlich wird ein ca. dreiwöchiges Reisestipendium für vier junge fußchirurgisch interessierte Kolleginnen und Kollegen angeboten. Alternierend werden fußchirurgische Zentren in den USA und in Europa besucht.

Dr. Jörn Dohle
Präsident der Deutschen Assoziation
für Fuß und Sprunggelenk

Irren ist menschlich? Bei Ärzten nicht immer...

Irren ist bekanntlich menschlich und Ärzte sind auch nur Menschen. Wenn es aber um die richtige Diagnose beim Patienten geht, kann ein „Irrtum“ des Arztes schon einmal weitreichende Folgen haben. Bei ärztlichen Fehldiagnosen differenzieren Juristen zwischen Diagnose-irrtümern einerseits und Diagnosefehlern andererseits. Der maßgebliche Unterschied liegt in der Vorwerfbarkeit der Fehleinschätzung.

Während ein sog. Diagnoseirrtum in Form einer objektiv falschen Diagnose noch nachvollziehbar ist und der Rechtsprechung nach keinen vorwerfbaren Behandlungsfehler darstellt, kann ein Arzt für einen objektiv nicht mehr nachvollziehbaren Diagnosefehler haftbar gemacht werden. Die Schwelle der Vorwerfbarkeit sinkt dabei mit zunehmender Erfahrung des behandelnden Arztes. Das wird in einer aktuellen Entscheidung des Oberlandesgerichts (OLG) Hamm (Urteil vom 13.11.2018, Az. 26 U 56/18) deutlich.

Der Fall

In dem der Entscheidung zugrunde liegenden Fall wurde der zum damaligen Zeitpunkt 48-jährige Kläger nach einem Treppensturz und damit einher gehenden anhaltenden Beschwerden in der später beklagten Klinik vorstellig. Der Kläger wurde klinisch untersucht und es wurden Röntgenbilder angefertigt. Auf Grundlage der Röntgenbilder wurde die Diagnose einer Verstauchung des oberen linken Sprunggelenks gestellt. Der Kläger wurde mit einem Voltaren Salbenverband versorgt und mit der Empfehlung, das Sprunggelenk zu kühlen und zu schonen, nach Hause entlassen.

Nach diesem Krankenhausbesuch setzte der Kläger die Tätigkeit in seinem Beruf als Maurer und Produktionshelfer in üblicher Weise fort. Eineinhalb Monate nach der Vorstellung im Hause der Beklagten wurden im Rahmen der ambulanten Weiterbehandlung erneut Röntgenbilder angefertigt. Aus diesen ergab sich nun die Diagnose einer Fraktur des linken oberen Sprunggelenks. Diese Diagnose wurde auch seitens der Beklagten geteilt, weshalb im Anschluss eine offene Reposition der Fraktur mit Plattenosteosynthese im Hause der Beklagten durchgeführt wurde.

Mit der Behauptung, die erlittene Fraktur im linken oberen Sprunggelenk sei zu Beginn der Behandlung im Hause der Beklagten fehlerhaft nicht erkannt worden, erhob der Kläger beim Landgericht (LG) Arnsberg Klage und forderte Schmerzensgeld und Schadensersatz. Die Beklagte berief sich darauf, dass die behandelnden Ärzte einem nicht vorwerfbaren Diagnoseirrtum unterlegen waren, weil eine Fraktur auf den Röntgenbildern nicht erkennbar gewesen sei. Ungeachtet dessen gab das LG Arnsberg der Klage wegen eines vorwerfbaren Diagnosefehlers statt. Die vor dem OLG Hamm durchgeführte Berufung brachte den behandelnden Ärzten keinen Erfolg.

Die Entscheidung

Das OLG Hamm bestätigte das Vorliegen eines vorwerfbaren Diagnosefehlers. Die Ärzte hätten die nicht dislozierte Fraktur am Sprunggelenk der Klägerin behandlungsfehlerhaft übersehen. Die entsprechenden Frakturlinien konnte der hinzu-gezogene Sachverständige auf den unmittelbar nach dem Unfallereignis gefertigten Röntgenbildern erkennen und zeigen. Die seinerzeit gestellte Diagnose einer Prellung sei daher objektiv fehlerhaft gewesen. Entgegen der Auffassung der behandelnden Ärzte seien die Frakturlinien nach den Ausführungen des Sachverständigen auch für die behandelnden Ärzte erkennbar gewesen. Allenfalls ein Berufsanfänger hätte demnach die „schon schwer zu erkennenden“ Frakturlinien übersehen können. Ein Unfallchirurg oder Orthopäde mit der entsprechenden



Berufserfahrung hingegen hätte die Frakturlinien sehen und eine entsprechende weitere Diagnostik einleiten müssen. Der den Kläger behandelnde Arzt habe aus Sicht der Richter die Fraktur daher in nicht nachvollziehbarer Weise verkannt.

Das OLG Hamm bestätigte darüber hinaus auch die Kausalität zwischen Diagnosefehler und Dislokation der Frakturteile bzw. der späteren Destruktion des oberen Sprunggelenks. Der Kläger hätte nämlich in dem Wissen um die richtige Diagnose die Fraktur umgehend ruhigstellen oder operieren lassen und eine Verschlimmerung verhindern können. Das Gericht stellte schließlich fest, dass es dem Kläger nicht als Mitverschulden vorgeworfen werden könne, dass er nach dem Besuch im Krankenhaus seinem Beruf weiter nachgegangen sei und folgte damit den Ausführungen des Sachverständigen, wonach Patienten ein durchaus unterschiedliches Schmerzempfinden hätten und es daher sein könne, dass der Kläger die Schmerzen im Fuß nicht als gravierend wahrgenommen habe.

Praxistipp

Das Urteil des OLG Hamm führt der Ärzteschaft die Bedeutung der sorgfältigen Diagnosestellung im Rahmen der Patientenbehandlung vor Augen. Wer offensichtlich falsch diagnostiziert, haftet! Gleichzeitig wird deutlich, dass es für die Annahme eines Diagnosefehlers – in Abgrenzung zum bloßen Diagnoseirrtum – auf die Vertretbarkeit der Fehleinschätzung des Arztes ankommt. Zur Beurteilung der Vertretbarkeit ist dabei insbesondere auf den Erfahrungsschatz des behandelnden Arztes abzustellen. Das „begünstigt“ in erster Linie Assistenzärzte und Berufsanfänger, die nur über begrenzte Erfahrungswerte in der Behandlungspraxis verfügen. Maßgeblich ist jedoch stets die im Einzelfall zu beurteilende Erfahrung des behandelnden Arztes.

Rechtsanwalt Dr. Albrecht Wienke
Fachanwalt für Medizinrecht

Magnesium-basierte Kompressions-schrauben für die Fußchirurgie

Der Einsatz von Titan- oder Stahlimplantaten hat sich in der Orthopädie und Unfallchirurgie heutzutage flächendeckend etabliert. Nachteilig an diesen Implantaten ist, dass sie – je nach Lokalisation – Implantat-assoziierte Weichteilirritationen hervorrufen können und so von dem Patienten als störend empfunden werden. Eine damit erforderlich werdende Implantatentfernung birgt erneut intra- und perioperative Risiken und Ausfallzeiten.

Magnesium: höchste wissenschaftliche Evidenz in der Hallux valgus-Chirurgie

Mit der Einführung resorbierbarer Polymer-Implantate entstanden Probleme anderer Natur: immer wieder zeigten sich bei ihrem Einsatz relevante Komplikationsraten, insbesondere in Form von Wundinfektionen.¹ Zudem sind sie deutlich instabiler als metallische Implantate. Versuche, metallische Stabilität und Resorbierbarkeit miteinander zu kombinieren, wurden durch den experimentellen und klinischen Einsatz von Magnesium(Mg)-Implantaten seit Ende des 19. Jahrhunderts unternommen. Inzwischen ist eine Reihe von Magnesium-Implantaten für die unterschiedlichsten Indikationen an der oberen und unteren Extremität verfügbar. Für die Fußchirurgie stehen Doppelgewinde-Kompressions-schrauben, Kortikalisschrauben, Pins und Arthrodesen-Implantate für die Versteifung der kleinen Zehengelenke zur Verfügung. Die meisten klinischen Erfahrungen sowie die höchste wissenschaftliche Evidenz gibt es derzeit in der Hallux valgus-Chirurgie.

Magnesium: breites Indikations-Spektrum und kaum Artefakte in CT & MRT

Es können inzwischen nahezu alle Pathologien im Vorfußbereich mit Magnesium-Implantaten korrigiert werden (Abb. 1). Während für die Umstellungsosteotomien (Chevron- und Youngswick-Osteotomie, Akin-Osteotomie) im Bereich des Großzehenstrahls kanülierte Kompressions-schrauben der Stärke 3,2 mm und 2,7 mm Verwendung finden, erfolgt die Fixation von Weil-Osteotomien der Metatarsalia 2–4 und der Mini-Chevron-Osteotomie am Metatarsale (MT) 5 unkompliziert mit nicht kanülierten Kompressions-schrauben der Stärke 2,0 mm. Nach über 1300 eingesetzten Magnesium-basierten Metallimplantaten kann aus eigener langjähriger Erfahrung berichtet werden, dass das Eindrehverhalten der Magnesium-schrauben für den Fußchirurgen in der täglichen Nutzung annähernd dem von Titan-Doppelgewinde-Kompressions-

schrauben entspricht und sogar den Vorteil hat, dass ggf. überstehendes Material (z. B. mit dem Luer) entfernt werden kann. In der Nachbehandlung von komplexen Vorfußkorrekturen zeigen sich, insbesondere hinsichtlich einer postoperativen Belastung des operierten Fußes, ebenfalls keine Abweichungen zur bisherigen Vorgehensweise unter Verwendung von Titanschrauben. In der postoperativen radiologischen Befundung ist die Darstellbarkeit der Magnesium-Implantate ein wesentlicher Vorteil verglichen mit bioresorbierbaren Polymer-Implantaten. In der MRT- und CT-Diagnostik zeigen sich deutlich weniger Artefakte gegenüber der Verwendung von Titan- und Stahlschrauben.

Magnesium-Implantate: es profitieren insbesondere Allergiker und Kinder

Sehr häufig müssen, neben der Korrektur von Hallux valgus- und Schneiderballendeformitäten, auch Krallen- und Hammerzehendeformitäten der Kleinzehenstrahlen korrigiert werden. Hierbei hat sich die bioresorbierbare MAGNEZIX® StarFuse als intramedulläres Arthrodesen-Implantat für die Versteifung der PIP-Gelenke bewährt. Gerade Patienten mit Allergien (Titan, Nickel, Stahl) und allergener Vorbelastung schätzen die Verwendung von Magnesiumimplantaten sehr. Von diesem Vorteil einer nicht vorhandenen allergenen Potenz des Implantates und der Tatsache, dass eine Materialentfernung per se und auch bei Revisionsoperationen entbehrlich ist, profitieren insbesondere Kinder und Jugendliche bei der operativen Behandlung kongenitaler Fußfehlbildungen. Letztgenannte Indikationen stellen einen weiteren Schwerpunkt der Verwendung bioabsorbierbarer Magnesiumimplantate dar.

Talusfrakturen: gute Kompression der Fragmente – keine Metall-Artefakte im MRT – keine ME

Ein weiterer alternativer Anwendungsbereich von Magnesium-basierten Implantaten ist ihr Einsatz in der Unfallchirurgie. Vor allem bei der Versorgung von intraartikulären Frakturen, die über einen invasiven Zugang versorgt werden müssen, stellt eine erforderlich werdende Implantatentfernung eine erneute Traumatisierung des periartikulären Gewebes dar. Darüber hinaus wird der Patient dem Risiko ausgesetzt, eine operationsbedingte Komplikation zu erleiden. Dieses Risiko kann durch die Verwendung dieser resorbierbaren Implantate vermieden werden.

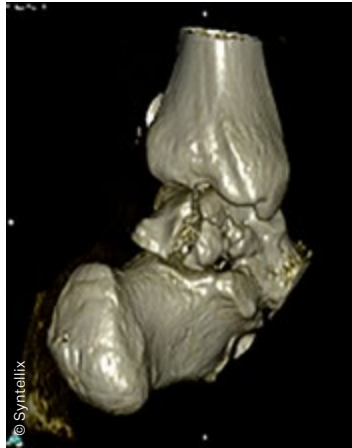


Abb. 1 postoperatives Röntgenbild (dp) 5 Wochen nach Korrektur einer komplexen Vorfußdeformität über Youngswickosteotomie (3,2 mm Magnesiumschraube) MT1, Akinosteotomie (2,0mm Magnesiumschraube) P1 Dig ped 1, Weilosteotomie (2,0mm Magnesiumschraube) MT 2 sowie Arthrodesen (intramedulläres Magnesiumimplantat) PIP Dig ped 2 und 3.

Abb. 2 Intraoperativer Situs mit Rekonstruktion des postero-medialen Erkers des Taluskorpus

Abb. 3 3D Rekonstruktion einer mehrfragmentären Fraktur des postero-medialen Taluskorpus

Abb. 4 Postoperative Kontrolle im Sagittalprofil. Der postero-mediale Korpus ist rekonstruiert, die verwendeten Magnesiumschrauben zeichnen sich schemenhaft im Röntgenbild ab.

Der Einsatz resorbierbarer Magnesium-Schrauben bei der Versorgung von Talusfrakturen bietet in vielerlei Hinsicht Vorteile: Durch den hohen Gelenkflächenanteil der talaren Oberfläche ist ein transchondraler Eintrittspunkt der Schraube oftmals nicht zu vermeiden. Dank des Doppelgewindes der Schrauben kann trotz subchondraler Schraubenkopflage eine sehr gute Kompression auf den Frakturspalt ausgeübt werden. Insbesondere bei der Refixation von osteochondralen Fragmenten an der Talusschulter wird so eine stabilere Osteosynthese als mit herkömmlichen resorbierbaren Stift-Implantaten erreicht. Da durch das Magnesium-Implantat, wie oben bereits erwähnt, Metall-Artefakte nahezu ausbleiben, sind MRT-Kontrollen gut möglich.

Versorgung von Talushals- und -korpusfrakturen, Malleolar-Frakturen und -osteotomien

Auch Talushals- oder, wie im Beispiel dargestellt (**Abb. 2–4**), Taluskorpusfrakturen sind mit den resorbierbaren Magnesium-Implantaten sicher zu versorgen. Der wesentliche Anwendungsvorteil liegt hier in der Resorption des Osteosynthesematerials. Da insbesondere komplexere Frakturformen mit einer hohen Rate an Osteonekrose oder sekundären Arthrose vergesellschaftet sind, sind Folgeeingriffe vorprogrammiert. Eine zusätzliche Implantatentfernung bedeutet nicht nur eine zusätzliche Operation mit entsprechender Zugangsmorbidität, sondern sie kann im ungünstigen Fall durch ein Abbrechen der oftmals verwendeten kanülierten Schrauben unnötig verkompliziert werden. Der Einsatz von resorbierbaren Magnesium-basierten Implantaten bei Talusfrakturen bietet somit wesentliche Vorteile gegenüber den herkömmlichen Standardimplantaten.

Magnesium-Implantate – wissenschaftliche Evidenz

Bei der Osteosynthese von Malleolarfrakturen oder Malleolarosteotomien wurden darüber hinaus Magnesium-basierte Implantate mit sehr guten Ergebnissen eingesetzt. Gerade hier bieten sich metallisch-resorbierbare Implantate an, weil sie klinisch oft als störend empfunden werden und schon deshalb oft entfernt werden müssen.^{2–5}

Seit der Vermarktung der ersten Magnesium-basierten Schrauben im Jahr 2013 sind mehr als 20 Publikationen zur Verwendung von Mg-Implantaten erschienen (**Tab. 1**). In fünf der Publikationen wurden Mg-Schrauben zur Fixation von Metatarsal-Osteotomien bei Hallux valgus eingesetzt (Chevron- und Scarf-Osteotomien).^{6–10} Die Untersuchungen zeigen die Nicht-Unterlegenheit im Vergleich zu Titanschrauben („Non-Inferiority“) bei den ansonsten bekannten Vorteilen, z. B. in der Bildgebung.¹¹

Magnesium-Implantate: Degradation und radiologische Diagnostik

Die Magnesium-Implantate zeigen einige Besonderheiten gegenüber anderen metallischen Implantaten: In der konventionell-radiologischen Untersuchung zeigen sich oftmals ungewohnte Phänomene in Form von Aufhellungen um das Implantat, die ein spezielles Know-how zur Magnesium-Technologie erfordern, damit es nicht zu Fehlinterpretationen kommt. Unmittelbar nach der Implantation der Magnesiumschrauben in den Knochen setzt bereits der Abbau der Implantate ein. Die Wechselwirkung zwischen Mg und Körperflüssigkeiten führt u.a. zur Bildung von festem Magnesium-Hydroxid (MgOH) und dem flüchtigen Gas Wasserstoff (H₂).¹² Zunächst lassen sich in frühen postoperativen Röntgenaufnahmen unmittelbar postoperativ ohnehin Gaseinschlüsse im

Nr.	Autor/ Referenz	Jahr	Indikation	Studiendesign	Anzahl der Patienten	Nach- beobachtung	Ergebnis	Komplikationen
1	Acar et al. ³	2018	Hallux valgus	Retrospektiver Vergleich Mg vs. Ti	16 vs. 15	19 Monate	Beide Gruppen vergleichbar in Bezug auf AOFAS und VAS	Verzögerte Wundheilung 1 vs. 0
2	Atkinson et al. ⁷	2019	Hallux valgus	Retrospektiver Vergleich Mg vs. Ti	11 vs. 25	24 Monate	Beide Gruppen vergleichbar in Bezug auf MOXFQ, FAOI und EQ-5D	Keine
3	Choo et al. ¹⁰	2019	Hallux valgus	Prospektiver Vergleich Mg vs. Ti	24 vs. 69	12 Monate	Beide Gruppen vergleichbar in Bezug auf AOFAS und VAS	Schwellung: 3x; neuropathischer Schmerzen an der OP-Stelle: 1x in der Mg-Gruppe
4	Klauser ⁶	2019	Hallux valgus	Retrospektiver Vergleich Mg vs. Ti	100 vs. 100	3 Monate	Beide Gruppen vergleichbar in Bezug auf unerwünschte Ereignisse	Verzögerte Wundheilung 3 vs. 4, tiefe Infektion 2 vs. 1, Schraubenbruch 1 (nach Trauma) vs. 0
5	Plaass et al. ⁸	2018	Hallux valgus	RCT Mg vs. Ti	13 vs. 13 (Identisch zu Nr. 1)	36 Monate	Beide Gruppen vergleichbar un Bezug auf AOFAS, FAAM, VAS und SF-36	Keine
6	Windhagen et al.	2013	Hallux valgus	RCT Mg vs. Ti	13 vs. 13	6 Monate	Mg nicht unterlegen zu Ti	Verzögerte Wundheilung 2 vs. 1
7	Kose et al. ²	2018	Mediale Sprung- gelenksfraktur	Fallserie	11	17 Monate	Sehr gute AOFAS und VAS Scores, Fraktur- heilung in allen Fällen	Keine
8	Grieve et al.	2018	Handfrakturen	Fallserie	6	6–18 Monate	Frakturheilung bei vier Fällen, 1 Drop-Out	1 ausbleibende Fraktur- heilung (nicht Implantat- bezogen)
9	Meier & Panzica	2016	Kahnbeinfraktur	Fallserie	5	12 Monate	Sehr gute Funktion (Mayo Wrist Score), Frakturheilung in allen Fällen	Gasbildung
10	Leonhardt et al.	2017	Fraktur des Unterkiefer- Köpfchens	Fallserie	5	3 Monate	Normale Kieferfunktion	Schraubenbruch 1 (nach erneutem Trauma), Revision mit Mg- Schraube
11	Gigante et al.	2018	Knöcherner Kreuzband- Ausriss (Jugend- liche)	Fallserie	3	12 Monate	Frakturheilung in allen Fällen	Keine
12	Turan et al.	2019	Distale Radius- fraktur	Fallbericht	2	27 Monate	Frakturheilung	Keine
13	Acar et al. ⁴	2018	Laterale Sprung- gelenksfraktur	Fallbericht	1	24 Monate	Frakturheilung	Keine
14	Aktan et al.	2018	Distale intraartikuläre Humerusfraktur	Fallbericht	1	4 Monate	Frakturheilung nach 4 Monaten, Ellenbogen- beweglichkeit „fast normal“, MEPS 100	Keine
15	Biber et al.	2016	Capitulum humeri-Fraktur	Fallbericht	1	12 Monate	Frakturheilung, keine Bewegungsein- schränkung	Keine
16	Biber et al. ⁵	2017	Laterale Sprung- gelenksfraktur	Fallbericht	1	17 Monate	Frakturheilung nach 3 Monaten	Keine
17	Wichelhaus et al.	2016	STT-Fusion	Fallbericht	1	6 Wochen	Nicht erfolgte STT- Fusion	Revision (nach nicht gemäß Gebrauchs- anweisung-gestellter Indikation)

Tab. 1 Auswahl der Publikationen zur klinischen Anwendung von Mg-Implantaten



Abb. 5 postoperatives Röntgenbild (dp) 2 Wochen nach Chevron- und Akinosteotomie, aufgestellt ohne Belastung, mit typischer subkutaner H₂ Gasansammlung in unmittelbarer Umgebung zum Magnesiumimplantat (3,2mm kanülierte Magnesiumkompressionsschrauben).



Abb. 6 postoperatives Röntgenbild (dp) 5 Wochen nach Youngswick-, Akin-, Weil- und Minichevronosteotomie, aufgestellt ohne Belastung. Osteotomiefixation mittels 3,2mm und 2,0mm Magnesiumschrauben.



Abb. 7 Postoperativ Röntgenaufnahme (dp) 2 Wochen nach Weilosteotomie MT 2 und 3 sowie 15 Monate nach Youngswick- und Akinosteotomie.

Weichgewebe wie nach Operationen (OPs) mit herkömmlichen Implantaten ausmachen. Später kann es dort auch durch das Implantat zu einer geringen Gas-Ansammlung kommen. Bei herkömmlichen Metall-Implantaten (z. B. aus Titan), ist die Gasbildung in frühen postoperativen Röntgenaufnahmen ein alarmierendes Signal, da z. B. eine Anaerobier-Infektion vorliegen könnte. Anders bei der Mg-Technologie:¹² Die Bildung von Gas (H₂) während der Degradation ist hier ein erwartetes Phänomen des Abbauprozesses von Mg-Implantaten (**Abb. 5**). Es handelt sich dabei also nicht um eine Infektion des Implantatlagers. Das Phänomen wird von den Patienten fast nie bemerkt und erzeugt auch im klinischen Untersuchungsbefund kaum wahrnehmbare Krepitationen unter der Haut. Die Gas-Silhouetten im Weichgewebe bilden sich sehr rasch zurück (**Abb. 6**). Nach allen bisherigen Erfahrungen in und abseits der Literatur, hat dieses Phänomen der radioluzenten Zonen auch keinen negativen Einfluss auf die Heilung der Fraktur/Osteotomie.

Remodelling-Prozess bei bioabsorbierbaren Magnesium-Implantaten

Zu ähnlichen Aufhellungsphänomenen in der konventionellen Röntgendiagnostik kommt es nachfolgend auch im Knochen. Diese können durch freiwerdende Korrosionsprodukte beim Implantat-Abbau sowie dem folgenden Knochenaufbau im ehemaligen Implantatlager erklärt werden.¹² Implantat-Abbau und Knochenneubildung befinden sich somit in einer Art Gleichgewicht. Schließlich wird insbesondere das Gas vollständig resorbiert und die Schrauben zeichnen sich zunehmend prominenter ab (**Abb. 7**). Tierstudien haben gezeigt, dass die Schraube schließlich durch kortikales Knochengewebe ersetzt wird.¹³ Dieser Remodelling-Prozess lässt sich später auch in MRT- und Röntgenbildern¹⁴ erkennen. Es darf daher zu Recht vermutet werden, dass der Wechsel von radioluzenten Zonen um das Implantat zum hyperdensen Knochen in der Implantatregion den osteokonduktiven Eigenschaften des Magnesiums geschuldet ist.¹⁴

Dr. Sebastian Mangeold, Frankfurt am Main
Dr. Hubert Klausner, Berlin

Literatur

- Hofmann GO (1995) Biodegradable implants in traumatology: a review on the state-of-the-art. Arch Orthop Trauma Surg 114: 123–132
- Köse Ö, Turan A, Unal M, Acar B, Güler F (2018) Fixation of medial malleolar fractures with magnesium bioabsorbable headless compression screws: short-term clinical and radiological outcomes in eleven patients. Arch Orthop Trauma Surg 138: 1069–1075
- Acar B, Köse Ö, Unal M, Turan A, Kati YA, Güler F (2019) Comparison of magnesium versus titanium screw fixation for biplane chevron medial malleolar osteotomy in the treatment of osteochondral lesions of the talus. European Journal of Orthopaedic Surgery & Traumatology 30: 163–173
- Acar B, Unal M, Turan A, Köse Ö (2018) Isolated lateral malleolar fracture treated with a bioabsorbable magnesium compression screw. Cureus 10: e2539.i
- Biber R, Pauser J, Brem M, et al. (2017) Bioabsorbable metal screws in traumatology: A promising innovation. Trauma Case Rep 8: 11–15
- Klausner H (2019) Internal fixation of three-dimensional distal metatarsal I osteotomies in the treatment of hallux valgus deformities using biodegradable magnesium screws in comparison to titanium screws. Foot Ankle Surg 25: 398–405
- Atkinson HD, Khan S, Lashgari Y, et al. (2019) Hallux valgus correction utilising a modified short scarf osteotomy with a magnesium biodegradable or titanium compression screws – a comparative study of clinical outcomes. BMC Musculoskeletal Disord 20: 334
- Plaass C, von Falck C, Ettinger S, et al. (2018) Bioabsorbable magnesium versus standard titanium compression screws for fixation of distal metatarsal osteotomies – 3 year results of a randomized clinical trial. J Orthop Sci 23: 321–327
- Acar B, Köse Ö, Turan A et al. (2018) Comparison of bioabsorbable magnesium versus titanium screw fixation for modified distal chevron osteotomy in hallux valgus. Biomed Res Int: Article ID 5242806
- Choo JT, Lai SH, Tang CQ, Thevendran G (2019) Magnesium-based screw fixation for hallux valgus surgery – a suitable alternative to metallic implants. Foot Ankle Surg 25: 727–732
- Sonnow L, Köneker S, Vogt PM, et al. (2017) Biodegradable magnesium Herbert screw – image quality and artifacts with radiography, CT and MRI. BMC Med Imaging 17: 16
- Seitz J-M, Lucas A, Kirschner M (2016) Magnesium-based compression screws: a novelty in the clinical use of implants. JOM 68: 1177–1182
- Waizy H, Diekmann J, Weizbauer A, et al. (2014) In vivo study of a biodegradable orthopedic screw (MgYREZr-alloy) in a rabbit model for up to 12 months. J Biomater Appl 28: 667–675
- Köhler NM, Osterhaus ML, Kirschner MH. Magnesium-based implants, bone healing and potential effects relating to osteoconductivity. Aitog Oggi, periodico dell'Associazione Italiana di Traumatologia ed Ortopedia Geriatrica. Anno VIII, n. 8 2019. Griffin Editore.

METALL, DAS ZU KNOCHEN WIRD

DER NEUE IMPLANTAT-STANDARD FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE

Das **MAGNEZIX®-Prinzip**: Erst heilen, dann auflösen! MAGNEZIX® Implantate aus Magnesium sind metallisch und stabil, müssen aber nicht wieder entfernt werden – denn sie lösen sich auf und werden durch Knochengewebe ersetzt.



KLINISCH ÜBERLEGEN ZU TITAN*

- Überzeugende Stabilität
- Höhere Elastizität
- Entfernung überflüssig

SAVE THE DATES



WEBINARE 2020 - ANWENDER BERICHTEN

25.03.2020, 18.00 Uhr

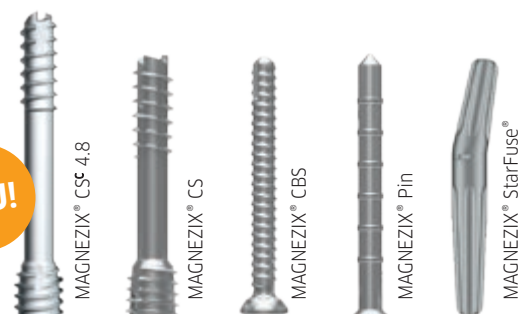
„(Meine) Erfahrungen mit resorbierbaren Magnesium-Implantaten im Bereich Handchirurgie“ (2+1 CME-Punkte)
Prof. Adrian Dragu (Dresden)

15.04.2020, 19.00 Uhr

„Operative Versorgung mit resorbierbaren Magnesium-Implantaten im Leistungssport“ (2+1 CME-Punkte)
Dr. Lutz Mahlke (Paderborn)

➔ www.bvoustudyclub.net

NEU!



Innovativ und vielseitig – MAGNEZIX®

*Klauser H. (2018): Internal fixation of three-dimensional distal metatarsal I osteotomies in the treatment of hallux valgus deformities using biodegradable magnesium screws in comparison to titanium screws; Foot and Ankle Surgery, DOI: 10.1016/j.fas.2018.02.005

+++ Wir sind die Nummer 1 in der Welt für transformierbare Metallimplantate. +++ Wir informieren Sie gerne! +++

Pflegepersonaluntergrenzen: Krankenhäuser im Würgegriff

Die Pflege stärken und den Beruf wieder attraktiver machen – beides gehört zu den politischen Zielen von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Jüngste Maßnahmen: Untergrenzen fürs Pflegepersonal auf bestimmten Stationen wie der Unfallchirurgie, Ausgliederung der Pflegeanteile aus den DRG, unbudgetierte Finanzierung jeder neuen Pflegestelle. Erste Erfahrungen zeigen: Wo ein Wille ist, ist noch lange kein Weg.

Unter der Überschrift „Die Krankenhäuser und ihre Mitarbeiter schlagen Alarm – die Politik muss endlich handeln“ veröffentlichte die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) zum Auftakt des 42. Deutschen Krankenhaustags am 18. November 2019 in Düsseldorf einen wütenden Appell, unterstützt von weiteren Akteuren im Krankenhausbereich. Punkt 2 lautete: „Die Mitarbeiter im Krankenhaus versorgen Notfälle und retten Leben rund um die Uhr, auch wenn es einmal eng wird. Mit den starren Personalvorgaben aus dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) wird in Kauf genommen, dass Intensivkapazitäten eingeschränkt werden und Krankenhäuser zukünftig die Aufnahme von Schlaganfallpatienten zeitweise ablehnen müssen.“

Ein Drittel sperrte Intensivbetten

DKG-Präsident Dr. Gerald Gaß legte nach: Man erlebe, dass durch starre Personalvorgaben Leistungen, für die es Kapazität gebe, nicht erbracht werden dürften. Eine Umfrage im Rahmen einer repräsentativen Stichprobe des Krankenhausbarometers hatte bereits im September 2019 ergeben: 37 % aller Kliniken mussten Betten auf ihren Intensivstationen schließen, um die Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG) einzuhalten. 29 % mussten ganze Bereiche zeitweise von der Notfallversorgung abmelden. „Werden nun noch weitere Bereiche mit Untergrenzen arbeiten müssen, kann das nicht mehr steuerbare Auswirkungen haben“, warnte Gaß damals. Doch genau das ist vorgesehen: Nach Intensivmedizin, Geriatrie, Kardiologie und Unfallchirurgie gelten seit Anfang 2020 nun noch für die Bereiche Herzchirurgie, Neurologie, Neurologische



Kröten in Spandau: Mit diesem Plakat warb Vivantes Ende 2019 auf einem Berliner U-Bahnhof für Pflegekräfte.

Schlaganfalleinheit und Neurologische Frührehabilitation Untergrenzen fürs Pflegepersonal.

Zwar steht bislang die Intensivmedizin im Fokus, wenn es um die Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen geht. Doch mit dem Pflegepersonalstärkungsgesetz beziehungsweise der entsprechenden Rechtsverordnung wurden eben auch für die Unfallchirurgie klare Personaluntergrenzen festgelegt. In der Tagschicht dürfen danach maximal zehn Patienten von einer Pflegekraft versorgt werden, in der Nachtschicht 20. Quartalsweise sind die durchschnittliche Pflegepersonalausstattung (differenziert nach Pflegefachkräften und -hilfspersonal), die durchschnittliche Patientenbelegung (gemessen nach dem Mitternachtsbestand) und die Anzahl der Schichten, in denen die Untergrenzen nicht eingehalten wurden, an das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus und die örtlichen Vertragsparteien nach dem Krankenhausentgeltgesetz zu melden.

Eine Umfrage des BVOU und des VLOU unter ihren Mitgliedern hat erbracht (**Abb. 1, Abb. 2, Abb. 3**): Viele fühlen sich durch die neuen Vorgaben belastet, die Auswirkungen sind immens. Zwar sind die Angaben nicht repräsentativ. Doch die insgesamt 130 Rückmeldungen lassen schlaglichtartig erkennen, welche Schwierigkeiten die Häuser insgesamt mit den Untergrenzen zu bewältigen haben und wie sich dies auf die Patientenversorgung auswirkt. Geantwortet haben dabei zu mehr als zwei Drittel Chefarzte, vertreten waren alle Anbieter, von Häusern der Grund- und Regelversorgung bis hin zu Universitäts- und

Privatkliniken. Aus den großen Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern und Nordrhein-Westfalen stammen mehr als die Hälfte der Antworten.

Weniger Operationen und Notaufnahmen

Befragt nach der Reduzierung der Kernleistungen und Einschränkungen, antworteten 89 Ärzte. Zwei Drittel berichteten von geringeren Intensivkapazitäten. Mehr als die Hälfte führte eine Verringerung der Bettenkapazität an. Knapp die Hälfte gab geringere Operationsbeziehungswise reduzierte Notaufnahmekapazitäten an. Viele Teilnehmer äußerten sich auch zu unbesetzten Pflegestellen. Demnach sind nur wenige Bereiche voll besetzt. Die Regel sind erhebliche Lücken. Die Reaktionen darauf sind von Haus zu Haus offenbar unterschiedlich. Aus einem Teil der Antworten geht hervor, dass die volle Kapazität gefahren wird – und Unterschreitungen der Pflegepersonaluntergrenzen in Kauf genommen. Andere Häuser reduzieren Betten, Kapazitäten in Funktionseinheiten, übertragen Pflegeaufgaben auf Ärzte oder Medizinische Fachangestellte (MFA) aus dem ambulanten Sektor beziehungsweise auf Hilfspersonal.

Die Bemühungen der Kliniken, mehr Pflegekräfte zu bekommen, sind demnach vielfältig und teilweise unter dem Strich sinnlos: Leiharbeit steht ganz oben. Aber auch das Abwerben von Kräften aus anderen Häusern oder von MFA sowie von Pflegepersonal aus dem Ausland. Angeführt wird als Lockmittel zudem eine bessere Bezahlung. Dass sich der Pflegemangel gar nicht auf das Betriebsklima auswirkt, meinen nur wenige. Viele berichten von negativen Folgen, einschließlich Rivalitäten zwischen Stamm- und Leihpersonal beziehungsweise Pflegepersonal und anderen Berufsgruppen.

Selbst innerhalb der Pflegeberufe werden die Untergrenzen kritisch gesehen. Diese Restriktion sowie weitere Gesetzesänderungen waren ein großes Thema beim Krankenhaustag. Gaß hatte ebenso bereits im September erklärt: „Auch auf die Attraktivität der Pflegeberufe wirken sich die PpUG negativ aus.“ Denn die Personalbesetzung muss tagesaktuell gesteuert werden. 53% der Häuser gaben für das Krankenhausbarometer an, sie müssten

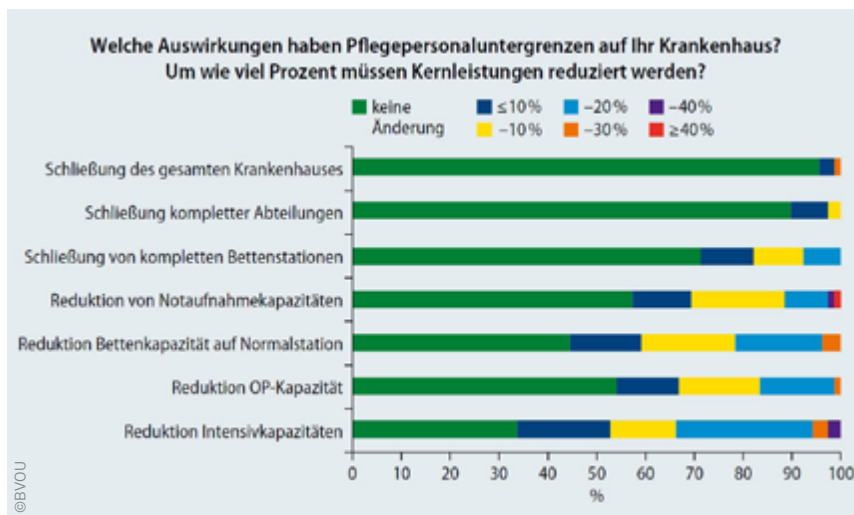


Abb. 1 Ergebnis der BVOU-/VLOU-Umfrage von November 2019 zu den Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen auf die Kernleistungen der Krankenhäuser.

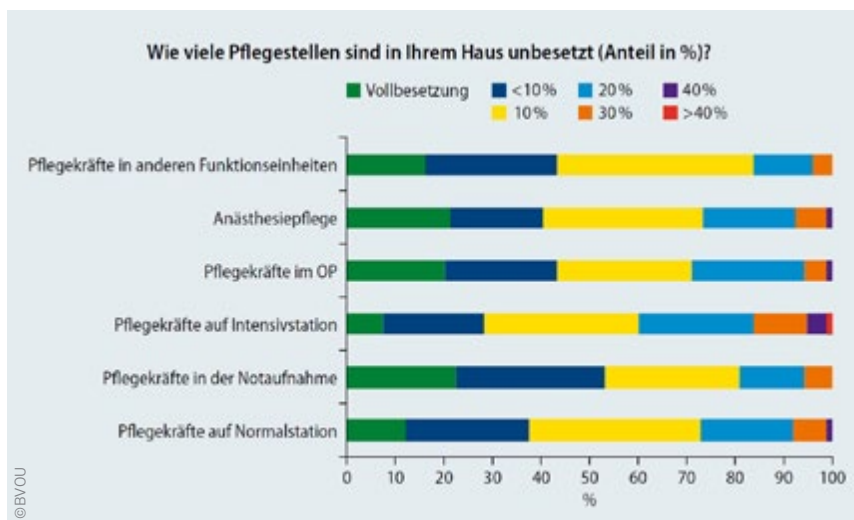


Abb. 2 Ergebnis der BVOU-/VLOU-Umfrage von November 2019 zu den Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen auf die Besetzung der Pflegestellen in den Krankenhäusern.

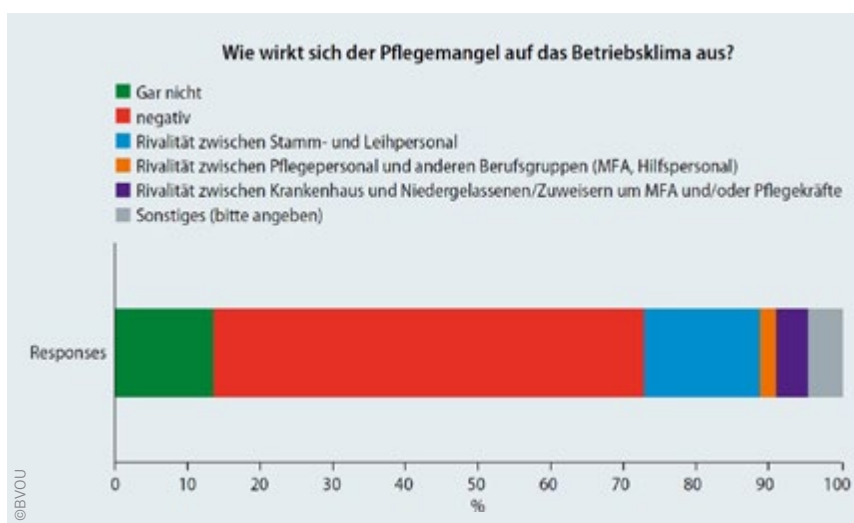


Abb. 3 Ergebnis der BVOU-/VLOU-Umfrage von November 2019 zu den Auswirkungen der Pflegepersonaluntergrenzen auf das Betriebsklima in den Krankenhäusern.



© spotmatikphoto/Fotolia

Dienstpläne deshalb kurzfristig ändern. Ein Drittel der Kliniken meldete mehr Arbeitsstunden und vermehrte Abrufe von Pflegekräften aus der freien Zeit.

Wackelige Dienstpläne demotivieren

Prof. Dr. Christa Büker von der Fachhochschule Bielefeld berichtete von einer Studie mit einem Schwerpunkt Dienstplan. Danach wünschen sich Pflegekräfte vor allem genügend Kollegen, um das Arbeitsaufkommen angemessen abzudecken und einen Dienstplan vier Wochen vor dem ersten Geltungstag. Die Untergrenzen, so gut sie gemeint sein mögen, demotivieren also am Ende diejenigen, die so dringend gebraucht werden: die Pflegekräfte. Prof. Dr. Sabine Berninger, Vizepräsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe, verwies erneut darauf, dass die Untergrenzen keineswegs keine valide pflegewissenschaftliche Grundlage hätten: „Sie orientieren sich vielmehr an schlecht ausgestatteten Häusern.“

Auch eine weitere Änderung, von Jens Spahn als Erfolg verkauft, wird den Krankenhäusern und damit auch O und U ab 2020 noch Sorgen bereiten: Die Herauslösung der Pflegekosten aus den Fallpauschalen. Ende Oktober 2019 haben sich DKG, Spitzenverband Bund und der Verband der Privaten Krankenversicherung auf den Krankenhausentgeltkatalog 2020 geeinigt. Danach werden

nun rund 15 Milliarden Euro, die die Krankenhäuser für die Pflege in bettenführenden Abteilungen ausgeben, gesondert finanziert – orientiert an den tatsächlichen Ausgaben des einzelnen Krankenhauses. Abgerechnet werden die Pflegekostenanteile nicht separat, sondern mit DRG-Bezug: Ein hoher Pflegeaufwand in einer Leistung wird höher vergütet: „Formal bleibt der DRG-Katalog erhalten, bekommt aber neben dem bislang bekannten Relativgewicht je Fall nun auch ein Relativgewicht für den Pflegetagesatz.“

Vollfinanzierung verpufft

Andrea Lembke, Präsidiumsmitglied im Deutschen Pflegeerrat, hält dies nicht für einen Befreiungsschlag. Bei aller berechtigten Kritik daran, dass DRG-Mittel für die Pflege bislang nicht ausreichend in diesen Bereich geflossen seien, sei das Geld immerhin da gewesen. Aber: „Jetzt haben die Häuser, wenn nicht genug Pflegekräfte da sind, eine Deckungslücke.“ Finanziert werde nämlich Pflege nur dann, wenn auch jemand pflege. Hinzu komme, so Lembke, dass Personal für Patiententransporte oder die Serviceassistenten im neuen Pflegebudget nicht vorgesehen seien.

Und auch die gelobte Vollfinanzierung jeder zusätzlichen neuen Stelle in der Pflege findet nicht den ungeteilten Beifall der Expertin, im Gegenteil. Zum ersten Mal seit 25 Jahren habe man zwar das Gefühl, einstellen zu können, wen man wolle, aber: „Man könnte denken, dass diese Regelung nur Eingang in ein Gesetz gefunden

hat, weil die Menschen eben nicht da sind. Sonst gäbe es eine Kostenexplosion.“

Anke Wittrich, stellvertretende Geschäftsführerin im Bundesverband Geriatrie, führte weitere Minuspunkte auf: Bei der Arbeit an der Ausgliederung der Pflegekostenanteile aus den DRG habe man festgestellt, dass in manchem Posten gar nicht 100% Pflegekosten stecken, sondern auch noch Anteile von Sach- oder Arzneimitteln. Wird nun hin- und hergerechnet, landet im neuen Pflegebudget unter Umständen weniger Geld, als für die Pflege in der alten DRG enthalten war. Ihrer Meinung nach ist es auch ein Problem, dass zwar jede neue Pflegekraft bezahlt werden soll, aber nur in Höhe des tarifvertraglich vereinbarten Entgelts. Honorare für Leiharbeitsfirmen dürften nicht angegeben werden. Hier könne man zwar die Position der Krankenkassen einerseits verstehen, so Wittrich. Man wisse aber andererseits, dass es dauern werde, bis sich alles zurechtgerückt habe.

Der Reha-Bereich bleibt außen vor

Die kaufmännische Geschäftsführerin Dr. Christiane Hinck-Kneip und der Betriebsratsvorsitzende der Universitätsklinik Gießen, Klaus Hanschur, haben die Probleme gerade im Interview mit der FAZ am 12. Dezember 2019 offen benannt. Ohne Leiharbeiter laufe der Laden nicht, räumte der Betriebsrat ein. Und die Geschäftsführerin ließ wissen, Zeitarbeitskräfte kosteten etwa das Dreifache, weil man unter anderem auch Kosten für die Unterkunft übernehmen müsse.

Berninger führte in Düsseldorf weitere Herausforderungen an. In ihrem Haus sei man gerade dabei zuzuordnen, welche Pflegestellen überhaupt ins neue Pflegebudget gehörten – irrsinnige Kleinarbeit. Hinzu kommt, dass Pflegepersonal im Reha-Bereich nicht pflegebudgetrelevant ist.

Die große Unzufriedenheit mit den Untergrenzen hat zu einer ungewöhnlichen Allianz geführt. DKG, die Gewerkschaft ver.di und der DBfK arbeiten daran, Jens Spahn von Alternativen zu überzeugen. Gemeinsam ließen sie bis Ende 2019 an knapp 50 Häusern eine Variante der sogenannten Pflegepersonal-Regelungen (PPR) erproben, die mehr Spielraum lässt. Mitte Januar haben sie das neue Instrument PPR 2.0 erst Spahn, dann Medienvertretern vorgestellt. Sie hoffen, erst den Minister und dann die Koalition davon überzeugen zu können, dass es auch noch anders gehen kann. Dr. Bernd Metzinger, DKG-Geschäftsführer, wies aber beim Krankenhaustag auch darauf hin, dass die heutigen Probleme nicht vom Himmel gefallen sind und die Pflege jahrelang kaputtgespart wurde: „Ich habe bereits 2008 gesagt, dass es irgendwann soweit kommen wird, dass die Pflegekräfte die Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser begrenzen werden.“ Heute ist es soweit.

Fazit: Man darf mutmaßen, dass – trotz gegenteiliger Lippenbekenntnisse – die Pflegepersonaluntergrenzen und die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus den Fallpauschalen ganz wesentlich auch Strukturmaßnahmen darstellen, die Kliniken wirtschaftlich in die Knie zwingen werden. Sie sollen im Ergebnis zu einer „Bereinigung“ der Krankenhauslandschaft führen. Das geht zunächst jedenfalls auf Kosten der Mitarbeiter und vor allem: auf Kosten der Patienten.



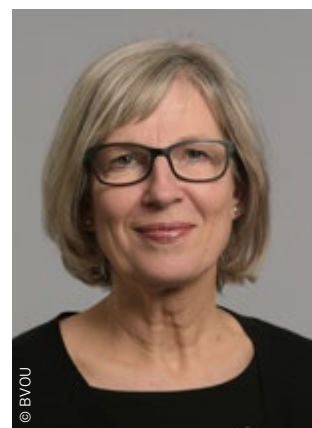
Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann
Frankfurt/Main
Vizepräsident BVOU



Prof. Dr. Michael Schädel-Höpfner
Neuss
1. Vorsitzender VLOU



Dr. Jörg Ansorg
Berlin
Geschäftsführer BVOU



Sabine Rieser,
Berlin
Fachjournalistin

Ärztliche Zweitmeinung zukünftig auch bei geplanter Schulterarthroskopie

Ein rechtlicher Anspruch auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung besteht zukünftig auch bei geplanten arthroskopischen Eingriffen am Schultergelenk. Patientinnen und Patienten können sich bei einem qualifizierten Zweitmeiner zur Notwendigkeit des empfohlenen Eingriffs und zu alternativen Behandlungsmöglichkeiten beraten lassen.

Die entsprechende Ergänzung der Zweitmeinungs-Richtlinie beschloss der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) am Freitag, 22.11.19, in Berlin. Bislang besteht ein Zweitmeinungsanspruch bei Operationen an den Gaumen- und/oder Rachenmandeln (Tonsillektomien, Tonsillotomien) sowie bei Gebärmutterentfernungen (Hysterektomien). Gegenstand des beschlossenen Zweitmeinungsverfahrens sind sämtliche arthroskopische Eingriffe am Schultergelenk, sofern sie planbar sind und es sich nicht um notfallmäßige Eingriffe handelt, die zeitnah erfolgen müssen. Das Zweitmeinungsangebot zielt darauf ab, eine informierte Entscheidungsfindung für Patientinnen und Patienten bei der Auswahl der operativen oder konservativen Behandlungsmöglichkeiten zu unterstützen und eine medizinisch nicht gebotene Schulterarthroskopie zu vermeiden.

Durch eine zweite ärztliche Meinung soll das Risiko einer zu weiten Indikationsstellung und damit zu hoher Zahlen bestimmter planbarer „mengenanfälliger“ Eingriffe, die nicht immer medizinisch geboten sind, verringert werden.

Inanspruchnahme des neuen Zweitmeinungsverfahrens: Der Beschluss wird nun dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) zur rechtlichen Prüfung vorgelegt. *Er tritt erst nach Nichtbeanstandung durch das BMG und Veröffentlichung im Bundesanzeiger in Kraft.*

Auszugsweise Inhalte der Richtlinie:

Entstehung des Sachleistungsanspruchs: Der Anspruch auf Einholung einer Zweitmeinung nach dieser Richtlinie entsteht für eine Patientin oder einen Patienten mit der Indikationsstellung einer Ärztin oder eines Arztes zu einem im besonderen Teil dieser Richtlinie genannten planbaren Eingriff.

Aufgaben der indikationsstellenden Ärztin/des indikationsstellenden Arztes: Die indikationsstellende Ärztin oder der indikationsstellende Arzt müssen die

Patientin oder den Patienten über das Recht, eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung einholen zu können, aufklären. Die Aufklärung muss mündlich und verständlich erfolgen. Die Aufklärung über das Recht zur Einholung einer Zweitmeinung hat in der Regel mindestens zehn Tage vor dem geplanten Eingriff zu erfolgen, in jedem Fall aber so rechtzeitig, dass die Patientin oder der Patient die Entscheidung über die Einholung einer Zweitmeinung wohlüberlegt treffen kann.

Die Kosten, die der indikationsstellenden Ärztin oder dem indikationsstellenden Arzt durch die Zusammenstellung und Überlassung von Befundunterlagen für die Zweitmeinung entstehen, trägt die Krankenkasse.

Für die Aufklärung und Beratung zum Zweitmeinungsverfahren können indikationsstellende Ärztinnen und Ärzte die Gebührenordnungsposition (GOP) 01645 einmal im Krankheitsfall (vier Quartale) abrechnen. Sie ist mit 75 Punkten (8,12€) bewertet. Die Leistung beinhaltet auch die Zusammenstellung der Befundunterlagen. Extrabudgetäre Vergütung: Die Vergütung der GOP 01645 erfolgt extrabudgetär und damit ohne Mengengbegrenzung – vorerst befristet bis Ende 2021.

Zweitmeinungsgebende Ärztinnen und Ärzte

Zweitmeinungsgebende Ärztinnen und Ärzte müssen die in der Zweitmeinungs-Richtlinie festgelegten Anforderungen an die besondere, eingriffsspezifische Qualifikation erfüllen. Zudem dürfen keine Interessenkonflikte vorliegen, die einer Unabhängigkeit der Zweitmeinung entgegenstehen.

Die Genehmigung, Zweitmeinungsleistungen zu planbaren Schulterarthroskopien abzurechnen, können Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie für Physikalische und Rehabilitative Medizin bei ihrer Kassenärztlichen Vereinigung beantragen.

Hinweis zur Unabhängigkeit: Wer eine Zweitmeinung nach der Richtlinie abgibt, darf nicht selbst den geplanten Eingriff durchführen (Paragraf 27b Absatz 1 Satz 2 SGB V und Paragraf 7 Absatz 5 der Richtlinie).

Grundsätzlich können sowohl Vertragsärzte, Krankenhausärzte als auch Privatärzte eine Genehmigung erhalten. Krankenhaus- und Privatärzte benötigen zusätz-

lich eine Ermächtigung. Für die Genehmigung müssen Ärztinnen und Ärzte bestimmte Voraussetzungen nachweisen, die der G-BA in seiner Richtlinie vorgegeben hat.

Näheres zur Genehmigung regeln die jeweiligen KVen – siehe Anhang

Die Kosten für die Zweitmeinung trägt die jeweilige Krankenkasse:

Für die Zweitmeinung rechnen Ärztinnen und Ärzte mit einer Genehmigung ihre arztgruppenspezifische Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale ab. Die Vergütung der Pauschalen sowie der ergänzenden Untersuchungen erfolgt extrabudgetär – vorerst befristet bis Ende 2021.

In Aussicht gestellte 19,70 € (bis zum 60. LJ)/22,73 € (ab dem 60. LJ), also die Grundpauschale im Fach.

Wenn die Zweitmeinerin oder der Zweitmeiner weitere Untersuchungen für notwendig erachten, muss sie oder er dies medizinisch begründen und im Freitextfeld des Praxisverwaltungssystems festhalten.

Weitere Informationen sind dem Anhang zu entnehmen.

Dr. Helmut Weinhart,
BVOU-Schatzmeister/G-BA



Hüftgelenknahe Femurfraktur: Frühestmögliche Versorgung

Am 22.11.2019 wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zur Qualitätssicherung in Krankenhäusern die Pressemitteilung „**Neue Richtlinie zur Qualitätssicherung: Frühestmögliche Versorgung einer hüftgelenknahe Femurfraktur**“ herausgegeben.

Der darin aufgeführte Beschluss wird nach Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Veröffentlichung im Bundesanzeiger zum 1. Juli 2020 in Kraft treten. Zu beachten ist dabei, dass darin die Sanktion enthalten ist, dass Krankenhäuser, die die darin enthaltenen Mindestanforderungen nicht erfüllen, keinen

Vergütungsanspruch haben. Entscheidend ist dabei neben der Vorgabe, Patienten mit hüftgelenknahe Femurfrakturen innerhalb von 24 Stunden operativ versorgen zu können, die Einhaltung von gewissen Mindestanforderungen an die Prozessqualität sowie das Vorhalten von mindestens sieben Standard Operating Procedures (SOP). SOPs dienen dazu, sich beim Erkennen und Behandeln von Krankheitssymptomen auf das Wesentliche zu konzentrieren und richtige Prioritäten zu setzen. Sie stellen einen hohen organisatorischen und personellen Aufwand dar, insbesondere da diese z. T. interdisziplinär zu erstellen sind“.

Wesentliche Inhalte der Richtlinie

- ▶ Mindestanforderungen an die Prozessqualität, Standard Operating Procedures (SOP)

Krankenhäuser, die künftig die Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur anbieten wollen, sind verpflichtet, unverzüglich nach Aufnahme einer Patientin oder eines Patienten mit einer entsprechenden Diagnose die weitere Versorgung zu planen. Ziel ist es, dass die operative Versorgung in der Regel innerhalb von 24 Stunden nach Aufnahme oder Auftreten eines Inhouse-Sturzes erfolgt, sofern es der Allgemeinzustand der Patientin oder des Patienten zulässt. Krankenhausinterne Standardabläufe sollen dabei helfen, den typischen Hindernissen, die einer operativen Versorgung der Patientin oder des Patienten innerhalb von 24 Stunden erfahrungsgemäß

oftmals entgegenstehen, zu begegnen. Die neue Richtlinie sieht deshalb vor, dass von den Krankenhäusern verbindliche, interdisziplinär abgestimmte, schriftliche und jederzeit verfügbare Standardabläufe (Standard Operating Procedures – SOP) einzuführen sind. Die SOP müssen dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens entsprechen. Krankenhäuser müssen für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur mindestens SOP zu folgenden Situationen und Entscheidungsbedarfen vorhalten:

- ▶ SOP „Besondere Situationen der Einwilligungsfähigkeit“
- ▶ SOP „Perioperative Planung: Priorisierung von Eingriffen, Planung von OP-Kapazitäten, Planung von OP-Teams“
- ▶ SOP „Operationsverfahren“
- ▶ SOP „Umgang mit gerinnungshemmender Medikation“
- ▶ SOP „Patientenorientiertes Blutmanagement (PBM)“
- ▶ SOP „Ortho-geriatrische Zusammenarbeit für Patienten mit positivem geriatrischem Screening“
- ▶ SOP „Physiotherapeutische Maßnahmen“
- ▶ Nachweisverfahren, Folgen der Nichteinhaltung der Mindestanforderungen und Dokumentationspflichten

Krankenhäuser müssen standortbezogen nachweisen, ob sie die Mindestanforderungen der Richtlinie – einschließlich der ggf. zum Zeitpunkt des Nachweises vorliegenden Abweichungen – erfüllen. Der Nachweis hat stichtagsbezogen gegenüber den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen zu erfolgen. Kann ein Krankenhaus einzelne Mindestanforderungen länger als 48 Stunden nicht einhalten, muss dies den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen unverzüglich angezeigt werden. Wenn die Mindest-



anforderungen nicht erfüllt werden, darf die Versorgung von Patienten mit einer hüftgelenknahen Femurfraktur in der Einrichtung über die Diagnostik und Erstversorgung hinaus nicht erfolgen. Ein Krankenhaus, das die Mindestanforderungen nicht erfüllt, hat keinen Vergütungsanspruch.

- ▶ Strukturabfrage, Evaluation, Inkrafttreten der Richtlinie

Der G-BA wird sich mit Hilfe einer jährlichen Strukturabfrage einen Überblick über die Erfüllung der Mindestanforderungen in den einzelnen Krankenhausstandorten verschaffen. Der G-BA beauftragt das IQTIG, die Auswirkungen dieser Richtlinie sowie die Erreichung der Ziele qualitativ und quantitativ jährlich über einen Zeitraum von fünf Jahren zu evaluieren. Gegenstand der Evaluation sind darüber hinaus die Anwendung der SOP in den Krankenhäusern sowie die Untersuchung der Fragestellung ob, wie viele und warum Leistungen in Krankenhäusern erbracht worden sind, obwohl die Mindestanforderungen nicht erfüllt wurden. Der Beschluss tritt nach Nichtbeanstandung durch das Bundesministerium für Gesundheit und Veröffentlichung im Bundesanzeiger zum 1. Juli 2020 in Kraft.



PD Dr. habil. Axel Sckell, Mitglied im geschäftsführenden Vorstand

Erhalt einer hochwertigen Patientenversorgung und der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit

Das deutsche Gesundheitssystem gehört zu den leistungsfähigsten Gesundheitssystemen weltweit. Entscheidender Grund dafür ist das bewährte duale System von gesetzlicher Krankenversicherung und privater Krankenversicherung. Nur dieses System bringt die Eigenverantwortung und Entscheidungsfreiheit des Patienten als Momentum in die Weiterentwicklung unseres Gesundheitssystems. Die freiberufliche Leistungserbringung von Ärzten und Zahnärzten bringt ständig neue Impulse im Streben nach der bestmöglichen Behandlung hervor. Letztlich profitieren alle Patienten – ob kassen- oder privatversichert – im Ergebnis von diesem dualen System, dabei sollte die Entscheidung für eines der Versicherungssysteme dem mündigen Patienten überlassen werden.

Die ärztliche und zahnärztliche Therapiefreiheit trägt den medizinischen Fortschritt stetig in die deutsche Gesundheitsversorgung. Sie bewahrt das Gesundheitssystem insgesamt verlässlich vor Erstarrung und Stillstand, weil die Entscheidung über die jeweils bestmögliche und sachgerechte Therapie allein in der Verantwortung des Behandlers liegen muss und frei von der Erfüllung von politischen Zielvorgaben, Beeinflussung durch den Staat oder Versicherungen sein sollte. Sie befördert auf diesem Weg jeweils beste medizinische Diagnose- und Therapiekonzepte. Das Ergebnis für den Patienten ist individuelle Fürsorge und Versorgung, die frei von Reglementierungen und Sachzwängen und vom behandelnden Arzt nur den Patienten gegenüber zu verantworten ist.

Grundlage für die freiberufliche Tätigkeit des Arztes ist dabei eine Gebührenordnung (GOÄ), die den Fortschritt der Medizin sachgerecht abbildet und die Honorierung fair und transparent ausgestaltet. In diesem Sinne gewährleistet die GOÄ nicht nur die Rechtsstaatlichkeit und Verfassungsmäßigkeit der medizinischen Versorgung in Deutschland, sondern ist gleichzeitig aktiver Verbraucherschutz, der durch klare Rahmensetzung den Patienten vor finanzieller Überforderung schützt. Die derzeit gültige GOÄ stammt aus dem Jahr 1996 und wurde aufgrund jahrzehntelanger, schuldhafter Verweigerung der Politik nicht aktualisiert. Diese Aufgabe hat die Ärzteschaft auf

ausdrücklichen Wunsch der letzten Bundesgesundheitsminister selbst geschultert und im Vertrauen darauf, dass die Politik ihrerseits auf dieser Grundlage ein Ordnungsverfahren in Gang setzt, sobald die Vorarbeiten abgeschlossen sind, überdies eine Verständigung sowohl mit der PKV als auch der Beihilfe über Leistungsinhalte und Bewertungsfragen vorangetrieben.

Diskussion um eine Einheitsgebührenordnung muss ein Ende haben

Die Unterzeichner dieser Erklärung fordern den für den nächsten Schritt verantwortlichen Bundesgesundheitsminister Jens Spahn auf, die gegebene Zusage des CDU-geführten Bundesgesundheitsministeriums einzuhalten und das geplant zum Jahresanfang bereitstehende Leistungsverzeichnis ohne Verzögerung auf den Weg zu bringen, um die Rechtssicherheit und Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlung zu sichern. Die neue GOÄ bildet den Stand der modernen Medizin ab und wurde unter Beteiligung aller ärztlichen Berufsverbände und Fachgesellschaften entwickelt. Die Legendierung/Leistungsbeschreibung sowie die Kalkulationsgrundlage wurden auf valider Basis erstellt. Die Ärzteschaft hat als freier Berufsstand einen Anspruch auf eine aktuelle Gebührenordnung!

Diese muss auch einen angemessenen Inflationsausgleich beinhalten – eine Begrenzung auf die vor Jahren vorgegebenen 6,4% ist nicht akzeptabel. Auch die Diskussion um eine Einheitsgebührenordnung muss ein Ende haben. Die EBM Kalkulation im budgetierten und eingeschränkten Sachleistungskatalog des GKV-Systems hat nichts mit einer ärztlichen Gebührenordnung zu tun.



Dr. Helmut Weinhart,
BVOU-Schatzmeister

BVOU und BDNC zur DWG-Forderung nach neuer Zusatzweiterbildung „Spezielle Wirbelsäulenchirurgie“

Die Deutsche Wirbelsäulengesellschaft (DWG) ist Anfang des Jahres mit der Forderung nach einer neuen Zusatzweiterbildung „Spezielle Wirbelsäulenchirurgie“ an die Presse herangetreten. Die DWG schlägt in ihrer Pressemitteilung vor, die Leistungserbringung mittelfristig auf Zusatzweitergebildete zu beschränken. Als Begründung gibt die DWG an, dass die Wirbelsäulenchirurgen momentan nicht immer in der Lage seien, die optimale Behandlungsmethode für den Patienten zu wählen, da sie in ihrer Ausbildung wesentliche Anteile des anderen Fachgebietes nie kennengelernt hätten oder die dafür erforderlichen praktischen Fähigkeiten nie erlernt hätten. Die Pressemitteilung geht sogar noch einen Schritt weiter: „So kommt es im schlimmsten Fall zu überflüssigen Behandlungen, die die Kosten steigern und die Diskussion um unnötige Operationen an der Wirbelsäule anheizen“, heißt es in dem Text.

Dazu ist folgendes zu sagen: Diese Pressemitteilung ist NICHT mit DGOU, BVOU und BDNC konsentiert worden. Es ist schlechter Stil, Vorschläge von einer solchen Tragweite an die Presse zu geben, ohne dafür die Rücken- deckung der im Fachgebiet maßgeblich tätigen Fach- gesellschaften und Berufsverbände einzuholen. Das kann nur bedeuten, dass die DWG an den Fachgesellschaften und den Berufsverbänden vorbei öffentlichen Druck aufbauen will, um die Zusatzweiterbildung freihändig und gegen die Interessen von DGOU, BVOU und BDNC durch- zusetzen. Das ist ein äußerst fragwürdiges Verhalten und hat nichts mit der sachorientierten Berufspolitik zu tun, für die wir stehen.

Dass die Wirbelsäulenchirurgen derzeit nicht in der Lage seien, die optimale Behandlungsmethode zu wählen, weil es ihnen an Ausbildung und Fähigkeiten fehle, ist zudem eine unsachliche Behauptung, für die die DWG keinerlei Belege anführt. Das Gleiche gilt für die Behauptung, dass es dadurch zu überflüssigen Behand- lungen und einem Anstieg der Kosten komme. Mit solchen Sätzen gegenüber Presse und Öffentlichkeit untergräbt die DWG das Vertrauen der Patienten in die behandelnden Orthopäden, Unfallchirurgen und Neurochirurgen und unterstellt ihnen Inkompetenz. Diese Behauptung ist durch nichts belegt und völlig aus der Luft gegriffen. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass eine Zusatzbezeichnung „Spezielle Wirbelsäulenchirurgie“ zu einer Leistungs- aus- weitung führen würde.



Wir fordern die DWG daher auf gemeinsam mit den Fach- gesellschaften und den Berufsverbänden an der Zukunft zu arbeiten und Vorschläge innerhalb der bestehenden Strukturen zu konsentieren und zu verfolgen. Der Versuch, an allen bestehenden Gremien vorbei öffentlichen Druck auszuüben, wird scheitern. Weiterbingen werden uns nur Geschlossenheit und Kooperation.



Dr. Dr. Michael Conzen
Präsident BDNC



Dr. Johannes Flechtenmacher
Präsident BVOU

Landeskongress Bayern: „Orthopädie – quo vadis?“

Im November 2019 fand in Bamberg die BVOU Jahrestagung des Landesverbandes Bayern gemeinsam mit dem nunmehr 18. Orthopädisch-Unfallchirurgischen Symposium des Klinikums Bamberg unter der Leitung von Dr. Heino Arnold, Prof. Dr. Peter Strohm und Dr. Wolfgang Willauschus statt.

In diesem Jahr stand das Thema „Orthopädie – quo vadis?“ unter besonderer Berücksichtigung der klassischen konservativen Inhalte und der Schlagabtausch Konservativ versus Operativ im Fokus. Unser Highlight des Kongresses war zum einen der Besuch unserer Kollegin, der bayerischen Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, Frau Melanie Huml, sowie der Festvortrag des Gastredners Cedric Oette, der über das immer aktueller werdende Thema der künstlichen Intelligenz referierte.

In seinem Vortrag „Orthopädie – quo vadis?“ legte Prof. Dr. Bernd Kladny, gleichzeitig Generalsekretär der DGOU, aus erster Hand die künftigen Tendenzen unseres Faches dar. Er betonte nachdrücklich, wie bedeutsam die Erhaltung der Weiterbildung auch im nicht-operativen, konservativen Sektor sei, um die gesamte Breite des Faches abzubilden.

Dr. Helmut Weinhardt, Schatzmeister des BVOU, wies eindrücklich darauf hin, dass die Kennzeichnung der Patienten gemäß TSVG unbedingt einzuhalten sei. Der Landesvorsitzende Dr. Tobias Vogel erläuterte, dass die diesjährige, im Wesentlichen ergebnisneutrale EBM-Reform, Vereinbarungen aus der Vergangenheit geschuldet sei, worin ein „kostenneutrales“ Vorgehen bei der nächsten EBM-Reform seitens des ehemaligen KVB-Vorstandes mit den Kostenträgern konsentiert worden war.

Der Folgetag war ausgefüllt mit wissenschaftlichen Vorträgen: Eingangs analysierte Dr. Karl-Heinz Conrad auch unter Einbeziehung der aktuellen Bertelsmann-Studie den immer wieder geäußerten Vorwurf, in Deutschland werde zu viel und zu rasch operiert. Anschaulich widerlegte er diese plakative These anhand von demographischen Zahlen unter Verweis auf die Qualität der



die wissenschaftlichen Leiter und Organisatoren, Prof. Dr. Peter Strohm, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Klinikum Bamberg, Dr. Wolfgang Willauschus, Bezirksvorsitzender Oberfranken, und Dr. Heino Arnold, stellv. Bezirksvorsitzender Oberfranken (v.l.n.r.)

Patientenversorgung in Deutschland, wo eben keine jahrelangen Wartezeiten auf elektive Operationen wie die Endoprothesenimplantation wie im europäischen Ausland die Regel sind.

Nachfolgend stellte Frau Staatsministerin Melanie Huml, MdL, die aktuellen politischen Entwicklungen im medizinischen Bereich dar. Sie verwies auf den Spagat einer sicherzustellenden Qualität der Patientenversorgung auf der einen und Gewährleistung einer flächendeckenden, wohnortnahen Behandlungsmöglichkeit auf der anderen Seite, wobei gerade für einen Flächenstaat wie Bayern besondere Herausforderungen gegeben seien.

Programm, unter Berücksichtigung des Kongress-themas „Konservativ versus Operativ“, begann mit Vorträgen zur Behandlung des Rotatorenmanschetten-schadens, gefolgt von der Darstellung der Behandlungskonzepte der Ruptur des vorderen Kreuzbandes. Hierbei wurde in allen Beiträgen klar dargelegt, dass es DIE Standardversorgung nicht gibt, sondern immer auch individuelle Faktoren, wie Aktivitätslevel und Erwartungshaltung des Patienten, zu berücksichtigen sind.

Im Festvortrag über künstliche Intelligenz erläuterte Dipl. Ing. und Informatiker Cedric Oette sein wissenschaftliches Spezialgebiet, wobei es ihm ausgezeichnet gelang, eine hochkomplexe Thematik allgemeinverständlich darzulegen. Deutlich wurde, dass künstliche Intelligenz im eigentlichen Sinne weitaus komplexer ist, als durch das Schlagwort des Alltags intendiert.

Gerade auf dem Feld medizinischer Diagnostik kann sie sich zu einem wesentlichen Hilfsmittel der Medizin entwickeln, wobei jedoch der Faktor unverzichtbar bleiben wird.

In der Nachmittagssitzung wurden in gleicher Weise wie vormittags die Themen Gonarthrose, Coxarthrose, das Wirbelsäulensyndrom und – last but not least – der Plattfuß abgehandelt. Der rote Faden der Erfordernis patientenorientierter Therapie unter Verzicht auf die „einzig richtige“ Behandlungsmethode, war in allen Vorträgen zu erkennen. Hervorzuheben sind hier die kritischen Anmerkungen Prof. Dr. Klaus Peter Günthers, der plastisch darlegte, wie sich eine patientenorientierte Therapie, die zu einer schnelleren Rekonvaleszenz und

verkürztem Aufenthalt im Krankenhaus führt, – nämlich das Konzept des fast tracking – zum Nachteil der ohnehin angespannten Erlössituation unter dem Regime des aG-DRG 2020 auswirkt. Hier ist die Berufspolitik besonders gefordert.

Gedankt sei nochmals allen Referenten im Namen der wissenschaftlichen Leitung für die hervorragenden Beiträge und ihre Mühwaltung, den zahlreichen Teilnehmern für ihren regen Diskussionsbeiträge und den Industrieausstellern für ihr großes Interesse an dieser Veranstaltung.

Im Jahr 2020 wird der Kongreß des Landesverbandes Bayern des BVOU e.V. in München unter der wissenschaftlichen Leitung Dr. Gaulrapps und Dr. Ruckers stattfinden, zu dem wir bereits jetzt herzlich einladen.

Dr. Heino Arnold
stellv. Bezirksvorsitzender Oberfranken



Informationen für Ihre Patienten

Was tun bei Osteoporose, Arthrose, Rückenschmerzen oder Sportverletzungen?

Antworten auf Fragen zu den modernen Volkskrankheiten geben diese Flyer in kurzer, knapper und leicht verständlicher Form allen Betroffenen und Interessierten.

- ▶ Arthrose
- ▶ Hüft-Prothese
- ▶ Knie-Prothese
- ▶ Osteoporose
- ▶ Rheuma
- ▶ Rückenschmerzen
- ▶ Sportverletzungen

Zur Auslage in Klinik und Praxis bestens geeignet.

Bestellen Sie direkt

50 Stk. 5,00 €
100 Stk. 10,00 €
300 Stk. 20,00 €
Flyerbox 2,00 €

telefonisch 030.797 444 53
per E-Mail unter service@bvou.net
oder bestellen Sie online
auf unserer Website

Preise inkl. MwSt.,
zzgl. Versand

www.orthinform.de



Landeskongress Baden: Interessanter Mix aus Fachthemen und Berufspolitik

In der Vorweihnachtszeit findet traditionell der Landeskongress Baden-Württemberg statt. Am 7.12.19 hatten sich 110 Teilnehmer in den Räumen der Industrie- und Handelskammer Karlsruhe (IHK) für den bewährten Mix aus Fachthemen und Berufspolitik Zeit genommen.

Prof. Dr. Manfred Nelitz (Oberstdorf) eröffnete den fachlichen Teil mit seinem Vortrag zum Thema „Der vordere Knieschmerz“. Deutlich wurde, dass femoropatellare Schmerzsyndrome beim Jugendlichen i. d. R. keine Arthroskopieindikation darstellen, die operative Therapie der Patellaerstluxation keine besseren Ergebnisse als die konservative Therapie bringt und operative Maßnahmen ohne Beseitigung einer Trochleadysplasie oft nicht erfolgreich sind.

Nachdem sich mit dem DMP Rückenschmerz ab dem 3. Quartal 2020 auch O und U erstmals mit den nicht einfachen Verwaltungsvorgängen eines solchen strukturierten Programms für Chroniker auseinanderzusetzen haben, informierte Dr. Burkhard Lembeck (Ostfildern) darüber, was den Orthopäden als koordinierenden Arzt, mitbehandelnden DMP-Arzt oder als Schulungsarzt künftig erwartet. „Berufspolitische Arbeit ist manchmal frustrierend, aber manchmal freut man sich auch...“ kommentierte Präsident Dr. Johannes Flechtenmacher (Karlsruhe) den Verhandlungserfolg.

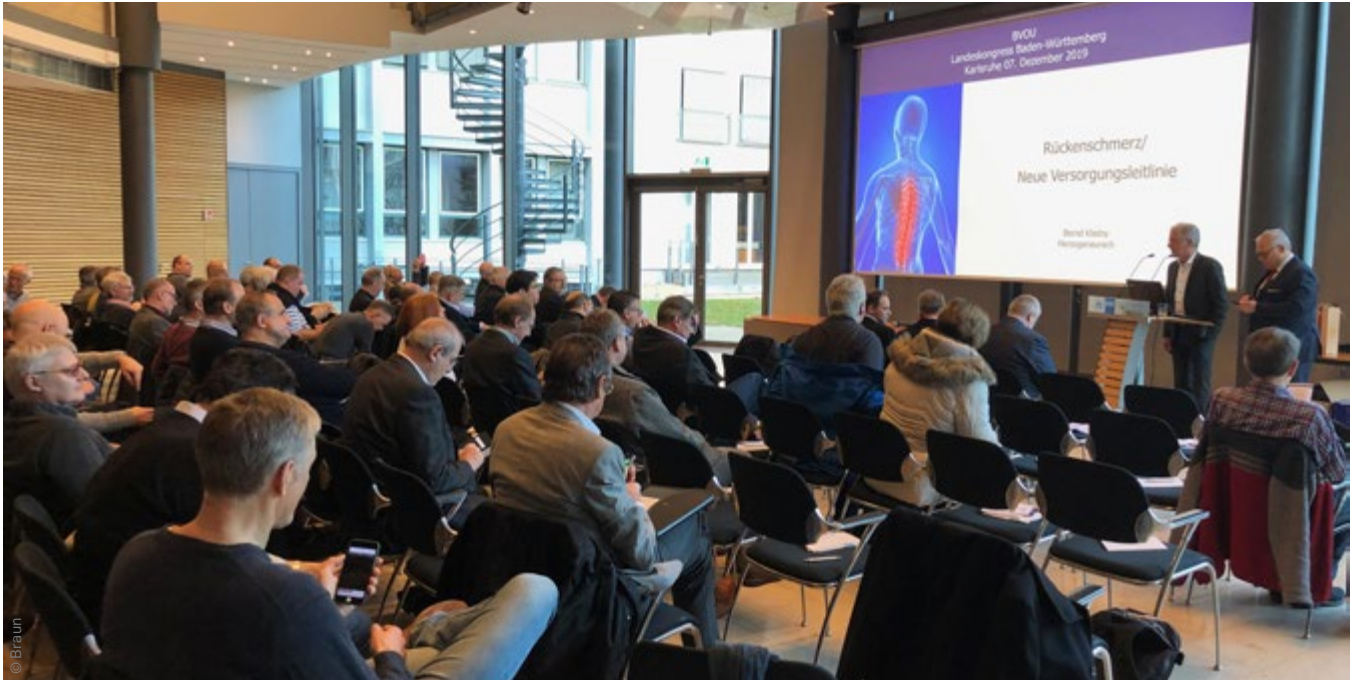
Prof. Dr. Bernd Kladny: „Medizin ist ein ständiger Wandel.“

Thematisch anknüpfend stellte DGOU-Generalsekretär Prof. Bernd Kladny (Herzogenaurach) die neuen Versorgungsleitlinien für nicht-spezifischen und spezifischen Rückenschmerz vor. Wichtige Kernaussagen waren „vier Mal A: Anamnese, Ausziehen, Anschauen, Anfassen!“ und „Wer mit unspezifischen leichten Rückenschmerzen wie ein Kranker behandelt wird, verhält sich auch so!“. Dass bei der medikamentösen Therapie nun wieder ein nichtsteroidales Antirheumatikum (NSAR) und nicht mehr Paracetamol als Mittel der Wahl gelten, seien Erkenntnisse der Versorgungsforschung; „Ein Fehler von gestern ist oft das Richtige von morgen, Medizin ist ein ständiger Wandel.“ Auch in der „Endoprothetik 4.0“ ist dies in Form

eines Trends mit der Trias Digitalisierung, Individualisierung und Evidenz festzustellen. Dies machte Prof. Dr. Tobias Renkawitz (Bad Abbach) im Referat zu neuen Verfahren in der Hüft- und Knieendoprothetik deutlich. Während bei den individualisierten Implantaten bisher kein Patientennutzen sicher zu belegen sei, zeigten Navigation, minimalinvasive Zugangswege und Patient Blood Management mit präoperativen Eisen- und intraoperativen Tranexamsäureinjektionen Patientennutzen. „Amerikaner lieben es, von Robotern operiert zu werden“, so dass auch in Deutschland mit entsprechenden Entwicklungen zu rechnen sei, wenngleich die Kosten von zwei Millionen€ keinen flächendeckenden Einsatz erwarten lassen. Hinsichtlich der Infektophylaxe habe man hohe Erwartungen in Prothesendruck aus dem 3D-Drucker unter Anwendung von Nanopatterning, womit eine Reduktion der Keimbesiedlung um 50% in fünf Tagen erreicht werden könne. Protheseninfekte als wichtigste Versagensursache von Endoprothesen bestimmten auch den Vortrag von Prof. Dr. Sascha Gravius (Mannheim) unter dem Titel „Die schmerzhafteste Endoprothese: Was tun?“ mit Fallbeispielen komplizierter Verläufe. Interessant waren die dargestellten Schutzmechanismen sessiler Formen von Biofilmen zur Reduktion der Angreifbarkeit durch Antibiotika.

Modalitäten der Heilmittelverordnung: Vereinfacht ab Oktober

Im berufspolitischen Teil berichtete Orthopäde und Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), Dr. Norbert Metke über „Herbststürme der aktuellen Standespolitik“. Das 2017 eingeführte System der Wirtschaftlichkeitsprüfungen auf der Basis praxisindividueller Arzneimitteltherapierichtwerte habe die Zahl auffälliger orthopädischer Praxen von 29% auf 7% reduziert, von den 120 Prüfverfahren seien nur acht Orthopäden betroffen. Anschließend stellte Dr. Metke die ab 1.10.20 geltenden stark vereinfachten Modalitäten der Heilmittelverordnung vor. Der „Irrlauf einer versorgungsfremden staatlichen Einheitsbürokratie“ mit in den Föderalismus eingreifenden Beanstandungen des Bundesversicherungsamtes in die zwischen KVBW und Krankenkassen schon konsentierten(!) Honorarverträge für Zusatzleistungen in Höhe von 73 Millionen Euro,



110 Teilnehmer verfolgten die interessante Mischung aus Fachthemen und berufspolitischen Themen beim vorweihnachtlichen BVOU-Landeskongress Baden-Württemberg in der IHK Karlsruhe.

mit denen man u. a. auch eine Besservergütung der Osteodensitometrie als Kassenleistung habe erreichen wollen, sorgten aktuell dafür, dass man für 2020 ohne gültigen Honorarabschluss dastehe. Durch die EBM-Reform zum 1.4.20 rechne er für O und U nicht mit gravierenden Veränderungen, wenngleich technische Leistungsanteile ab- und sprechende Medizin aufgewertet worden sei. Erfreulicheres hatte der Präsident der Landesärztekammer Dr. Wolfgang Miller, selbst Orthopäde und Unfallchirurg in Leinfelden-Echterdingen, über die aktuellen Entwicklungen dort zu berichten: Die Vertreterversammlung habe nun die neue (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) beschlossen, die nun noch durch das Sozialministerium genehmigt werden müsse und dann im Sommer 2020 in Kraft treten wird. Abweichend vom Text der MWBO habe man für Baden-Württemberg auf die Aufnahme von Osteoporose, Sarkopenie und entzündlich-rheumatischen Gelenkerkrankungen als Weiterbildungsinhalte und den Erhalt von 50 durchzuführenden Sonografien der Säuglingshüfte geachtet. Ärzte in Weiterbildung haben sieben Jahre Zeit ihre begonnene Weiterbildung nach der derzeit gültigen Weiterbildungsordnung zu beenden und Weiterbilder müssen innerhalb von drei Jahren neue Weiterbildungsbefugnisse beantragen.

Wo stehen wir mit der GOÄ?

Die Frage „Wo stehen wir mit der GOÄ?“ beantwortete im letzten Vortrag Präsident Dr. Flechtenmacher. Die „Version 2.0 +“ mit 5589 statt bisher 2916 Gebührenordnungs-

positionen (alleine im Gebiet Chirurgie – zu dem O und U dazu gehört – 2532 statt 677) stehe nun fest. Bewertungsfehler und Implausibilitäten seien berichtigt und ein Horizontalabgleich zwischen den Leistungen erfolgt. Zum Januar 2020 steht die Stellungnahme der sog. „Wissenschaftlichen Kommission“ aus, die für das Bundesgesundheitsministerium das Thema EBM und GOÄ zu einer abgestimmten Lösung bringen solle. Diese führe dann letztlich zur Version 3, die dem BMG vorgelegt werde, sofern keine weiteren grundlegenden ordnungspolitischen Beeinträchtigungen der privatärztlichen Versorgung vorgesehen sind. Alles in allem sei ein Honorarplus von +6,4% zu erwarten. „Das Thema GOÄ war für den BVOU eine wirklich große Anstrengung. Alleine 18 Präsenztermine haben wir in Berlin deswegen absolviert. Die vielen Stunden und Wochenenden und Hunderte von Telefonaten für die Vorbereitung noch gar nicht eingerechnet. Das kann nur funktionieren, wenn man als Team agiert. Mit solch einem Team an solch einem Thema zusammenarbeiten zu dürfen war für mich ein besonderes Privileg.“ Grundlegend sei jedoch die Legitimation anzuzweifeln, eine Facharztminute für die Leistungskalkulation in der GOÄ mit 1,60€ bzw. 0,89€ im EBM zu bewerten. Dr. Flechtenmacher machte deutlich, dass unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Schwierigkeiten privater Krankenversicherungen auch GOÄ Verhandlungen Kompromissbereitschaft erforderten, denn „auch für Ärzte muss es interessant sein, dass es das PKV-System gibt“.

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

Nordlichter surfen in Schleswig-Holstein standfest durch den „TSVG-Murks“*

Der Vorstandssaal der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) in Bad Segeberg war bis auf den letzten Platz besetzt. Das Programm der Jahresversammlung des BVOU-Schleswig-Holstein war hochinteressant und breit gestreut. Schon in der Begrüßung machte der Landesvorsitzende Dr. Christian Hauschild den anwesenden Teilnehmern mittels einer TVSG-App die möglichen finanziellen Auswirkungen des TSVG, projiziert auf die nächsten zwei Jahre, klar.

Es wurde deutlich, dass eine falsche Strategie (schnell und intensiv die offene Sprechstunde nutzend) zwar zunächst zu geringen Honorarsteigerungen, in der Folge zu einer möglichen fünfstelligen Honorarminderung führen kann.

Der KV-Vorstand, vertreten durch Dr. Ralph Ennenbach und Eckehard Becker, legte anschließend die Fakten zu diesem Gesetz dar. Grundsätzlich gilt: Bei der gesetzlich vorgeschriebenen Umsetzung der TSVG besteht eine Abrechnungspflicht. Dr. Ennenbach ging auf die Grundzüge des neuen Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) ein (25 Stunden Pflichtsprechstunde, wöchentlich 5-stündige offene Sprechstunde, Akutpatienten unter „116 117“). Details wird die KVSH in den nächsten Tagen den Praxen zur Verfügung stellen. Alle über die Terminservice-Stelle vergebenen Sprechstundentermine sind dabei extrabudgetär und mit einem Aufschlag versehen. Dr. Ennenbach riet – aus Gründen der Transparenz auch gegenüber den Krankenkassen – besonderen Wert auf eine korrekte Dokumentation der TSVG-Fälle zu legen. Eckehard Becker, Leiter der Abteilung Honorar der KVSH konnte dann in einer gut verständlichen Darstellung über PZV, Vor- und Nachteile der im ersten Jahr vorgeschalteten Bereinigung die Befürchtungen von Honorarverlusten mittels einer gerade von der Abgeordnetenversammlung der KVSH beschlossenen „PZV-Zurück-Garantie“ entgegentreten.

Diverse Fragen unserer Fachgruppe wurden in einer gewohnt angenehmen, sachorientierten Atmosphäre mit den Vertretern der KVSH erörtert und ausführlich und verständlich beantwortet. Für O und U eröffnen sich auch für Schleswig-Holstein neue Zukunftsmodelle wie das neue „Zweitmeinungsverfahren vor Operation“ und das „DMP Chronischer Rückenschmerz“. Beide Neuerungen wurden auch der KV vorgestellt und eine rasche Bearbeitung z. B. der notwendigen Genehmigungsver-

fahren empfohlen. Dr. Dennis Wolter aus Ahrensburg wurde dabei als Ansprechpartner für das DMP bestätigt.

Im zweiten Teil der Versammlung, ging es in die interne Diskussion ohne die KVSH-Vertreter. Es wurde insbesondere der administrative Eingriff des Gesetzgebers in bewährte Abläufe der Praxen kritisiert. In Fallbeispielen wurden Strategien und Handlungsempfehlungen entwickelt, wie die Praxisabläufe trotz TSVG zum Vorteil unserer Patienten am besten zu handhaben sind.

Dr. Christian gab einen Überblick über die berufspolitische Vernetzung in Schleswig-Holstein mit guten, vertrauensvollen Kontakten zu den Verantwortlichen der Körperschaft, anderen Berufsverbänden wie auch zu Abgeordneten der KVSH. Die BVOU-Mitglieder dankten dem Landesvorsitzenden für seine herausragende Netzarbeit und begrüßten seine Bereitschaft, auch weiterhin für die nächsten Jahre an Bord zu bleiben. Gleichzeitig wurden jüngere Kollegen gerade aus den operativen Praxisnetzen ermuntert, sich mehr in die berufspolitische Arbeit des Landesverbandes einzubringen. Abschließend wurde im Rahmen des neuen Arbeitsschutzgesetzes die Fürsorgepflicht der Praxisbetreiber für die deutlich zunehmende psychische Belastung am Arbeitsplatz Medizinischer Fachangestellte (MFA) in Form einer verpflichtenden Risikobewertung alle Angestellten unter dem neuen TSVG hervorgehoben und praktikable Praxislösungen durch externe Dienstleister hervorgehoben. Die diesjährige Jahreshauptversammlung mit besonders praxisrelevanten Themen wurde von den Teilnehmern gelobt.



Dr. Christian Hauschild,
Landesvorsitzender Schleswig-Holstein



Dr. Joachim Splieth,
stellv. Landesvorsitzender Schleswig-Holstein

*Zitat aus Rundschreiben des BVOU-Vorstandes

HOUT: Rechtzeitig an mögliche Praxisübergabe denken



Dr. Gerd Rauch, Frank Dastych (Vorsitzender Kassenärztliche Vereinigung Hessen), Prof. Reinhard Hoffmann (Chefarzt BGU-Klinik Frankfurt am Main), Dr. Johannes Flechtenmacher (Präsident des BVOU), RA Reinhold Preissler (Fürth) und Dietmar Schmidt (Deutsche Ärzte- und Apothekerbank Frankfurt) (v.l.n.r.)

Am 9. November 2019 gab es beim HOUT (Hessischer Orthopädie- und Unfallchirurgie-Tag) hochkarätige Referenten. Diesmal blickten wir in die Zukunft von O und U. Hierzu gab es ausgezeichnete Vorträge von den Referenten aus der Sicht des Beratungsanwaltes Reinhold Preissler aus Fürth und der für neue Versorgungsstrukturen der Apotheker- und Ärztebank zuständige Dietmar Schmidt aus Frankfurt.

Zu Beginn habe ich den wachsenden Bedarf an orthopädisch-unfallchirurgischen Leistungen, gerade auch in der Altersorthopädie und Unfallchirurgie dargestellt, zwar haben wir steigende Arztzahlen, aber insgesamt werden ca. 900 Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie pro Jahr fertig, der Frauenanteil beträgt hier 22%. In Hessen sind ca. 450 Fachärzte für O und U in der Weiterbildung tätig, wobei der Frauenanteil jetzt schon deutlich gestiegen ist, auf 35% weibliche Assistenten und 65% männliche Assistenten. 65 O und U-Fachärzte legen zurzeit pro Jahr in Hessen die Prüfung ab.

Hierzu empfahl ich Verbundsysteme mit Kliniken und Praxen zu bilden, auch für die Weiterbildung. Meines Erachtens werden operativ konservative Großpraxen in Zukunft häufig den Weg gehen, dass sie an eine Klinik-MVZ GmbH verkauft werden, da die Konstrukte sehr groß sind und einzelne Kollegen und die neuen Kollegen eher im Angestellten-Status tätig sein wollen und nicht so hohe

finanzielle Belastungen haben möchten bei gleichzeitig veränderter Work-Life-Balance.

Für die Apotheker- und Ärztebank ist das Thema neue Versorgungsstrukturen wichtig, da es für die Bank hier um ihr Kerngeschäft geht. Insbesondere die Finanzierung von neuen Praxen oder auch die Hilfe bei Gründung

von Arztgenossenschaften oder größeren Praxisverbänden entsprechende Beratung und Kreditvergabe ist von großer Bedeutung. Deswegen ist auch eine entsprechende Arbeitsgruppe der neuen Versorgungsstrukturen in der Ärzte- und Apothekerbank seit 2 Jahren gegründet worden. Herr Schmidt betonte, dass nur 0,02% aller Praxen überhaupt als Unternehmen nicht funktionieren – also ein geringer Anteil, die Einkünfte der Ärzte in den Praxen seien höher als die der Klinikärzte im Vergleich. Außerdem gäbe es neue Beschäftigungsmodelle für Ärzte, die z. B. für einen geringen Anteil von 1000€ eine Ärzte-Genossenschaft zeichnen und nur als junge Kollegen eintreten und das Ganze probieren könnten und dann, wenn sie einsteigen, höhere Beträge zeichnen könnten. Schwierig bei diesen Genossenschaften allerdings die Abdeckung durch spezielle Kreditformen.

Rechtsanwalt Preissler aus Fürth, Beratungsjurist für große Fusionen, stellte die Möglichkeiten für Praxisabgaben und die gängigen Bedingungen für den Verkauf einer Praxis, sowohl an ärztliche Kollegen, aber auch an Investoren und Klinik-MVZ-Ketten dar. Hierbei gab er Tipps, auf was die Kollegen achten müssten. Sowohl Schmidt als auch Preissler betonten, dass die Kolleginnen und Kollegen rechtzeitig, d. h. fünf Jahre – bevor es soweit ist – an einen Verkauf bzw. Übergabe der Praxis denken müssten, um geeignete Kolleginnen und Kollegen, aber auch genügend Verhandlungszeit zu haben. Herr Schmidt wies daraufhin, dass insbesondere Großpraxen sich regelmäßig austauschen sollten, auch mit Beratern, um ihre wirtschaftliche Perspektive und Ausrichtung festzulegen.

Gina Grimaldi, Junges Forum O&U, berichtete aus der Sicht einer Weiterbildungsassistentin und schilderte die Problematik einer guten Weiterbildung unter den jetzigen Arbeitsbedingungen neuer, berechtigter Work-Life-Balance, neuen Arbeitszeitmodellen und dem großen Anteil von Dokumentationsaufgaben, gerade der Stationsärzte. Die jungen Kolleginnen und Kollegen sind bereit, viel in ihrer normalen Arbeitszeit zu leisten. Die Problematik besteht häufig darin, dass bei neuen Arbeitszeitmodellen, wie z. B. statt 24 Stunden- eine 12-Stunden-Schicht, häufig anschließend ein Tag frei genommen werden muss, so dass sie in der Regel schwierig ist, genügend operative Eingriffe zusammen zu bekommen, zumal sie extrem viel Dokumentationsaufgaben hätten. Wir müssen für diese neuen Kolleginnen und Kollegen die von Ihnen geforderten neuen Arbeitszeitmodelle in Zukunft abbilden.

Hier fordern alle Referenten gemeinsam, dass z. B. Dokumentationsassistenten eingestellt werden, um wieder dem eigentlichen Kerngeschäft der Ärzte – nämlich Patientenbehandlung und natürlich in unserem Fach auch einer operativen und auch guten konservativen Ausbildung – zur Verfügung zu stehen. Die Problematik sei ebenfalls, dass in der heutigen Zeit natürlich die Assistenten, wenn die Ausbildungsklinik nicht entsprechende Bedingungen bieten würde, auch im Hinblick auf einen Bewerbermarkt, die Klinik schnell wechseln würden, damit sie eine suffiziente Weiterbildung erhalten.

Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann berichtet aus der Position des Chefarztes über die Zukunft unseres Fachgebietes in Klinik und Praxis sowie die aktuellen deutlich schlechteren neuen Arbeitsverträge der Chefarzte. Er stellt die Frage, ob es überhaupt in der Zukunft noch Chefarzte klassischer Prägung gäbe oder ob in Zukunft kaufmännische Direktoren in Zusammenarbeit mit den Chefarzten die Kliniken führen. Er gab zu bedenken, dass durch höhere Personalkosten und Downsizing, z. B. der DRGs – gerade auch für Endoprothetik – viele Kliniken in eine wirtschaftliche Schieflage gebracht werden. Sicherlich wird es, politisch gewollt (?), zu einem Kliniksterben in Deutschland kommen. Auch die Fachkliniken müssen sich gut aufstellen, damit sie das Downsizing – gerade z. B. für die Knieendoprothesen und andere Implantate – kompensieren können. Dies wird dazu führen, dass aufwendige operative Eingriffe geschoben oder gar nicht mehr durchgeführt werden können, da sie im DRG nicht entsprechend abgebildet werden. Gleiches gilt auch für die Versorgung von Schwerstverletzten – ein zunehmendes Problem. Durch die Reduktion der Regelarbeitszeit für die Assistentinnen und Assistenten durch Dienstaustauschregelungen und neuen Arbeitszeitmodellen, wird es schwieriger, die komplexe Weiterbildung zu gewährleisten. Es kommt dazu, dass die Spezialisierung bereits in der Weiterbildungsphase früh angefangen wird und dann die Oberärzte nicht mehr das gesamte Fachgebiet in vollem Umfang abbilden können, auch gerade im Hinblick auf die

operative Ausbildung. Bereits mittelfristig sieht Prof. Hoffmann die Chefarztposition im klassischen Sinne als nicht zukunftsfähig, wahrscheinlich werden immer mehr kaufmännische Direktoren mit in die Klinikleitung und Department-Strukturen eingebunden. Die neuen Chefarztverträge inkludieren Dienstaufgaben, die nicht extra vergütet werden, so dass nur ein geringer Anteil der Medizinstudenten überhaupt überlegt, Chefarzt zu werden.

Kann Nachwuchsbedarf zukünftig gedeckt werden?

Frank Dastych, Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, stellte die Problematik dar, Großpraxen zu übergeben, da die jungen Kolleginnen und Kollegen sich häufig finanziell, aber auch mit ihrem sehr breiten Aufgabenbereich der Führung einer Großpraxis fortfahren würden und tendenziell eher im Angestellten-Status bleiben möchten, auch im Hinblick auf mögliche Teilzeitarbeitsmodelle. So ist der Anstieg der Angestellten in der vertragsärztlichen Versorgung stark gestiegen, der Klinik-MVZ- und Investoren-MVZ-Anteil hat die inhabergeführten MVZs jetzt deutlich überschritten – Tendenz steigend. Dastych stellte dar, wie der Nachwuchsbedarf ist: Bis 2015 ca. 114 Kollegen, aber bis 2030 besteht ein sehr hoher Bedarf an Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie in Hessen als auch in ganz Deutschland, der sicherlich durch die fertig werdenden Fachärzte für O&U nicht gedeckt werden kann. Der KV-Vorsitzende verwies auf die Beratungsorgane der KV, sowohl für eine normale Praxisübergabe als auch für die Überführung einer Praxis in eine MVZ-Struktur. Dr. Johannes Flechtenmacher hielt einen Vortrag über die Lücken unseres Fachgebietes wie auch die Verdienstmöglichkeiten, sowohl der normalen Vertragsarzt-Praxis und im Vergleich zum Angestellten-MVZ, dargestellt. Er zeigte den Vorteil der Selektivverträge von Baden-Württemberg für die Einkaufssituation der durchschnittlichen Fallwerte auf und diskutierte auch die Problematik von zunehmenden Klinik-MVZ für den BVOU selbst. Als Fazit haben alle Referenten bestätigt, dass man rechtzeitig an eine mögliche Praxisübergabe denken muss, andere Möglichkeiten durchdenken sollte und sich entsprechend beraten lassen müsste.

Dr. Gerd Rauch
Landesvorsitzender BVOU Hessen

Weitere Berichte aus BVOU-Landeskongressen finden Sie unter www.bvou.net in der Rubrik „Aus den Landesverbänden“.

Januartagung: „Wir sind ein stolzer und starker Verband!“



Rund 85 Teilnehmer aus allen Bundesländern nutzten die 1. Gesamtvorstandssitzung und interne Klausur bei der Januartagung im Pestana Hotel Tiergarten in Berlin für aktuelle Informationen und zum Gedankenaustausch zu den Arbeitsthemen des BVOU.

Fester Termin für BVOU-Mandatsträger ist die Januartagung. Reflexion über die aktuellen Themen im Verband dominiert die Veranstaltung am 24. und 25.1.2020.

Susanne Lilie: „21 Gesetze in 21 Monaten“

Gastreferentin Susanne Lilie, Geschäftsführerin der KV Baden-Württemberg, berichtete über „Gesetzesflut und deren Auswirkungen“. Bei der Reform der Notfallversorgung sei noch viel über fachliche und organisatorische Leitung der integrierten Notfallzentren zu diskutieren. Das TSVG sei „der Aufreger in den Praxen“. Lilie warb um Verständnis für die Haltung vieler KVen, Verwerfungen bei der EBM-Reform 2020 unter Punktsummenneutralität zu vermeiden, wengleich „ich weiß, dass die Orthopäden im derzeitigen EBM nicht gut abgebildet sind und Ihr EBM-Kapitel überarbeitungswürdig ist.“

Markus Stolaczyk: „Die Vorstellung, dass GKV-

Patienten schneller drankommen, wenn man die PKV abschafft, beruht auf der Annahme: Sind neun Leute in der Schlange und stellen wir einen dazu, dann kommen die anderen neun schneller dran ...“

„GOÄ – wo stehen wir?“ war das Thema von Dr. Markus Stolaczyk (Bundesärztekammer). Im Verlauf habe man mit Verbänden und der PKV Leistungsverzeichnisse abgestimmt. Aktuell befinde man sich in der Bewertungsphase der 5.600 Leistungen, davon sind 25% Erschwerniszuschläge, die die bisherige Möglichkeit von Steigerungsfaktoren ersetzen.

Dr. Andreas Gassen: „Den neuen Allgemeinchirurgen braucht kein Mensch. Es kann nicht Aufgabe der KBV sein, Honorartöpfe für Fehler bei der Gestaltung der Weiterbildungsordnung zu schaffen.“

Es folgte der Bericht des geschäftsführenden BVOU-Vorstandes. Prof. Dietmar Pennig löst als neuer DGOU-Generalsekretär Prof. Bernd Kladny ab. Themen für den Vorstand waren die „kleine“ und „große“ EBM-Reform 2021. Dass für den Allgemeinchirurgen nach neuer MWBO das EBM Kapitel O&U geöffnet werde, hielt KBV-Chef Dr. Andreas Gassen für unwahrscheinlich, da dieser für solche Leistungen nicht qualifiziert sei.

Dr. Johannes Flechtenmacher: „Wir sind ein stolzer und starker Verband. Der BVOU vertritt Alle in O und U!“

Mitarbeit an der neuen GOÄ, Einsatz gegen die Abschaffung von Selektivverträgen durch das Faire-Kassen-Wahl-Gesetz, ein neuer Vertrag mit einer PKV zum Thema „Check my back“, Mentorenprogramm und Veränderungen in der Geschäftsstelle sorgten für ausreichend Arbeit in Flechtenmachers Vorstandsteam. Bei der Weiterentwicklung des BVOU sei der Einbezug der Kollegen aus allen Versorgungsbereichen wichtig. Außer Honorarpolitik setze man auf die Entwicklung neuer Versorgungs-, Arbeits- und Fortbildungskonzepte. Gassen prognostizierte eine „andere Landschaft in der Medizin“ mit weniger Kliniken und mehr MVZ in fremder Trägerschaft auf einem „Anbietermarkt, in den sich immer mehr andere reindrängen werden, wenn wir das nicht stemmen.“ Beide waren sich einig, dass „kleine Kampfverbände in der Familie zwar mehr Ansehen genießen, aber nichts erreichen“.

Dr. Torsten Hemker: „Wir brauchen den Honorarbelegarzt, der sein Honorar direkt aus dem DRG bekommt.“

Bei den Berichten aus den Ländern gab es Einblicke in die laufenden Projekte des föderal organisierten BVOU. Über den größten Mitgliederzuwachs 2019 freute sich Baden-Württemberg. In verschiedenen Bundesländern wurden Selektivverträge gekündigt. In Hamburg konnte Dr. Torsten Hemker einen Beschluss der Bürgerschaft erreichen, wonach MVZs in Klinikhand als solche gekennzeichnet werden müssen. Bei einer Veranstaltung mit Gesundheitsminister Spahn konnte man das Problem belegärztlicher Leistungen darstellen. Neuer BVOU-Landesvorsitzender in Sachsen-Anhalt ist Dr. Christian Gottwald, der Details zum Selektivvertrag mit der AOK vorstellte.

Dietrich Bornemann: „Medical Device Regulation – vertraute Produkte werden vom Markt verschwinden...“

Aus den Referaten waren die Informationen von Dietrich Bornemann zur europäischen Facharztorganisation United European Medical Specialists interessantes Neuland. Die UEMS beschäftigt sich mit Harmonisierung der Facharztweiterbildung und Fortbildung mit gegenseitiger Anerkennung. Mit dem EBOT-Examen gebe es auch ein europäisches Facharztexamen. Sorgen bereite die MDR (Medical Device Regulation), die im Mai 2020 die Medizinprodukteverordnung ablöse und dazu führe, dass in Deutschland 500.000 Produkte kompliziert nachzertifiziert werden müssten.

Dr. Burkhard Lembeck: „Widerstand der Kassen gegen die Etablierung des DMP Rückenschmerz in der Versorgung bleibt.“

Dr. Burkhard Lembeck, BVOU-DKOU-Kongresspräsident 2020, ist es wichtig, dass sein Kongress von den Mitgliedern mitgestaltet wird. Die vorgestellten Themen versprechen einen hochinteressanten Kongress. Anschließend informierte er zum DMP Rückenschmerz, bei dem erst Schulungsprogramme akkreditiert werden müssen. Im Januar haben in ersten KVen die Honorarverhandlungen begonnen, eingeschrieben werden könne ab Juni 2020.

Dr. Gerd Rauch: „Die Versorgungsform MVZ profitiert vom Wertewandel.“

Dr. Markus Hoppe demonstrierte in seinem Vortrag zur Digitalen Volumetomografie eine sensitive und strahlungsarme Diagnostikmethode. Dr. Gerd Rauch diskutierte das Thema „MVZ – Chance bei der Praxisabgabe und/oder statt Businessmodell“. Eine Großpraxis sei mittelständisches Unternehmen und müsse sich auch mit einer Zukunftsstrategie aufstellen.

O&U müsse sich um mehr weiblichen Nachwuchs bemühen. Prof. Wolfgang Rüter erläuterte in seinem Referat „Wie stärken wir die konservative Orthopädie und Unfallchirurgie?“, dass die Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie in der neuen MWBO nun wie in fast allen Ländern letztlich die konservative Orthopädie abbilde.

Prof. Reinhard Hoffmann: „Herrn Spahn ist es wirklich gelungen, die Landschaft umzupflügen bzw. zumindest die Pflugschar anzusetzen.“

Größte Nöte bereitet Kliniken das Thema Pflegepersonaluntergrenzen. Schon jetzt müssten Kapazitäten verringert werden. Nun komme der „PFLEXIT“ hinzu: Aus den DRG werden Pflegepersonalkosten herausgerechnet, ab 2020 gebe es in jedem Krankenhaus zwei Erlösbudgets – ein DRG-Budget ohne Pflege und ein Budget für die tatsächlichen Pflegekosten. Diese müssen nachgewiesen werden. Hierdurch ergeben sich Konsequenzen auf Casemix, Homogenität, Sortierreihenfolge und Bewertung. „Da verstellt sich die ganze Uhr“.

Prof. Dietmar Pennig: „Der Katalog der Grausamkeiten auf der Basis der Arbeit unseres Gesundheitsministers lässt sich beliebig fortsetzen.“

600 „Marktaustritte“ prognostizierte daher Prof. Dietmar Pennig, auch beim Blick auf den „Gesetzesentwurf zur Reform der Notfallversorgung“. Zusätzliche Strukturen im Gesundheitswesen seien oft nicht effektiv, aber teuer. Wenn Krankenhäuser ohne INZ bei der Vergütung ambulanter notdienstlicher Versorgung Abschläge von 50% tolerieren müssten, „machen diese die Türe zu“. Wenn Gremien zur Bestimmung der INZ-Standorte von KV und GKV besetzt würden, bestimmten diese über den Marktaustritt von Kliniken.

Dr. Peter Heppt: „Man kann sich auch zusammen tun, das wäre auch für uns über den Tellerrand hinaus wichtig.“

Ein Schattendasein führt das Belegarztwesen. Ursächlich sei der über alle Fachgruppen auf 38,4% gewachsene Unterschied zwischen Hauptabteilungs- und Beleg-DRG. Bei Honorarärzten sei es zu „Wildwuchs“ gekommen. Dr. Peter Heppt stellte Modelle zur Reform des Belegarztwesens vor. Für Verhandlungen empfahl Heppt gemeinschaftliches Vorgehen.

Dr. Karsten Braun

DMP Osteoporose: Inhaltlich gut aufgestellt und zweckmäßig

Am 16.01.2020 wurde vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) ein „Disease Management Programm (DMP) Osteoporose“ beschlossen. Der Beschluss des G-BA ist der erste Schritt auf einem hoffentlich nicht zu langen Weg.

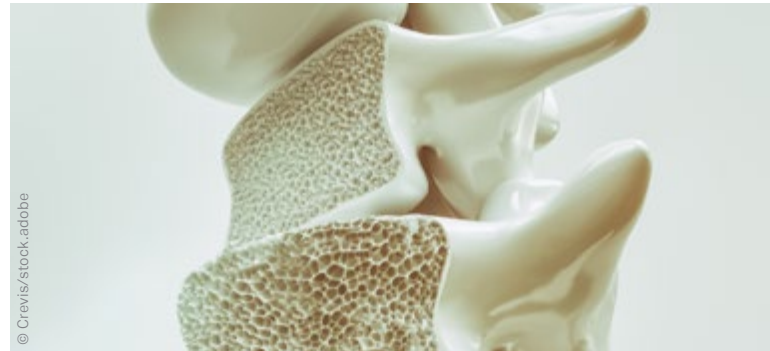
Eine Arbeitsgruppe des G-BA mit zusätzlich vier externen medizinischen Experten (Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Orthopädie und Unfallchirurgie), hat in monatlichen Sitzungen seit Frühjahr 2018 diesen Beschluss inhaltlich vorbereitet.

Voraus ging eine Beurteilung von internationalen Leitlinien für die Diagnostik und Therapie der Osteoporose. des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). In der Leitlinie Synopse für ein „DMP Osteoporose“ des IQWiG wurden die Leitlinien des Dachverbands Osteologie als Basis für die Erstellung eines DMPs ausdrücklich empfohlen. Die DVO Leitlinien 2017 wurden gemäß den internationalen Vorgaben formell dafür überarbeitet. Inhaltlich hatte sich gegenüber der Leitlinie von 2014 nichts verändert.

Chronische Volkskrankheiten wie die Osteoporose sind komplex und erfordern eine langfristige und regelmäßige Behandlung, die an die individuelle Ausprägung der Erkrankung und den Lebensumständen einer Patientin / eines Patienten angepasst werden müssen. In Deutschland sind derzeit etwa sechs Millionen Patienten betroffen, die in ihrem weiteren Leben bis zu 50% eine osteoporosebedingte Fraktur erleiden werden. Je nach Erhebung sind nur zwischen 20–40% der betroffenen Patienten adäquat versorgt.

Bereits 2005 wurde vom Dachverband Osteologie eine solche DMP-Initiative durch die ehemaligen Vorsitzenden Prof. Dr. Johannes Pfeilschifter, Prof. Dr. Franz Jakob und Dr. Hermann Schwarz empfohlen, aber zu diesem Zeitpunkt standen andere Krankheiten im Vordergrund der Diskussion für ein DMP.

Disease-Management-Programme (DMP) sind strukturierte Behandlungsprogramme für chronische Erkrankungen, um die ärztliche Behandlung langfristig zu optimieren und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern und zu erhalten. Weitere Ziele sind Komplikationen und Folgeschäden oder Begleiterkrankungen so weit wie möglich zu vermeiden.



DMPs umfassen regelmäßige Arzttermine mit Beratungsgesprächen und Untersuchungen sowie die Vermittlung von Hintergrundinformationen zum Beispiel durch Schulungen. Arztpraxen, die eine Behandlung im Rahmen der DMP-Osteoporose anbieten, müssen bestimmte Voraussetzungen erfüllen und festgelegte Qualitätsanforderungen einhalten.

Dadurch soll auch eine Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Fachdisziplinen und Einrichtungen, die eine Patientin oder einen Patienten betreuen, etwa zwischen Allgemeinmedizinern und Fachärzten, Kliniken und Reha-Einrichtungen, erreicht werden.

Nach der Diagnose „Osteoporose“ kann der koordinierende Arzt die Patientin / den Patienten in das DMP einschreiben und auf der Basis der DMP-Vorgaben (wie sie am 16.1.2020 beschlossen wurden) einen individuellen Therapieplan erstellen.

Dieser umfasst unter anderem die medikamentöse Behandlung (Antiresorptive, Osteoanabolika, Kalzium und Vitamin D) und weitere therapeutische Maßnahmen, Schulungstermine und regelmäßige Kontrolluntersuchungen. Die einzelnen Behandlungsschritte, Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse werden regelmäßig dokumentiert.

Die Teilnahme an einem DMP hat für Patienten und für Ärzte Vorteile:

Die beteiligten Ärzte müssen sich für das Thema Osteoporose interessieren und fortbilden und erlangen dadurch ein kontinuierlich-aktualisiertes Wissen, auch für die Versorgung von komplexen Fällen von Osteoporose. Bei korrekter Indikation für die Einschreibung für das DMP Osteoporose brauchen sich die Kollegen nicht mehr mit dem Kostendruck für ihre Therapie auseinander zu setzen.

Durch die dokumentierte Information über den Verlauf der Erkrankung und der Therapie werden Doppeluntersuchungen und Fehlmedikation vermieden. Des Weiteren sind alle Therapeuten und Ärzte angehalten, ihre Maßnahmen miteinander abzustimmen. Spezielle Schulungsprogramme und strukturierte Trainingsprogramme können es chronisch kranken Osteoporosepatienten erleichtern, ihre Behandlung gut informiert und aktiv mitzubestimmen und neben der medikamentösen Therapie aktiv etwas für ihre Knochengesundheit zu tun.

Der Text im Beschluss lautet: Orthopäden können koordinierende Ärzte sein, "bei Patienten, die keine relevanten und schwerwiegenden weiteren Morbiditäten haben". Das ist eine Vorgabe, die noch in der Arbeitsgruppe des G-BA in den "Tragenden Gründen" genauer definiert werden muss.

Da das medizinische Wissen ständig wächst, müssen die Vorgaben für das DMP Osteoporose regelmäßig auf den neuesten Stand gebracht werden. Der G-BA beauftragt regelmäßig das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), die verschiedenen DMP zu überprüfen.

Da die Leitlinien Osteoporose des DVO in einem festgelegten Rhythmus von drei Jahren erneuert werden und damit die aktuelle Evidenz für die Diagnostik und die Therapie eingearbeitet wird, ist davon auszugehen, dass

diese Inhalte auch bei einer Aktualisierung des DMP berücksichtigt werden. Das nächste Update der DVO-Leitlinien ist Ende 2020 zu erwarten und darin wird auch ein neuer elektronischer Risikorechner vorgestellt, der evidenzbasiert das individuelle Risiko der Patientinnen und Patienten vorhersagt.

Eine Beurteilung des Risikos ist dann für die behandelnden Ärzte deutlich einfacher und zuverlässiger.

Inhaltlich ist das DMP Osteoporose sehr gut aufgestellt und wird, bei korrekter Umsetzung und Implementierung, seinen Zweck erfüllen. Der Beschluss des GBA ist aber der erste Schritt auf einem hoffentlich nicht zu langen Weg. Die GBA Vorgaben müssen als nächstes bei den Landes KVen umgesetzt werden. Dazu ist ein weiteres Engagement von uns Ärzten notwendig.



Prof. Dr. Andreas Kurth
BVOU-Referatsleiter Osteologie
DVO-Vorsitzender
Klinik für Orthopädie und
Unfallchirurgie, Hand-,
Wiederherstellungschirurgie
Gemeinschaftsklinikum
Mittelrhein gGmbH Kemperhof
Koblenz



Datum	Art der Anwendung untersuchte Körperregion	Praxis/Krankenhaus Rufnummer und Unterschrift

RÖNTGEN-PASS

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

**OSTEOPOROSE
VORSORGE-PASS**
Ihre Knochenstärkemessungen
im Überblick

Bringen Sie bitte diesen Pass zu jeder
Messung mit!

Osteoporose- und Röntgenpässe für Ihre Patienten

Dieser Röntgenpass ist wichtig, um die Strahlendosen von Patienten und damit deren mögliches Gesundheitsrisiko belegen und berechnen zu können. In den Pass trägt der Arzt die untersuchte Körperregion sowie das Datum ein. Der Patient sollte den Pass bei jeder weiteren Röntgenuntersuchung erneut vorlegen.

- 150 oder 800 Stück

**Nutzen Sie unseren Service kostenfrei
Osteoporose und Röntgenpässe für Ihre Patienten!**

Bestellen Sie direkt

150 Stück kostenfrei
oder
800 Stück
10 € für Porto/Versand

telefonisch 030.797 444 53
per E-Mail unter service@bvou.net
oder bestellen Sie online
auf unserer Website

Preise inkl. MwSt.,
zzgl. Versand

www.orthinform.de



VSOU-Jahrestagung 2020: „Innovation, Qualität und Ethik“



Das frühlingshafte Baden-Baden lädt zu einem Besuch ein.

Vom 30. April bis 2. Mai 2020 findet im Kongresshaus in Baden-Baden die 68. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e.V. (VSOU) statt. Der BVOU bietet wieder zahlreiche Service- und Dienstleistungen direkt vor Ort.

Vom 30. April bis 2. Mai 2020 laden die süddeutschen Orthopäden und Unfallchirurgen zur VSOU-Frühjahrstagung in das Kongresshaus nach Baden-Baden ein. Unter dem Motto „Innovation, Qualität und Ethik“ wollen die Kongressteilnehmer aktuelle Themen, die in O und U bewegen, diskutieren und gleichzeitig einen Blick in die Zukunft werfen. Die Veranstaltung bietet ihren Besuchern ein vielfältiges Programm, das unter anderem der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) mitgestaltet hat.

Informations- und Serviceangebote am BVOU-Stand

Darüber hinaus präsentiert sich der BVOU an allen drei Kongresstagen zusammen mit der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) an einem gemeinsamen Stand (2.06, 2. OG). Interessierte erhalten dort Informationen zu den verschiedenen Serviceleistungen des BVOU. Vor Ort informieren Sabine Stock und Nicola Främke von der Funk-Gruppe zu Versicherungsangeboten und Tim Schneider und Andreas Dohm von der Deutschen Arzt AG zum Zweitmeinungsvertrag und Videosprechstunde. Auch besteht die Möglichkeit, das Orthinform-Profil zu aktualisieren und offene Fragen zu klären.

ADO-Kursangebote auf der VSOU-Frühjahrstagung

Während der VSOU-Frühjahrstagung in Baden-Baden, bietet die Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) ein umfangreiches Kursangebot.

Kursthema	Termin	Uhrzeit	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Refresher Sonografie der Säuglingshüfte	30.04.2020	08:15–11:00	Frau Dr. Susanne Fröhlich	50 €	100 €
Rheuma-Refresher-Kurs		14:00–16:45	Dr. Uwe Schwokowski	50 €	100 €
Refresher-Kurs: MRT des Bewegungsapparates	01.05.2020	08:00–09:45	Dr. Axel Goldmann	kostenfrei	kostenfrei
Rheuma II		09:30–16:30	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €
K-Logic Tapingkurs für Ärzte		12:45–16:45	Renè Badstübner	120 €	120 €
DIGEST Fachkunde ESWT Modul 6	02.05.2020	08:00–17:30	Dr. Martin Ringeisen	310 €	330 €
Update Strahlenschutz und Röntgen Update Skelettsystem		08:30–16:15	Dr. Johannes Flechtenmacher/Dr. Tim Abt	200 €	400 €
Rheuma III		09:30–16:30	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €
Hands-on-DVT Workshop – Praktische Einblicke in die hochauflösende 3-D-Bildgebung		11:45–13:45	Dr. Markus Preis	kostenfrei	1.000 €



Die nächste BVOU-Mitgliederversammlung findet am Samstag, den 2. Mai 2020 um 12:30 Uhr statt.

Neue Ansprechpartnerin in der Mitgliederverwal- tung



Verstärkung für das
Geschäftsstellenteam:
Patricia Ludwig

Seit Januar 2020 hat die BVOU-Geschäftsstelle eine neue Ansprechpartnerin in der Mitgliederverwaltung. Patricia Ludwig unterstützt ab sofort die Kolleginnen und Kollegen im Tiergarten-Tower. Die gebürtige Brandenburgerin hat jahrelange Berufserfahrung in der Verbandsarbeit und freut sich, ab sofort Teil des Teams zu sein: „Gerne stehe ich Ihnen per Mail unter der Adresse mv@bvou.net oder unter der Telefonnummer 030.797 444 49 bei Anfragen, Adressänderungen und Stammdatenabgleich zur Verfügung!“

Einladung zur BVOU- Mitgliederversammlung

Samstag, 2. Mai 2020,
12:30 Uhr — 14:00 Uhr
Kongress-Haus, Raum S1
Baden-Baden

- ▶ **TOP 1**
Begrüßung und Feststellung der Ordnungsmäßigkeit der Ladung
- ▶ **TOP 2**
Beschluss der Tagesordnung
- ▶ **TOP 3**
Berichte aus dem geschäftsführenden Vorstand
- ▶ **TOP 4**
Bericht aus der Geschäftsstelle
- ▶ **TOP 5**
Ehrungen (Beschluss der MV für Ehrungen auf DKOU 2020)
- ▶ **TOP 6**
Beschlüsse
 - Beitragssatz für Rentner
 - Zusatzbeitrag SEPA

Beschlussantrag zur Beitragsordnung

Der Gesamtvorstand des BVOU möge der BVOU-Mitgliederversammlung empfehlen, am 02.05.2020 folgende Änderung der BVOU-Beitragsordnung zu beschließen:

Ärzte, die ab 01.01.2021 in den Ruhestand treten, zahlen einen Mindestbeitrag von 55 €. Für bisher beitragsfreie Mitglieder im Ruhestand besteht Bestandsschutz. Diese Gruppe wird jedoch eingeladen, ab 2021 freiwillig den entsprechenden Mindestbeitrag zu zahlen.

Beschlussantrag zur Satzungsänderung

Der Gesamtvorstand des BVOU möge der BVOU-Mitgliederversammlung empfehlen, am 02.05.2020 die folgenden Änderungen der BVOU-Satzung zu beschließen:

- Anpassung Beitrittsprocedere (Entfall von Bürgen)
- Einladung zu Versammlungen per eMail und Web
- Ergänzung der Referate in der Satzung
- Kandidatenvorstellung bei Vorstandswahlen

Ausführliche Informationen:

www.bvou.net/gfv-beschlussantrag

- ▶ **TOP 7**
Verschiedenes
- ▶ **TOP 8**
Termine

„Bitte merken Sie sich diesen Termin vor und nehmen Sie zahlreich an der BVOU-Mitgliederversammlung teil.“
– Dr. Johannes Flechtenmacher,
BVOU-Präsident

Aktion Orthofit: Haltung zeigen!



Projektteam Orthofit (v.r.n.l.): Dr. Gerd Rauch, Dr. Jörg Ansorg, Dr. Marcus Hausdorf, Janosch Kuno

Immer mehr junge Menschen leiden unter Haltungseffern, häufig bedingt durch Bewegungsmangel und fehlende Vorsorgeuntersuchungen. Mit der Aktion Orthofit stellt der BVOU seit über zehn Jahren Kinder in den Mittelpunkt und zeigt auf, wie wichtig kontinuierliche Bewegung und Vorsorge für eine gesunde Fußentwicklung sind, um bleibende Schäden zu vermeiden. Zum zehnjährigen Jubiläum erweiterte der BVOU seine Aktion Orthofit um Übungen für einen starken Rücken im Schulkindalter der 5. und 6. Klassen. Ziel ist die aktive Prävention von Haltungsschäden. „Als Bewegungsärzte müssen wir die Themen Rücken und Haltung aktiv bespielen und Präventionsarbeit leisten!“, bekräftigte Dr. Gerd Rauch am 24. Januar 20 bei einem Planungstreffen im Rahmen der Januartagung in Berlin. Unter dem Slogan „Haltung zeigen!“ werden ab sofort die Aspekte „FüÙe“ und „Rücken“ vereint.

Seit zehn Jahren für gesunde KinderfüÙe

Bei „Zeigt her eure FüÙe“ wird seit Beginn der Aktion der Fuß als zentraler Teil des Bewegungsapparates in den Mittelpunkt gestellt. Über 100 Orthopäden und Unfallchirurgen führen die Kinder jedes Jahr spielerisch an die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten ihrer FüÙe heran – vom Gehen, Balancieren und Hüpfen bis hin zum Tanzen und Seilspringen – und vermitteln ihnen so die Freude an Bewegung und ein Bewusstsein für Fußgesundheit. Um diesen Erfolg weiterzuführen und den aktiven Unterstützern die Möglichkeit zu geben, Bewährtes fortzusetzen, wird „Zeigt her eure FüÙe“ weiterhin in den jüngsten Klassenstufen vermittelt. Die Präventionskampagne soll die Gesundheit der Vorschul- und Grundschul Kinder in den Fokus stellen, die nach den obligatorischen U-Untersuchungen im Säuglings- und Kleinkindalter häufig aus dem Blickfeld der Orthopäden verschwinden.

„Rückenfit“ knüpft an die Erfolgsstory an

Rückenschmerz ist eine Volkskrankheit. Fast zwei Drittel aller Deutschen sind betroffen. Für eine richtungsweisende Strategie zur Rückenschmerzen-Prävention bei Kindern wurde Prof. Dr. Joachim Grifka 2017 mit dem Oskar-Medizinpreis ausgezeichnet: Gemeinsam mit einer Forschungsgruppe der Universität Regensburg, hat er Online-Videos für ein Trainings- und Präventionsprogramm entwickelt, das sich nicht zuletzt durch die einprägsamen Übungsamen wie „King Kong“ oder „Rückenrodeo“ leicht in den Schulalltag integrieren lässt. Auf diese Weise werden Kindern, besonders in 5. und 6. Klassen, spielerisch Übungen für dynamisches Sitzen während des Unterrichts vermittelt. Diese Idee nahm Dr. Arne Björn-Jäger (Trier) zum Anlass und richtete die Aktion Rückenfit erstmalig an einer Grundschule in 5. und 6. Klassen aus, mit vollem Erfolg: „Inzwischen hat sich die Rückenaktion in Trier herumgesprochen, und ich habe Anfragen von Schulen bekommen, ob ich dort auch die Aktion durchführe. Ich bin von der Resonanz beeindruckt und merke, dass für dieses Thema ein großes allgemeines Interesse besteht. Die Schüler fanden es toll und haben aufmerksam mit viel Freude mitgemacht. Die gemeinsamen Übungen waren der Hit. Die Ziele, eine Sensibilisierung und ein Bewegungsbewusstsein zu schaffen, konnten voll erreicht werden.“

Den Bewegungsapparat als Einheit betrachten, steht nun auf der Agenda der Aktion Orthofit. Unterstützer können selbst wählen, welchen Schwerpunkt sie in den Schulen vermitteln und welche Altersgruppe sie betreuen. Die Webseite www.aktion-orthofit.de wird in diesem Jahr unter der bekannten Adresse nach optischer und vor allem inhaltlicher Überarbeitung nun grundlegend modernisiert und erneuert und soll den Unterstützern als Wegweiser und Inspiration dienen. Dr. Marcus Hausdorf vom Planungsteam: „Auch im Fokus der Neugestaltung soll die Anpassung der Inhalte an die Bedürfnisse der Zielgruppe sein. Die Erweiterung der Homepage soll sowohl die regelmäßigen Fußunterstützer zufriedenstellen und zusätzlich Raum für neue Inhalte geben.“

Die Aktionswoche bleibt weiterhin bestehen und ist für Ende November eingeplant. Schon auf der Frühjahrstagung des VSOU in Baden-Baden (30. April bis 2. Mai '20) soll das neue Konzept den Mitgliedern vorgestellt werden.

Janosch Kuno,
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU

Perspektive DVT – Diagnostik, Planung und Kontrolle bei der OSG-Arthrose-Therapie

Die digitale Volumentomographie (DVT) ist ein Schnittbildverfahren zur multiplanaren und dreidimensionalen Darstellung des aufgenommenen Volumens, welches in der Diagnostik und Therapieplanung einer schmerzhaften OSG-Arthrose zu einem etablierten Verfahren und festen Bestandteil geworden ist.^{1,2}

Die zur Diagnostik der OSG Arthrose erforderliche 3-D-Schnittbildgebung wurde mit dem digitalen Volumentomographen SCS MedSeries® H22 (Fa. SCS Sophisticated Computertomographic Solutions GmbH, Aschaffenburg) durchgeführt. Die Bildqualität des SCS DVT ist, u.a. infolge der sehr hohen isotropen Auflösung von 200 µm und vor dem Hintergrund der angewendeten Strahlenhygiene, von anderen Hochkontrast-Schnittbildgebungen, wie bspw. dem klassischen CT, unerreicht. Die hohe Strahlenhygiene wurde von der TH Mittelhessen, Institut für Medizinische Physik, unter der Leitung von Prof. Dr. Martin Fiebich nachgewiesen. Es wurde ermittelt, dass das SCS DVT eine pauschal um mindestens 50%, teilweise jedoch um bis zu 92% geringere effektive Strahlendosis im Vergleich zum klassischen CT besitzt.^{3,4,5,6} Es konnte weiterhin nachgewiesen werden, dass die Anwendung des SCS DVT bei einer Strahlendosis unterhalb der des 2-D-Projektionsröntgen in zwei Ebenen möglich ist.⁷

Infolge der hohen Bildqualität und -aussage, der hohen Strahlenhygiene und des neu verfassten, seit dem 01.01.2019 gültigen Strahlenschutzgesetz ergibt sich, insbesondere nach den §§ 6 und 8 StrlSchG, ein sehr breites Indikationsspektrum für das SCS DVT. Dies bedeutet, dass Orthopäden und Unfallchirurgen bei Einsatz des SCS DVT als Primärdiagnostik konform Ihrer Verpflichtung aus der genannten Gesetzgebung handeln, nachdem das geforderte, bestmögliche Nutzen-Risiko-Verhältnis für den Patienten (ALARA-Prinzip) in einem breiten Anwendungsfeld gewährleistet ist.

Gemäß den Zertifizierungsrichtlinien zum Zentrum der Maximal-Versorgung für Fuß und Sprunggelenk der D.A.F. (ZFSMax) beinhaltet die Diagnostik einer Sprunggelenksarthrose drei belastete Röntgenaufnahmen (OSG ap, Fuß ax. und lat). Zusätzlich sind entsprechende Aufnahmen des gesamten Beins (drei Aufnahmen; jeweils ap) und des Rückfußes nach Saltzman zur kompletten Diagnostik der Achsen indiziert (**Abb. 1**).⁸ Zusammengefasst sind bei der Standard-Diagnostik sieben Aufnahmen mittels 2-D-Projektionsröntgen erforderlich, die eine summierte Strahlenbelastung für den Patienten von 6,3 µSv ergeben.



Abb. 1 Basis Röntgenaufnahmen be OSG-Arthrose

Im klinischen Alltag hat sich die Anwendung des SCS DVT zur Abbildung des Gelenkstatus des OSG ohne Informationsverluste durch Projektionen zur Arthrosebeurteilung, ggf. additiv nach Kontrastmittelgabe in das Gelenk, in der Kombination mit einer Ganzbeinaufnahme zur präoperativen Planung etabliert. Bei dieser Form der Diagnostik werden drei Aufnahmen zur Abbildung des gesamten Beins mittels 2-D-Projektionsröntgen und eine DVT-Aufnahme durchgeführt. Dies resultiert in einer Strahlenbelastung für den Patienten von insgesamt 3,75 µSv, die somit, im Vergleich zu dem Diagnostikkonvolut ohne DVT, deutlich geringer ausfällt. (**Abb. 2**).

Bei der Kontrolluntersuchung von Endoprothesen wird das SCS DVT zur Lockerungsdiagnostik und Zystenbeurteilung, infolge der nahezu artefaktfreien Darstellung der Grenzflächen zwischen Knochen und Prothese, eingesetzt (**Abb. 3 & 4**).

Das SCS DVT wird in Klinik und Praxis mit vorliegender Fachkunde DVT entsprechend der Fachkunderichtlinie angewendet⁹ und trägt wesentlich zu einer differenzierten Diagnostik und OP-Planung im Fuß- und Sprunggelenksbereich bei. Als essentiell wichtige Funktion ermöglicht das SCS DVT Aufnahmen wahlweise unter Ent- oder Belastung, die mit vorliegender Fachkunde DVT von Orthopäden und Chirurgen eigenständig oder auf dessen Anweisung vom Röntgenassistentenpersonal erstellt werden können (**Abb. 5, 6 & 7**). Insgesamt benötigt eine Aufnahme im durchschnittlichen täglichen Einsatz ca. drei Minuten, bis die vom Arzt benötigten 3-D-Schnittbilder des SCS DVT in multiplanarer Darstellung am Befundmonitor angezeigt werden. Das breite Anwendungsfeld des SCS DVT zeigt den vielfältigen Nutzen des Systems als Hochkontrastbildgebung, die mit der komplementären MRT-Diagnostik als Weichteilbildgebung optimal ergänzt wird.¹⁰

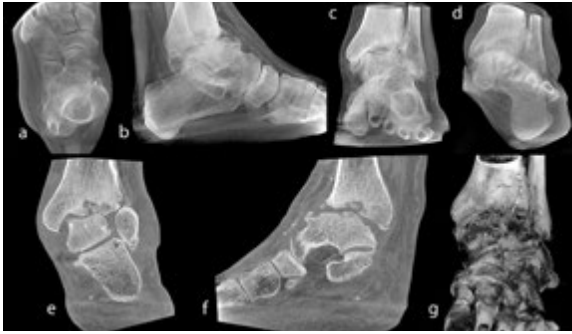


Abb. 2 Prä-OP Planung OSG-TEP, virtuelle Röntgenbilder (aus DVT-Aufnahmen errechnet) des OSG (a, b, c, d), DVT-Schnittbilder (e, f) und 3-D Darstellung (g)



Abb. 3 9-Jahres Kontrolle bei schmerzfreier OSG-TEP; Aufhellung im Talusbereich

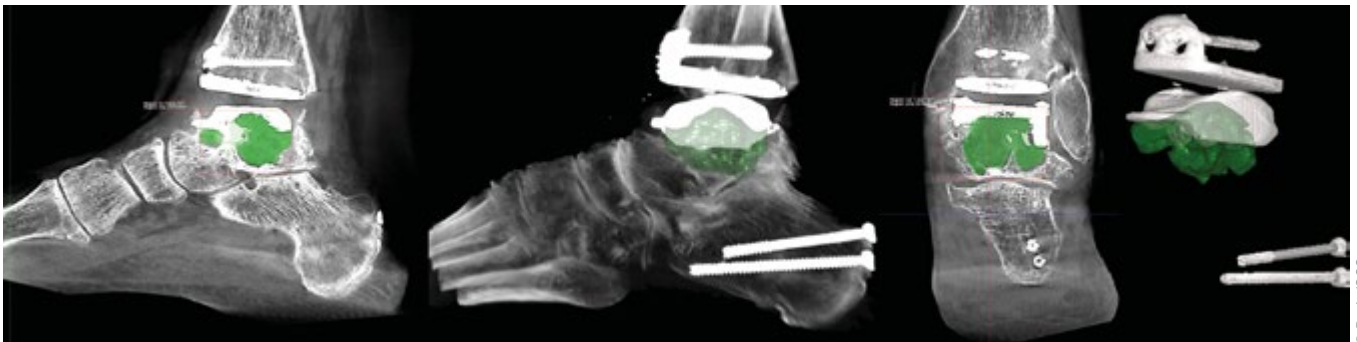


Abb. 4 DVT-OSG mit Darstellung der Talaren Zyste bei OSG-TEP

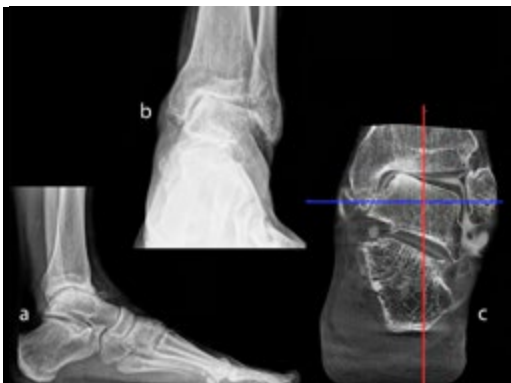


Abb. 5 Beurteilung OSG-Arthrose, Patient 49 Jahre, zur Planung einer Umstellungsosteotomie; konventionelles 2-D-Bild (a und b), DVT-Untersuchung mit Kontrastmittel (c)

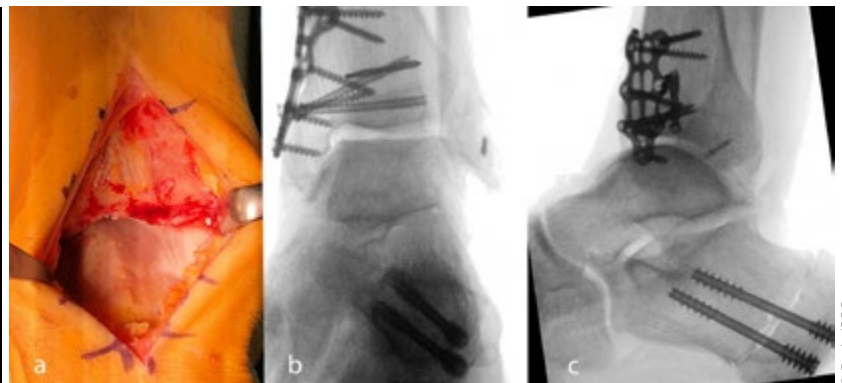


Abb. 6 Intra-operativer Situs bestätigt DVT-Befund (a); Durchleuchtungskontrolle (b und c)



Abb. 7 Aufnahme des OSG unter Belastung mit dem DVT SCS MedSeries® H22

Literatur

- 1 J. Petermann: Die digitale Volumentomographie – Fünf Jahre Erfahrung in einer unfall- und gelenkchirurgischen Praxis, CHAZ, 9. Heft, Dr. R. Kaden Verlag, 2018
- 2 https://www.bvou.net/aus-der-diagnostischen-kette-nicht-mehr-wegzudenken/?parent_cat=
- 3 Prof. Dr. M. Fiebich: 360-Grad-Betrachtung der DVT in der O&U – Höchste Strahlenshygiene in der 3-D-Hochkontrast-Extremitäten-Diagnostik, Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten, Ausgabe 3/19, 2019
- 4 Juha Koivisto, Timo Kiljunen, Jan Wolff, Mika Kortensniemi; Assessment of effective radiation dose of an extremity CBCT, MSCT and conventional X ray for knee area using MOSFET dosimeters. Radiat Prot Dosimetry 2013; 157 (4): 515–524. doi: 10.1093/rpd/nct162
- 5 Juha Koivisto, Timo Kiljunen, Nils Kadesjö, Xie-Qi Shi and Jan Wolff: Effective radiation dose of a MSCT, two CBCT and one conventional radiography device in the ankle region, Journal of Foot and Ankle Research (2015) 8:8
- 6 Juha Koivisto, Maureen van Eijnatten, Timo Kiljunen, Xie-Qi Shi, Jan Wolff; Effective Radiation Dose in the Wrist Resulting from a Radiographic Device, Two CBCT Devices and One MSCT Device: A Comparative Study, Radiation Protection Dosimetry, Volume 179, Issue 1, 1 April 2018, Pages 58–68
- 7 Neubauer J, Benndorf M, Reidelbach C, Krauß T, Lampert F, et al. (2016) Comparison of Diagnostic Accuracy of Radiation Dose-Equivalent Radiography, Multidetector Computed Tomography and Cone Beam Computed Tomography for Fractures of Adult Cadaveric Wrists. PLOS ONE 11(10): e0164859. doi: 10.1371/journal.pone.0164859
- 8 Barg A (2015) Conventional imaging of the hindfoot and Saltzman view: Review, Fuß & Sprunggelenk, Volume 13, Issue 2, Pages 58–77
- 9 Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin oder Zahnmedizin vom 22.12.2005
- 10 J. Pieczykolan: Kombination von digitaler Volumentomographie und der Magnetresonanztomographie, BVOU-Infobrief, Ausgabe 2/2019, Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V., 2019

Dr. med. Markus Preis, Aukamm-Klinik Wiesbaden

Neuerung der Strahlenschutzverordnung: Was ist wichtig für O und U?

Ende 2018 trat die revidierte Strahlenschutzordnung in Kraft. Für viele Bereiche in Medizin und Forschung ergaben sich daraus zusätzliche Änderungen aber auch Möglichkeiten. Was ist für das Fachgebiet O und U neu? Was ist für Kliniker und Niedergelassene interessant? Wir haben uns bei Medizinphysikexperte Dipl. Ing. Peter Starck vom Städtischen Klinikum Karlsruhe gGmbH Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie, erkundigt.



Dipl. Ing. Peter Starck,
Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH
Institut für diagnostische und interventionelle Radiologie

Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) und Strahlenschutzverordnung (StrlSchV): Könnten Sie einmal erklären, was es damit auf sich hat? Wo ist der Unterschied? Was ist neu?

Peter Starck: Das Strahlenschutzgesetz von 2017 trifft Regelungen zum Schutz des Menschen vor der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlung und bildet die Grundlage. Die Strahlenschutzverordnung ist als Ergänzung hiervon zu sehen. Sie erfuhr Ende 2018 eine Neuerung. Wenn man aus seinem Tätigkeitsbereich etwas wissen möchte, muss man sowohl das Strahlenschutzgesetz als auch die Strahlenschutzverordnung zu Rate ziehen. Das ist anders als früher, denn die alte Röntgen- und Strahlenschutzverordnung hat die Strahlentherapie und Nuklearmedizin damals noch getrennt. Neuerdings ist hier aber alles eingeflossen und befindet sich jetzt unter einem Dach.

Demnach hat man versucht, alle Berufsgruppen zusammen zu bringen?

Starck: Genau, ein Gesetz, beziehungsweise eine Verordnung, wo sich alle wiederfinden, auch die Menschen, die im Atomkraftwerk arbeiten, nur als Beispiel.

Das kann auch zu Verwirrung führen bei den einzelnen Regelungen und Bestimmungen, oder?

Starck: Ja. Man muss sich bzw. seine Berufsgruppe an der richtigen Stelle wiederfinden. Das war früher bei der Röntgenverordnung expliziter. Nun muss man doch in den einzelnen Kapiteln suchen und gucken, was zu beachten ist, wenn ich ein Röntgengerät beispielsweise als Strahlenschutzverantwortlicher betreibe.

Sie haben den Strahlenschutzverantwortlichen genannt. Wie steht er in Relation zum Strahlenschutzbeauftragten? Welche Neuigkeiten gibt es bezüglich dieser beiden Tätigkeiten?

Starck: Normalerweise übernimmt der Geschäftsführer, Praxisinhaber oder

Klinikdirektor vom Gesamtkrankenhaus die Rolle als Strahlenschutzverantwortlicher, da er die Röntgeneinrichtung betreibt. Er braucht zwar selbst keine Fachkunde im Strahlenschutz, hat aber die rechtliche Verantwortung. Zudem sorgt er für die Einhaltung der Vorschriften, stellt geeignete Räume, Ausrüstung und Geräte bereit und regelt das Vorgehen im Notfall. Der Strahlenschutzverantwortliche delegiert die Aufgaben und holt sich die Unterstützung eines Strahlenschutzbeauftragten ein. Dieser hingegen benötigt die spezielle Fachkunde im Strahlenschutz. Er überwacht und führt Tätigkeiten und Maßnahmen des betrieblichen Strahlenschutzes durch. Der Strahlenschutzbeauftragte ist weisungsbefugt, d. h., seinen Anweisungen müssen alle Beschäftigten folgen. Um es kurz zu machen: Jeder, der ein Röntgengerät betreibt, muss auch einen Strahlenschutzbeauftragten nennen. Von der Hierarchie steht der Strahlenschutzverantwortliche über dem Strahlenschutzbeauftragten. Was neu ist: Die Befugnisse und Pflichten des Strahlenschutzbeauftragten

wurden gestärkt. Er genießt einen Kündigungsschutz von einem Jahr und kann sich direkt an die Behörde wenden wenn es der Strahlenschutzverantwortliche nicht tut.

Welche Veränderungen und Auswirkungen hat das neue Strahlenschutzgesetz konkret mit sich gebracht, die für O und U interessant sein könnten?

Starck: Nehmen wir Röntgengeräte als Beispiel: Diese werden teilweise in Gemeinschaft genutzt, wie das beim Belegarzt der Fall ist. Dieser führt eigenständig Untersuchungen durch und muss das Gerät, das er bedient, entsprechend bei der Behörde melden (Anzeigeverfahren) und muss ebenfalls eine Art Abgrenzungsvertrag zwischen ihm und den Strahlenschutzverantwortlichen (SSV) machen. Konkret für das Fachgebiet O und U heißt das: Ein niedergelassener Orthopäde, der mit einer Klinik einen Kooperationsvertrag hat und im Krankenhaus Prothese einsetzt. Die Anzeige bei der Behörde als auch der Abgrenzungsvertrag zwischen den Strahlenschutzverantwortlichen muss bis zum 31.12.2019 erfolgen.

Was muss ich beachten, wenn ich eine eigene Praxis besitze und ein Röntgengerät, beziehungsweise einen Bildwandler oder einen DXA-Messer betreibe: Wird vom Gerätetyp her unterschieden?

Starck: Nein, das ist vom Gerätetyp unabhängig. Wenn das DXA-Gerät zeitweise eigenständig genutzt wird und Patienten untersucht werden, muss der Betreiber das ebenso bei der Behörde entsprechend anmelden, wie beispielsweise bei einem C-Bogen. Ausnahme: Es liegt ein Vertrag zu einer bestimmten Vertreterregelung vor.

Intervention, C-Bögen, DVT, DXA: Welche Neuerungen gibt es noch hinsichtlich des Gerätetyps?

Starck: Neu ist ein Aufsichtsprogramm durch die Behörde: Das Aufsichtspro-



gramm umfasst ein risikoorientiertes Aufsichtskonzept mit Vor-Ort-Begehungen. Das ist von Bundesland zu Bundesland anders, dürfte aber nicht groß voneinander abweichen. Unterschieden wird zwischen Hochdosisgeräten wie z. B. Computertomografie oder Durchleuchtung mit langen Interventionen, also wo viel Strahlung am Patienten angewendet wird, wo relativ lange Beleuchtungszeiten stattfinden oder wo das Personal drumherum einer Strahlenbelastung ausgesetzt sein kann. Für orthopädisches Röntgen, wie beispielsweise DXA-Messungen, ist das eher anlassbezogen und nicht auf ein bestimmtes Intervall definiert. Bei den C-Bögen im Vergleich, also mobile Durchleuchtungsgeräte im OP, sieht das anders aus: Hier ist ein Aufsichtsintervall von vier Jahren vorgeschlagen.

Wen muss ich aufsuchen, um das Aufsichtsprogramm in meinem Bundesland zu erfahren?

Starck: Hier ist der Ansprechpartner die Behörde, bei der ich das Röntgengerät auch melden muss. Bei uns in Baden-Württemberg gibt es beispielsweise Regierungspräsidien, die ein Referat Strahlenschutz haben, die dafür zuständig sind.

Welche Neuerungen gibt es bezüglich Diagnostischer Referenzwerte (DRW)?

Starck: Nach §85 des Strahlenschutzgesetzes sind sämtliche Überschreitungen eines DRWs zu begründen. Das betrifft das konventionelle Röntgen, also z. B. Skelettröntgen. Die Referenzwerte als Anhaltspunkt: Wie gut liegen die Dosiswerte in meiner Einrichtung zu den besagten Referenzwerten. Neu ist: Liege ich mit meinen Werten über den Referenzwerten, muss ich das laut Gesetzestext begründen. Interessant hierbei ist: Der Referenzwert ist jedoch lediglich als Durchschnittswert zu verstehen.

Warum muss ich, wenn ich den Wert im Individualfall toppe, diesen auch begründen?

Starck: Gute Frage. Da der DRW nicht für einzelne Untersuchungen definiert ist, sondern über eine größere Gesamtheit, ist aus unserer Sicht nicht jede einzelne, sondern die dauerhafte Überschreitung des DRWs zu dokumentieren. Dies wird übrigens inzwischen auch vom BMU (Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit)

und den ärztlichen Stellen so gesehen. Bis jetzt liegt aber hierfür noch keine rechtsverbindliche Klarstellung des BMU vor.

Können Sie ein Beispiel aus O und U hierfür nennen?

Starck: Wenn der Orthopäde beispielsweise eine Beckenaufnahme macht und er liegt über dem Referenzwert, dann muss er dies für diesen Patienten begründen. Das kann der Fall sein, wenn dieser z. B. übergewichtig ist. Da wir besonders im Beckenbereich sehr unterschiedlich gebaut sind, liegen viele Menschen dann über dem Referenzwert. Ratsam ist es, sich die letzten 20 Untersuchungen anzugucken, um herauszufinden, ob nicht ein strukturelles Problem dahintersteckt.

Welche Verhaltensempfehlungen oder Arbeitsanweisungen geben Sie bezüglich der Vorlage über ein Verfahren zur systematischen Erkennung und Bearbeitung von Vorkommnissen bei Anwendung ionisierender Strahlung? Was ist ein bedeutsames Vorkommnis?

Starck: Unter dem Paragraphen §105 der Strahlenschutzverordnung hat der Strahlenschutzverantwortliche dafür zu sorgen, dass Vorkommnisse frühzeitig erkannt und vermieden werden. In einfachen Worten: Es sollte ein aktives Qualitäts- und Risikomanagement betrieben werden. Ein Vorkommnis ist ein Ereignis in einer geplanten Expositionssituation, das zu einer unbeabsichtigten Exposition geführt hat, geführt haben könnte oder führen könnte. Kein Vorkommnis liegt vor, wenn das Ereignis für den Strahlenschutz nicht relevant ist. Generell gilt: Mitarbeiter sollten Probleme dokumentieren. Bedeutsame

Vorkommnisse sind meldepflichtig. Zum Beispiel: wenn eine bestimmte Dosis überschritten wird, wenn der falsche Patient geröntgt, eine Begleitperson zu stark bestrahlt wurde usw.

Was ist bezüglich der Überwachung der Expositionen zu beachten? Welche Rolle spielt ein Dosismanagementsystem und wer muss so etwas in der Praxis vorweisen können?

Starck: Dosismanagementsysteme sind Softwares, die die applizierte Strahlendosis von der Röntgeneinrichtung oder vom Bildarchiv übermittelt bekommen. Sie agieren als Monitoringsystem: Wo liegt mein Mittelwert für eine Bein-, Lungenaufnahme, wo für das Kniegelenk? Wird der Wert in Bezug zum Diagnostischen Referenzwert überschritten? Habe ich Ausreißer? Auch Meldeschwellen lassen sich definieren. Das Dosismanagementsystem wird empfohlen, ist aber gesetzlich nicht verpflichtend vorgeschrieben. Gefordert wird aber, dass man sich eine Struktur mit einer Übersicht über die applizierten Dosiswerte schafft.

Der Niedergelassene kann seine Werte aber durchaus auch per Hand durch die Röntgenassistenten dokumentieren lassen. Mittels Tabellenkalkulationssoftware kann man sich auch gut weiterhelfen. Sinn und Zweck ist einfach, dass der Gerätebetreiber sich kritisch mit seinen Dosiswerten auseinandersetzt, diese auch mit den Referenzwerten vergleichen kann.

Thema Medizinphysikexperte (MPE): Wann muss ein Medizinphysikexperte hinzugezogen werden und inwieweit hat sich das durch die Neuerungen geändert?

Starck: Der Medizinphysikexperte wird für dosisintensive Verfahren gefordert, beispielsweise für CT und Interventionsgeräte wie z. B. Angiographie-, Herzkatheteranlagen oder C-Bögen mit DSA-Modus (Digitale Subtraktionsangiographie). Bei der Geräteneuanschaffungen wird sofort ein Medizinphysikexperte gefordert. Für die Bestandsgeräte muss spätestens ab 2023 ein Medizinphysikexperte nachgemeldet werden. Grauzone sind die C-Bögen welche technisch hohe Untersuchungsdosen leisten können wie z. B. C-Bogen mit 3D-Aufnahmetechniken (Cone-Beam-Verfahren). Das betrifft in der Regel nicht die O und U. Aber: Fachärzte profitieren insofern, dass es nun Experten gibt, die man zu Rate ziehen kann. Also die Radiologie mit CT um die Ecke und so weiter, müssen ebenfalls einen Medizinphysikexperten haben.

Und hinsichtlich der Patienten? Wie werden die aufgeklärt?

Starck: In Praxis und Klinik muss man seiner Informationspflicht nachkommen. Das kann in Form von Broschüre und Postern geschehen. Das Bundesamt für Strahlenschutz bietet z. B. kostenlos eine redaktionell gut geschriebene Broschüre an.

Herr Starck, vielen Dank für das Gespräch.

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

↪ Informationsmaterial für Patienten kann heruntergeladen werden unter www.bvou.net, Stichwort:

»Strahlenschutzverordnung«



Wir trauern um unser Mitglied Roland Matthes



100 Meter Rücken. Die Erfolge wurden abgerundet durch die Staffel-Silbermedaillen 1968 und 1972 über 4×100 Meter Lagen und eine Bronze-Medaille über 4×100 Meter Freistil. Bei den Schwimmweltmeisterschaften 1973 in Belgrad wurde er der erste Weltmeister sowohl über 100 Meter als auch über 200 Meter Rücken. Außerdem konnte er mit der 4×100 Meter Lagenstaffel die Silber- und mit der 4×100 Meter Freistilstaffel die Bronze-Medaille gewinnen. 1975 konnte er

nochmals bei der Schwimm-WM in Cali (Kolumbien) über 100m Rücken die Goldmedaille gewinnen.

Roland Matthes war einer der großen olympischen Sportstars der DDR. Von 1967 bis 1971, 1973 und 1975 wurde er insgesamt sieben Mal zum DDR-Sportler des Jahres gewählt. Neben dem Schwimmsport studierte er Sportwissenschaften von 1970–1977 und beendete das Studium als Diplom-Sportlehrer. Danach studierte er von 1978–1984 Medizin in Jena und spezialisierte sich als Orthopäde.

Direkt nach der Wende ging der Orthopäde 1989 nach Kaiserslautern um im Jahr 1992 in Tauberbischofsheim bei Fechttrainer-Legende Emil Beck zu arbeiten. Dort kümmerte er sich medizinisch um die Mannschaft und um die physiologische Trainingssteuerung. 1995 hat er sich als Orthopäde in einer Praxis im unterfränkischen Markt-Heidenfeld niedergelassen 1981 wurde Roland Matthes in die International Swimming Hall of Fame in Fort Lauderdale (USA) aufgenommen und am 28. April 2006 folgte – als bis dahin erster DDR-Sportler – die Aufnahme in die Hall of Fame des Deutschen Sports.

Nach kurzer schwerer Krankheit verstarb er am 20. Dezember 2019 in Wertheim.

Unser tiefes Mitgefühl gilt seiner Frau Daniela und seiner Familie.

Wir werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren und ihn als ein großes Vorbild in Erinnerung behalten.

Prof. Dr. Alexander Beck
Geschäftsführender Vorstand des BVOU

Roland Matthes wurde am 17. November 1950 in der Stadt Pöbneck im Saale-Orla-Kreis (Thüringen) geboren. Er verstarb am 20. Dezember 2019 im unterfränkischen Wertheim.

Der ehemals niedergelassene Orthopäde gilt bis heute als der erfolgreichste Rückenschwimmer aller Zeiten, seine majestätische Eleganz brachte ihm den Spitznamen "Schwimm-Mozart" ein, für viele war Roland Matthes der "Rolls Royce des Schwimmens". Über sieben Jahre – von April 1967 bis August 1974 – ging er aus allen Wettbewerben über die Rückendistanzen (100 m und 200 m) als Sieger hervor. Er war ein virtuoser Rückenschwimmer und technisch seiner Zeit weit voraus. Er gewann nacheinander vier Europameister- und drei Weltmeisterschaften und schwamm zwischen 1967 und 1973 insgesamt 19 Welt- und 29 Europarekorde. Während dieser Zeit beherrschte er die Weltelite im Rückenschwimmen, doch seine Vielseitigkeit als Weltklassemchwimmer darf dabei nicht vergessen werden. Er war über längere Zeit Europarekordhalter über 100 Meter Freistil, 200 Meter Lagen und 100 Meter Schmetterling. Roland Matthes startete für den Schwimmverein SC Turbine Erfurt unter Trainerin Marlies Grohe. Als Olympiateilnehmer 1968 in Mexico-City, 1972 in München und 1976 in Montreal gewann er insgesamt acht Medaillen (4× Gold, 2× Silber, 2× Bronze), wobei es ihm bei den Olympischen Spielen 1968 und 1972 gelang jeweils die Goldmedaillen über 100 Meter und 200 Meter Rücken zu erschwimmen. 1976 gewann er zusätzlich noch die Bronze-Medaille über

ANOA bietet Goldstandard in der „Therapie von chronischen Rückenschmerzen“

Seit Ende 2019 wird der Klinikverbund Arbeitsgemeinschaft nicht operativer orthopädischer manualmedizinischer Akut-Kliniken (ANOA) von einem neuen Präsidenten gelenkt: Dr. Jan Holger Holtschmit, Chefarzt Konservative Orthopädie der Marienhausklinik St. Josef Losheim. Wir sprachen zum Anfang des neuen Jahres mit dem Präsidenten über aktuelle Herausforderungen und die Zukunft der nichtoperativen multimodalen Komplexbehandlung in Deutschland.

Herr Dr. Holtschmit, die ANOA hat sich in den vergangenen Jahren zu einer wahren Marke entwickelt. Was macht für Sie die Stärke der ANOA aus?

Holtschmit: Unsere wesentliche Stärke liegt sicherlich darin, dass wir DIE Institution sind, die das Thema multimodale Komplexbehandlung am Bewegungssystem in Deutschland vertritt. Oder anders gesagt: Wir sind schlichtweg der größte Player im Bereich der stationären Schmerztherapie des Bewegungssystems und der multimodalen Komplexbehandlung im Bereich der Orthopädie. Zudem richten wir unsere Aufmerksamkeit auch in Richtung rheumatologischer Komplexbehandlungen, um in Zukunft auch dieses Feld optimal abzudecken. Ein weiterer Pluspunkt der ANOA ist das sehr gute Miteinander innerhalb unserer Fachgesellschaft: Bei uns arbeiten Kollegen aus Kliniken in ganz Deutschland interdisziplinär intensiv zusammen und tauschen sich auf sämtlichen Ebenen offen aus. Innerhalb der ANOA, also in unseren 29 Kliniken, haben wir dank unseres multiprofes-

sionellen Ansatzes auch für unsere Patienten hervorragende personelle Voraussetzungen geschaffen: Wir arbeiten in interdisziplinären Teams aus Orthopäden, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Masseuren, Psychotherapeuten eng zusammen – und das nach einem individuell patientenzentrierten Behandlungskonzept.

Das kann in einer primär operativ ausgerichteten Klinikabteilung nicht geleistet werden. Für die nachhaltige Komplexbehandlung am Bewegungssystem ist ein Spezialistenteam unabkömmlich. Und genau das bietet eben die ANOA.

Die Krankenhauslandschaft befindet sich derzeit im Umbruch. Eine Entwicklung, die sicherlich auch die ANOA betrifft. Was sind Problemfelder, mit denen sich Ihr Klinikverbund aktuell konfrontiert sieht?

Holtschmit: Sie sprechen einen wunden Punkt an. Die Problemfelder sind im Moment leider omnipräsent. Besonders ins Gewicht fällt dabei, dass die Bundes-



Dr. Jan Holger Holtschmit (53) war seit 2015 als Vizepräsident für die ANOA tätig. Seit dem 22. November 2019 ist er Präsident des Klinikverbundes.

politik die Hürden für kleine Krankenhäuser heraufgeschraubt hat. Da viele ANOA-Häuser zu den kleinen und mittelgroßen Kliniken zählen, ist unser Verbund hiervon unmittelbar betroffen. Konkret gesagt: Das neue Reformgesetz des Medizinischen Dienstes, das am 1. Januar in Kraft getreten ist, hat den Medizinischen Dienst organisatorisch von den Krankenkassen gelöst und soll die Prüfung der Krankenhausabrechnung fortan einheitlicher und transparenter gestalten. Doch welche Auswirkungen dieses Gesetz de facto für die Kliniken haben wird, können wir bislang überhaupt nicht einschätzen. Die vorliegenden Fakten sprechen dafür, dass dieses Gesetz die Versorgung der Bevölkerung mit nichtoperativen Komplexbehandlungen als Alternative zu operativen Behandlungen gefährden kann: So erleben wir aktuell mit der angedrohten Schließung der Kliniken in St. Goar

und Oberwesel, wie stark sich die Rahmenbedingungen auf Bundesebene insbesondere für kleinere Häuser verschlechtern haben. Viele müssen urplötzlich um ihr wirtschaftliches Überleben kämpfen, trotz guter Arbeit und guter Auslastung. Ein weiteres Beispiel: zwei Kliniken in Hessen, auf die der Medizinische Dienst derzeit durch urplötzliche Änderungen seiner Abrechnungspraxis enormen Druck ausübt. Auch hier geht es um medizinische Versorgungsangebote und für diese Kliniken um ihre Existenz.

Hinzu kommt die Ausgliederung der Pflegekosten aus dem DRG-System. Was diese schlussendlich für die ANOA-Häuser bedeutet, können wir zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht ausmachen.

Ein weiterer Punkt, der Schmerzen wird, ist die Neuregelung der Notfallversorgung im Krankenhaus durch den gemeinsamen Bundesausschuss. Einige der ANOA-Kliniken werden in Zukunft nicht mehr an der Notfallversorgung teilnehmen können, was ebenfalls zu massiven finanziellen Einbußen für die betroffenen Häuser führen wird – und das, obwohl sämtliche Häuser dieselbe hochqualifizierte Leistung erbringen wie eh und je. Doch aufgrund der Neuregelung müssen nun Abschläge gezahlt werden. Insgesamt kommt also eine Flutwelle an potentiellen Belastungen auf uns zu. Eine, die das gesamte Krankenhaus-System in Deutschland erfassen und die Zukunft zahlreicher ANOA-Kliniken und somit auch der nichtoperativen multimodalen Schmerz- und Komplexbehandlung in Deutschland gefährden wird.

Das klingt nach einem äußerst unerfreulichen Szenario, in das Sie sich hier als neuer ANOA-Präsident mit Ihrer Fachgesellschaft begeben. Wie wollen Sie diesen komplexen Herausforderungen als Klinikverbund in naher Zukunft begegnen?

Holtschmit: Richtig, wir sehen uns hier ganz eindeutig mit einem unerfreulichen Szenario konfrontiert. Wir werden uns aber diesen Herausforderungen stellen. Angesichts der aktuellen Gesamtsitu-

ation möchte ich jetzt nicht darüber spekulieren, wo wir als ANOA und wo die multimodale stationäre Komplexbehandlung möglicherweise in zehn Jahren stehen. Das käme einem Blick in die Glaskugel gleich. Denn es gibt zudem noch andere Faktoren, die gerade unsere multiprofessionelle Arbeit nicht einfacher machen: Anders als andere Abteilungen im Krankenhaus, arbeiten wir in unseren Kliniken weniger mit hochkomplizierter Technik, sondern in erster Linie mit Manpower. Voraussetzung für die Behandlung nach dem ANOA-Konzept ist – wie bereits erwähnt – das Zusammenwirken eines interdisziplinären Teams. In diesem Kontext macht der aktuelle Pflegenotstand uns das Leben und das Einplanen unserer personellen Kapazitäten natürlich auch nicht leichter.

Doch es nützt natürlich rein gar nichts, die aktuell auf verschiedenen Ebenen unerfreulichen Entwicklungen zu beklagen und die Hände in den Schoß zu legen. Fakt ist: Seit nunmehr 16 Jahren behandeln die Kliniken der ANOA Patienten mit komplexen und multifaktoriellen Erkrankungen des Bewegungssystems sowie mit chronischen Schmerzerkrankungen. Das multidisziplinäre und multimodale Diagnostik- und Therapiekonzept wurde dabei stetig weiterentwickelt und die Erfolge unserer Komplexbehandlung sind mittlerweile durch vielfältige Studien belegt.

Ich sehe es daher als unsere zentrale Aufgabe, der Öffentlichkeit – also vorrangig der Politik, dem Medizinischen Dienst, den Krankenkassen und natürlich auch unseren Patienten – noch stärker vor Augen zu führen, was die ANOA und ihre Kliniken für das Gesundheitssystem und am Patienten leisten. Nochmal: Wir behandeln keine Patienten mit unkomplizierten Rückenschmerzen, denen zumeist mit einer ambulanten Behandlung gut geholfen werden kann. Patienten, die in unsere Akutkliniken kommen, haben in vielen Fällen bereits eine lange Krankenhauskarriere hinter sich. Sie leiden häufig unter massivsten akuten oder chronischen Schmerzen, die eine Vielzahl unterschiedlicher Einflussfaktoren aufwei-

sen und dadurch weder mit einer normalen Behandlung noch mit einer Operation behoben werden können. Diese Patienten benötigen innovative Behandlungsansätze im Bereich der orthopädischen Komplexbehandlung. Um ihnen nachhaltig zu helfen, brauchen wir in Deutschland das ANOA-Konzept! Heute und in der Zukunft. Denn ANOA bietet erwiesenermaßen Goldstandard in der Therapie von chronischen Rückenschmerzen.

Wir danken Ihnen für das Gespräch!

Das Interview führte
Natascha Kompatzki,
Pressebüro ANOA

Die 30 Kliniken der Arbeitsgemeinschaft nicht operativer orthopädischer manualmedizinischer Akut-Kliniken (ANOA) behandeln Patienten mit komplexen und multifaktoriellen Erkrankungen des Bewegungssystems sowie mit chronischen Schmerzerkrankungen. Dabei hat der Klinikverbund die Standards der Komplexbehandlung in der nichtoperativen Orthopädie in den vergangenen Jahren stark mitgeprägt: die ANOA hat ein mittlerweile wissenschaftlich anerkanntes Konzept entwickelt, ein Konzeptbuch vorgestellt sowie das Qualitätssiegel ANOA-Cert für Kliniken etabliert.

UEMS-Treffen: Einschnitte durch die Medical Device Direktive im Fokus

Bei dem UEMS-Treffen Sektion Orthopädie und Traumatologie (15.–16.11.19) in Wien, waren 19 Nationen vertreten. Per Kjærsgaard-Andersen berichtete von der Sicherstellung des neuen europäischen Rechtsrahmens für Medizinprodukte, der für die Hersteller von Medizinprodukten zum 26. Mai verbindlich wird. Doch auch andere Themen standen auf der Tagesordnung.

Für das gastgebende Land gab Prof. Dr. Windhager, Ordinarius für Orthopädie und Traumatologie der Universität Wien, einen Überblick über die Entwicklung der Orthopädie in Österreich. Die derzeitige Situation ist davon geprägt, dass regierungsseitig 2013 die Zusammenlegung von O und U angeordnet wurde.

Prof. Jorge Mineiro, Vorsitzender des EBOT-Prüfungsausschusses, berichtete über das europäische Examen, das zunehmend von Mitgliedsstaaten als nationales Facharzt-Examen anerkannt wird. Die Zahl der Teilnehmer für die orthopädisch-traumatologische Prüfung steigt kontinuierlich. Während die schriftliche Prüfung stets in Englisch ist, wird die mündliche Prüfung in den Mitgliedsländern Frankreich, Spanien und Italien in der Landessprache durchgeführt. Diese Länder haben das EBOT-Examen auch als nationale Facharzt-Prüfung anerkannt.

Dietrich Bornemann referierte über die Akkreditierung von Veranstaltungen über die UEMS. Dies sind mittlerweile 2000 Meldungen pro Jahr. Zusätzlich wurden für 2019 bislang 113 E-Learning-Module zertifiziert. Die Zertifizierung von Kursen betrifft zu 88% solche in Europa, zu 12% außerhalb. Dr. Andreas Tanos, Zypern, berichtete als Sekretär der Sektion Orthopädie und Traumatologie von der nun überarbeiteten Homepage. Dabei dankte er ausdrücklich Dietrich Bornemann und Günter Abt für die Betreuung der Website, mit Unterstützung des BVOU.

Folgen der MDR

- ▶ Zahl der am Markt befindlichen Implantate wird sinken
- ▶ Mangel an Implantaten
- ▶ vertraute Produkte werden vom Markt verschwinden
- ▶ Preis für Produkte wird signifikant steigen
- ▶ nicht zielführende Studien werden durchgeführt werden müssen
- ▶ betrifft alle Elemente: auch Nägel, Schrauben, Instrumente u. a.



Einführung der MDR rückt näher

Per Kjærsgaard-Andersen, Immediate Past President der EFORT, hielt einen Vortrag über die anstehenden Probleme durch die medical device regulation (MDR). Die Grundlagen für das CE-Zertifikat wurden 1985 mit einer Direktive (85/C 136/01) gelegt. Damit wurde sichergestellt, dass Implantate, Instrumente, etc., über Zulassungsbehörden genehmigt werden müssen, bevor sie in den Markt kommen. Bereits seit 2008 hat die Europäische Kommission über Konkretisierungen diskutiert, die aufgrund der Probleme mit Brust-Implantaten verschärft wurden und Grundlage für die jetzige gesetzliche Vorgabe der MDR sind. Im April 2017 wurde die gesetzliche Grundlage beschlossen (2017-745). Danach sind sämtliche Implantate, Instrumente und andere Produkte, wie Geräte, Orthesen, ja jede Nadel, in ihrer Anwendung zu prüfen und mit der Vergabe einer neuen CE-Kennzeichnung über die Europäische Kommission zu genehmigen. Das Gesetz tritt zum 26. Mai 2020 in Kraft. Angemeldete Produkte können noch bis zum 25. Mai 2024 unter der alten Regelung in den Markt gebracht werden. Allerdings ist davon auszugehen, dass es erhebliche Verzögerungen bei der Zertifizierung geben wird, weil für die neue Prüfung nach MDR in ganz Europa nur drei Zulassungsstellen akkreditiert sind. 2024 dürfen solche Produkte, die nicht nach der neuen MDR-Vorgabe zertifiziert sind, nicht mehr in den Markt kommen. Dies bedeutet, dass insbesondere kleine europäische Firmen ihre Produkte aufgeben werden. Es wird zwangsläufig so sein, dass preiswerte Produkte vom Markt genommen werden, weil sich für diese aufwändige Zertifizierung und Evaluierung sowie Reevaluierung alle fünf Jahre nicht lohnt. Dies betrifft also auch beispielsweise Schrauben für die Osteosynthese oder kleinere, preiswerte Implantate. Zwangsläufig wird damit ein Shift zu größeren internationalen Firmen, vor allem US-amerikanischen, stattfinden, die sich dieser Überregulation durch die gesetzliche Vorgabe leichter stellen können. Es sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich nicht nur um Krankenhausprodukte handeln wird, sondern genauso um die üblichen Produkte und Gerätschaften im ambulanten medizinischen Bereich.

Prof. Dr. Joachim Grifka
Dietrich Bornemann

Sicher an die TI anschließen

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

Ferner liegt nunmehr eine erste sozialgerichtliche Entscheidung vor, die zum einen Verstoß der Telematikinfrastruktur gegen Datenschutzrecht ablehnt sowie die Art und Höhe der Kostenerstattung bei der Anschlusspflicht als rechtmäßig sowie die Kostenbeteiligung der Vertragsärzte hieran als zumutbar und verfassungsgemäß einstuft (vgl. SG München, Beschluss v. 22.03.2019 – S 38 KA 52/19 ER). Eine der Grundbefürchtungen des Gesamtvorstandes, dass Praxen für Datenschutzpannen der Telematikinfrastruktur haftbar sind, wurde von der Gematik und der KBV ausgeräumt. Gleichzeitig bietet die TI bei korrektem Anschluss und Betrieb ein deutliches Mehr an Sicherheit als viele aktuelle Installationsvarianten von Praxis-EDV-Systemen mit Anbindung ans Internet.

Des Weiteren drückt der Gesetzgeber aufs Tempo bei der Digitalisierung des Gesundheitssystems und schafft mit der TI, dem TSVG sowie dem im Referentenentwurf vorliegenden „Digitale Versorgung Gesetz“ den rechtlichen Rahmen für die Einführung klar definierter digitaler Anwendungsszenarien im deutschen Gesundheitssystem. Diesen Anforderungen müssen sich die Vertragsärzte und auch die Mitglieder des BVOU stellen. Wer sich dem Anschluss an die Telematikinfrastruktur weiter verweigert, wird spätestens ab dem Jahr 2022 von vielen Entwicklungen und Kommunikationspfaden abgehängt und hat mit weiteren Sanktionen zu rechnen, als die aktuell angedrohten Honorarkürzungen. Der geschäftsführende Vorstand des BVOU empfiehlt in Anbetracht dieser aktuellen Entwicklungen den BVOU-Mitgliedern den Anschluss an die Telematikinfrastruktur.

Sollten in der eigenen Praxis-IT-Infrastruktur umfangreichere Sicherheitsmaßnahmen nachzurüsten sein, kann vorübergehend die Installation der Kiosk- bzw. Stand-Alone-Variante der TI erwogen werden, um die gesetzten Fristen zur Anbindung an die TI einzuhalten. Mittelfristig

sollte jedoch eine der folgenden empfohlenen Installationsvarianten eingeführt werden, um an allen zukünftigen digitalen Diensten teilnehmen zu können, die über die TI eingeführt werden sollen.

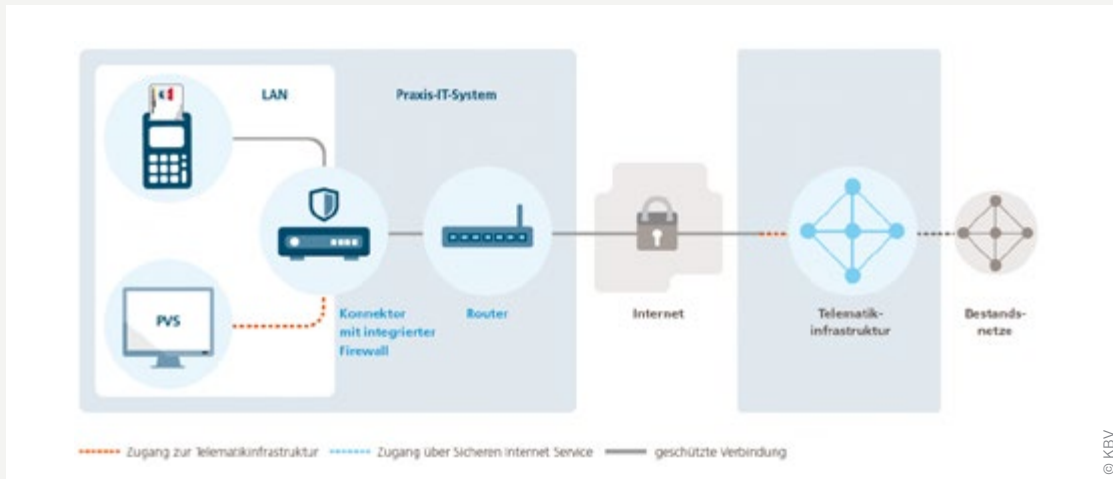
Anschlussvarianten an die TI

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

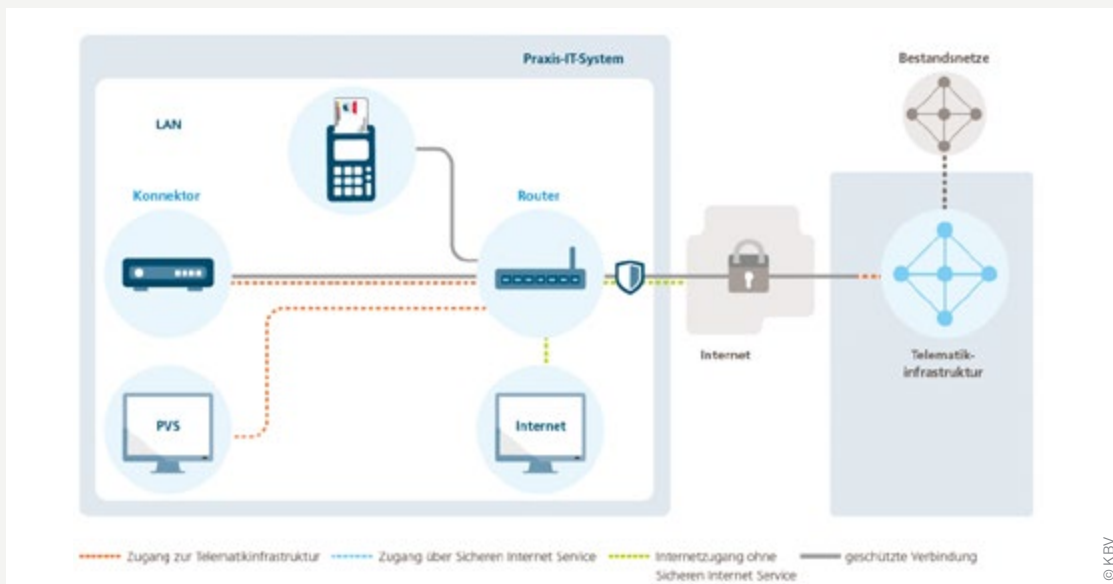
Nach diesen Informationen ist die Installationsvariante „Reihenbetrieb“ als sicherste Installation einzuschätzen, da die gesamte Praxis durch den Konnektor und die ausschließliche Anbindung an die TI optimal geschützt wird. Über den Konnektor ist zusätzlich die Anbindung an das KV Safenet und weitere sichere Internetdienste möglich. Diese Installation bietet ein Plus an Sicherheit im Vergleich zur Internetanbindung einer Praxis über einen normalen Router wie z. B. die FritzBox mit oder ohne zusätzlicher Firewall. Einschränkend muss festgestellt werden, dass jede Praxis überprüfen sollte, ob mit dieser Installation alle zuvor genutzten Installationen (Fernwartung, Remote-Zugriffe u.ä.) weiter im gleichen Umfang nutzbar sind. Hier sollte ggf. der Praxis-EDV-Dienstleister nachbessern, um höchste Sicherheitsstandards zu gewährleisten.

Auch im sogenannten „Parallelbetrieb“ ist die Praxis-EDV abgesichert, wenn sich die Praxis (wie bislang auch) selbst um Sicherheitsmaßnahmen wie Firewall und Virenschutz kümmert. Werden diese Sicherheitsmaßnahmen durch die Praxis als Netzwerkbetreiber nicht ergriffen, ist die Praxis-EDV ebenso wie bereits vor dem Anschluss an die TI gefährdet und ggf. Hackerangriffen ausgesetzt. Die Praxis verstößt damit gegen die DSGVO, weil sie die erforderlichen Technisch-Organisatorischen Maßnahmen (TOM) zum Schutz von Patientendaten nicht ausreichend ergriffen hat. Dies hat jedoch nichts mit dem Anschluss an die TI zu tun und liegt wie vor der TI-Anbindung im Verantwortungsbereich der Praxis selbst.

PCs oder Netzwerkteile, die an das Internet über einen normalen Router etc. angeschlossen sind, sollten physisch vollständig von der Praxis-EDV und der TI getrennt werden.



Sicherste Variante:
 Reihenschaltung des TI-Konnektors ohne Anbindung der Praxis-IT ans „normale“ Internet



Potentiell unsichere Variante: Parallelbetrieb erfordert zusätzliche Absicherung der IT-Infrastruktur in Verantwortung der Praxis (z. B. Firewall, Antivirus, eigener Mailserver etc.)

Damit ist der Zugriff auf Patientendaten auch für den Fall eines erfolgreichen Hackerangriffs ausgeschlossen. Dieses Szenario kann beispielsweise durch die Installation eines zusätzlichen WLAN erreicht werden, das über einen separaten Router ans Internet angebunden ist. Über einen solchen Kanal sollten auch Digitalisierungsprojekte wie Videosprechstunde und Online-Terminvergabe in der Praxis installiert werden.

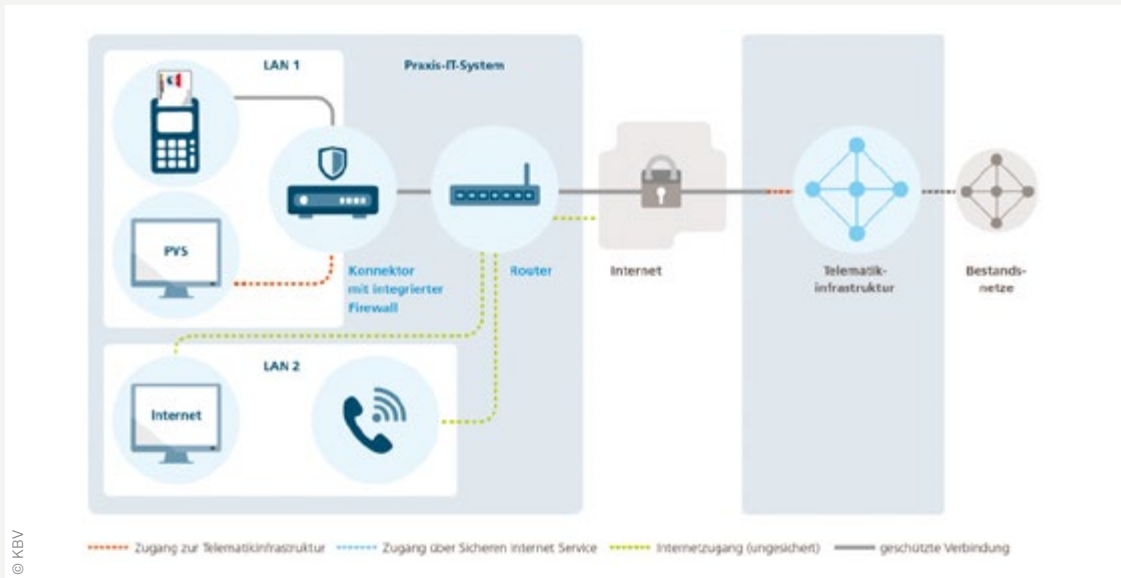
Bei dieser Anschlussvariante ist die TI vollständig von der bereits existierenden Praxis-EDV getrennt. Mit dieser Variante kann lediglich die Online-Prüfung der Versichertenstammdaten erfolgen. Dadurch ändert sich das Sicherheitsniveau der bisherigen Praxis-Installation nicht, schneidet die Praxis aber von allen zukünftigen Anwendungen der TI ab, wie z. B. elektronische AU, eRezept, eArztbrief und elektronische Patientenakten.

Deshalb ist diese Installationsvariante lediglich als kurzfristige Übergangsvariante zu empfehlen, beispielsweise bis die gesamte Praxis-EDV mit den erforderlichen Sicherheitsmaßnahmen für einen Parallelbetrieb ausgerüstet ist.

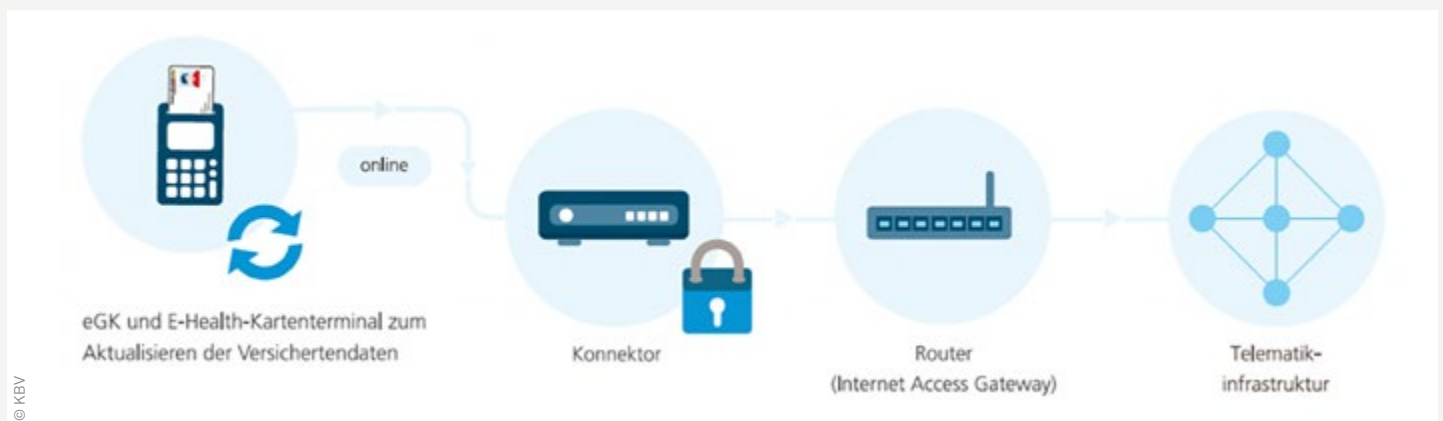
Digitalisierung kommt und basiert auf der TI

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

Dafür ist eine gesonderte Vergütung ebenso vorgesehen wie weitere Sanktionen bei Nichtanbindung an



Netztrennung bei gleichzeitiger Internet-Nutzung: Hier ist die Praxis-EDV hinter dem Konnektor geschützt während Internet-Rechner in einem separaten Netzwerk arbeiten.



Kioskbetrieb: Kartenterminal wird unabhängig von der Praxis-EDV genutzt

die TI. Weitere digitale Anwendungen im Gesundheitssystem wie die elektronische AU, das eRezept und der eArztbrief, eine vom „normalen“ Internet abgekoppelte elektronische Post zwischen Ärzten, werden ausschließlich auf der Telematikinfrastruktur aufsetzen.

Die KBV schafft die Grundlagen für eine sichere digitale E-Mail-Kommunikation zwischen Ärzten und Praxen, die auf der TI basiert und in die Praxis-EDV-Systeme integriert werden soll. So kann in Kombination mit den oben beschriebenen sicheren Anschlussvarianten an die TI sichergestellt werden, dass das Haupteinfallstor für Hackerangriffe auf Praxen und Kliniken verschlossen wird: E-Mails mit infizierten Anhängen, über die z. B. die sogenannten Kryptotrojaner in Praxisnetzwerke eingeschleust werden. Diese verschlüsseln dann die gesamten Praxis- und Patientendaten, was Grundlage für

Erpressungen durch Cyberkriminelle und erhebliche Schäden ist.

Geschäftsführender Vorstand des BVOU

Weiterführende Informationen

1. Informationen von KBV und Gematik zur Haftung bei Datenmängeln der TI: https://www.kbv.de/html/1150_41119.php
2. Informationsblatt der Gematik zu Betriebsarten des Konnektors: https://fachportal.gematik.de/fileadmin/user_upload/fachportal/files/Service/Anschluss_medizinischer_Einrichtungen_an_die_Telematikinfrastruktur__DVO_/Informationsblatt_Betriebsarten-Konnektor_V1.0.0.pdf
3. Praxisinformationen der KBV zu TI-Installationsvarianten: https://www.kbv.de/media/sp/PraxisInfo_TI_Installationsvarianten.pdf
4. Zentrale Informatinsseite der KBV zur Telematikinfrastruktur: <https://www.kbv.de/html/telematikinfrastruktur.php>

Orthinform-News integrieren: O und U-Fachbeiträge für die eigene Homepage

Das BVOU-Patientenportal Orthinform wird monatlich von ca. 100.000 Nutzern besucht und bietet mit seinem Mix aus Gesundheitsinformationen rund um den Bewegungsapparat und einer differenzierten Arztempfehlung alles, was informierte Patienten heute von einer seriösen Gesundheitswebseite erwarten. Ausgewählte Inhalte können nun auch in die eigene Homepage integriert werden.

Das Redaktionsteam von Orthinform erstellt kontinuierlich neue Fachbeiträge zu allen Themen in Orthopädie und Unfallchirurgie und wird dabei von vielen BVOU-Mitgliedern aktiv unterstützt. Die Artikel sind für interessierte Laien geschrieben, leicht verständlich und richten sich an Patienten und ihre Angehörigen.

Orthinform repräsentiert damit die starke Gemeinschaft der deutschen Orthopäden und Unfallchirurgen und deckt alle Themenbereiche, von der Prävention über Diagnostik und Therapie bis hin zur Rehabilitation ab. Orthinform informiert über das breite Spektrum der ambulanten und stationären Versorgung in O&U und verknüpft diese Informationen mit der Präsentation des Leistungsspektrums von Fachärztinnen und Fachärzten vor Ort.

Orthinform-Nutzer erhalten – passend zu Fachbeiträgen – Fachärztinnen und Fachärzte in ihrer Umgebung angezeigt, die sich mit dem gerade gelesenen Thema befassen. Liest ein Orthinform-Nutzer z. B. den Beitrag zum Kniebinnenschaden, werden ihm passend zu seinem Standort Kolleginnen und Kollegen wegen Doppelung „aufgelistet“, die sich mit Knieverletzungen befassen. Ein Nutzer in Berlin sieht dabei andere Ärzte als ein Orthinform-Besucher in München oder Köln. Einzige Voraussetzung ist, dass das persönliche Arztprofil entsprechend gepflegt ist und ein Profilbild enthält. Damit kann jeder Kollege selbst steuern, mit welchen Krankheiten, diagnostischen Verfahren und Therapiemaßnahmen er auf Orthinform verknüpft wird.

Orthinform-Inhalte für die eigene Homepage

Ein neuer exklusiver Service für alle Kolleginnen und Kollegen, die auf Orthinform mit einem persönlichen Profil vertreten sind, ist die Nutzung von Fachbeiträgen auf der eigenen Homepage. Diese können über ein sog. Widget eingebunden werden.

The screenshot shows the Orthinform website interface. At the top, there is a navigation bar with links for 'TEAM & PRAXIS', 'PATIENTENINFO', 'KRANKHEITENLEIDER', 'UNSERE LEISTUNGEN', 'AKTUELLE & WISSENSCHAFT', and 'SUCHEN'. Below the navigation is a large group photo of the medical staff. The main content area features a headline: 'Individuelle Medizin von den Spezialisten für Orthopädie und Unfallchirurgie.' Below this, there is a short paragraph about individualized medicine and a section titled 'Aktuelle Patientenzinformationen' with four sub-articles: 'Schlaf', 'Das Knie mit dem Kreuzband', 'Karpaltunnelsyndrom: Operieren oder nicht?', and 'Warnzeichen für einen Bandscheiben-Vorfall'. At the bottom of the page, contact information for the Ortho-Zentrum is provided.

Orthinform-Nutzer können so ihre eigene Homepage ständig mit neuen und interessanten Informationen versehen, ohne ständig selbst Beiträge schreiben zu müssen. Ist das News-Widget einmal integriert, zeigt es automatisch die neuesten Beiträge aus den gewünschten Rubriken des Bereiches „Patienteninformationen“ von Orthinform auf der eigenen Webseite an.

Dabei kann jeder Facharzt selbst entscheiden, welche und wie viele Beiträge von Orthinform er in die Homepage der eigenen Praxis oder Klinik integrieren möchte.

Um dieses Angebot zu nutzen, klicken Sie nach dem Login in Orthinform auf den neuen Menüeintrag „News-Widget“ im Dashboard. Dort können Sie zunächst einstellen, wie viele Beiträge aus welchen Rubriken von Orthinform auf Ihrer Homepage angezeigt werden sollen. Es kann nur ein Beitrag sein, aber auch eine ganze Zeile mit zwei oder vier Beiträgen.

Nachdem Sie die Einstellungen vorgenommen haben, kopieren Sie den angezeigten Code. Dieser muss dann nur noch in Ihre Homepage integriert werden, um die Inhalte von Orthinform bei jedem Aufruf Ihrer Webseite anzuzeigen.

Orthinform

ARZTSUCHE DIAGNOSE-ASSISTENT LEXIKON PATIENTENINFORMATIONEN ÜBER ORTHINFORM

Startseite / Arztsuche

Ihr Dashboard

- News-Widget
- BVOU-Vorteile
- Profil bearbeiten
- Profil ansehen
- BVOU-Stammdaten bearbeiten

Orthinform-Patienteninformationen für Ihre Homepage

Integrieren Sie aktuelle News aus Orthinform in Ihre Praxis-Homepage. Damit bieten Sie den Besuchern Ihrer Webseite stets aktuelle Informationen rund um den Bewegungsapparat. Für Sie als BVOU-Mitglied ist dieser Service kostenfrei nutzbar.

Fügen Sie einfach folgenden Code an der gewünschten Stelle auf Ihrer Homepage:

```
<div id="orthinform-widget" data-root="5170">
</div> <script async
src="https://orthinform.de/js/widget_nls.js"
</script>
```

Bitte wenden Sie sich an den Dienstleister, der Ihre Webseite betreut. Er wird den obigen Code in Ihre Homepage integrieren und schon werden an dieser Stelle die letzten 4 News von Orthinform angezeigt.

Ein Dienstleistung des BVOU Bundesverband für Orthopädie und Unfallchirurgie

Patienteninformationen Kontakt Aktuelle Standort Berlin Datenschutz Nutzungsbedingungen Impressum

Dashboard Logout

Aktuelle Inhalte von Orthinform können Sie mit dem neuen News-Widget einfach in die eigene Homepage integrieren. Kopieren Sie dazu nach der Konfiguration des Widgets den angezeigten Code und integrieren Sie diesen in Ihre Homepage.

Selbst Beiträge auf Orthinform verfassen

Möchten Sie selbst aktiv werden und Beiträge auf Orthinform schreiben? Sie stärken damit unsere gemeinsamen Anstrengungen, im deutschsprachigen Internet zum Meinungsführer für Gesundheitsinformationen in Orthopädie und Unfallchirurgie zu werden.

»Helfen Sie mit, denn als Gemeinschaft sind wir stark.«

Senden Sie uns Ihre Ideen und Beiträge gern zu. Wir werden sie patientengerecht aufbereiten, ggf. mit aussagekräftigen Bildern und Grafiken versehen und auf Orthinform veröffentlichen. Als Autor werden Sie im Artikel benannt und der Beitrag mit Ihrem Orthinform-Profil verknüpft.

Ihre Fachbeiträge werden außerdem in Ihrem persönlichen Orthinform-Profil angezeigt. In Kombination mit einem gut gestalteten Profil+, das neben der eigenen Fachexpertise und Sprechzeiten auch Bilder, Videos sowie Links zu Online-Terminvergabe und Videosprechstunde enthalten kann, ersetzt dieses Angebot schon fast die eigene Homepage.

So werden Sie von jedem Leser als Experte wahrgenommen und steigern Ihre persönliche Reputation im Internet.

Ihr persönliches Orthinform-Profil kann mehr: Profil+

Als aktiver Nutzer von Orthinform steigern Sie Ihre Reputation im Internet und werden bei Suchanfragen auf Orthinform und bei Google leichter gefunden.

Ein vollständig ausgefülltes Profil ist Bedingung für eine erfolgreiche Präsentation des eigenen Leistungsspektrums auf Orthinform. Mit einem guten Profilbild, ausgefüllten Spezialisierungen sowie Informationen zu Sprechzeiten und Erreichbarkeit, legen Sie den Grundstein.

Orthinform bedankt sich bei Vorliegen dieser Voraussetzungen mit der Freischaltung der Profil+ Ansicht. Hier können Sie zusätzlich eine Bildergalerie und Videos hochladen sowie eine eigene Beschreibung ihrer Expertise und Schwerpunkte verfassen.

Für Gemeinschaftspraxen, MVZ und Kliniken existiert außerdem ein Profil+ für Institutionen. Hier können zusätzlich Informationen zu Ihrem Team und der Einrichtung hinterlegt werden.

Nutzen Sie diesen kostenfreien Service und heben Sie sich von anderen ab. Bei uns steht nicht oberster Stelle, wer das meiste bezahlt, sondern wer sich aktiv einbringt.

Sollten Sie nicht ausreichend Zeit haben, unterstützt Sie unser Profilservice gern bei der Erstellung eines aussagekräftigen Orthinform-Eintrages. Gegen eine geringe Servicepauschale kümmern wir uns um alles und stellen Ihre Informationen in Orthinform zur Verfügung.

Dr. Jörg Ansoarg
Geschäftsführer des BVOU

EBM 1.4.2020 – wer sein RLV nicht ausfüllt, wird verlieren!

Am 1.4. kommt die neue „kleine“ EBM-Reform. Über den Sinn, oder besser Unsinn, lässt sich lange diskutieren, das soll aber nicht Anlass dieses Schreibens sein. Was jetzt noch zu beachten ist: Ein kleiner Überblick.

Technische Leistungen (Röntgen, Sonographie) wurden gemäß politischer Vorgabe abgewertet, Leistungen mit bisher falsch-hoch kalkuliertem Zeitbedarf (z. B. Akupunktur) einschließlich deren Plausizeiten nach unten korrigiert, andere mit Gesprächsinhalten werden aufgewertet (Ordinationspauschalen, fixierende Verbände). Ambulante Operationen werden nicht verändert. Die Veränderungen sind insgesamt überschaubar.

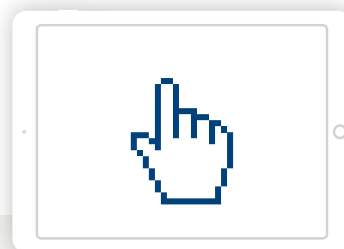
In Baden-Württemberg hat die Kassenärztliche Vereinigung (KV) verschiedene Berechnungen durchgeführt, für das Fach Orthopädie soll es ein Plus von 0,4% geben (auch darüber kann man lange diskutieren). In anderen Bundesländern verhält es sich je nach Honorarverteilungsmaßstab (HVM) wohl mehr oder weniger ähnlich.

Fazit daraus in Baden-Württemberg: Wer bisher und weiterhin sein Regelleistungsvolumen (RLV) ausfüllt, wird KEINE signifikante Veränderung in seiner Abrechnung feststellen. Wer sein RLV bisher NICHT ausfüllt, wird je nach Honorarverteilungsregelung (HVM) in der Landes-KV eine Reduktion hinnehmen müssen. Zahlen der KV zeigen, dass immerhin ca. 25% aller Kolleginnen und Kollegen aus O und U in Baden-Württemberg ihr RLV nicht ausschöpfen. Ähnliche Zahlen gibt es auch aus anderen Bundesländern. So richtig nachzuvollziehen ist das nicht. Also bitte korrekt UND vollständig die erbrachten Leistungen abrechnen, ggf. Leistungsspektrum anpassen. Dann wird die Reform 2020 für die meisten Praxen ein Nullsummenspiel sein, ggf. nach Simulationsberechnungen ein leichtes Plus.

Bitte fragen Sie nicht nach dem Sinn dieser „punktsommen-neutralen“ EBM-Reform. Der Fehler liegt in der Vergangenheit (Dr. Andreas Köhler, KBV), die derzeitige KV Administration im Land und im Bund hat das, so gut es geht, den gesetzlichen Vorgaben und den vertraglichen Vorgaben genügend, möglichst neutral und ohne Verteilungskampf zwischen den Fachgruppen sinnvoll umgesetzt. Ziel des BVOU wird sein, bei der nächsten, nicht mehr unter dem eisernen Prädikat der Punkt-

summenneutralität stehenden EBM-Reform auch wieder mehr Honorar für unser Fachgebiet zu erreichen. Die Notwendigkeit einer alternativen Honorierungsart, z. B. Selektivverträge mit festen Preisen, wird uns durch dieses „Schräubchen drehen“ allen wieder bewusst. Als Orthopäden und Unfallchirurgen sollten wir es als Privileg schätzen, dass wir zumindest in bestimmten Regionen und bei bestimmten Erkrankungen solche Verträge haben. Falls Sie hierzu Fragen haben, bitte per Email an selektiv@bvou.de.

Zudem bitte ich um Beachtung, dass die TSVG-Vorgaben umgesetzt werden sollten. Einerseits sollte die verpflichtende Kodierung der neuen Patienten (99873E) (diese Patienten können relativ leicht von KV und Kasse identifiziert werden) und der Patienten ohne Termin (99873O), der Termin-Servicestellen-Patienten (TSS) (99873T) und der hausarztvermittelten Termine (99873H) Ihr Augenmerk haben, andererseits führt die Kodierung dieser Patienten dazu, dass Sie im nächsten Jahr ein reduziertes RLV haben werden. Siehe auch Mitteilungen zum Thema in der Vergangenheit. Eine Kontaktaufnahme mit den Landesvorsitzenden wird empfohlen. Für Neupraxen und Praxisänderungen gibt es besondere Vorgaben, hier bitte KV anfragen.



→ Ausführliche Informationen zu strukturellen Änderungen und Entwicklungen unter:

bit.ly/2twSISR

EBM-Reform: Übersicht der Auswirkungen je Fachgruppe ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN – Orthopädie

GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
18211	Grundpauschale 6.–59. Lebensjahr	192	182
18212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	222	210
30791	Durchführung einer Körperakupunktur	166	212
18331	Zusatzpauschale Diagnostik und/oder Behandlung von degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	168	168
18311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und bei Erwachsenen	218	217
18220	Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung	31	31
34221	Aufnahmen von Teilen der Wirbelsäule	140	152
30201	Chirotherapeutischer Eingriff an der Wirbelsäule	71	71
30790	Eingangsdiagnostik und Abschlussuntersuchung zur Behandlung mittels Körperakupunktur	516	470

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: +0,7 Prozent

- ▶ Insgesamt ergeben sich wenige Änderungen für die Fachgruppe Orthopädie.
- ▶ Perspektivisch wird eine Zusammenlegung der Kapitel 7 und 18 angestrebt.
- ▶ In der aktuellen EBM-Weiterentwicklung wurden insbesondere die Bewertungsrelationen überprüft.

ENTWICKLUNG DER TOP-LEISTUNGEN – Chirurgie

GOP	Beschreibung	Bewertung neu ab 1. April in Punkten	Bewertung alt in Punkten
07211	Grundpauschale 6.–59. Lebensjahr	231	221
07212	Grundpauschale ab 60. Lebensjahr	267	255
31122	Eingriff der Kategorie C2	1542	1542
07220	Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung	32	32
07311	Zusatzpauschale Behandlung und ggf. Diagnostik von Erkrankung(en) des Stütz- und Bewegungsapparates bei Jugendlichen und Erwachsenen	218	217
31503	Postoperative Überwachung 3	488	513
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1	881	881
33072	Duplex-Sonographie der Extremitätenver- und/oder entsorgender Gefäße	224	260

Entwicklung insgesamt für diese Fachgruppe: +0,1 Prozent

- ▶ Insgesamt ergeben sich wenige Änderungen im Zuge der Weiterentwicklung des EBM für die Fachgruppe Chirurgie.
- ▶ Perspektivisch wird eine Zusammenlegung der Kapitel 7 und 18 angestrebt.
- ▶ Die Umverteilung innerhalb der Fachgruppe erfolgt insbesondere zwischen eher technisch tätigen Ärzten und den eher konservativ tätigen Ärzten. Ärzte, deren Tätigkeitsschwerpunkt im sonografischen Bereich liegt, werden an Leistungsbedarf verlieren.

Dr. Johannes Flechtenmacher,
BVOU-Präsident, KBV

Nervenschäden bei der Wundversorgung übersehen



Bei einem Sturz verletzte sich eine 38-jährige Patientin. Durch zerbrochenes Flaschenglas erlitt sie eine Schnittverletzung in der linken Hohlhand. Die ärztliche Erstversorgung erfolgte am Unfalltag in einer zentralen Notfallambulanz der beklagten Klinik durch einen unfallchirurgischen Assistenzarzt. Dokumentiert wurde eine längsverlaufende, klaffende und blutende Schnittwunde in Höhe des linken Daumenballens. In der Wunde befanden sich vereinzelt Fremdkörper, die sich im Weiteren als Glasstücke herausstellten.

Am beugeseitigen Daumen links wurde von der Patientin eine Gefühlsminderung (Hypästhesie) beschrieben. Sowohl Streckung als auch Beugung der Daumengelenke waren jedoch uneingeschränkt möglich. Daraufhin wurde der Wundgrund mit einer Kochsalzlösung gespült. Zusätzlich wurden mehrere kleine Glaskörper entfernt, die Wunde erneut gespült und mit resorbierbaren Subkutannähten verschlossen.

Bei der Röntgenuntersuchung der linken Hand in zwei Ebenen, die nach der Entfernung oberflächlicher Fremdkörper und nach der Naht der Wunde erfolgte, zeigten sich kleine Glasstücke im Bereich der Thenarregion palmar auf Höhe des Os metakarpale des 2. Fingers. Zwei Glasstücke sowie eventuell ein weiteres waren zwischen den Ossa metakarpalia des 3. und 4. Fingers zu sehen.

Zwei Monate später stellte sich die Patientin wegen des anhaltenden Taubheitsgefühls am linken Daumen in einer anderen Klinik vor. Neurologisch wurde eine Schädigung des Nervus medianus im Versorgungsgebiet des Daumens diagnostiziert.

Bei der Wundrevision wurde eine komplette Durchtrennung des motorischen Medianusastes und des ulnaren und radialen Daumennervens mit Neurombildung im Verletzungsbereich nachgewiesen. Einzelne Glasstücke wurden entfernt. Die defekten, durchtrennten Daumennerven wurden mit zweifachen sensiblen Hautnerventransplantaten vom linken Unterarm versorgt und der motorische Ast genäht. Die weitere ambulante Behandlung erfolgte durch einen Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Der Anwalt der Patientin geht von einem Behandlungsfehler durch die Ärzte in der erstbehandelnden Klinik bei der primären Wundversorgung aus.

Stellungnahme der Ärzte der erstbehandelnden Klinik

Die Ärzte widersprechen der patientenseitigen Darstellung und verweisen auf eine fachgerechte ärztliche Versorgung der Verletzung am Unfalltag. Die Untersuchungen seien gewissenhaft durchgeführt worden und es seien durch mehrfache Spülungen alle sichtbaren Fremdkörper entfernt worden. Auch in der Tiefe hätten sich keine Hinweise auf eine Nervenbeteiligung gefunden.

Gutachten

Der von uns beauftragte Gutachter, Facharzt für Chirurgie und Orthopädie mit den Zusatz-Weiterbildungen spezielle Unfallchirurgie und Handchirurgie, hat folgende Kernaussagen getroffen:

Bei der patientenseits beanstandeten Behandlung sei seinerzeit in der erstbehandelnden Klinik gegen geltende Standards verstoßen, also fehlerhaft gehandelt worden. Die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen am Unfalltag seien im Hinblick auf die Schnittverletzung an der linken Hand nicht ausreichend gewesen. Die Entfernung der Glaskörper in der Tiefe der Wunde hätten primär durch eine operative Revision erfolgen müssen.

Die Patientin hätte dann nicht zwei Monate lang über Schmerzen in der linken Hand geklagt. Es wäre nicht zu einer Neuombildung des durchtrennten Daunnervens gekommen und eine Nerventransplantation wäre höchstwahrscheinlich nicht erforderlich gewesen. Auch bei ordnungsgemäßer primärer Versorgung der Verletzung hätte allerdings mit Gefühlsstörungen am Daumen auf Dauer gerechnet werden müssen.

Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle kam zu folgendem Ergebnis:

Das primäre ärztliche Vorgehen war fehlerhaft, weil die diagnostischen Maßnahmen unzureichend waren. Im vorliegenden Fall waren Mängel in der Befunderhebung festzustellen. Hier kommt es unter folgenden Voraussetzungen zu einer Umkehr der Beweislast zugunsten der Patientenseite:

1. Es wurden Befunde nicht erhoben, die dem Standard gemäß hätten erhoben werden müssen. Es hätte somit eine operative Entfernung der Glasstücke erfolgen müssen mit einer Überprüfung der übrigen Strukturen. Aufgrund der Lage der Glasstücke hätten etwaige Verletzungen unter anderem der Nervenstrukturen abgeklärt werden müssen.

2. Bei standardgemäßer Untersuchung hätte man mit hinreichender Wahrscheinlichkeit einen abklärungsbeziehungswise behandlungsbedürftigen Befund erkannt. Der Bundesgerichtshof hat den Begriff „hinreichend“ nicht weiter definiert. Die Oberlandesgerichte definieren das Maß aber – unwidersprochen vom Bundesgerichtshof – als überwiegende Wahrscheinlichkeit, also mehr als 50 %. Bei der operativen Entfernung der Glasstücke wäre die Durchtrennung der Nerven mit hinreichender Wahrscheinlichkeit festgestellt worden.
3. Das Unterlassen der Behandlung in Kenntnis der richtigen Diagnose würde eine erhebliche Standardunterschreitung und damit einen schweren Behandlungsfehler darstellen. Bei Kenntnis der Nervendurchtrennung nicht zeitnah eine Nervennaht vorzunehmen, hätte in Anbetracht der Risiken einer zeitnahen Versorgung, die sich dann auch eingestellt haben, einen schweren Behandlungsfehler dargestellt.

Vor dem Hintergrund der Beweislastumkehr reicht es für den Kausalitätsnachweis aus, dass die zu unterstellende fundamentale Verknennung des zu erwartenden Befundes oder die Nichtreaktion darauf generell geeignet ist, einen Schaden der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen.

Gesundheitsschaden

Die Beweislastumkehr bezieht sich auf folgende Primär- und typischerweise damit verbundene sekundäre Gesundheitsschäden:

Die Sensibilitätsstörungen im Versorgungsgebiet eines Stammnervens und Funktionsbeeinträchtigungen an der linken Hand.

Bei korrekter Versorgung und infektfreier Abheilung der Wunde wäre nach ärztlicher Erfahrung mit folgendem Verlauf zu rechnen gewesen:

- ▶ Zeitnahe operative Revision der Schnittwunde und Nähte der verletzten Nerven.
- ▶ Ruhigstellung des Handgelenkes in einer Schiene für drei bis vier Wochen.
- ▶ Krankengymnastische Übungsbehandlungen unter Anleitung.
- ▶ Abschluss der Behandlung nach sechs bis acht Wochen.

Dr. Michael Schönberger
Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie, Handchirurgie,
Skelettradiologie
Ärztliches Mitglied der Schlichtungsstelle

Christine Wohlers
Rechtsanwältin der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern

Professor Dr. Walter Schaffartzik
Vorsitzender der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern in Hannover

Sicherheit für Ihre Praxis: Sachversicherungen

Es kommt versehentlich zur Beschädigung eines medizinischen Geräts, sodass Sie wichtige Behandlungen nicht mehr durchführen können. Ihre Praxiseinrichtung wird z. B. durch einen Leitungswasserschaden beschädigt und hat eine Unterbrechung des Praxisbetriebes bis zur Instandsetzung des Sachschadens zur Folge. Die Mietkosten für Praxisräume fallen allerdings im Unterbrechungszeitraum in voller Höhe an. Das Praxispersonal muss entlohnt werden und auch die Leasingkosten für die elektronischen Geräte werden trotzdem fällig. Die Kosten steigen schnell in eine Höhe, die existenzbedrohend werden kann.

Daher ist es wichtig, in solchen Fällen richtig zu reagieren und umfassend Vorsorge zu treffen.

Schäden am Praxisinventar ersetzt in der Regel Ihre Praxisinventarversicherung. Auch das Glasbruchrisiko ist Bestandteil einer Praxisinventarversicherung. Die Entwendung der Arzttasche, die Beschädigung bzw. das Abhandenkommen des Praxisschildes sowie die Überspannungsschäden durch Blitz gelten in den Sonderkonditionen der Praxisinventarversicherung ebenfalls mitversichert. Für die Regulierung der Schäden am Praxisinventar kommt es allerdings auf die genaue Schadenursache an: Liegt ein versicherter Sachschaden z. B. durch Feuer, Leitungswasser, Einbruchdiebstahl, Sturm oder Hagel vor, ersetzt der (Inventar)-Versicherer den Schaden vertragsgemäß.

Für die elektronischen Geräte in Ihrer Praxis ist darüber hinaus der Abschluss einer Elektronikversicherung empfehlenswert. Dabei wird auf Basis einer Allgefahren-Deckung pauschal der Gesamtwert aller Anlagen und Geräte der kaufmännischen und medizinischen Einrichtung Ihrer Praxis versichert. Bei der Elektronikversicherung handelt es sich um eine Neuwertversicherung, welche den orthopädisch-unfallchirurgischen Besonderheiten Rechnung trägt.

Lediglich der natürliche Verschleiß sowie vorsätzlich vom Versicherungsnehmer verursachte Schäden sind nicht versicherbar, während durch Ungeschicklichkeit,

Fahrlässigkeit, Bedienungsfehler und Elementarereignisse verursachte Schäden hingegen als mitversichert gelten. Auch mobil eingesetzte Geräte zählen dazu, für welche Versicherungsschutz weltweit besteht. Für die stationären Anlagen/Geräte besteht automatisch Versicherungsschutz innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Dieser gilt für sämtliche Betriebsstätten des Arztes und bedarf nicht einer Aufzählung der einzelnen Versicherungsorte. Zudem sind Neuanschaffungen während des Versicherungsjahres von bis zu 30 % von der gesamten Versicherungssumme automatisch mitversichert.

Die pauschale Versicherungsform der Elektronikversicherung reduziert deutlich den Verwaltungsaufwand. Mitversichert gilt im Rahmen und Umfang dieser Sonderkonditionen zusätzlich ein Mehrkosten-Ertragsausfall infolge eines versicherten Elektronik-Schadens. Hierbei handelt es sich um eine Elektronik-BU-Versicherung, welche auf Erstes Risiko bis 15.000€ beitragsneutral mitversichert gilt.

Alternative Lösungen

Alternativ zu den genannten Sonderkonditionen, besteht für BVOU-Mitglieder die Möglichkeit, eine kombinierte Praxisversicherung für Sach-, Elektronik- und Betriebsunterbrechungsschäden abzuschließen. Hierbei handelt es sich um die Funk-Ärzte-Police, welche Sonderkonditionen für Funk-Kunden vorsieht. Es wird stets eine Einzelfallprüfung empfohlen, welche der genannten Versicherungslösungen bestmöglich auf Ihre Bedürfnisse zutrifft.

Nutzen Sie die Möglichkeit einer individuellen und kostenfreien Beratung bei unserem Versicherungsmakler Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH und fordern Sie ein unverbindliches Angebot an.

Die Spezialisten des Funk Ärzte Service beraten Sie gern im Auftrag des BVOU, welche Absicherung für Sie am besten passt.

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



Funk Gruppe Funk Ärzte Service
Frau Sabine Stock
Valentinskamp 20 | 20354 Hamburg
T +49 40 35914-504
s.stock@funk-gruppe.de
funk-gruppe.com

Gesucht! Mentoren für die Nachwuchsförderung in O und U

Der Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen e.V. (BVOU) hat gemeinsam mit dem Jungen Forum ein Mentorenprogramm für den Nachwuchs in Orthopädie und Unfallchirurgie ins Leben gerufen.

Dazu werden flächendeckend Mentoren aus dem stationären und niedergelassenen Bereich gesucht, die bereit sind, junge, motivierte und interessierte Kolleginnen und Kollegen für das Fach O und U zu gewinnen und sie auf dem Weg zum Facharzt und darüber hinaus in die Niederlassung oder in eine attraktive Endposition in der Klinik mit Rat, Informationen und Orientierung zu begleiten.

Mentorenprogramme sind heute populär und unterscheiden sich vom klassischen Coaching. Vielmehr handelt es sich beim Mentoring um eine Patenschaft zwischen einem jungen, vielversprechenden Mentee und einem berufserfahrenen Mentor.

Beide Parteien gehen mit klaren Erwartungen an die Arbeit heran: Voraussetzung für Mentoring-Kooperationen sind Freiwilligkeit, Respekt und Vertrauen. Der Mentor oder die Mentorin erfüllt dabei mehrere Aufgaben wie Ratgeber, Coach, Kritiker und Vorbild zugleich. Die Erfahrungswerte eines Mentors sind dabei von unschätzbarem Wert. Im Fokus steht der weitere berufliche Erfolg des Mentees, aber auch private Themen, die sich auf den Beruf auswirken: Sie können im Rahmen des Mentorings erörtert werden. Zu den typischen Fragen gehören:

- ▶ Wie schaffe ich den Einstieg in meine Tätigkeit als Facharzt?
- ▶ Wie verhandle ich Gehälter?
- ▶ Welche Fortbildungen und Hospitationen in O und U sind für mich und das Erreichen meiner Ziele sinnvoll?
- ▶ Wie und wo kann ich Defizite in der eigenen Weiterbildung optimal ausgleichen?
- ▶ Wie komme ich auf die nächste Karrierestufe?
- ▶ Wie lassen sich Familie und Beruf vereinbaren?

Erfahrene BVOU-Mitglieder sind nun aufgerufen, sich dieser Herausforderung zu stellen, junge Menschen auf ihrem Weg in das Berufsleben zu unterstützen und somit den medizinischen Nachwuchs in O und U zu fördern. Hier hat jeder Einzelne die Chance, der Gemeinschaft in O und U etwas zurück zu geben.

Schema eines Mentorenprogramms

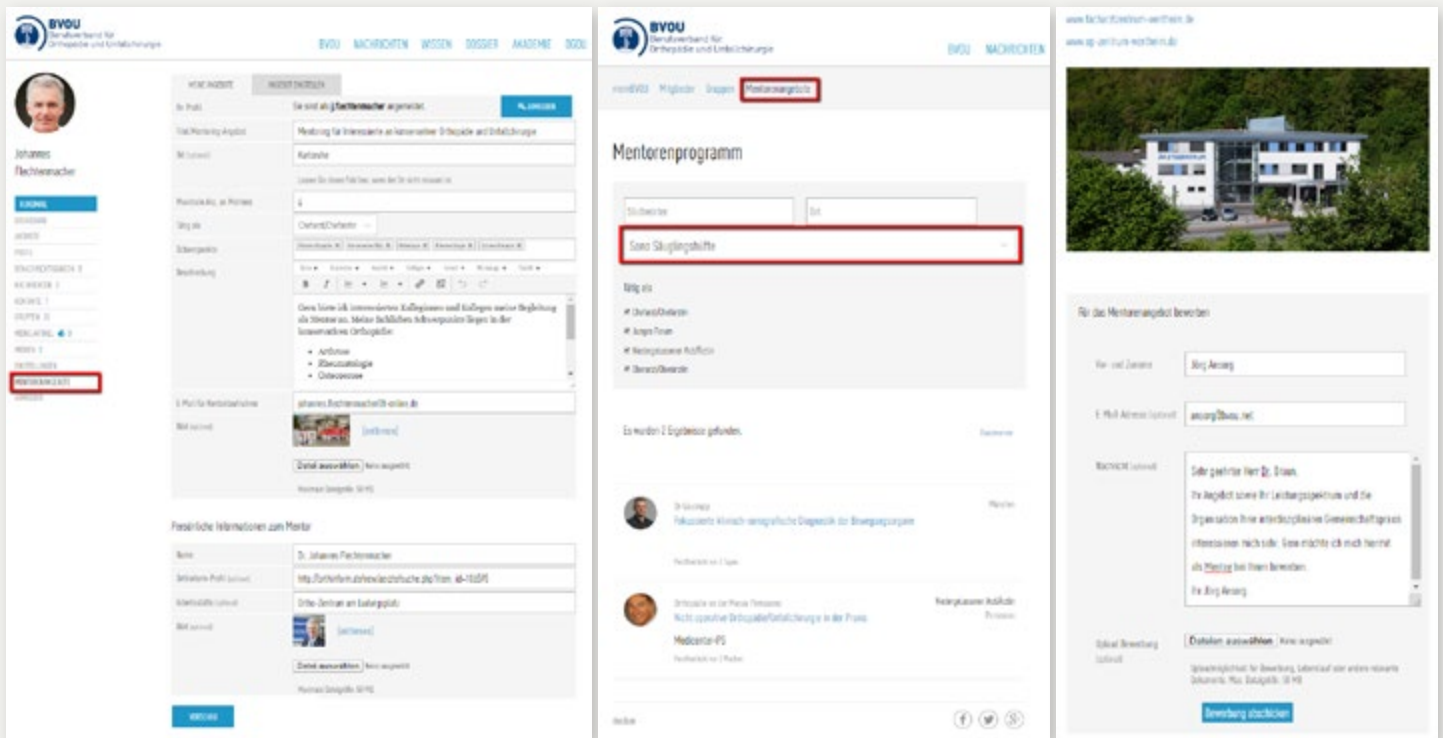


Mentoring-Angebot erstellen

Das Erstellen eines Mentoring-Angebotes erfolgt im Mitgliederbereich des BVOU.net. Klicken Sie dazu im Menü „Mein BVOU“ auf „Mentorenangebote“ und füllen Sie das Eingabeformular aus.

Wichtig sind nähere Informationen zu Ihrer Person, Ort, Tätigkeitsschwerpunkte sowie Ihr Angebot an die künftigen Mentees im Feld „Beschreibung“. Bitte beachten Sie die wenigen Pflichtfelder, z. B. die max. Anzahl an Mentees, die Sie betreuen möchten.

Bitte vergessen Sie nicht, ein Bild Ihrer Einrichtung sowie ein persönliches Foto in das Angebot hochzuladen. Damit zeigen Sie im wahrsten Sinne des Wortes Gesicht und werden für Ihre künftigen Mentees auf den ersten Blick zum persönlichen Begleiter.



Mentoring-Angebot erstellen

Mentorenangebote

Bewerbungsformular

Nach dem Ausfüllen der Maske klicken Sie unten auf das blaue Feld „Vorschau“.

Anschließend sehen Sie Ihr erstelltes Angebot und haben die Wahl, dieses weiter zu bearbeiten oder abzusenden. Damit der Vorgang abgeschlossen wird, klicken Sie auf den Button „Inserat senden“.

Sich als Mentee bewerben

Kolleginnen und Kollegen, die einen Mentor suchen, klicken im BVOU.net nach dem Login auf den Menüpunkt „Mentorenangebote“ im horizontalen Menü. Es erscheint Liste mit allen verfügbaren Mentorenangeboten.

Über das Filterfeld können Sie die Trefferliste nach Ihren Wünschen and Vorlieben einschränken, beispielsweise nach Ort, fachlichen Schwerpunkten oder der Dienststellung des Mentors.

In der Detailansicht lernen Sie Ihren künftigen Mentor näher kennen. Nutzen Sie auch den Link auf das persönliche Arztprofil auf Orthinform. Hier können Sie sich ein umfassendes Bild über die fachliche Expertise sowie die Arbeitsstätte und das betriebliche Umfeld Ihres Mentors machen.

Unter jeder Detailansicht gibt es ein kurzes Bewerbungsformular, über das Sie sich formlos als Mentee bewerben können. Ihr zukünftiger Mentor erhält eine Benachrichtigung per eMail und kann Sie kontaktieren.

Die Mentoring-Angebote werden zukünftig auch über die offene Webseite des BVOU unter dem Menüpunkt „BVOU“ und auf der neuen Webseite des Jungen Forums verfügbar sein.

Dr. Jörg Ansgor,
Geschäftsführer des BVOU
Janosch Kuno,
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU

Fragen und Wünsche?

Bei Rückfragen hilft die BVOU-Geschäftsstelle und der Geschäftsführer gern weiter:

Telefon 030.797 444 44
Email ansorg@bvou.net.

Facharztweiterbildung im ambulanten Bereich: Was berichten Ärzte in Weiterbildung?

In immer mehr Bundesländern wird die neue (Muster-) Weiterbildungsordnung verabschiedet. Ärzte in Weiterbildung haben es schwer, alle geforderten Inhalte bei Weiterbildungszeiten in Kliniken zu erbringen. Eine Verlagerung medizinischer Tätigkeitsfelder in den ambulanten Bereich legt nahe, auch einen Weiterbildungsabschnitt in einer Praxis zu absolvieren. Doch es gibt Hürden: Praxisinhaber müssen das Antragsverfahren für eine Weiterbildungsbefugnis bei ihrer Ärztekammer durchlaufen, einen Weiterbildungsassistenten bei der KV genehmigen lassen und haben zusätzliche Personalkosten. Eine Lösung stellen Weiterbildungsverbände und Rotationen dar. Die orthopädisch-unfallchirurgische Klinik von Prof. Dr. Christoph Eingartner (Caritas-Krankenhaus Bad Mergentheim) unterhält Weiterbildungsrotationen mit Praxen in der Region zur Vermittlung konservativer Weiterbildungsinhalte für Assistenten im 3.-4. Weiterbildungsjahr. Wir haben uns umgehört.



Yasemin Özkan (vorne links) schätzte neben den fachlichen Aspekten auch die gute Zusammenarbeit und die Atmosphäre im Praxisteam.

Warum haben Sie sich für einen Weiterbildungsabschnitt in der Praxis entschieden?

Yasemin Özkan: Die Arbeit in der Klinik ist sehr unfallchirurgielastig. Obwohl ich die Facharztausbildung für O und U mache, waren meine Einblicke in die Orthopädie bis zur Rotation begrenzt.

Dr. David Puna: Für die Rotation in der orthopädischen Praxis habe ich mich entschieden, um Erfahrungen in der konservativen Orthopädie zu sammeln.

Dr. Mario Hacker: Die Weiterbildungs-

rotation sehe ich als Möglichkeit, um das ambulante Tätigkeitsfeld kennen zu lernen.

Marina Veith: Ich möchte im niedergelassenen Bereich tätig werden und benötige einen Einblick in den Praxisalltag.

Welche Erwartungen hatten Sie an diesen Weiterbildungsabschnitt vor Beginn?

Özkan: In der Akutversorgung wird erst einmal nur danach geschaut, ob der Patient eine Fraktur hat. Wenn dies aus-

geschlossen wurde, wird die Weiterbehandlung meist durch den niedergelassenen Kollegen durchgeführt. Wie diese Behandlung jedoch aussieht, war mir als Assistenzärztin bis dahin nicht wirklich bekannt. Also hoffte ich durch die Rotation meinen Horizont zu erweitern.

Puna: Mein Ziel war eine Sicherheit in häufigen Infiltrationstechniken zu gewinnen und Behandlung der typischen orthopädischen Krankheiten zu lernen.

Hacker: Ich verspreche mir auf dem Gebiet der konservativen Orthopädie einen Erfahrungsgewinn.

Veith: Ich wollte die ambulante Patientenversorgung kennen lernen und, da ich aus dem visceralchirurgischen Bereich komme, mehr über O und U erfahren.

Haben sich die Erwartungen erfüllt?

Özkan: Meine Erwartungen wurden übertroffen. Das konservative Spektrum ist enorm. Es gibt viele Therapiemöglichkeiten und häufig ist eine Linderung der Beschwerden nicht nur durch eine Operation zu erreichen.

Puna: In der Praxis hatte ich die Möglichkeit, ein breites Spektrum der orthopädischen Erkrankungen zu sehen. Im Rahmen der Einarbeitung haben mir die Kollegen alle wichtige Therapieoptionen, Standards und Infiltrationstechniken erklärt, sodass ich im weiteren Verlauf selbständig arbeiten konnte.

Hacker: Meine Erwartungen haben sich erfüllt. Durch die eigene Sprechstunde konnte ich ein breites Spektrum an orthopädischen Krankheitsbildern diagnostizieren und behandeln.

Wovon profitieren Sie fachlich am meisten? Was gefällt Ihnen am meisten?

Özkan: Der enge Patientenkontakt war lehrreich. Mir wurden Einblicke in die individuelle Osteoporose-Therapie gegeben, von denen ich heute noch im Klinikalltag profitiere. Die aktuelle Leitlinie war mir zwar bekannt, jedoch das aktive Erarbeiten eines Therapieregimes gemeinsam mit dem Patienten war eine neue Erfahrung. Am besten hat mir die enge Zusammenarbeit im Team und die daraus entstehende familiäre Atmosphäre gefallen.

Puna: Außer den Infiltrationstechniken und der Sicherheit bei der Behandlung von Patienten mit orthopädischen Erkrankungen habe ich gelernt, wie der tägliche Ablauf in einer großen orthopädischen Praxis aussieht. Die Unterstützung von der administrativen Arbeit durch das Praxispersonal war genial.



David Puna sah den Schwerpunkt seiner Weiterbildung in der Praxis vor allem im Erwerb praktischer Fähigkeiten.

Hacker: Im Bereich der körperlichen Untersuchung, der Arthrosonographie, der Beurteilung von Schnittbilddiagnostik, sowie der Infiltrationstherapie konnte ich viel lernen. Durch die bereits erwähnte eigens eingerichtete Assistentensprechstunde war es möglich, den Behandlungsverlauf von Beginn bis Ende zu begleiten. Außerdem ist der Abgleich der eigenen klinischen Verdachtsdiagnosen mit der Schnittbilddiagnostik im Verlauf ausgesprochen lehrreich gewesen.

Veith: Durch die kompetente Betreuung meiner Kollegen konnte ich bisher viel über O und U sowie einiges über den Umgang mit „ambulanten Patienten“ lernen. Ich finde den geregelten Tagesablauf und die Organisation sehr gut.

Hat sich an Ihrer Perspektive auf die Patientenbehandlung in O und U durch Ihre Zeit in der Praxis etwas geändert?

Özkan: Ich habe eine neue Sichtweise und Herangehensweise durch die Praxisrotation gewonnen, die ich auch in meinem Klinikalltag anwenden kann.

Puna: Es gibt viele Therapieoptionen der konservativen Orthopädie, die im

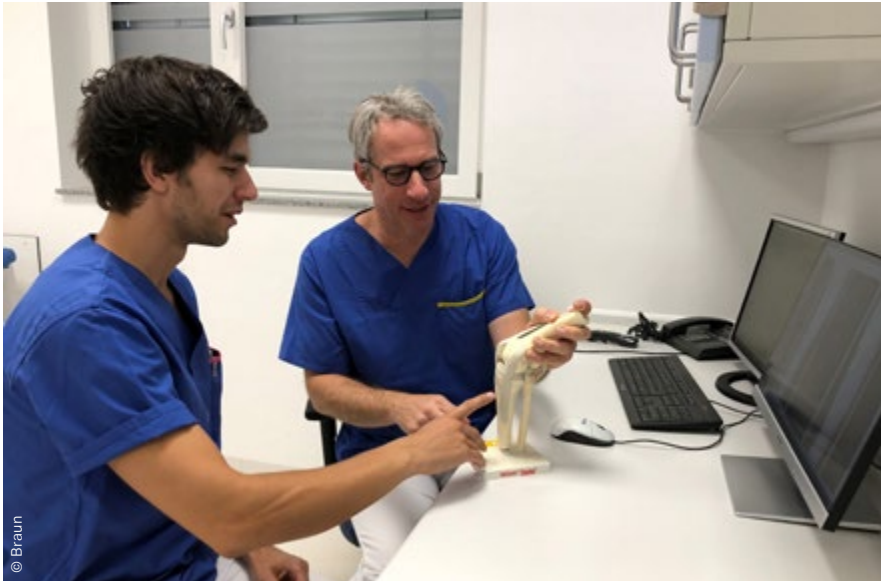
Klinikalltag und bei Behandlung in der Notaufnahme nicht durchführbar sind, aber bei bestimmten Krankheitsbildern die optimale Behandlung darstellen.

Hacker: In der Klinik sehen wir natürlich ein vorselektiertes Patientenkontingent. Vorzugsweise solche Fälle, bei denen infolge nicht ansprechender konservativer Therapie eine operative Behandlung ansteht. Der Stellenwert und auch der Erfolg konservativer Therapieansätze ist mir jetzt besser bewusst.

Würden Sie Ihren Kollegen in Weiterbildung empfehlen, ebenfalls einen Weiterbildungsabschnitt in einer Praxis zu absolvieren?

Hacker: Ich würde die Praxisrotation uneingeschränkt weiterempfehlen. Auch wenn der eigene Fokus auf eine klinische Laufbahn ausgerichtet ist, bekommt man einen guten Einblick in die Arbeit der Niedergelassenen, wodurch die Zusammenarbeit positiv beeinflusst wird.

Manchmal gibt es den Ruf nach einem verpflichtenden Weiterbildungsabschnitt für alle angehenden Orthopäden und Unfallchirurgen im ambulanten Bereich. Was halten Sie davon?



Regelmäßiges Teaching und Supervision müssen sein: Dr. Mario Hacker (links) mit Weiterbilder Dr. Frank Merklein. Das hält auch den Praxisinhaber up-to-date, denn viele Fragen wollen fundiert beantwortet sein.



Zur konservativen Orthopädie und Schmerztherapie gehört auch Akupunktur.: Marina Veith hat bereits vier Jahre Visceralchirurgie hinter sich und möchte Allgemeinchirurgin werden.

Özkan: Da ich von meiner Praxisrotation sehr profitiert habe, finde ich eine verpflichtende Rotation in den ambulanten Bereich sehr gut.

Puna: Ich glaube, dass eine Praxisrotation nicht in allen Regionen und für alle Assistenzärzte organisatorisch möglich ist. Eine Pflichtrotation würde nur einen Zeitdruck und Verzögerungen der Weiterbildungsdauer verursachen.

Hacker: Ich denke eine verpflichtende Teilnahme wäre nicht zielführend. Die freiwillige Möglichkeit sollte jedoch jedem interessierten Kollegen offenstehen.

Veith: Da der Weiterbildungsassistent im ambulanten Bereich mehr von einer individuellen Förderung profitieren kann, finde ich den verpflichtenden Weiterbildungsabschnitt eine gute Idee.

Was hat sich an Ihrer Haltung als Klinikarzt gegenüber der Niederlassung geändert? Können Sie sich vorstellen, selbst einmal später in einer Praxis tätig zu werden?

Özkan: Ich habe gelernt, dass die Arbeit als niedergelassener Kollege nicht immer leicht ist. Die Betreuung des

Patienten im Krankenhaus ist meist von kurzer Dauer. Die gesamte Weiterbehandlung des Patienten liegt in den Händen des niedergelassenen Orthopäden. Dies ist nicht immer leicht und erfordert auch in manchen Situationen Geduld. Aktuell fühle ich mich im Krankenhaus wohl. Aber die Arbeit in einer Praxis ist für mich eine denkbare Alternative geworden.

Puna: Als niedergelassener Orthopäde steht man häufig unter Zeitdruck, hat großes Patientenaufkommen zu bewerkstelligen und leidet manchmal unter nicht zu erfüllenden Erwartungen der Patienten. Eine organisierte Praxis mit hohen Standards kann aber fachlich sehr gute und schnelle Behandlung leisten. Ja, ich kann mir vorstellen, später in eine Praxis zu gehen.

Hacker: Mein Verständnis für das Problem der zeitnahen Terminvergabe als Kompromiss zwischen Behandlungs- und Wartezeit hat sich verbessert. Aktuell liegt mein Fokus auf einer klinischen operativen Laufbahn. Prinzipiell möchte ich eine spätere Niederlassung jedoch nicht ausschließen, die Rotation hat mir diesbezüglich einen guten Einblick gegeben.

Veith: Bereits während der kurzen Zeit, die ich bisher in der Praxis bin, erfreut mich die intensivere Arzt-Patienten Beziehung. Der Weiterbildungsabschnitt in der Praxis hat mich bestätigt, mich im ambulanten Bereich niederzulassen.

Serie „Weiterbildung im ambulanten Bereich“ in den Infobriefen 2020

► **Teil 1: Interview mit vier Assistenten, die einen Weiterbildungsabschnitt in der niedergelassenen Praxis absolviert haben.**

Teil 2: Gespräch mit dem Klinik-Chefarzt, Prof. Dr. Christoph Eingartner.

Teil 3: Der stellvertretende KVBW-Vorsitzende Dr. Johannes Fechner, der die Fördermittel für die ambulante Weiterbildung bereitstellt.

Teil 4: Sicht der Dinge des orthopädisch-unfallchirurgischen Präsidenten der LÄK BW, Dr. Wolfgang Miller.

Das Interview führte
Dr. Karsten Braun

FORTE Summer School: Ein europäisches Projekt im Aufschwung

In Zeiten der Globalisierung und zunehmender Mobilität von Berufsgruppen und Fachkräften – insbesondere innerhalb Europas – erhält auch die Qualitätsnorm der medizinischen Ausbildung eine immer größere Bedeutung. Das machte auch die vierte FORTE-Summer School vom 4. bis 7. Juli 2019 deutlich.

Unter Koordination des wissenschaftlichen Ausschusses der FORTE (Federation of Orthopaedic and Trauma Trainees in Europe) fanden vom 4. bis 7. Juli 2019 wieder hochkarätige Vorträge und Lehrveranstaltungen statt. Organisiert wurde die fünftägige Kurswoche in Mailand durch die EFORT (European Federation of National Associations of Orthopaedics and Traumatology) und verschiedene Partnerverbände. Der EFORT-Vorsitzende Prof. Dr. Enrique Gómez Barrena (Universidad Autónoma de Madrid) und Stellvertreter Prof. Dr. Luigi Zagra (Galeazzi Orthopedic Institute, Mailand) entwickelten dabei den wissenschaftlichen Inhalt der Veranstaltung.

Die FORTE Summer School wird von mehreren nationalen und internationalen Gesellschaften sowie Verbänden aus O und U unterstützt. Dazu zählt auch der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), der jedes Jahr mehreren jungen Stipendiaten die Teilnahme an dem Ereignis ermöglicht. „Die Unterstützung durch den BVOU war wie jedes Jahr für die Durchführung der Summer School von wesentlicher Bedeutung und wird vom Vorstand und den Mitgliedern von FORTE sehr geschätzt“, teilten Jasmine Diallo (FORTE-Präsidentin) und Tommaso Bonazinga (ehemaliger FORTE-Präsident) dem BVOU-Vorstand mit. Zu den unterstützenden Ländern zählen neben Deutschland auch Bosnien und Herzegowina, Estland, Frankreich, Griechenland, Ungarn, Italien, Niederlande, Polen, Portugal, Schweden, Schweiz, Türkei und Großbritannien.

Vorbereitung, Auffrischung und Vertiefung

Ziel der FORTE Summer School ist die Vorbereitung zur EBOT-Prüfung (European Board of Orthopaedics and Traumatology). Die in der Summer School organisierten Grund- und Fortgeschrittenenkurse für den orthopädisch-unfallchirurgischen Nachwuchs aller Niveaus wurden



entweder als jährliche Auffrischung oder als Vorbereitung auf die Prüfungen konzipiert, auch mit dem Gedanken, die Bildungsstandards in Europa zu gewährleisten. Obwohl die Zertifizierung durch die EBOT-Prüfung noch nicht auf nationaler Ebene verpflichtend ist, nimmt die Zahl der Antragsteller jedes Jahr deutlich zu. Die Vernetzung, die Workshops und der Gedankenaustausch zwischen verschiedenen europäischen Ländern wurde durch das umfassende soziale und wissenschaftliche Programm gewährleistet, meint BVOU-Stipendiat Felix Erne: „Die Teilnehmer der FORTE Summer School vereint die Freude an ihrem Fach, ein hohes Engagement und eine Offenheit für neue Anregungen und Gedanken. Denn bei vielen Therapiekonzepten besteht internationales Gesprächspotenzial.“

Und das gilt für den O und U-Nachwuchs in jeder Phase seiner Ausbildung: So ist der Prüfungsvorbereitungskurs speziell auf die EBOT-Vorbereitung zugeschnitten, der CRC-Kurs (Comprehensive Review Course) dient hingegen der Vermittlung grundlegender Themen und steht allen Auszubildenden offen. Dabei liegt der zeitliche Fokus der Kurswoche auf dem Lernen und informellen Austausch von klinischen und Schulungserfahrungen, Fallbesprechungen und der Vernetzung der Teilnehmer und Fakultät. Und das scheint auch zu gelingen, wie Marie Reumann aus Tübingen berichtet: „Die über 30 Dozenten haben die Kernthemen aus O und U sorgfältig vorbereitet und stellen diese in Frontalvorträgen, interaktiven Gesprächsrunden und Einzelfalldiskussionen dar. Durch die Globalisierung der Medizin und den inzwischen einfacheren Zugang zu neuesten Forschungsergebnissen findet sich rasch ein gemeinsamer Spirit und Konsens.“

Fachlicher und sozialer Austausch sind Eckpfeiler der Kurswoche

Die Prüfungsvorbereitungskurse für Fortgeschrittene bestehen schwerpunktmäßig aus fallbezogenen Diskussionen. Grundkenntnisse werden bereits in dieser Phase vorausgesetzt. Der umfassende Review-Kurs bietet in Fachvorträgen Vermittlung von fachspezifischem Grundwissen. Generell ist die Kurswoche gut gefüllt mit Themen aus O und U: Grundlagenforschung zusammen mit Wirbelsäule am ersten Tag, Hüft- und Kniethemen an Tag zwei, der dritte Tag widmet sich Fuß, Knöchel und Schulter. Am vierten Tag liegt der Schwerpunkt auf Handgelenk, Hand und Pädiatrischer Orthopädie, während Tumoren den fünften Tag der Veranstaltung bestimmen.

Auch der soziale Aspekt kommt nicht zu kurz, meint BVOU-Stipendiat Dr. Ahmed Mehana (Mühlenkreiskliniken AöR Lübbecke): „Im Laufe der Woche werden Kontaktdaten ausgetauscht, neue Freundschaften geschlossen und zahlreiche internationale Fellowships vereinbart. In lockerer Atmosphäre am Abend in mediterranem Flair kommt man leicht mit Teilnehmern und Dozenten ins Gespräch.“ Ziel des Rahmenprogramms am Abend ist es, sich in einer freundlichen und entspannten Umgebung mit Teilnehmern aus verschiedenen europäischen Ländern zu vernetzen und Erfahrungen auszutauschen.

Mailands Schönheit als Ausgleich für eine intensive Lernwoche

Bezüglich des Veranstaltungsortes herrschte auch 2019 wieder große Zufriedenheit: Das Humanitas Congress Center befindet sich am Stadtrand von Mailand, in der Nähe des Instituto Clinico Humanitas, einem renommierten Krankenhaus und Forschungszentrum (IRCCS), und ist ein idealer Ort für Veranstaltungen, Kongresse und Schulungen.

Viele Teilnehmer wurden im neuen Hunimed Student House nur wenige Schritte von der neuen Humanitas University untergebracht. Der Campus bietet ein Simulationszentrum der neuesten Generation, Laboratorien, Unterrichtsräume sowie Räume für Einzel- und Gruppenunterricht. Das Hunimed Student House verfügt über verschiedene Gemeinschaftsbereiche, darunter Lernräume, Sportbereiche, Bibliotheken, Cafés und eine Gemeinschaftsküche: „Um die Wege kurz zu halten, sind die meisten der Teilnehmer in dem neu erbauten Studentenwohnheim untergebracht. Wer nicht zu zweit anreist, teilt sich das Doppelzimmer mit einem bisher

unbekannten Kollegen. Der Unterbringungsstandard entspricht dem eines guten Mittelklassehotels. Alle Mahlzeiten und Transportmittel zu den lokalen Veranstaltungen sind inkludiert. Nur die Reisekosten und eine Woche Urlaub beziehungsweise Freizeitausgleich müssen von den Teilnehmern aufgebracht werden, zumindest wenn sie eines der begehrten Stipendien erhalten,“ erzählt Felix Erne. „Es stehen gemeinsame Besuche im historischen Stadtkern Mailands und Sportveranstaltungen im Umland auf dem Programm. Es braucht einen Ausgleich zum intensiven ganztägigen Lehrprogramm, das zeitweise sogar um Evening Lectures ergänzt wurde.“

Auch das Organisationskomitee zeigte sich zufrieden nach der Kurswoche in Mailand: „Wir sind der Ansicht, dass die Summer School eine wichtige Weiterentwicklung in der Ausbildung von Orthopäden darstellt. Die vierte European Orthopaedic Summer School in Mailand war ein großer Erfolg. Wir hatten wieder Kurse von exzellenter Qualität. Die Teilnehmer profitierten von dem internationalen Ambiente, lernten sich besser kennen und vernetzten sich mit Begeisterung. Das Feedback der Auszubildenden war großartig.“

2020 wird die FORTE Summer School in Athen stattfinden und wieder können sich junge BVOU-Mitglieder um Stipendienplätze bewerben.



Sechs Reisestipendien: Jetzt bewerben!

Die fünfte FORTE Summer School findet vom 24. bis 28. August 2020 in Athen statt. Der BVOU vergibt wieder sechs Reisestipendien und übernimmt die Kosten der Teilnahmegebühren und Unterkunft. Voraussetzungen für eine Bewerbung sind neben der Mitgliedschaft in BVOU gute Englischkenntnisse sowie ein Alter von unter 40 Jahren. Die Bewerbung ist per Mail an die Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) zu richten: ado@bvou.net. Nach Abschluss der FORTE Summer School ist ein kurzer Nachbericht wünschenswert.



Therapieentscheidung leicht(er) gemacht

Online-Portal „Medivers Orthopädie und Unfallchirurgie“
testen Das neue Portal „Medivers Orthopädie und Unfall-
chirurgie“ des Berliner Walter De Gruyters Verlages bietet
jetzt eine solide Basis für die Therapieentscheidung im
Online-Format. Infrage kommende Therapieoptionen für
jede Diagnose – operativ und konservativ – werden gegen-
übergestellt und können so direkt miteinander verglichen
werden. – Ein hilfreiches Tool insbesondere für Ärzte in
Weiterbildung.

Der Berliner Verlag Walter De Gruyter ist jetzt mit
seinem Online-Portal „Medivers Orthopädie und Unfall-
chirurgie“ gestartet. Hier werden operative und konserva-
tive Therapieoptionen für jede Diagnose gegenübergestellt
und ein direkter Vergleich ermöglicht. Ein besonderes
Plus ist die begründete Bewertung der Verfahren: Welches
ist die bevorzugte Therapie? Welche Therapie ist nur
eingeschränkt empfehlenswert? Die Information ist in den
gesamten klinischen Weg eingebettet, von der Diagnostik
über die Vorbereitung, Schritt-für-Schritt-Anleitungen zur
Durchführung bis hin zur Nachbehandlung.

Das Online-Portal wurde speziell für Orthopäden und
Unfallchirurgen entwickelt und richtet sich vor allem
an Ärzte in Weiterbildung. Durch die Vergleichbarkeit der
operativen und konservativen Therapieoptionen und deren
Bewertung bietet Medivers eine echte Hilfe im klinischen
Alltag, für die eigene therapeutische Entscheidung oder
als Diskussionsgrundlage im Team.

Gesicherte Qualität

Durch mehrere Kontroll- und Korrekturschleifen durch die
Herausgeber, Autoren und die Redaktion wird die Richtig-
keit, klinische Relevanz und didaktische Konsistenz in
Medivers sichergestellt. Alle Inhalte werden durch Quellen
belegt: Aktuelle Leitlinien, Studien, Fachartikel und
Empfehlungen fließen bei der Erstellung mit ein und
werden im Literaturverzeichnis aufgelistet. Die Inhalte
sind unabhängig –ein Sponsoring findet nicht statt.

Anmelden und unverbindlich testen

Mit einem persönlichen Testzugang kann Medivers als
Einzelnutzer getestet werden. Über einen Mehrplatz-Test-
zugang können hingegen mehrere Mitarbeiter einer
Institution gleichzeitig das Produkt ausprobieren.
Der BVOU bietet in Kooperation mit dem De Gruyter Verlag
allen Mitgliedern für sechs Monate freien Zugang zu
Medivers. Der Zugang schließt sich nach der Testzeit
automatisch.

Janosch Kuno,
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU



www.bvou.net/medivers



Kursangebote der ADO

Facharztvorbereitungskurse (FAB)						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
15.–20.06.2020	28. Facharztvorbereitungskurs	Berlin	Dr. Thilo John, Prof. Michael Wich, PD Dr. Stephan Tohtz	640 €	890 €	
23.–28.11.2020	29. Facharztvorbereitungskurs	Berlin	Dr. Thilo John, Prof. Michael Wich, PD Dr. Stephan Tohtz	640 €	890 €	
Hygienebeauftragter Arzt (HBA): Curriculare Fortbildung im Blended-Learning-Format						
(Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
27.–28.03.2020	Qualifikationskurs Hygienebeauftragter Arzt (HBA)	Kassel	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	559 €	699 €	
15.–16.05.2020	Qualifikationskurs Hygienebeauftragter Arzt (HBA)	Berlin	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	559 €	699 €	
durchgehend	Refresherkurs Hygienebeauftragter Arzt (HBA)	E-learning	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	299 €	499 €	
Kindertraumatologie für den D-Arzt						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
04.09.2020	10. Berliner Symposium	Berlin	Prof. Axel Ekkernkamp, Prof. Michael Wich, Prof. Winfried Barthlen	190 €	240 €	
Curriculum unfallchirurgisch-orthopädische Begutachtung						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
15.05.2020	Gutachterkurs Experts	Berlin	Prof. Michael Wich, Dr. Holm-Torsten Klemm	190 €	240 €	
04.–05.12.2020	Gutachterkurs Basics	Potsdam	Prof. Michael Wich, Dr. Holm-Torsten Klemm	210 €	390 €	
RheFO – Kursreihe zum Zertifikat „Rheumatologisch fortgebildeter Orthopäde“						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
28.03.2020	Rheuma I	Frankfurt / M.	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €	
30.04.2020	Rheuma Refresher	Baden-Baden	Dr. Uwe Schwokowski	50 €	100 €	
01.05.2020	Rheuma II	Baden-Baden	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €	
02.05.2020	Rheuma III	Baden-Baden	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €	
12.09.2020	Rheuma I	Berlin	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €	
Pflichtunterweisung Datenschutz für Ärzte, Pflegekräfte und MFA						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
1er Lizenz	Grundkurs Schweigepflicht, Dokumentation und Datenschutz	E-learning	Dr. Desirée Dahmen	16 €	20 €	
10er Lizenz	Grundkurs Schweigepflicht, Dokumentation und Datenschutz 10er	E-learning	Dr. Desirée Dahmen	99 €	159 €	
DS-Ordner	Datenschutzpaket für kleine und mittlere Praxen	E-learning		395 €	595 €	
Pflichtunterweisungen für das gesamte Klinik- und Praxisteam (Ärzte, Pflege, MFA)						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
Basispaket	Arbeitsschutz + Brandschutz + Hygiene + Basic Life Support (Volumenlizenzen auf Anfrage)	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer, Dr. Desireé Dahmen	50 €	60 €	
Paket Plus	Basispaket + Datenschutz + Allg. Gleich- behandlungsgesetz (Volumenlizenzen auf Anfrage)	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer, Dr. Desireé Dahmen	60 €	70 €	
Taping Kurs						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
01.05.2020	K-Logic Taping Crashkurs	Baden-Baden	René Badstübner, Ingo Geuenich	120 €	120 €	





ADO-Kurse: Bildgebende Verfahren

Röntgen: Update Fachkunde Strahlenschutz						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
02.05.2020	Update Fachkunde Strahlenschutz	Baden-Baden	Dr. Johannes Flechtenmacher, Dr. Tim Abt	250 €	450 €	

Sonografie Säuglingshüfte						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
30.04.2020	Sonografie Säuglingshüfte Refresher	Baden-Baden	Dr. Susanne Fröhlich	50 €	100 €	

ADO-Kurse für Medizinische Fachangestellte MFA

Orthopädisch Rheumatologische Fachassistenz ORFA						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
04.-05.09.2020 18.-19.09.2020"	ORFA -Orthopädisch Rheumatologische Fachassistentin „Perspektive Zukunft“	Berlin	Dr. med. Uwe Schwokowski	400 €	600 €	

Orthopädisch-Traumatologische Fachassistenz (OTF): Berufsbegleitender Lehrgang für Medizinische Fachangestellte in Klinik und Praxis						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
08.-09.05.2020	Modul 3: Traumatologie der unteren Extremität	München	Dr. Christoph Weinhardt	250 €	350 €	
26.-27.06.2020	Modul 4: Der „chronische Patient“: Chronisch-degenerative Erkrankungen	München	Dr. Christoph Weinhardt	250 €	350 €	
durchgehend	Orthopädisch-Traumatologische Fachassistenz (OTF): Modul 1-4	Berlin, München	Dr. Christoph Weinhardt	780 €	980 €	

Grundkurs Hygiene: Kursvarianten für Ärzte, Pflege, MFA und med. Hilfspersonal (Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
1er Lizenz	Grundkurs Hygiene	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer	16 €	20 €	
10er Lizenz	Grundkurs Hygiene Teamschulung für 10 Mitarbeiter	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer	99 €	149 €	

Update Händehygiene: Kursvarianten für Ärzte, Pflege, MFA und med. Hilfspersonal (Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
1er Lizenz	Update Händehygiene	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer	16 €	20 €	
10er Lizenz	Update Händehygiene Teamschulung für 10 Mitarbeiter	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer	99 €	149 €	

Hygienebeauftragte Medizinische Fachangestellte (HB MFA): Curriculare Fortbildung im Blended-Learning-Format (Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
24.03.2020	Qualifikationskurs Hygienebeauftragte MFA	Tuttlingen	Kathrin Mann	399 €	499 €	
19.08.2020	Qualifikationskurs Hygienebeauftragte MFA	Berlin	Kathrin Mann	399 €	499 €	
durchgehend	Refresherkurs Hygienebeauftragte MFA	E-Learning	Kathrin Mann	319 €	399 €	

Fortbildung Aufbereitung von Medizinprodukten für MFA (Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
31.12.2020	Aufbereitung von Medizinprodukten (MFA)	E-Learning	Kathrin Mann	399 €	499 €	
23.03.2020	Aufbereitung von Medizinprodukten (MFA)	Tuttlingen	Kathrin Mann	399 €	499 €	

AOUC – Akademie für Orthopädie und Unfallchirurgie

DGOOC – Kursreihe Spezielle Orthopädische Chirurgie				→ Sonderpreis für DGOOC-Mitglieder: 500€	
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
02.–03.04.2020	Schulter	Berlin	Prof. Dr. Andreas B. Imhoff, Prof. Dr. Markus Scheibel, PD Dr. Knut Beitzel	500 €	600 €
18.–20.06.2020	Fuß	Berlin	Prof. Dr. Christina Stukenborg-Colsman, Dr. Jörn Dohle	500 €	600 €
17.–19.09.2020	Hüfte	Berlin	Prof. Dieter C. Wirtz, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller	500 €	600 €
05.–07.11.2020	Knochen- und Weichteiltumoren	Berlin	Prof. Dr. Jendrik Harges, Prof. Dr. Axel Hillmann, Dr. Burkhard Lehner	500 €	600 €
Deutsche und Internationale Gesellschaft für extrakorporale Stoßwellentherapie (DIGEST): Fachkunde Stoßwellentherapie				→ Sonderpreis für DIGEST-Mitglieder: 290€	
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
01.05.2020	DIGEST-Fachkundekurs Modul 1 Basismodul Physik	Baden-Baden	Dr. med. Martin Ringeisen	310 €	330 €
02.05.2020	DIGEST-Fachkundekurs Modul 4 Knochen Knorpel	Baden-Baden	Dr. med. Martin Ringeisen	310 €	330 €
DVT Fachkunde – Digitale Volumentomographie					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
28.03.2020	Spezialkurs Digitale Volumentomographie	Aschaffenburg	Dr. med. Markus Preis, Dipl.-Ing. Christian Stegmann	500 €	1.000 €
02.05.2020	Spezialkurs Digitale Volumentomographie	Baden-Baden	Dr. med. Markus Preis, Dipl.-Ing. Christian Stegmann	500 €	1.000 €
11.07.2020	Spezialkurs Digitale Volumentomographie	Aschaffenburg	Dr. med. Markus Preis, Dipl.-Ing. Christian Stegmann	500 €	1.000 €
Landesinnung Bayern für Orthopädie-Schuhtechnik					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung		
27.–29.03.2020	Technische Orthopädie 2020	Garmisch-Partenkirchen	Prof. Dr. med. H.H. Wetz, Prof. Dr. med. Raimund Forst		
MRT-Kurse Kernspintomographie in Orthopädie und Unfallchirurgie					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung		
01.05.2020	Refresher-Kurs: MRT des Bewegungsapparates	Baden-Baden	Dr. Axel Goldmann		
27.–28.03.2020	MRT-Kurs 1: Obere Extremität	Stuttgart	PD Dr. med. Frieder Mauch		
26.–27.06.2020	MRT-Kurs 2: Wirbelsäule	Stuttgart	PD Dr. med. Frieder Mauch		
09.–10.10.2020	MRT-Kurs 3: Untere Extremität	Stuttgart	PD Dr. med. Frieder Mauch		
20.–21.11.2020	MRT-Kurs 4: Weichteil-, Knochen-, Gelenkerkrankungen	Stuttgart	PD Dr. med. Frieder Mauch		
03.–04.07.2020	Arthroscopy meets MRI Tübingen	Stuttgart	PD Dr. med. Atesch Ateschrang, Prof. Dr. med. Philip Kasten, Dr. med. Frieder Mauch, Prof. Dr. Mike Notohamiprodjo, PD Dr. med. Fabian Springer, Prof. Dr. med. Konstantin Nikolaou, Prof. Dr. med. Bernhard Hirt		
Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen-EMG, SinfoMed GmbH					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung		
01.05.2020	EMG-Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedbacktherapie	Baden-Baden	Dr.med. Maximilian Meichsner		
02.05.2020	Integration der Stoßwelle in ein ganzheitliches Behandlungskonzept	Baden-Baden	Dr.med. G. Sutter		
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung		
21.–22.03.2020	15. Jahrestagung der Sektion Handchirurgie der DGU	Düsseldorf	Prof. Dr. med. Wolfgang Linhart; Univ.-Prof. Dr. med. Joachim Windolf		
19.–20.03.2020	5. Alterstraumatologie Kongress 2020	München	Prof. Dr. med. univ. C. Kammerlander, Univ.-Prof. Dr. med. W. Böcker, Univ.-Prof. Dr. med.univ. M. Gosch		

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

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
20.–21.03.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Anatomischer Präparationskurs	Halle (Saale)	N. Gutteck, J. Schwede
20.–21.03.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Vorfußchirurgie	Düsseldorf	A. Marques
27.–28.03.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Traumatologie	Schwarzenbrück	M. Richter
02.–03.04.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Arthrodesen	Düsseldorf	U. Klapper
14.–15.05.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Anatomischer Präparationskurs	Düsseldorf	J. Andermahr, T. Filler
12.–13.06.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Rheumafuß	Bad Saarow	J. Osel
19.–20.06.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Workshop Kinderfuß	Würzburg	P. Raab
31.07.–01.08.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Traumatologie	Münster	S. Ochman
28.–29.08.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Arthrodesen	Aachen	D. Frank, A. Prescher, C. Wingenfeld

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

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
30.03.–01.04.2020	AE-Tutorial Endoprothetik des Kniegelenkes	Berlin	Prof. Dr. med. Christian Heisel, Prof. Dr. med. Markus Rickert
30.03.–01.04.2020	AE-Tutorial Endoprothetik des Hüftgelenkes	Berlin	Dr. med. Steffen Oehme, Prof. Dr. med. Dominik Parsch, Prof. Dr. med. David Wohlrab
02.–03.04.2020	AE-Masterkurs Knie	Berlin	Prof. Dr. med. Heiko Reichel, PD Dr. med. Tilman Pfitzner
24.–25.04.2020	AE-ComGen-OP-Personalkurs	Stuttgart	Prof. Dr. med. habil. Johannes Beckmann, Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Kirschner, MBA, Prof. Dr. med. Jörg Lützner, Andrea Schnepf
30.04.–02.05.2020	AE-Basis-Kompaktkurs „Standards in der Hüft- und Knieendoprothetik“ beim VSOU	Baden-Baden	Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Kirschner, MBA, Prof. Dr. med. Björn Gunnar Ochs
08.–09.05.2020	AE/DKG-Masterkurs Knieendoprothetik - Modul 3 für das Zertifikat niechirurg der DKG	Braunschweig	Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller, Prof. Dr. med. Robert Hube
04.–06.06.2020	AE-Basis-Kompaktkurs Hüfte & Knie beim NOUV	Freiburg	Prof. Dr. med. Andreas C. Niemeier, Priv.-Doz. Dr. med. Marcus Egerman, Prof. Dr. Med. Christian Merle, M.Sc.,
18.–19.06.2020	AE-Masterkurs Hüfte	Berlin	Prof. Dr. med. Andreas M. Halder, Univ.-Prof. Dr. med. Markus Tingart
26.–27.06.2020	17. AE-ComGen-Symposium „Quo vadis – die Zukunft der Endoprothetik“	Köln	Dr. med. Hendrik Kohlhof, Priv.-Doz. Dr. med. Babak Moradi, Priv.-Doz. Dr. med. Arnd Steinbrück
02.–03.07.2020	AE-Masterkurs "Komplexe Revisionseingriffe in der Hüftendoprothetik"	Berlin	Prof. Dr. med. Klaus-Peter Günther, Univ.-Prof. Dr. med. Carsten Perka
09.–10.07.2020	AE/DVSE-Masterkurs Schulterchirurgie	Berlin	Prof. Dr. med. Markus Scheibel, Prof. Dr. med. Bernd Fink, Prof. Dr. med. Ulrich H. Brunner, Dr. med. Falk Reuther
17.–18.07.2020	AE-ComGen-OP-Personalkurs	München	Dr. med. Christian Fulghum, Dr. med. Stephan Horn
21.–22.08.2020	AE-Masterkurs Knie	Frankfurt a.M.	Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Reinhard Hoffmann, Prof. Dr. med. Andrea Meurer, Prof. Dr. med. Maximilian Rudert
27.–28.08.2020	AE-Masterkurs „Endoprothetik bei post-traumatischen Zuständen“ Hüfte und Knie	Berlin	Univ.-Prof. Dr. med. Carsten Perka, Prof. Dr. med. Siegfried Hofmann, Univ.-Prof. Dr. med. Ulrich Stöckle
04.–05.09.2020	AE-Masterkurs Hüfte	Leipzig	Prof. Dr. med. Andreas Roth, Prof. Dr. med. Thomas Krüger, Prof. Dr. med. Geza Pap

Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH			
Termin	Kursthema	Ort	Leitung
27.–28.03.2020	Li-La – Licht und Lachen für kranke Kinder 2019	Berlin	Dr. Michael Kertai, Dr. Ole Ackermann
20.–21.03.2020	34. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie e.V. (VKO)	Graz	Prof. Dr. Gerhardt Steinwender, PD Dr. Tanja Kraus, Dr. Michael Novak
19.–20.06.2020	39. Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie	Tübingen	PD Dr. med. Justus Lieber, Dr. med. Hans-Joachim Kirschner, PD Dr. med. Ralf Kraus
21.06.2020	Li-La – Licht und Lachen für kranke Kinder 2019	Tübingen	PD Dr. R. Kraus
MWE – Ärzteseminar für Manuelle Medizin			
Termin	Kursthema	Ort	Leitung
08.–10.05.2020 15.–17.05.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Gießen/ Winnerod	Prof. Dr. med. Rigobert Klett
08.–10.05.2020 15.–17.05.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Nürnberg	Dr. med. Andreas Kreuz
12.–14.06.2020 19.–21.06.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Neuss	Dr. med. Helmut Roscheck
15.–20.08.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Damp- Eckernförde	Dr. med. Michael Fleischhauer
11.–13.09.2020 18.–20.09.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Karlsruhe	Dr. med. Michael Frey
Teltower Frühlingsforum			
Termin	Kursthema	Ort	Leitung
21.03.2020	18. Teltower Orthopädisches Frühlingsforum	Teltow	Dr. med. Thomas Enenkel, Dr. med. Björn v. Pickardt
Pro Sympos GmbH			
Termin	Kursthema	Ort	Leitung
27.–28.05.2020	IGOST OP-Kurs Wirbelsäule	Essen	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg Jerosch, Dr. med. Markus Schneider
19.–20.06.2020	Differenzierte Knorpeltherapie QKG – Deutsche Knorpelakademie	Essen	QKG-Vorstand
18.–19.09.2020	CoST OP-Kurs Schulter	Essen	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg Jerosch, Dr. med. Jochem Schunck, Dr. med. Theo Patsalis, Prof. Dr. Timm Filler
Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH			
Termin	Kursthema	Ort	Leitung
27.–29.05.2020	36th Annual Meeting Cervical Spine Research Society – Europe	Paris	Philippe Bancel, Paris (France)
Orthopädisches Spital Speising			
Termin	Kursthema	Ort	Leitung
24.–25.04.2020	Wiener Hüftmeeting 2020	Wien	Doz. Dr. Jochen Hofstätter
UniversitätsSpital Zürich			
Termin	Kursthema	Ort	Leitung
05.–06.11.2020	10 Interdisziplinärer Kurs Polytraumaversorgung – Das Zürcher Paradigma in Kooperation mit ESTES	Zürich	Prof. Dr. Hans-Christoph Pape, Prof. Dr. Hans-Peter Simmen



**„WIR SIND
O UND U!“**

Jetzt BVOU-Mitglied werden

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

10 gute Gründe einer BVOU-Mitgliedschaft

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

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



BVOU
Berufsverband für
Orthopädie und Unfallchirurgie