

infobrief



Sportmedizin und Verletzungsprävention

24

Was ist ein Fall für die
Notaufnahme und was nicht?

26

Ambulante Versorgung sichern:
Konservative Therapie stärken

58

Sprechstunde digital: Online-
termine und Videosprechstunde
mit Orthinform

Selbstständige 3-D-Diagnostik für Orthopädie & Unfallchirurgie

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

SCS MedSeries®



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



Aufnahmen unter Belastung

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



Aufnahmen unter Entlastung

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

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

In Kooperation mit dem



BVOU
Berufsverband für
Orthopädie und Unfallchirurgie

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

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

- Betriebswirtschaftliche Potenzialanalyse
- Amortisations- & Ertragsberechnung

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



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Winterzeit ist Verletzungszeit. Deshalb widmen wir den letzten Infobrief in diesem Kalenderjahr dem Thema Sportverletzungen. Eine klassische Wintersport-Verletzung ist der Riss des vorderen Kreuzbands. Gerade erst musste die norwegische Ski-Rennläuferin Ragnhild Mowinkel ihr Saison-Aus bekanntgeben, nachdem sie sich zum zweiten Mal eine entsprechende Verletzung zugezogen hat. Für viele Patienten ist der Riss des vorderen Kreuzbands der Auftakt zu einer posttraumatischen Gonarthrose. Dass eine solche Verletzung in der Anamnese dann auch häufig zum Kniegelenkersatz führt, also zu einer Arthrose im Endstadium, zeigt eine aktuelle Studie von Tanvir Khan und seinen Kollegen im „British Journal of Sports Medicine“. Wir sollten uns also stets vor Augen führen, dass es bei der Behandlung und Rehabilitation von vorderen Kreuzbandverletzungen auch immer um das Hinauszögern dieser Spätfolgen geht. Der aktuelle Infobrief betrachtet den Sport allerdings nicht nur von der Verletzungsseite. Einige BVOU-Mitglieder werden im kommenden Jahr Spitzensportler zu den olympischen Sommerspielen nach Tokio begleiten. Andere betreuen hierzulande ganze Teams. Einige BVOU-Mitglieder sind oder waren auch selbst erfolgreiche Spitzensportler. Auch darüber berichten wir.

Ein Dauerthema unserer Arbeit ist das Gesetzesfeuerwerk unseres Bundesgesundheitsministers. Erst unlängst rühmte er sich, 18 Gesetze in 18 Monaten auf den Weg gebracht zu haben. Im Januar startet die größte Umgestaltung des DRG-Systems seit dessen Einführung. Dann werden die Pflegekosten nicht mehr Teil der Fallpauschalen sein, sondern zwischen den Krankenhäusern und Krankenkassen individuell verhandelt werden müssen. Die hohe Schlagzahl, die Spahn bei der Umgestaltung unseres Gesundheitswesens an den Tag legt und die weitreichenden Konsequenzen, die diese Gesetze für unsere Arbeit haben, zwingen uns noch enger zusammenzurücken. Wenn wir gegenüber der Politik etwas erreichen wollen,

dann müssen wir geschlossen auftreten, uns klug vernetzen und kreativ reagieren. Ich kann Sie daher nur inständig bitten: Seien Sie berufspolitisch aktiv, unterstützen Sie unsere Ziele. Geben Sie dem BVOU eine starke Stimme. Sonst werden andere über unsere Arbeitsbedingungen entscheiden!

Zum Schluss noch ein Highlight. Hinter uns liegt die zehnte Aktionswoche der Aktion Orthofit „Zeigt her Eure Füße“. Teilgenommen haben 240 Schulklassen und 7.250 Kinder. Über hundert Kollegen und Kolleginnen haben den Kindern gezeigt, wie schön Sport sein kann und damit unserer Idee, Kinder zur Bewegung anzuhalten, zum Erfolg verholfen. Dafür möchte ich mich ganz herzlich bedanken! Ohne die Unterstützung dieser Kolleginnen und Kollegen und allen Beteiligten hinter den Kulissen wäre das nicht möglich gewesen. Wir sind dadurch kühn geworden, so dass wir die Aktion in diesem Jahr noch um den Schwerpunkt „Gesunder Rücken“ erweitert haben. Sie sehen: Wir wollen auch weiterhin Akzente setzen.

Am Ende dieses Jahres möchte ich Ihnen für Ihre Loyalität, Ihre finanzielle Unterstützung und Ihr Engagement danken. Unsere gesamte Verbandsarbeit ist eine Teamleistung, die nur in enger Zusammenarbeit mit den Mitgliedern, den Fachgesellschaften und anderen Verbänden und Organisationen möglich ist. Wir brauchen Ihre Unterstützung, auch im kommenden Jahr. Helfen Sie uns!

Der Vorstand des BVOU und das Team der BVOU-Geschäftsstelle wünschen Ihnen, Ihren Familien und Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine besinnliche Weihnachtszeit und ein gutes und gesundes Neues Jahr.



Dr. Johannes Flechtenmacher
Präsident des BVOU



03 Editorial

06 Schwerpunkt: Sport

- 06 Sportverletzungen im Breitensport verhindern
- 08 Karrieren im Spitzensport und in der Orthopädie
- 12 GOTS – Europas größte Gesellschaft der orthopädisch-traumatologischen Sportmedizin
- 14 Prävention muss endlich systematisch im Kinder- und Jugendsport Einzug halten
- 16 „Zum Schwimmen bin ich durch meine Kinder gekommen“
- 17 „Volleyball hat ein sehr spezifisches Verletzungsprofil“
- 18 „Der regionale Stützpunkt weckte mein Interesse“
- 19 „Eine Mannschaft auf erstem Bundesliga-Niveau zu betreuen, ist für einen Sportmediziner besonders interessant!“
- 20 „Im Sommer wird der Eishockeyspieler geformt“
- 21 „Stop X“: Programm zur Prävention von Sportverletzungen am Kniegelenk
- 21 Orthinform-Patientenflyer zum Thema Sportverletzungen
- 21 Icaros: Fliegendes Trainingsgerät
- 22 Webinare im BVOU StudyClub zu Sportverletzungen
- 22 FIFA 11+: Programm zum Aufwärmen und zur Verletzungsprophylaxe

23 Berufspolitik

- 23 Ärztlich tätig sein kann und darf nur der Arzt
- 24 Was ist ein Fall für die Notaufnahme und was nicht?
- 26 Ambulante Versorgung sichern: Konservative Therapie stärken
- 29 Update zum TSVG: Was orthopädische Praxen umsetzen müssen
- 32 TSVG-Update im BVOU Study Club



33 Aus den Landesverbänden

- 33 Zufriedenheit im Orthopädie-Facharztmodul: Patienten empfehlen ihren Arzt weiter
- 34 Facharztvertrag Orthopädie – Digitale Daten bleiben in ärztlicher Hand
- 35 HOUT: Blick in die Zukunft von O und U

37 News und Service

- 37 DKOU 2019: Hohe Auszeichnungen durch den BVOU
- 41 „King Kong“ im Klassenzimmer feiert Premiere
- 43 Bericht zur dritten Gesamtvorstandssitzung und internen Klausur
- 46 Dr. Georg Holfelder 90 Jahre – ad multos annos! Ehre, wem Ehre gebührt.
- 47 „Der gegenwärtige Trend, nur noch ambulant zu behandeln, geht völlig am Patienten vorbei!“
- 49 Dr. Helmut Weinhart ist SpiFa-Vorstandsmitglied
- 50 360-Grad-DVT: Stellenwert der DVT in der traumatischen und posttraumatischen Knie-Diagnostik
- 52 AO-Klassifikation überarbeitet
- 54 Was ist Global Surgery?
- 55 Zustimmung bei Änderungsvorschlägen in BVOU-Geschäfts- und Beitragsordnung



56 O und U Digital

- 56 To-do-Liste für die elektronische Patientenakte
- 58 Sprechstunde digital: Onlineterminale und Videosprechstunde mit Orthinform
- 61 Live-Hacking zeigt, wie verwundbar IT-Systeme sind

62 Honorar und Abrechnung

- 62 Ist das der endgültige Weg vom freien Arztberuf zu einem kontrollierten Gesundheitssystem?

64 Recht und Versicherung

- 64 Fehlrotierte Implantation einer Oberarmkopffrakturprothese
- 66 Normänderung bei Medizinischer Gasversorgung
- 66 Ergänzung/Richtigstellung Änderung Mindestsprechstundenzeitenangebot für Belegärzte
- 67 Vorteile exklusiv für Mitglieder: Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung

69 Weiter- und Fortbildung

- 69 Erfolgreicher Sommer für die orthopädische Rheumatologie
- 72 AMBOSS sechs Monate gratis testen
- 72 Oberärzte beklagen zu wenig Zeit für Weiterbildung der Assistenzärzte
- 73 Antibiotic Stewardship funktioniert sektorenübergreifend
- 75 Ein Monolith zum Thema Muskelverletzungen im Sport
- 76 Entscheidungshilfen und Empfehlungen beim Return to Play

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. Jörg Ansorg, Prof. Dr. Alexander Beck, Dr. Karsten Braun, Dr. Johannes Flechtenmacher, Dr. Hartmut Gaulrapp, Dr. Daniel Gerold, Dr. Siegfried Götte, Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann, Dr. Arne-Björn Jäger, Natascha Kompatzki, Dr. Thomas Kühn, Janosch Kuno, Dr. Thomas Möller, Kathrin Raisinger, Dr. Gerd Rauch, Dr. Michael Rojczyk, Prof. Dr. Walter Schaffartzik, Dr. Uwe Schwokowski, Prof. Dr. Romain Seil, Dr. Rolf Teßmann, Dr. Martin Wagner, Christine Wohlers

Redaktionsschluss

27.11.2019

Konzept und Gestaltung

Rhowerk GmbH – www.rhowerk.de

Druck

Das Druckteam Berlin

Titelbild (Seite 1)

© macrovector/Freepik

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



Sportverletzungen im Breitensport verhindern

Viele Verletzungen im Zuge der rund 1,5 Millionen jährlich auftretenden Sportunfälle in Deutschland können durch die Befolgung von zehn Empfehlungen zur Vermeidung von Sportunfällen verhindert werden.

„Wer Sport treibt, sollte lernen, Risiken zu vermeiden, ein präventives Trainingsprogramm in die Routine einzubauen und den Grundsatz zu beherzigen, nicht zu viel in zu kurzer Zeit erreichen zu wollen“, sagt Dr. Gerd Rauch. „Außerdem sind genügend Ruhepausen zur Erholung notwendig.“ Rauch war DKOU-Kongresspräsident 2018 für den BVOU und Mitinhaber der Orthopädisch-chirurgischen Gemeinschaftspraxis und Praxisklinik Kassel. Er ist zudem Mannschaftsarzt des Handball-Bundesligisten MT Melsungen.

Verletzungen drohen, wenn Belastung und Belastbarkeit auseinanderdriften. In Deutschland treten jedes Jahr rund 1,5 Millionen Sportunfälle auf, 53 Prozent davon im Verein, 47 Prozent beim Freizeitsport. 83 Prozent der Verletzungen müssen ärztlich behandelt werden. Die Gesamtkosten für diese Behandlungen werden auf circa 1,5 Milliarden Euro geschätzt. Diese Zahlen machen deutlich, dass die Prävention von Sportverletzungen oberste Priorität hat, besonders bei Kindern und Jugendlichen, weil sich deren frühes Desinteresse am Sport über Jahrzehnte negativ auswirken wird.

Bei den Sportverletzungen wird zwischen knöchernen Verletzungen und Weichteilverletzungen unterschieden. Letztere sind häufiger, vor allem in Form von Zerrungen und Prellungen, die durch eine exzessive oder chronische Überbelastung der Muskeln verursacht werden. Solche Muskelverletzungen treten vor allem bei Sportarten mit einem ständigen Wechsel aus Be- und Entlastung auf sowie bei Sportarten mit vielen Sprung-, Dreh- und Kickbewegungen, etwa bei den Ballsportarten. Begünstigt werden solche Verletzungen durch eine hohe muskuläre Spannung, ein Ungleichgewicht zwischen dem als Agonist und dem als Antagonist wirkenden Muskel, durch ein zu hohes Körpergewicht, mangelnde Beweglichkeit, Koordinationsschwächen und Knieverletzungen. Es sind aber nicht nur Zerrungen und Prellungen möglich, es kann beim Aufprall auch zum Abriss einzelner Muskelfasern oder ganzer Muskelfaserbündel kommen. Bei den Knochenbrüchen wird zwischen Ermüdungsbrüchen, sogenannten Stressfrakturen, und klassischen Sturz- oder Aufprallverletzungen unterschieden, bei denen der Knochen unter einer einzelnen, massiven Belastung bricht. Bei Stressfrakturen ist der Knochen über längere Zeit zu stark oder falsch belastet worden. Sie treten häufig beim Laufen und beim Springen auf. Die Ursachen sind oft Trainingsfehler. Dem Knochen wird mehr zugemutet als er verkraften kann.



Zehn Empfehlungen zur Vermeidung von Sportverletzungen:

1. Viele unterschiedliche Sportarten wie Laufen, Schwimmen und Fahrradfahren betreiben und nicht zu früh auf eine einzige Sportart spezialisieren.
2. Durch ein präventives Trainingsprogramm ausreichend auf den Sport vorbereiten (wie z.B. vorm Skifahren oder einem Golf- oder Tennismatch)
3. Ausreichend Zeit zur Erholung gönnen.
4. Anpassung des Alters an die eigenen körperlichen Kräfte. Überforderungen vermeiden!
5. Übungen und spielerische Bewegungen präzise und im Sinne der korrekten Technik ausführen.
6. Umgebungsbedingungen (Bodenbelag, Witterungsverhältnisse) beachten und entsprechend daran anpassen.
7. Helme, Schutzkleidung oder Orthesen tragen, wo dies nötig und geboten ist, Schuhe wechseln.
8. Trainer oder Arzt ansprechen, wenn Schmerzen beim Sport verspürt werden oder Gelenke geschwollen sind. Alarmzeichen keinesfalls ignorieren! Nach längeren Trainingspause vorher orthopädisch und allgemeinärztlich untersuchen lassen, gegebenenfalls auch kardiologisch.
9. Nach einer Verletzung ausreichend Zeit für die Rekonvaleszenz einplanen und erst zum Sport zurückkehren, wenn man wieder in der Lage ist.
10. Mit ausreichend elektrolythaltiger Flüssigkeit und ausgeglichener Ernährung dafür sorgen, dass Muskeln nicht dehydrieren. Auf Körpergewicht achten.

(Die Empfehlungen wurden in Anlehnung an die amerikanische Kampagne „Stop Sports Injuries“ formuliert.)

Literatur:

- 1 Werner Bartens. Verletzt, verkorkst, verheizt – Wie Sportvereine und Trainer unsere Kinder kaputt machen. Droemer, Seite 9, (2016). ISBN 978-3-426-27708-09
- 2 Übungen für ein starkes Fußballteam. Das präventive Trainingsprogramm der VBG, <http://www.vbg.de>
- 3 Das 4x4 des Handballs. Übungen für ein starkes Handballteam. Das präventive Trainingsprogramm der VBG, <http://www.vbg.de>
- 4 FIFA 11+ Manual. Ein komplettes Aufwärmprogramm zur Verletzungsprävention. DFB. <https://www.dfb.de>
- 5 Barengo NC et al. The Impact of the FIFA 11+ Training Program on Injury Prevention in Football Players: A systematic review. *Int J Environ Res Public Health* 2014; 11: 11 986–12 000
- 6 Rössler R et al. A Multi-national Cluster Randomized Trial to Access the Efficacy of 11+ Kids: A Warm-Up Programme to Prevent Injuries in Children's Football. *Sports Med* 2018; 48: 1493–1504
- 7 Stop Sports Injuries, www.stopsportsinjuries.org



Dr. Gerd Rauch, Landesvorsitzender BVOU Hessen

Karrieren im Spitzensport und in der Orthopädie



Abb. 1 Prof. Dr. Thomas Wessinghage, Facharzt für Orthopädie, beim Weltcup 1977. 4 × Nominierung Deutsche Olympiamannschaft (1972–1984), Teilnahmen 1972 und 1976. Europameister 5000 m Athen 1982. Weltcupsieger 1500 m Montreal 1979. Europacupsieger 1500 m Nizza 1975. Europacupsieger 5000 m London 1983. Hallen-Europameister 1500 m 1975, 1980, 1981 und 1983. Insgesamt 22 × Deutscher Meister (u. 1. 7 × 1500 m, 2 × 5000 m). Mehrfache Deutsche und Europa Rekorde, aktuell gültige Deutsche Rekorde 1500 m – 3:31,58', 2000 m – 4:42,20'.

Eine Karriere im Spitzensport und als Arzt miteinander zu vereinbaren, stellt Anforderungen an diejenigen, die beides erfolgreich schaffen wollen. Ein besonderes Interesse am Bewegungsapparat darf dem Sportler dabei per se unterstellt werden. So wundert es nicht, dass sich gerade bei sportlich erfolgreichen Medizinern ein hoher Anteil im Fachgebiet von O und U wiederfindet. Wir haben uns auf die Suche gemacht und wollten mit orthopädischen Fachkollegen sprechen, die nicht nur im Beruf Orthopäde, sondern auch im Sport Spitzenleistungen vollbracht haben. Davon gibt es eine ganze Reihe, man denke beispielsweise an Schwimmer Roland Matthes, Turner Hans-Peter Boschert oder Zehnkämpfer Siegfried Wentz.

Der Grandseigneur in diesem Kreis ist Prof. Dr. Thomas Wessinghage (**Abb. 1**). Der 1952 im westfälischen Hagen geborene Mittel- und Langstreckenläufer wurde in den Jahren 1972–1984 viermal für die deutsche Olympiamannschaft nominiert, erzielte mehrfach Europameisterschafts-, Weltcup- und Europacupsiege und erlief sich insgesamt 22 Mal den Titel Deutscher Meister. Auch heute noch hält er aktuell gültige deutsche Rekorde auf 1500 m und 2000 m. Als Facharzt für Orthopädie ist er nach Tätigkeiten in Norderstedt, Mettlach-Orscholz und Damp seit 2008 in den Medical Park Kliniken im Tegernseer Tal tätig. Aus dem Süden kommt Dr. Wolfgang Birkner, Jahrgang 1960 (**Abb. 2**). Nach Klinik­tätigkeit in Ulm und Rheinfelden ist er seit 2013 leitender Arzt der Orthopädischen Klinik Stuttgart-Botnang. Als Ruderer im Leichtgewicht wurde er in den Jahren 1983 bis

1990 zehnmal Deutscher Meister und 1984–1987 dreimal Vizeweltmeister. Derselben Sportart hat sich auch der 1976 geborene und in Wertheim am Main aufgewachsene Dr. Sebastian Thormann (**Abb. 3**) verschrieben. Er kann stolz sein auf 15 Deutsche und einen Schweizer Meistertitel, den Junioren Weltmeistertitel 1993, mehrere Vize-weltmeistertitel und Siege bei Nations-, World- und Canal-Cup. Nach Klinik­tätigkeit in Cambridge, Luzern und Emmental ist er heute in einer Praxis mit Belegarzt­tätigkeit im Medicum Wesemlin in Luzern tätig. Unvergesslich ist auch die Mannschafts-Goldmedaille und die Silbermedaille im Einzel der Tauberbischofsheimer Fechterin Dr. Sabine Bau (**Abb. 4**) bei den Olympischen Spielen in Seoul 1988. Insgesamt 23 Medaillen bei Olympischen Spielen, Welt- und Europameisterschaften im Damen-florett hat sie erkämpft, bevor sie nach Facharztausbildung in Creglingen, Würzburg und Bad Mergentheim zur Orthopädin wurde und derzeit als Oberärztin am dortigen Caritas-Krankenhaus tätig ist.

Wie sind Sie zu Ihrer Sportart gekommen?

Prof. Dr. Thomas Wessinghage: Das war eher eine zufällige Initialzündung durch die Bundesjugendspiele 1966 und die dabei erfolgreiche Teilnahme am 1000 m-Lauf.

Dr. Wolfgang Birkner: In der Schule suchte unser Sportlehrer für „Jugend trainiert für Olympia“. Die Aussicht an der Teilnahme mit Bundesfinale in Berlin, damals noch geteilt, war attraktiv. Dafür war ich bereit, sechsmal in der Woche zu trainieren. Der Ruderclub wurde zum Lebensmittelpunkt.

Dr. Sebastian Thormann: Ich habe schon sehr früh viel Sport getrieben, anfänglich sehr viele unterschiedliche Sportarten, bis ich dann zum Rudern gekommen bin. Mein Vater war Mitglied im Ruderverein und da bin ich mal mitgegangen. Die sportliche Betätigung im Freien und auf dem Wasser bei Wind und Wetter, verbunden mit der Eleganz eines Ruderbootes.

Dr. Sabine Bau: Bei mir war das Zufall, bzw. kam durch meine Mutter, auch ebenfalls Ärztin. Ihr Kollege war Fechter. Sie schlug vor, dass meine Schwester und ich das mal probieren sollten. Mich hat der Facettenreichtum der Sportart gefesselt.

Weshalb sind Sie Orthopäde/in geworden?

Prof. Wessinghage: Eigentlich war ich im Herzen Unfallchirurg. Aufgrund der größeren Variationsbreite im Tätigkeitsfeld des Orthopäden im Vergleich zum Unfallchirurgen, habe ich die Orthopädie als Fachbereich vorgezogen, damals war das noch getrennt.

Dr. Birkner: Nach dem Studium wollte ich immer irgendetwas mit „Sport“ studieren. Ich entschied mich zunächst für das Lehramt Sport/Physik. Sport war super, Physik nicht. Deshalb wechselte ich dann auf Medizin.



Abb. 2

Dr. Wolfgang Birkner, Facharzt für Orthopädie. Weltmeister im Leichtgewicht-Vierer ohne Steuermann 1985 in Hazewinkel/Belgien zusammen mit Thomas Jaekel, Frank Rogall und Alwin Otten. Vizeweltmeister 1984 in Montreal/Kanada. Vizeweltmeister im deutschen LGW-Achter 1986 und 1987. 4. Platz im LGW-Doppelzweier 1983 in Duisburg. 10 × Deutscher Meister 1983–1990. 2. Platz bei der Universiade 1987 im deutschen Achter in Zagreb.

Nach dem Ende meines Studiums war es schwierig, überhaupt eine Stelle zu bekommen. Deshalb zunächst Unfallchirurgie in Ulm und danach Wechsel zur Orthopädie in Rheinfelden.

Dr. Thormann: Es war schon sehr lange mein Ziel. Eigentlich schon vor dem Studium. Ich wollte etwas mit dem Schwerpunkt Bewegungsapparat machen, verbunden mit dem Sport. Orthopädie, verbunden mit Manueller Medizin, Osteopathie, Chiropraktik, waren meine initialen Vorstellungen. Heute ist es eher die klassische Orthopädie inklusive der Operationen am Bewegungsapparat und die Traumatologie.

Dr. Bau: Der Wunsch, diesen Facharzt zu machen, wurde durch den Sport schon sehr früh geweckt. Im Laufe der klinischen Semester kam für mich keine andere Fachrichtung mehr in Frage. Ich wollte schon immer konservative Orthopädin werden.

Wie haben Sie es geschafft, sportliche Karriere und Studium bzw. ärztliche Tätigkeit miteinander zu vereinbaren?

Prof. Wessinghage: Fleiß, Organisation und Unterstützung durch Vorgesetzte. Dank an meine Chefs Dr. Axel Thiel im Krankenhaus für Sportverletzte Hellersen und Prof. Dr. Gerd Biehl, St. Franziskus Krankenhaus Köln. Und letztlich natürlich die Freude an der Bewegung.

Dr. Birkner: Während des Studiums in Tübingen wohnte ich noch bei meinen

Eltern!! Super, Kühlschrank immer voll, Wäsche wurde gewaschen. Da kann ich mich bei meinen Eltern nur ganz herzlich dafür bedanken!!

Dr. Thormann: Ich war sehr zielorientiert und fokussiert. Neben Studium und Sport gab es kaum etwas anderes. Sicherlich habe ich etwas länger fürs Studium gebraucht, da ich einige Ausfallzeiten hatte. So musste ich das Physikikum wegen der Teilnahme an der Weltmeisterschaft verschieben. Danach war es immer ein Spagat zwischen Sport und Studium. In den Olympiajahren mussten wir aufgrund der vielen Trainingslager und Abwesenheiten Urlaubssemester nehmen.

Dr. Bau: Gutes Zeitmanagement, ein Verein, der darauf ausgerichtet war, es den Sportlern zu ermöglichen, ein Studium oder einen Beruf auszuüben und ein Trainer, der sich sehr auf meine Bedürfnisse eingestellt hat.

Was empfanden Sie in Ihrer Zeit als aktive/r Sportler/in in der eigenen sportorthopädischen Betreuung am wichtigsten? Was raten Sie Kolleginnen und Kollegen, die sich in diesem Bereich neu engagieren möchten?

Prof. Wessinghage: Meine sportorthopädische Betreuung als Athlet fiel mangels Bedarfs sehr gering aus: Keine Massagen, keine Physiotherapie; gelegentliche Blessuren stammten aus Unfällen, z. B. beim Fußball oder Basketball. Mein Rat: „man kann alles übertreiben“ oder auch „Konzentration auf das Wesentliche“!

Dr. Birkner: Ich hatte kaum orthopädische Probleme. Die sportmedizinische Diagnostik war wichtig und als Trainings-Steuerung hervorragend geeignet, damals bei Prof. Jeschke in Tübingen. Da habe ich dann auch meine Promotionsarbeit gemacht.

Dr. Thormann: Das gegenseitige Vertrauen und dass man „seine“ Sportler kennt. Eine gewisse Nähe zu dem Sportler macht die Arbeit leichter und effizienter. Außerdem ist es von Vorteil, wenn die Sportler wissen, dass man den Sport selber gemacht hat und weiß wovon sie reden. Rat? Das muss jeder für sich selber selbst herausfinden. Prinzipiell aber Begeisterung für den Sport, denn der Aufwand ist enorm. Eine Vergütung gibt es meist kaum bis gar nicht. Der Dank der Sportlerinnen und Sportler ist aber meist Lohn genug.

Dr. Bau: Für mich waren Vertrauen und Ehrlichkeit von großer Bedeutung. Schon damals war es mir wichtig, auf meine Ressourcen zu achten und meine Gesundheit möglichst wenig zu gefährden. Die Betreuung von Spitzensportlern erfordert sehr viel Einfühlungsvermögen und Fingerspitzengefühl.

Gab es während Ihrer sportlichen Karriere einmal bedeutende, eigene sportorthopädische Probleme, Verletzungen, Operationen? Wie und von wem wurden sie gelöst?

Prof. Wessinghage: Besagte Unfälle ereigneten sich nicht beim Lauftraining. Ausnahme: eine Fissur des Os naviculare, die auf einen Sturz in einem zahlenmäßig überbesetzten Rennen 1984 zurückzuführen war und mich die Olympiateilnahme 1984 kostete. Ich hatte hervorragende, aber selten benötigte Betreuung durch Dr. Axel Thiel, Hellen und Dr. Bernhard Segesser, Basel.

Dr. Birkner: In der Übergangszeit Junior zu Aktiv, während der Bundeswehrzeit, verletzte ich mich am Handgelenk (Naviculare-Fraktur). Ich sollte schon im Bundeswehr-Krankenhaus Wildbad ope-



Abb. 3
Dr. Sebastian Thormann, Facharzt für Orthopädie. Rudergesellschaft Wertheim, Cambridge University Boat Club, Ruderclub Reuss Luzern und Seeclub Sempach. 15 Deutsche Meistertitel in den verschiedenen Altersklassen.

riert werden... Dann doch konservativ, drei Monate Gips. Damit kann man auch gut trainieren... Ich hatte Glück, dass dies auch ohne OP gut ausgeheilt war.

Dr. Thormann: Prinzipiell hatte ich Glück in meiner Karriere. Neben den üblichen Verschleißproblemen und kleineren Verletzungen, habe ich erst am Ende meiner Karriere wegen einer schlimmeren Verletzung schlussendlich meine Karriere beendet. Ein unverschuldeter Fahrradunfall mit einer langwierigen Rückenverletzung, hat letztendlich meine Karriere beendet. Es war eine schwierige Zeit, eigentlich hatte ich noch vieles im Sport vor, aber die Gesundheit hat es dann nicht mehr erlaubt. Im Nachhinein muss ich sagen, dass ich mich mit dem Karriereende schwer getan habe, da es nicht wirklich freiwillig war und ich nicht darauf vorbereitet war. Außerdem brach für mich eine Welt zusammen und der geregelte Tagesablauf sowie die Kameradschaft unter den Sportlern war weg. Eine schwierige Zeit.

Dr. Bau: Es gab ständig irgendwelche Probleme – Gott sei Dank vor allem kleinere Wehwehchen, die die Physios in den Griff bekamen. Doch blieben Verletzungen nicht aus.

Es gibt viele Namen, die ich hier aufzählen könnte – die Liste würde auf jeden Fall zu lang. Jeder Betreuer von Großereignissen hat seinen wichtigen Beitrag geleistet. Diesen und allen anderen

Kollegen, die sich für die Sportler engagieren, möchte ich hier DANKE sagen.

Haben Sie sich selbst in der orthopädischen Betreuung von Sportlern weiter engagiert, wenn ja wie?

Prof. Wessinghage: Ich war für einige Jahre Verbandsarzt des Deutschen Leichtathletik Verbandes. Die Bemühungen um meine nicht ganz so sportlichen Patienten standen für mich aber immer – auch zeitlich – im Vordergrund, von denen viele auch sehr sportlich sind – aber eben keine Hochleistungssportler.

Dr. Birkner: Lediglich lokal im Verein, RC Rheinfelden.

Dr. Thormann: Ich habe schon während meines Studiums häufig die Betreuung in den Trainingslagern oder im Stützpunkt mit übernommen und in der Zeit sehr eng mit den ärztlichen Kollegen zusammen gearbeitet. Nach meinem eigenen sportlichen Karriereende bin ich ins Ausland gegangen. Natürlich lag der Fokus in der Zeit auf der eigenen Ausbildung. Da ich zu diesem Zeitpunkt im Vorstand der Nationalen Anti Doping Agentur (NADA) ehrenamtlich gearbeitet habe, war meine Zeit begrenzt, mich auch noch in einem Sportverband zu betätigen. Außerdem wollte ich nicht in einen Konflikt mit der Arbeit bei der NADA geraten. In der klinischen Tätigkeit war ich meist der Ansprechpartner



Abb. 4
Dr. Sabine Bau, Fachärztin für Orthopädie.
23 Medaillen bei Olympischen Spielen,
Weltmeisterschaften und Europameisterschaften im Damenflorett.

im kollegialen Umfeld und hatte entsprechende Schwerpunkte in meiner Sprechstundentätigkeit. Inzwischen bin ich soweit aufgestellt, dass ich eine Vielzahl an Sportlern in meiner Praxis sehe und über entsprechende Kooperationen auch direkter Ansprechpartner von Trainern und Vereinen bin.

Dr. Bau: Ich habe eine gewisse Zeit die Physiotherapie im ehemaligen Olympiastützpunkt als ärztliche Leitung unterstützt und bin Mitglied der Medizinischen Kommission des Deutschen Fechterbundes.

Welchen anderen Teilbereich der Orthopädie außerhalb der Sportorthopädie mögen Sie am liebsten und warum?

Prof. Wessinghage: Wie bereits erwähnt, empfinde ich die Unfallchirurgie als besonders befriedigend für den handelnden Arzt. Auch hat mir die manuelle Tätigkeit immer die größte Freude bereitet. Heute würde ich meine Aufgabe als die eines „Controllers“ und „Coaches“ bezeichnen. Die meisten Patientengespräche drehen sich um die Notwendigkeit, Patienten die Wichtigkeit der Eigeninitiative für die eigene Gesundheit zu erläutern.

Dr. Birkner: Mein Lehrer Prof. Henche hat in den 70er Jahren die Arthroskopie in Deutschland publik gemacht. Ich habe von ihm den traditionellen Arthroskopiekurs in Arosa übernommen, wo jedes Jahr ca. 100 Ärzte die Arthroskopie erlernen und in Kursen vertiefen.

Dr. Thormann: Natürlich ist der konservative Bereich, in den ich die Prävention explizit integriere, ein wichtiger Teil meiner Tätigkeit. Inzwischen ist der Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit und des Wohlbefindens ein großer Teil meiner Tätigkeit gewidmet.

Dr. Bau: Mich fasziniert die konservative Orthopädie. Ich glaube, dass das Potential der konservativen Therapie nicht immer ausgeschöpft wird.

Wie beurteilen Sie die Zukunft für unser Fach? Wo sehen Sie die Herausforderungen? Können Sie jungen Menschen heute noch den Rat geben, Arzt bzw. Orthopäde zu werden?

Prof. Wessinghage: Unser Fach wird in Zukunft nicht an Bedeutung verlieren. Die Schwerpunkte sind operativ heute zwar in Richtung Endoprothetik verschoben, aber das Fach weist eine enorme Bandbreite auf – von ganz jungen zu hochbetagten Patienten, angeborene und erworbene Krankheitsbilder betreffend, konservative und operative Therapieansätze bietend. Und ein wichtiger Aspekt aus meinem Blickwinkel: In der Orthopädie und Unfallchirurgie haben wir nach Abschluss einer Behandlung eine hohe Zahl geheilter oder doch zumindest sehr zufriedener Patienten.

Dr. Birkner: Es wird schwierig, das gesamte Gebiet der Orthopädie, mit neuem Facharzt inklusive Unfallchirurgie, zu überblicken. Ich finde es irgendwie schade, dass viele Ärzte sich auf ein kleines Gebiet hoch spezialisieren. Der „Gesamt-Patient“ rückt damit etwas in den Hintergrund. Eine breite „orthopädische Grundausbildung“ halte ich für absolut erforderlich. Das Berufsziel „Orthopäde“ kann ich auch heute noch empfehlen!!

Dr. Thormann: Die Zukunft liegt in der Stärkung unseres Faches. In der Kommunikation darüber, was wir alles Gutes tun können und auch machen. Und dass wir es hoffentlich schaffen, uns gegen die ganzen politischen Entwicklungen besser zu positionieren, diese mitgestalten und dass wir wieder mehr Zeit für unsere Patienten haben. Unser Augenmerk sollte auf dem Patienten liegen und der Qualität unserer Versorgung. Ich erlebe es tagtäglich in der Praxis, dass man durch ein gut geführtes Gespräch mit Erklärungen und Aufklärung der Patienten häufig viel erreichen kann und zufriedene Patienten hat. Medizin ist kein Geschäft, die ewige Diskussion um die Wirtschaftlichkeit ist zwar wichtig, beschädigt aber unseren schönen Beruf. Ja klar, ich freue mich immer wieder über Studenten und Assistenten, die in unserer Praxis hospitieren und die man für unsere schöne Tätigkeit begeistern kann. Ich hoffe, dass wir das Boot wieder etwas in die richtige Richtung gesteuert bekommen, und miteinander als Team können wir wesentlich mehr erreichen, als wenn wir als Einzelkämpfer auftreten und nur auf den eigenen Vorteil bedacht sind. Eine Begeisterung für den Bewegungsapparat sollte man auf jeden Fall mitbringen, alles andere wird sich dann schon ergeben!

Dr. Bau: Die Menschen werden immer Ärzte brauchen – also kann ich auf jeden Fall jungen Menschen den Rat geben, Arzt und besonders Orthopäde zu werden. Unser Fach ist für mich noch immer eines mit Fingerfertigkeit, Finger-spitzengefühl, mit Patienten unterschiedlichen Alters und viel Menschenkenntnis.

Wir finden hier viele Ansichten wieder, die wir auch in der Berufspolitik immer wieder diskutieren. Wir danken Ihnen für das interessante Interview mit den Einblicken in Ihr Leben als Arzt und Sportler und wünschen Ihnen für die Zukunft alles Gute!

Das Interview führte
Dr. Karsten Braun,
BVOU-Bezirksvorsitzender
Heilbronn-Franken

GOTS – Europas größte Gesellschaft der orthopädisch-traumatologischen Sportmedizin



Die trinationale (Deutschland, Österreich, Schweiz) Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin (GOTS) mit rund 1600 Mitgliedern ist der **größte Zusammenschluss von Sportorthopäden und Sporttraumatologen in Europa**. Die Gesellschaft setzt hohe Standards für die Behandlung von Sportverletzungen und ist damit Garant für Qualität in der Versorgung von verletzten Freizeit- und Hochleistungssportlern.

Ziel ist es, das Verständnis von sportlicher Belastung und Verletzungen zu verbessern, um die muskuloskeletale Funktion und Lebensqualität zu erhalten. Ein fächer- und länderübergreifender Wissenstransfer findet auf dem *jährlich stattfindenden internationalen GOTS-Kongress*, wechselnd in einem der Mitgliedsländer (2020 in Berlin/D) statt. Dabei werden den Ärzten wissenschaftliche Themen praxisgerecht präsentiert. Zu den qualitätsvollen Vorträgen kommen Workshops und Symposien, in denen wissenschaftliche und praktisch relevante Themen ausführlich und umfassend behandelt werden, so dass neben den Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen auch Physio- und Sporttherapeuten am Kongress teilnehmen.



Ein wesentlicher Schwerpunkt der GOTS ist die *Förderung des Nachwuchses in der „Young Academy“* und die *Ausbildung junger Ärzte* in der orthopädisch-traumatologischen Sportmedizin. Dazu bietet die GOTS Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen an. Die GOTS hat durch die Mitgliedschaft von *Verbands- und Olympia-Ärzten* einen intensiven Bezug zur Hochleistungsmedizin. Ihre Erfahrungen und ihr Wissen vermitteln diese Experten in dem jährlich stattfindenden Intensivkurs für *Wettkampfmedizin*.

Einer der wichtigsten Arbeitsinhalte derzeit ist es, *Strategien zur Prävention* von Sportverletzungen auszuarbeiten. Die Vermeidung von vielen Verletzungen ist in den verschiedenen Sportarten, sowohl im Freizeit- als auch im Leistungssport durch spezielle Programme möglich. Diese Programme werden zusammen mit Experten erarbeitet, die die entsprechenden Athleten betreuen: vom Fußball bis zum Judo, vom Tennis bis zum Wassersport.

Dabei gliedert sich die Prävention auch spezifisch für die Altersgruppen auf: Prävention im Jugendsport muss anders aussehen als im Alter. Das Einbinden von systematischer Überwachung der Prävention in jedes Training und die Verbreitung von entsprechenden Programmen sollen integraler Teil des Curriculums nicht nur in der Sportmedizin und -traumatologie sondern auch in der allgemeinen Sportwissenschaft sein. In Kindergärten, Schulen, Sportvereinen soll damit nach Möglichkeit bereits begonnen werden. Dies alles dient der Gesundheit des Sportlers, der sich auf der einen Seite bis ins hohe Alter möglichst viel bewegen, auf der anderen Seite aber keine gravierenden Verletzungen an Wirbelsäule, Gelenken, Bändern, Muskeln etc. erleiden soll. Ende September fand aktuell das „EXPERTENMEETING Prävention“ statt. Insgesamt 30 Kollegen aus der orthopädisch-traumatologischen Sportmedizin berieten und diskutierten in verschiedenen Arbeitsgruppen die wichtigsten Themenfelder. Dazu gehörten die Epidemiologie der Sportverletzungen, die Ökonomie, Methodologie und Zukünftige Forschungsfelder genauso wie die Evidenz für Prävention am Knie, an der Schulter, der Hüfte und dem OSG. Darüber hinaus ging es um Spezielle Aspekte im Kindes-/Jugendalter, um die Implementierung der Prävention und Verschiedene Aspekte einzelner Sportarten. Abschließend wurden zusammenfassende Empfehlungen der GOTS zur Prävention von Sportverletzungen erarbeitet. Diese werden in einer gemeinsamen Publikation „Primärprävention von Sportverletzungen und -schäden“ bis zum nächsten Jahreskongress der GOTS im Juni 2020 veröffentlicht.

Innerhalb der GOTS arbeiten 7 Komitees als fachliche Arbeitsgruppen zu den speziellen Themen:

Kindersportmedizin, Prävention, Funktionelle Diagnostik, Muskel- und Sehnenverletzungen, Wirbelsäule im Sport, Gelenktherapie, Register. Alle Ergebnisse werden an die Mitglieder der Gesellschaft weitergeleitet. Unter anderem werden Checklisten erstellt, die in Kurzform die typischen Erkrankungen des Bewegungsapparates im Wachstumsalter vorstellen und damit verbundene Empfehlungen für sportliche Aktivitäten auflisten. Vor dem Hintergrund wissenschaftlicher

Studien in Kombination mit Expertenmeinungen werden verschiedene Krankheitsbilder bearbeitet. Dazu zählen zum Beispiel die Reifungsstörung des Hüftgelenks, die Skoliose oder auch die Osteochondrosis dissecans am Kniegelenk – eine Durchblutungsstörung gelenknaher Knochenareale mit möglicher Nekrose, von der Kinder und Jugendliche zwischen 6 und 19 Jahren betroffen sind.

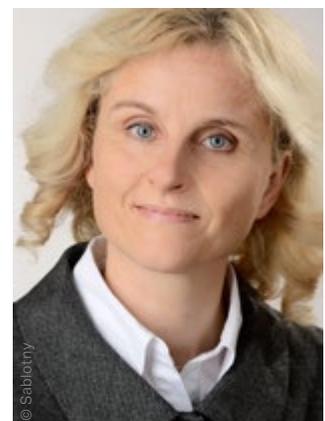
Etabliert ist inzwischen das Zertifikat „GOTS Sportarzt“. Dieses hat die Gesellschaft zur Weiterbildung in der Sportlerbetreuung entwickelt. Innerhalb von vier Kursen werden die wichtigsten orthopädisch-traumatologischen Aspekte der Sportlerbetreuung vermittelt. Thematische

Ausrichtung der einzelnen Module sind Wassersport/ Kampfsport, Ausdauersport, Wintersport und Spielsport. Der Abschluss jedes Moduls erfolgt mit einer Multiple-Choice-Prüfung. Das Zertifikat ist 5 Jahre gültig. Die Teilnehmer werden befähigt für die Teambetreuung am Spielfeldrand und auf dem Wettkampflplatz, das Management von Notfallsituationen im Sport, die Expertise in der Diagnostik von akuten/chronischen Sportverletzungen, die Return to Sport-Betreuung, die Prävention von Verletzungen und die Betreuung von Elitesportlern, Jugendlichen und Seniorensportlern.

Weiterhin wurde ein Lehrgang „Master of Science (MSc)“ in Zusammenarbeit mit der Donau-Universität Krems entwickelt. Die Fachrichtung Sportmedizin wird im deutschsprachigen Raum nicht als eigenständige Facharztausbildung angeboten. Deshalb gibt es nun ein innovatives interdisziplinäres Masterstudium (5 Semester berufsbegleitend) für Ärzte. Ein komplexes Weiterbildungskonzept auf aktuellem wissenschaftlichen Stand gewährleistet eine kompetente medizinische Betreuung von Sportlern aller Leistungsstufen – vom Breiten- bis zum Spitzensport.

Weitere Aktivitäten der GOTS:

- ▶ Durchführung von GOTS Expertenmeetings zu aktuellen Themen
- ▶ Sportmedizinische Forschungsförderung
- ▶ GOTS-geförderte und lizenzierte sportmedizinische Symposien
- ▶ Interdisziplinäre Fortbildungen (Ärzte, Physiotherapeuten, Trainer, Sportwissenschaftler)
- ▶ Vergabe von Wissenschaftspreisen, insbesondere auch Förderung des Nachwuchses (Young, Young Investigator Award)
- ▶ Berufspolitische Interessenvertretung (Leitlinien-erstellung,...)
- ▶ Herausgabe des GOTS Manuals Sportverletzungen



Kathrin Reisinger
 Pressestelle Gesellschaft für
 Orthopädisch-Traumatologische
 Sportmedizin (GOTS)

Prävention muss endlich systematisch im Kinder- und Jugendsport Einzug halten

Obwohl Sport und Bewegung sehr viele positive Effekte auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben, stellen wir in der Praxis zunehmend Verletzungen fest, die auf zu intensive Sporteinheiten ohne ausreichende Erholung für Knochen, Gelenke und Muskulatur zurückzuführen sind.



Leider nehmen akute Verletzungen wie Brüche, Prellungen und Zerrungen aber auch Überbelastungsschäden an Gelenken und Knochen bei Kindern und Jugendlichen derzeit beinahe epidemisch zu. Etwa ein Drittel aller Notfälle bei älteren Kindern und Jugendlichen gehen auf eine Sportverletzung zurück. In den USA fallen jährlich bis zu 3,5 Millionen Sportverletzungen bei Kindern unter 14 Jahren an. Etwa die Hälfte davon sind Überbelastungsschäden, die man in der Regel nur bei Erwachsenen vorfinden sollte. Die Situation in Deutschland und Europa scheint ähnlich zu sein. Die Gesamtzahl der Sportverletzungen ist in Deutschland aber leider noch nicht bekannt, da sie nicht systematisch registriert werden.

Genannt seien hier als Beispiel die Häufigkeit und Schwere der vielen Verletzungen des vorderen Kreuzbandes (VKB). Die Inzidenz der VKB-Verletzungen zeigte in den entsprechenden Risikosportarten wie Fußball, Handball oder Basketball einen signifikanten Anstieg. In diesen 3 Sportarten alleine kommt es in Deutschland schätzungsweise zu etwa 100.000 VKB Verletzungen pro Jahr. Kinder und Jugendliche stellen die Alterskategorie mit dem höchsten Zuwachs an VKB Verletzungen dar. Verhältnismäßig häufiger sind junge Frauen und Mädchen betroffen.

Obwohl die Mehrzahl von diesen Verletzungen erfolgreich therapiert werden können, haben neuere Daten ergeben, dass es bei unter 20-jährigen Patienten in einem von 3 Fällen zu einer Zweitruptur – sei es zu einer Rezidivruptur an der operierten, oder aber einer VKB Ruptur des gegenseitigen Kniegelenkes kommt. Das Kniegelenk altert durch diese Verletzung auf einen Schlag um 10 bis 20 Jahre. Im weiteren Verlauf werden häufig mehrere Operationen erforderlich. Zeichen der Gonarthrose finden sich bei 3 Patienten von 4 nach bereits 10 Jahren. Dies ist insbesondere bei Verlust eines oder beider Menisken der Fall.

Die wissenschaftliche Datenlage beweist eindeutig, dass eine Vielzahl von diesen Läsionen durch ein adäquates Präventionstraining hätten verhindert werden können. Allzu häufig müssen wir als behandelnde Kliniker uns mit einer therapeutischen Negativspirale nach einer initialen, potentiell vermeidbaren Sportverletzung auseinandersetzen. Das Gesamtbild der Einzelschicksale der betroffenen Sportler sowie die langfristigen direkten und indirekten Kosten der Behandlung von Sportverletzungen sind derzeit noch nicht absehbar. Wenn die Anzahl dieser und anderer vermeidbarer Verletzungen so hoch ansteigt, dass sie riskiert, zu einem ernstem Problem des öffent-

lichen Gesundheitssystem zu werden, ist es Zeit schnell zu handeln. Das IOC ist sich dieser Problematik bereits bewusst geworden und hat im Herbst 2017 ein globales Konsensusmeeting zum Thema der VKB Verletzungen bei Kindern und Jugendlichen einberufen. Die Ergebnisse zur Prävention und Behandlung dieser Verletzungen wurden weltweit publiziert.

Eine der Hauptursachen für die zunehmenden Verletzungen ist ganz klar die häufig fehlende, nicht ausreichende oder falsch ausgeführte Verletzungsprävention. In vielen Fällen würden sich bereits durch ein adäquates Präventionstraining oder maßvollere Sporteinheiten Verletzungen und deren Spätfolgen vermeiden lassen. Prävention wird bislang im Leistungs- und im Breitensport gleichermaßen vernachlässigt. Dabei ist es wichtig, dass wir bereits in der Kita mit den richtigen Präventions-Bewegungsprogrammen beginnen, weiterführend die Prävention im Schulsport implementieren und sie dann fest im Vereins- und Leistungssport verankern. Kinder und Jugendliche müssen Präventions-Übungen und Programme so selbstverständlich ausführen, wie das anschließende Training.

Prävention von Sportverletzungen ist wie Zähneputzen zur Vermeidung von Karies

Unsere Rolle als Sportmediziner und Chirurgen beschränkt sich nicht nur auf die Behandlung und Heilung von physischen Problemen, sondern muss zunehmend der Prävention Rechnung tragen, insbesondere durch professionelle Zusammenarbeit sowie Steigerung des politischen Bewusstseins für diese Problematik. Fragt man politische Entscheidungsträger über ihren Kenntnisstand im Bereich der Sportmedizin, steht ihre Antwort häufiger mit Doping im Zusammenhang als mit Sportverletzungen. Die Prävention, Behandlung und Rehabilitation von verletzten Sportlern werden selten thematisiert. Die tägliche sportärztliche Arbeit in der Behandlung – und noch wichtiger in der Prävention – von Sportverletzungen ist fast gänzlich unbekannt.

Es ist Aufgabe von Sportmedizinern und Politik gleichermaßen eine gesunde sportliche Entwicklung zu fördern. Wir müssen Schäden für die Zukunft der jungen Sportler vermeiden, nicht nur in deren sportlichen Entwicklung, sondern noch wichtiger für ein gesundes und schmerzfreies Leben nach dem Sport. Es ist inakzeptabel, dass potentiell vermeidbare Verletzungen der Grund für spätere körperliche Einschränkungen sind. Das Wissen um die vielen Präventionsmöglichkeiten dieser Verletzungen erfordert ein größeres Bewusstsein. Häufig

hapert es aber am Kenntnisstand des betreuenden Umfeldes der Kinder und Jugendlichen. Das zeigt, dass wir überhaupt erst einmal Pädagogen, Sportlehrer, Trainer, Ärzte und Physiotherapeuten professionell und systematisch Schulen müssen bzw. dass Präventionsprogramme in ihrer Ausbildung verankert werden müssen.

Die Gesellschaft für orthopädisch-traumatologische Sportmedizin erarbeitet derzeit Strategien zur Prävention von Sportverletzungen. Die speziellen Programme werden zusammen mit Experten aufgelegt, die die entsprechenden jungen Athleten betreuen: vom Fußball bis zum Judo, vom Tennis bis zum Wassersport. Zusammenfassende Empfehlungen der GOTS zur Prävention von Sportverletzungen werden in einer gemeinsamen Publikation „Primärprävention von Sportverletzungen und -schäden“ bis zum nächsten Jahreskongress der GOTS im Juni 2020 veröffentlicht. Einige wichtige seien bereits hier schon genannt:

Zu fordern ist eine systematische Erfassung und Quantifizierung der Sportverletzungen und Sportschäden im organisierten Sport. Aufgrund einer wissenschaftlich nachgewiesenen Reduktion der Verletzungen von ca. 50% unter systematischer Anwendung von Präventionsprogrammen (allgemein-, struktur- und sportartspezifisch) sollte die Prävention konsequent ins Training eingebaut werden. Die Vermittlung von motorischen Fähigkeiten und Bewegungsfertigkeiten muss stärker im Kindesalter (Kindergarten, Schule, Sportverein) erfolgen. Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Versicherungsträgern müssen interdisziplinär zusammenarbeiten. Die Präventionsforschung muss dringend ausgeweitet werden. Hierzu gehören die Erarbeitung und Validierung von Präventionsprogrammen, die Ausweitung der Implementierungsforschung, die Erarbeitung von Methoden für individualisierte Prävention, Kosteneffektivitätsanalysen von Bewegungsmaßnahmen, neue Technologien und deren Einsatz. Beim Einsatz neuer Technologien (Sensoren, Wearables, Smartphone, App, Social Media, künstliche Intelligenz) sind das Erarbeiten von sinnvollen Messparametern, die Validierung und Interpretation, inklusive Qualitätssicherung und Beachtung ethischer Aspekte zu fordern. Nicht zuletzt sollte die Lenkung staatlicher Gelder (z.B. Zuckersteuer/Tabaksteuer) mit Zweckbindung zur Bewegungsförderung und Prävention in Erwägung gezogen werden.



Prof. Dr. Romain Seil, Präsident GOTS, orthopädischer Chirurg am Centre Hospitalier de Luxembourg, Co-Direktor des IOC-Forschungszentrums für Verletzungsprävention in Luxemburg und außerordentlicher Professor für Orthopädische Chirurgie an der Universität des Saarlandes

Viele BVOU-Mitglieder betreuen einzelne Athleten oder ganze Mannschaften in den verschiedensten Sportarten. Welche Verletzungen treten häufig auf? Wie lassen sich diese vermeiden? Wir haben bei einigen Experten des Berufsverbandes nachgefragt.



WM in Südkorea 2019

„Zum Schwimmen bin ich durch meine Kinder gekommen“

Wie sind Sie zur Sportart „Schwimmen“ gekommen?

Prof. Alexander Beck: Zum Schwimmsport bin ich durch meine drei Kinder Maximilian, Leonie und Sebastian gekommen. Sie sind im Leistungssport tätig, Leonie (22 Jahre) war bereits 2016 im Becken in Rio und ist für Tokyo im Jahr 2020 bereits über die 10km Freiwasser qualifiziert. Das hat dazu geführt, dass ich mittlerweile ehrenamtlich Verbandsarzt der Freiwasserschwimmer im Deutschen Schwimmverband und als deutscher Vertreter Mitglied im Medical Board der Ligue Européenne de Natation (LEN) bin. Die LEN ist der europäische Dachverband für Wassersport und hat seinen Sitz in Luxemburg.

Was sind die häufigsten Verletzungen, die in der Sportart auftreten?

Prof. Beck: Im Freiwasserschwimmen gibt es immer mal Verletzungen an scharfen Kanten, wie beispielsweise an Riffen und Steinen. Es können auch Verletzungen durch Quallen entstehen. Da die Schwimmer auch immer in einem gemeinsamen Feld schwimmen, sind

Rängeleien an der Tagesordnung, so dass auch mal kleinere Platzwunden oder ein blaues Auge auftreten können.

Darüber hinaus ist im Schwimmsport vor allem die Schwimmerschulter immer wieder ein Problem. Das kommt durch ein Missverhältnis in der Schultermuskulatur: In diesem Fall sind die Innenrotatoren deutlich stärker gefordert als die Außenrotatoren und deshalb kräftiger trainiert. Dieses Ungleichgewicht kann dazu führen, dass der Oberarmkopf nicht richtig zentriert wird und er höher steht. Die Enge unter dem Schulterdach führt zu einer Schleimbeutelreizung, einem Impingementsyndrom.

Welche Übungen zur Verletzungsprävention schlagen Sie vor?

Prof. Beck: Sportler und Trainer sollten andauernde Schulterschmerzen auf keinen Fall ignorieren. Dies gilt insbesondere für das Schwimmen aber auch andere Sportarten mit ständigen Überkopfbewegungen. Durch konsequentes Training der Schultermuskulatur und der Rotatorenmanschette (u.a. sog. Rhomboideustrainer) lässt sich eine Schwimmerschulter am besten vermeiden. Die Muskeln müssen dabei gekräf-

tigt und ins Gleichgewicht gebracht werden. Zudem sind Mobilisation, Massage des Bindegewebes, Übungen mit dem Theraband und Dehnen wichtig. Ansonsten hat ein Mannschaftsarzt, der Orthopäde und Unfallchirurg ist, im Freiwasser die richtige Fachrichtung.



Prof. Dr. Alexander Beck ist Chefarzt für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Juliusspital in Würzburg und Mitglied im geschäftsführenden Vorstand des BVOU. Für den Berufsverband war er zudem 2017 DKOU-Kongresspräsident.

„Volleyball hat ein sehr spezifisches Verletzungsprofil“



© P.DZURMAN/AdobeStock

Wie sind Sie zum Volleyball gekommen?

Dr. Oliver Miltner: Volleyball ist eine der populärsten Sportarten der Welt. Die hohe Komplexität des Sportspieles bewirkt eine sehr hohe Bandbreite an unterschiedlichen Trainings- und Wettkampfanforderungen für die Spieler. Das hat mich schon immer an dem Sport fasziniert. Vor 13 Jahren suchte der damalige und jetzige Manager Kaweh Niroomand eine neue medizinische und physiotherapeutische Betreuung für die BR Volleys. Und so entstand diese langjährige Zusammenarbeit.

Was sind die häufigsten Verletzungen, die bei diesem Sport auftreten?

Dr. Miltner: Volleyball ist eine relativ verletzungsarme Sportart, besonders im Vergleich mit Team-Kontaktsportarten wie Eishockey, Handball und Fußball. In der Tat zeigte sich während der Olympischen Spiele in Athen 2004, dass Volleyball die Teamsportart mit den geringsten Verletzungen war.

Eine weitere wesentliche Charakteristik des Volleyballspieles besteht in der Besonderheit, dass es die einzige große Teamsportart ohne direkten Gegner-Körperkontakt ist. Lediglich im Überschneidungsbereich der Spielfeldhälften kommt es zu verletzungssträchtigen Kontakten. Diese beiden Aspekte ergeben für die Sportart Volleyball ein sehr spezifisches Verletzungsprofil. Verstärkt wird dies durch eine extrem hohe Trainings- und Wettkampfbelastung über das gesamte Jahr. Im Bereich der Top-Athleten muss mit 350–400 Trainingseinheiten bei einem Trainingsumfang von über 700–800 Stunden pro Jahr gerechnet werden. Die Hauptbelastung besteht zusätzlich aus bis zu 80–100 Wettkämpfen pro Jahr.

Angesichts der hohen Spiel- und Trainingsbelastung im Volleyball wird der Thematik Überlastungsbeschwerden und akute Verletzungen eine große Bedeutung beigemessen. Zusammenfassend lässt sich dabei feststellen, dass beim Volleyball besonders die Regionen Sprunggelenk, Knie, Finger und Wirbelsäule verletzungsanfällig sind. Es muss damit gerechnet werden, dass jeder

Spieler im Durchschnitt ca. 14 Tage pro Saison ausfällt und dabei ca. 2,5 Verletzungen pro Saison erleidet.

Welche Prävention schlagen Sie vor?

Dr. Miltner: Diese Frage ist bei der genannten Bandbreite an Verletzungen nicht pauschal zu beantworten. Vielmehr müssen im Training oftmals konkurrierende Trainingsziele miteinander verknüpft werden, die akute sowie dauerhaft überlastende Auswirkungen auf den Bewegungsapparat der Spieler haben können. In der Saisonvorbereitung sind eigentlich die Ziele eigentlich klar umrissen: Alle Spieler kommen zum Medizincheck in die Praxis, um ihre Tauglichkeit überprüfen zu lassen. Zusätzlich erhalten alle Spieler einen präventiven Check-up mit einer Vielzahl an Tests, um ihre Defizite exakt zu analysieren. Jeder Spieler erhält ein auf ihn zugeschnittenes, individuelles Präventionsprogramm.



© Miltner/Doctorex

PD Dr. Oliver Miltner ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Er ist Mannschaftsarzt bei den BR Volleys in Berlin und seit der Saison 2007/2008 als Mannschaftsarzt für die medizinische Versorgung des SCC-Teams zuständig. Er ist in der Praxis „DocOrtho – Die Bewegungsprofis“ in der Friedrichstraße tätig.

„Der regionale Stützpunkt weckte mein Interesse“

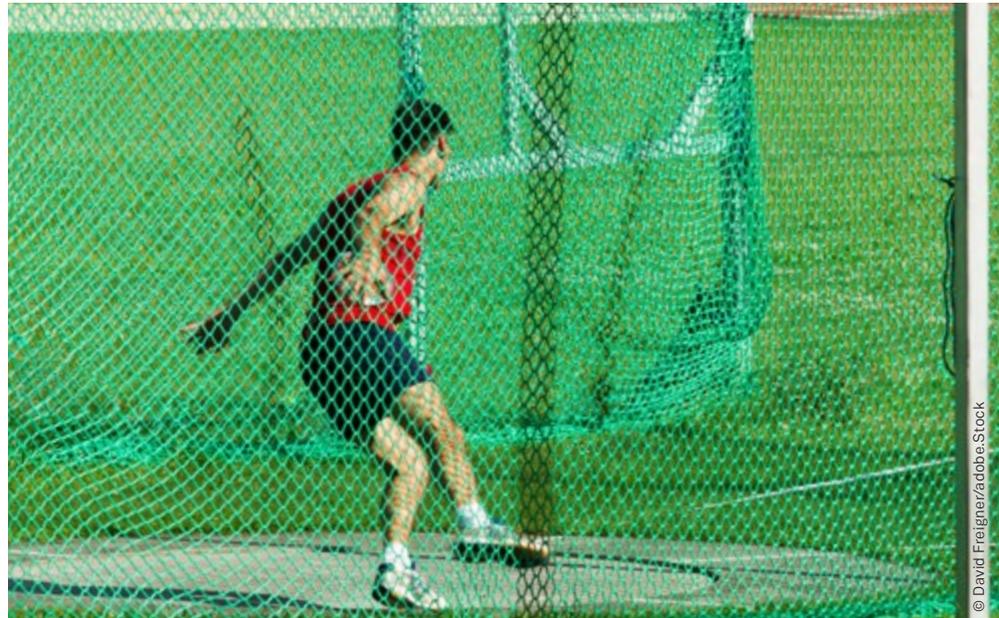
Warum haben Sie sich auf Leichtathletik spezialisiert?

Dr. Martin Pyschik: Erstens lässt sich das durch die Affinität zum Sport allgemein begründen. Zweitens liegt das an der Stadt und unserem Leichtathletik-Olympiastützpunkt Halle. In unserer Sportklinik Halle arbeiten neben den drei Gesellschaftern noch drei angestellte Ärzte. Wir alle betreuen neben der eigentlichen Arbeit Sportvereine höherer Ligen und das insbesondere an den Wochenenden. Den Zusatz „Sportarzt“ möchten viele für sich in Anspruch nehmen. Man muss es aber, insbesondere im Hochleistungssport auch leben und es erfordert nochmal ein enormes zusätzliches Engagement. Dazu zählt auch, dass die wochenlange Betreuung während olympischer Spiele oder der Asia Games innerhalb des persönlichen Jahresurlaubes fällt. Bei uns sind das der Fußball, Handball, Volleyball und auch die Leichtathletik. In der Leichtathletik liegt hier der Schwerpunkt auf Wurfsporarten und der Mehrkampf. Seit 2014 betreuen wir auch die chinesische Nationalmannschaft der Leichtathletik.

Welche Verletzungen treten beispielsweise beim Wurfssport am häufigsten auf?

Dr. Pyschik: Eine dauerhafte Überlastung der Rotatorenmanschette, die eine große Rolle für die Funktion unseres Schultergelenks spielt, kann zum Sehnenriss führen, wenn diese nicht ausreichend trainiert wird.

Eine konservative Therapie mit schmerzstillenden Medikamenten eignet sich dann nur, wenn der Sehnenriss die Funktion der Schulter wenig beeinträchtigt. Bei größeren Funktions-



© David Freigner/adobe Stock

einschränkungen wird die abgerissene Sehne im Rahmen einer Operation angehängt. Das ist jedoch nur möglich, wenn die Ruptur frühzeitig erkannt wird. Nach der OP hilft Physiotherapie, die Kraft und Beweglichkeit der Schulter wiederherzustellen. In den meisten Fällen ist die Schulter nach einer Weile wieder voll funktionstüchtig.

Welche Präventivmaßnahmen empfehlen Sie den Sportlern?

Dr. Pyschik: Soweit es zeitlich möglich ist: Komplexes Training mittels ausgleichender Sportarten. Zudem mehr Wert auf propriozeptiv-koordinative Trainingsinhalte; mehr Wert auf Regeneration. Konkrete Übungen zur Prävention kann man mit dem Theraband beispielsweise gut machen, wir zum Beispiel Wurfbeschleunigung, Schulterdehnung, Außenrotation des Oberarms, Wurfverzögerung, Schulterflexion, Ruder- und Boxübungen für die Schulterblattmuskulatur.



© Sportklinik Halle

Dr. Martin Pyschik war als Orthopäde Oberarzt der Unfallchirurgie in der Uniklinik Halle. Seit 2007 niedergelassener Arzt und Gesellschafter der Sportklinik Halle.

„Eine Mannschaft auf erstem Bundesliga-Niveau zu betreuen, ist für einen Sportmediziner besonders interessant!“

Warum haben Sie sich auf Handball spezialisiert?

Dr. Gerd Rauch: Eine Mannschaft auf erstem Bundesliga-Niveau ist für einen Sportmediziner besonders interessant, da die Spitzensportmedizin Höchstleistungen auf allen Gebieten der Sportmedizin abverlangt. Auch in der 1. Handball-Bundesliga erfolgt die Betreuung im Team natürlich durch den Mannschaftstrainer, den Athletiktrainer, durch das Physiotherapeuten-Team.

Welche Sportverletzungen sind in dieser Disziplin am häufigsten?

Dr. Rauch: Am häufigsten sind Muskelverletzungen mit Zerrungen bis hin zum Muskelbündelriss. Daneben treten Bandverletzungen am Sprunggelenk sowie Fingerverletzungen mit Distorsionen auf. Danach folgen die Major-Verletzungen wie vordere Kreuzbandrupturen mit begleitenden Meniskusrisen, Schultergelenksverletzungen mit Schultergelenksluxationen und Rotatorenmanschetten-Verletzungen. So hatten wir in der letzten Saison schwer verletzte Spieler, unter anderem mit einer vorderen Kreuzbandruptur, einem Mittelfußbruch, einer Sprunggelenksluxationsfraktur, einem sehr langwierigen Riss der Plantaraponeurose sowie einer sehr langwierigen Verletzung nach Schulterdistorsion, die alle zu mehrwöchigen Ausfällen bzw. bei der Sprunggelenksluxationsfraktur zu einer knapp viermonatigen Spielpause und bei der vorderen Kreuzbandruptur zu einer knapp achtmonatigen Spielpause führten. Sicherlich entsteht dann ein extremer Druck auf die restlichen Spieler, auf den gesamten Trainerstab und

natürlich auch auf die medizinische Abteilung, um möglichst schnell ein RTC (Return to Competition) zu erreichen.

Was ist Ihrer Meinung nach die beste Verletzungsprävention?

Dr. Rauch: Dies lässt sich natürlich nicht in einem Satz sagen. Es gibt allgemeine Präventionsmaßnahmen mit Muskeltraining, insbesondere auch der Körperstammuskulatur (Core-Training), Extrem-Ausdauertraining, ein exaktes Regenerationsprogramm mit ausreichendem Schlaf und entsprechender Ernährungssubstitution von natürlichen Proteinen und Spurenelementen unter laborchemischer Kontrolle. Daneben gibt es spezifische Präventionsmaßnahmen, gerade zur Verhinderung von Verletzungen der Sprunggelenke und vorderen Kreuzbandrupturen. Hier ist nur das 4x4-Programm der Verwaltungs-BG, Handballtraining, aber auch das Programm FIFA 11+ sowie das STOP-X-Programm der Deutschen Kniegesellschaft zu nennen. Gerade diese gezielten Präventionsmaßnahmen führen zu einer signifikanten Reduktion der vorderen Kreuzband- und Sprunggelenksverletzungen. Daneben werden die Spitzenspieler natürlich ständig von den Physiotherapeuten behandelt, um muskuläre Dysbalancen zu verhindern, insbesondere auch Verkürzungen der Muskulatur zu therapieren. Gerade die Verhinderung von Muskelverletzungen, besonders im Oberschenkelbereich, ist im Hand- und Fußballsport von eminenter Bedeutung, da sie die meisten Ausfallzeiten hervorrufen. Sowohl im Wettkampfspiel als auch während der Trainingsmaßnahmen,



ist ein gezieltes Warm-up und nach der Belastung ein Cool-down ein wichtiger Part in der Trainingssteuerung und Leistungsprophylaxe. Wichtig ist, dass gerade die gezielten Übungen von den Profi-Sportlern und Bundesliga-Mannschaften auf die unteren Ligen und insbesondere auf die Kinder und die betreuenden Trainer bei Jugendmannschaften als Vorbild abfärben, so dass die Kinder und auch die Freizeitsportler diese Übungen als selbstverständlich sehen und regelmäßig umsetzen.



Dr. Gerd Rauch ist betreuender Verbandsarzt des deutschen Leichtathletik-Verbandes in Nordhessen. Neben dem MT-Melsungen als 1. Bundesliga-Handballmannschaft betreut er auch die 2. Bundesliga-Handballmannschaft der Frauen von Kirchhof 09 und zusätzlich die Bundesliga-Jugendmannschaften zusammen mit dem orthopädischen Kollegen Dr. Frank Döring.

„Im Sommer wird der Eishockeyspieler geformt“



Herr Dr. Ziesche wie haben Sie Ihre Leidenschaft zum Eishockey entdeckt?

Dr. Jens Ziesche: Wir haben eine lange Eishockey-Tradition in der Familie: Mein Vater war zu DDR-Zeiten Nationalspieler und später Nationaltrainer. Mit fünf Jahren habe ich angefangen selbst zu spielen und Schlittschuhlaufen zu lernen. Bis zu meinem 19. Lebensjahr habe ich Eishockey gespielt – und das ganz erfolgreich. Dann musste die Entscheidung gefällt werden, weiter Eishockey zu spielen oder eine berufliche Laufbahn einzuschlagen. Zu dieser Zeit war Eishockey in der DDR auf der Kippe. Von daher habe ich mich dann letztendlich für den Beruf als Arzt entschieden und ein Medizinstudium zu beginnen. So ist dann meine eigene Sportlerkarriere zu Ende gegangen, aber die Liebe zum Eis ist geblieben und nachdem ich dann mein Studium abgeschlossen hatte, bin ich dann vor knapp 20 Jahren wieder beim Eishockey gelandet. Ich wurde Mannschaftsarzt von den Eisbären und betreue das Team jetzt seit 18 Jahren.

Was sind die häufigsten Verletzungen im Eishockey?

Dr. Ziesche: Die häufigsten Verletzungen sind Prellungen aller Art. Man beobachtet das beim Spiel: Alle 10 bis

15 Sekunden findet irgendwo ein Check statt. Klar, Checks bedeuten auch immer ein bisschen Schmerz. Die Spieler sind gut geschützt, aber trotzdem gibt es freie Stellen am Körper, die eben nicht hundertprozentig geschützt sind treten Prellungen auf. Schwerere Verletzungen haben wir zum Glück relativ wenig. Wenn, betreffen die Verletzungen die Schulter, also Schulterluxationen, Knieverletzungen, zum Beispiel Kreuzbandverletzungen und Fuß, wie beispielsweise Sprunggelenksverletzungen und Umknicktraumata. Ebenfalls können Kopfverletzungen gerade durch Zusammenprall der Spieler auftreten. Das können Schädelprellungen bis hin zu schweren Gehirnerschütterungen sein. Auch im Muskelbereich treten Verletzungen, wie Muskelzerrungen und Adduktorenverletzungen auf.

Gibt es spezielle Übungen im Bereich Verletzungsprävention, die die Spieler machen?

Dr. Ziesche: Ja, im Bereich der Verletzungsprävention spielt die Schutzausrüstung eine große Rolle. Genauso wichtig ist, dass diese immer korrekt getragen wird. Sicherlich ist da auch die Industrie gefordert, immer besseren Schutz zu entwickeln. Das sieht man auch anhand der Helme, die auch immer sicherer werden. Natürlich ist die Fitness der Spieler die beste Prävention. Dazu gehört eine ordentliche Vorbereitung im Sommer. Man sagt: Im Sommer wird der Eishockeyspieler geformt. Das bedeutet, das Aufbautraining, Grundlagenausdauer, Schnelligkeitsausdauer, Krafttraining ist besonders wichtig. Und dann kommt es schließlich auf das erhaltene Training während der Saison an, wo dann auch Verletzungen auftreten können. Hier ist es essentiell ein vernünftiges Trainingsprogramm präventiv zu gestalten. Da gibt es vom Fußball

eine Vorgabe, FIFA 11+. Das ist ein komplettes Programm zum Aufwärmen und zur Verletzungsprophylaxe und übernehmbar für andere Sportarten. Viele Sachen werden unter Anleitung gemacht, aber die meisten Spieler sind erfahren und machen ihr eigenes Vorbereitungsprogramm. Das sind die entscheidenden Sachen. Hinzu kommt natürlich ein gesunder Lebensstil, vernünftige Ernährung – ohne dass man da meiner Meinung nach irgendwelchen extravaganten Sachen machen muss. Die Jungs wissen, sie müssen regelmäßig Mahlzeiten zu sich nehmen und nicht früh zum Training kommen ohne zu essen. Das gehört alles zu einem gesunden Körper, wie bei jedem normalen Menschen auch. Gerade wenn dann Hochphase der Saison ist, zum Beispiel in den Play Offs, und alle zwei Tage gespielt wird, dann kommen sicherlich auch Nahrungsergänzungsmittel hinzu. Da hat man natürlich einen extremen Kalorienverbrauch und dieser muss auch unterstützt werden.

Die Interviews führte Janosch Kuno, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU



Dr. Jens-J. Ziesche ist Orthopäde und Unfallchirurg im Bereich der Sportmedizin und D-Arzt. Er ist in der Tagesklinik Esplanade in Berlin-Pankow tätig.

„Stop X“: Programm zur Prävention von Sportverletzungen am Kniegelenk

Knie verdreht – Kreuzbandriss – Meniskus verletzt! Der Alptraum eines jeden Sportlers: Operation, monatelange Reha, Trainingsausfall und die Ungewissheit, ob und wann das „Comeback“ gelingt. Mit Hilfe moderner Operationstechniken kann das vordere Kreuzband zwar weitgehend wieder hergestellt werden; dennoch kann ein Kreuzbandriss aufgrund der Folgen von Begleitverletzungen oder einer persistierenden Instabilität des Kniegelenkes das Karriereende bedeuten. Auf Grundlage dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse wurden in der Broschüre „Stop X“ Übungen zusammengestellt, die geeignet sind, verletzungssträchtige Situationen am Kniegelenk zu vermeiden und gefährdende Bewegungsmuster zu modifizieren.

Quelle: Deutsche Kniegesellschaft (DKG)

Die Broschüre ist abrufbar unter: bvou.net unter dem Stichwort:

»Knieverletzungen«



Orthinform-Patientenflier zum Thema Sportverletzungen

Patienten erhalten die wichtigsten Informationen über ihre Erkrankung und die Therapiemaßnahmen während des Gesprächs mit ihrem Arzt. Oft reicht die Zeit nicht, um alle Fragen zu beantworten oder sich im Vorfeld ausführlich selbst zu informieren. Um diese Informationslücken zu schließen und bereits vorab über häufige Erkrankungen in Orthopädie und Unfallchirurgie zu informieren, hat der BVOU Orthinform geschaffen. Zusätzlich stehen Orthinform-Patientenflier zur Verfügung, die im Wartezimmer ausgelegt werden und komplexe Themen und Krankheitsbilder ausführlich und in einfacher Sprache erklären. Patientenflier gibt es auch zum Thema Sportverletzungen. Bestellen können Sie bequem im Orthinform-Dashboard oder unter www.bvou.net/aufklaerung-leicht-gemacht-mit-patientenfliern/



Icaros: Fliegendes Trainingsgerät

Die Deutsche Sporthochschule hat untersucht, ob ein Ganzkörper-Exergaming in der virtuellen Realität zu Trainings- und Therapiezwecken geeignet ist. Epidemiologische Studien zeigen bedeutende Zusammenhänge zwischen Sitzzeiten und der Prävalenz von chronischen Erkrankungen. Dies gilt auch für Kinder und Jugendliche. Die fehlende Motivation ist eines der größten Hindernisse für körperliche Aktivität. Die Lösung könnte Icaros sein: ein Flugsimulator, der in Kombination mit Exergaming Unterhaltung verspricht und zugleich fit hält. Icaros ist ein Trainingsgerät, mit dessen Hilfe die klassische Übung des Unterarmstützes (Plank) dynamischer gestaltet werden kann, da es beweglich ist. Bewegungssensoren auf dem frei schwingenden Metallgestell erfassen die Richtungsänderungen des Benutzers, der in Bauchlage waagrecht in dem Gerät liegt – und übersetzen sie in eine virtuelle Realität (VR). Eine VR-Brille und ein großer Bildschirm vermitteln das Gefühl, wirklich zu fliegen. „Im Idealfall kann Icaros in der Prävention und in der Rehabilitation eingesetzt werden, denn sowohl in der Prävention als auch in der Therapie ist die Bewegungsqualität ein wesentlicher Bestandteil eines wirksamen, der Gesundheit zuträglichen Krafttrainings“, sagt Studienleiter Dr. Boris Feodoroff, Wissenschaftler am Institut für Bewegungstherapie und bewegungsorientierte Prävention und Rehabilitation.

Quelle: Deutsche Sporthochschule Köln

Das vollständige Paper zur Studie: <https://games.jmir.org/2019/3/e12324/>



Webinare im BVOU StudyClub zu Sportverletzungen

PRP bei Sportverletzungen und Knorpelschäden

Dr. Paul Klein und Dr. Peter Schäferhoff informieren zum Thema PRP bei Sportverletzungen und Knorpelschäden. Plättchenreiches Plasma (PRP) hat in der Therapie von Erkrankungen des Bewegungsapparates in den vergangenen Jahren an Bedeutung gewonnen. Wie aktuelle Umfragen der „sportärztezeitung“ ergeben haben, setzt die Mehrheit der an der Befragung teilgenommenen Mannschaftsärzte der 1. Fußball- und 1. Basketball-Bundesliga PRP bei der Behandlung Ihrer Profisportler ein.

Programm

1. Biologische Behandlungsstrategien von Sportverletzungen mit PRP (Dr. Klein)
2. Möglichkeiten der PRP-Behandlung bei Knorpelschäden am Knie (Dr. Schäferhoff)

Osteochondrale Läsionen am Sprunggelenk: Aktuelle Therapieoptionen und klinisches Outcome

Übersicht mit Dr. Martin Wiewiorski der aktuellen Behandlungsstrategien für osteochondrale Läsionen des Sprunggelenks und deren klinisches Ergebnis. Osteochondrale Läsionen des Talus (OLCT) kommen relativ häufig vor und betreffen vor allem jüngere, sportlich aktive Patienten.

Programm

1. Definition Osteochondrale Läsion am Sprunggelenk
2. Ursachen im Überblick
3. Zystische Form
4. Traumatische osteochondrale Läsion
5. Therapieoptionen
6. Journal Club: Therapieoptionen und Erfolgsaussichten im Literaturvergleich
7. Zusammenfassung



Jetzt registrieren!

bvoustudyclub.net



FIFA 11+: Programm zum Aufwärmen und zur Verletzungsprophylaxe



Ein Ziel haben Sportler gemeinsam: Verletzungsfrei zu bleiben. Die FIFA und das FIFA-Zentrum für medizinische Auswertung und Forschung (F-MARC) haben deshalb das Programm 11+ zur Verletzungsprävention entwickelt. Große klinische Studien zeigen, dass die Verletzungsrate durch konsequente Durchführung von 11+ um 30–50 % gesenkt werden kann. Trainer, Schiedsrichter und technische Betreuer werden in Lehrgängen über

die Grundlagen informiert und lernen, die Übungen mit ihren Teams korrekt durchzuführen. Das Manual, das zum Download zur Verfügung steht, bietet allgemeine Informationen, den Spielfeldaufbau sowie alle Übungen mit Foto-strecken und Erklärungen. Zudem finden Sie in der Rubrik ‚Training plus‘ Videos der Übungen. Download: bit.ly/36nU4bn

Quelle: DFB/FIFA

Ärztlich tätig sein kann und darf nur der Arzt

In ihrer schriftlichen Stellungnahme gegenüber dem Gesundheitsministerium begrüßen die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) in Abstimmung mit der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) und dem Berufsverband Deutscher Chirurgen (BDC) eine klare Regelung des Tätigkeitsspektrums der Notfallsanitäter. Gerade im Notfalleinsatz entstehen besondere Herausforderungen, die für die Tätigkeit des hilfeleistenden Notfallsanitäters im Rahmen einer gesetzlichen Regelung festgeschrieben werden müssen. Jedoch sieht sie die deliktische Haftung für eine Maßnahme an Patienten, die durch einen Nicht-Arzt vorgenommen wird als ausgesprochen problematisch.

„Wir sprechen uns gegen die eigenständige Durchführung von invasiven Maßnahmen durch Notfallsanitäter aus. Eine Substitution ärztlicher Leistung gerade im Kontext einer Notfallsituation wird von uns zum Wohle und zum Schutz der erkrankten und verletzten Patienten abgelehnt. Die Bedeutung gut ausgebildeter Notfallsanitäter wird ausdrücklich bejaht. Eine Substitution ärztlicher Leistung hingegen führt im Schadensfall zur Frage der Übernahme juristischer Konsequenzen. Im Rahmen der Daseinsvorsorge kann vom Staat erwartet werden, eine ausreichende Struktur in der Notfallversorgung mit Notärzten, Notdiensttuenden Ärzten und Notaufnahmen der Krankenhäuser zu schaffen und zu unterhalten. Dies muss unabhängig von wirtschaftlichen Erwägungen bereitgestellt werden“, das sagte DGU-Generalsekretär und stellvertretender DGOU-Generalsekretär Prof. Dr. Dietmar Pennig im Vorfeld der Bundesrat-Plenarsitzung am 11. Oktober 2019. Auf der Tagesordnung steht unter anderem der Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Notfallsanitätergesetzes.

Aktueller Anlass

Der Gesetzesantrag kommt aus den Ländern Bayern und Rheinland-Pfalz, die über den Bundesrat eine Initiative starten, um rechtliche Klarheit für Notfallsanitäter zu schaffen. Demnach soll das Notfallsanitätergesetz um eine Regelung erweitert werden, die ausdrücklich sagt, dass Notfallsanitäter zur Ausübung heilkundlicher Tätigkeiten berechtigt sind. Diese Tätigkeiten werden nach § 4 Absatz 2 Nummer 1 Buchstabe c) wie folgt beschrieben:

„Durchführen medizinischer Maßnahmen der Erstversorgung bei Patientinnen und Patienten im Notfalleinsatz und dabei Anwenden von in der Ausbildung erlernten und beherrschten, auch invasiven Maßnahmen, um einer Verschlechterung der Situation der Patientinnen und Patienten bis zum Eintreffen der Notärztin oder des Notarztes oder dem Beginn einer weiteren ärztlichen Versorgung vorzubeugen, wenn ein lebensgefährlicher Zustand vorliegt oder wesentliche Folgeschäden zu erwarten sind, (...)“ Wegen des so genannten Heilkundevorbehalts dürfen bislang nur Ärzte solche lebensrettenden Maßnahmen vornehmen.

Der Änderungsantrag wurde im Bundesrat am 20. September 2019 erstmals beraten und kommt jetzt am 11. Oktober 2019 erneut auf die Tagesordnung.

Das Berufsbild Notfallsanitäter seit 2013

Das neue Berufsbild des Notfallsanitäters wurde 2013 mit dem Inkrafttreten des Notfallsanitätergesetzes auf den Weg gebracht. Demnach soll die Ausbildung zum Notfallsanitäter dazu befähigen, eigenverantwortlich medizinische Maßnahmen der Erstversorgung bei Patienten im Notfalleinsatz durchzuführen und dabei auch invasive Maßnahmen anzuwenden. Dagegen sprach sich seinerzeit die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) aus. Sie befürchtete dahinter eine Mogelpackung, um Geldmangel im Rettungsdienst und den Mangel an verfügbaren Notärzten für die jeweiligen Notarztstandorte zu kompensieren.

Die Fachgesellschaft plädierte hingegen für eine qualifizierte Teamarbeit zwischen Notarzt und Notfallsanitäter, um Schwerverletzte bestmöglich zu versorgen.

Die aktuelle Einschätzung der DGOU in Abstimmung mit der DGCH, dem BDC und dem BVOU wurde dem Bundesgesundheitsminister Jens Spahn mit Schreiben vom 24.09.2019 zugeschickt.

BVOU, DGOU, BDC, DGCH



Was ist ein Fall für die Notaufnahme und was nicht?

Wenn der Notfall kein Notfall ist: Mit welchen Beschwerden kommen Menschen in die Notaufnahme und welche Rolle sollten Ärzte für O und U bei der Versorgung spielen?

Sind Verletzungen des Handgelenks und der Hand ein medizinischer Notfall, der – egal, wie die Verletzung aussieht – bei Tag und bei Nacht in der Notfallambulanz einer Klinik behandelt werden muss, oder können viele Verletzungen auch während der regulären Sprechzeiten von einem niedergelassenen Orthopäden und Unfallchirurgen versorgt werden? Vor allem, nachdem das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) die niedergelassenen Orthopäden und Unfallchirurgen dazu verpflichtet, fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde, ohne Terminvereinbarung, anzubieten.

Diese Frage zielt auf das zentrale Dilemma der derzeitigen Notfallversorgung ab. Die Notaufnahmen der Kliniken sind eigentlich für Patienten da, deren Leben in Gefahr ist oder denen bleibende Schäden drohen, wenn sie nicht sofort behandelt werden, weniger für Patienten, denen auch anderswo geholfen werden kann. Knapp

55 Prozent der Patienten, die die Notaufnahme einer Klinik aufsuchen, halten ihre Beschwerden für wenig dringend. Das hat vor zwei Jahren eine Studie von Martin Scherer und seinen Kollegen vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf gezeigt (1). Einer meiner Kollegen – selbst Orthopäde und Unfallchirurg – musste vor wenigen Wochen sieben Stunden in der Notfallambulanz einer nordrhein-westfälischen Klinik warten, bevor er wegen mehrerer komplizierten Knochenbrüche im Gesicht behandelt wurde, die er sich bei einem Fahrradunfall zugezogen hatte. Es gibt viele Patienten, denen es ähnlich ergeht. Die dringenden Fälle müssen warten, weil auch Patienten mit Bagatellbeschwerden behandelt werden müssen.

Am häufigsten kommen Patienten wegen Beschwerden am Bewegungsapparat in die Notaufnahme einer Klinik. Das hat die Studie von Martin Scherer



gezeigt (1) und das zeigen auch unveröffentlichte Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Baden-Württemberg. Nach den Zahlen der KV Baden-Württemberg fallen sieben der zehn häufigsten Diagnosen in den Bereich Orthopädie und Unfallchirurgie. Angeführt wird die Liste von den bereits genannten Verletzungen am Handgelenk und der Hand. Auf dem zweiten Platz folgen Verletzungen am Knöchel und am Fuß, auf dem dritten Platz Verletzungen am Kopf. Auf Platz vier stehen Symptome im Verdauungstrakt und im Abdomen, also im Bauchraum.

Es besteht kein Zweifel daran, dass wir eine gut funktionierende Notfallversorgung brauchen, die diejenigen zuerst behandelt, denen am schnellsten geholfen werden muss. Notfallversorgung ist Daseinsfürsorge. Unser Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hatte völlig recht, als er im Juli bei der Vorstellung seines Gesetzentwurfs zur Neuordnung der Notfallversorgung sagte: „Die Güte eines Gesundheitssystems zeigt sich vor allem im Notfall, wenn Menschen schnelle medizinische Hilfe benötigen“ (2).

Sein Gesetzentwurf sieht vor, dass der Notruf 112 und die zentrale Notrufnummer 116117 des ärztlichen Bereitschaftsdienstes von einer Notfallleitstelle entgegengenommen werden. Dort soll dann auf der Grundlage einer qualifizierten Ersteinschätzung eine von drei möglichen Zuordnungen vorgenommen werden. Entweder wird direkt der Rettungsdienst eingeschaltet oder die Patienten werden an ein neu einzurichtendes integriertes Notfallzentrum einer Klinik überwiesen oder die Patienten sollen während der regulären Sprechzeiten eine Arztpraxis aufsuchen (2).

Wie sieht die Position des BVOU zur Neuregelung der Notfallversorgung aus?

1. Wir plädieren dafür, den hausärztlichen Notdienst in der bisherigen Form zu erhalten. Die von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebenen Notfall- oder Portalpraxen können akute allgemeinmedizinische Erkrankungen gut behandeln. Um die Qualität weiter zu verbessern, sollten dort vor allem Fachärzte für Allgemeinmedizin tätig sein.
2. Der rund um die Uhr präsente fachärztliche Notdienst ist Sache der Kliniken und sollte den tatsächlichen Notfällen vorbehalten sein.
3. Unfälle und muskuloskelettale Verletzungen und Beschwerden, die keine Klinikbehandlung erfordern, sollten von niedergelassenen Orthopäden und Unfallchirurgen in den Praxen versorgt werden. Die Weiterleitung könnte über eine entsprechende App erfolgen.
4. Die Notfallversorgung durch niedergelassene Orthopäden und Unfallchirurgen muss adäquat honoriert werden.
5. Patienten, die sich nicht an die von der Notfallleitstelle ausgesprochene Zuordnung halten und direkt die Notfallambulanz einer Klinik aufsuchen, sollten mit 50 Euro an den Behandlungskosten beteiligt werden. Ausnahmen sind Herzinfarkte, Schlaganfälle und andere wirkliche Notfälle.

Literatur:

- (1) Scherer M. et al. Patienten in Notfallambulanzen. 2017. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 114: 645–652.
- (2) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/notfallversorgung.html>



Dr. Johannes Flechtenmacher
Präsident des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Osteologie, Chirotherapie, Physikalische Therapie, Rehabilitationswesen, Ortho-Zentrum Karlsruhe

Ambulante Versorgung sichern: Konservative Therapie stärken



DKOU-Kongresspräsident Dr. Thomas Möller

Nur eine klare Richtungsänderung kann eine Verschlechterung der ambulanten Versorgung abwenden. Denn seit Jahren hakt es bei der Weiterbildung, der Vergütung und der Wertschätzung für die konservative Orthopädie und Unfallchirurgie.

Gäbe es eine Liste mit bedrohten Therapiearten, wären dort die Verfahren der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie gelistet. Dabei sind eine gründliche körperliche Untersuchung, die konservative Behandlung eines Knochenbruchs, Orthopädietechnik und Manuelle Medizin nach wie vor zentrale Behandlungsinstrumente unseres Faches und keineswegs überholt oder gar ausgestorben, um im Bild zu bleiben.

Orthopäden und Unfallchirurgen sind nicht nur Techniker. Unser Fach lebt vom ärztlichen Gespräch und der manuellen Therapie. Allerdings hakt es seit Jahren bei der Weiterbildung, der Vergütung und der Wertschätzung konservativer Inhalte. Die Veröffentlichung des „Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie“ hat das Problem vor zwei Jahren formuliert und ein Umdenken gefordert (1). Allerdings ohne nachhaltigen Erfolg. Deshalb muss das Thema dringend wieder auf die Agenda. Wir

brauchen eine Stärkung der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie. Ein „Weiter so“ wird sonst schon sehr bald zu einer schlechteren ambulanten Versorgung führen.

Warum sind die konservativen Inhalte so wichtig? Hierzulande werden jedes Jahr rund 37 Millionen Menschen wegen muskuloskelettaler Beschwerden ambulant behandelt (2), 1,8 Millionen Patienten werden wegen dieser Beschwerden stationär versorgt (3). 650.000 Patienten machen wegen muskuloskelettaler Beschwerden eine Reha. Operiert werden also nur fünf Prozent.

35,2 Millionen Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerden werden konservativ behandelt. Mit einer Schmerztherapie, mit Injektionsverfahren, mit Manueller Medizin, Chirotherapie, Osteopathie, mit Gips- oder Verbandtechniken, mit Akupunktur, Extrakorporaler Stoßwellentherapie, technischer Orthopädie, Psychosomatik oder Naturheilkunde und mit den von Physiotherapeuten erbrachten Physiotherapien.

Warum sind die konservativen Verfahren bedroht? Weil sie nicht angemessen vergütet werden und weil die Weiterbildung von Kliniken erbracht wird, die de facto kaum noch konservativ behandeln, da ihnen die Verfahren im Rahmen der Fallpauschalen nicht vergütet werden.

Viele konservative Therapien können auch nur im ambulanten Bereich vermittelt und eingeübt werden, weil die Patienten mit den entsprechenden Krankheitsbildern gar nicht oder nur selten stationär aufgenommen werden. Zum Beispiel Patienten mit Weichteilproblemen an Schultern und Armen. Je weniger Kollegen aber das volle Spektrum an konservativer Orthopädie und Unfallchirurgie beherrschen, desto weniger Kollegen stehen auch für die Weiterbildung zur Verfügung. Mangel zieht weiteren Mangel nach sich. Ein Teufelskreis.

Hinzu kommt, dass sich Fachärzte nur von entsprechend qualifizierten Fachärzten vertreten lassen können. Das heißt im Klartext, dass derjenige, der weitergebildet wird, nie ohne denjenigen, der ihn weiterbildet, behandeln darf. Die beiden Fachärzte müssen also immer zusammen behandeln. Für niedergelassene Fachärzte ist

das eine große Belastung, zumal die Weiterbildung nicht angemessen vergütet wird. Deshalb beteiligen sich auch so wenig orthopädische und unfallchirurgische Praxen an der Weiterbildung.

Am Ende gilt deshalb: Wer in der Klinik nur operieren gelernt hat, weil den Kliniken im Wesentlichen nur Operationen vergütet werden, kann und wird auch nur operieren.

Die Marginalisierung der konservativen Orthopädie lässt sich auch an handfesten Zahlen festmachen. Erhoben wurden sie vom BVOU unter dessen Präsidenten Johannes Flechtenmacher und der AOK Baden-Württemberg. Es sind Zahlen zur Versorgungsrealität bei Hüftgelenk-Arthrose (4). In Deutschland werden jedes Jahr knapp 300 künstliche Hüftgelenke pro 100.000 Einwohner implantiert (5). Nach den von Flechtenmacher und seinen Kollegen erhobenen Zahlen wird jeder achte Patient mit einer Hüftgelenk-Arthrose bereits im ersten Jahr nach der Diagnose operiert.

Dabei fordern die Leitlinien für den Kniegelenkersatz – es gibt keine eigene Leitlinie für die Indikation zum Hüftgelenkersatz –, dass eine konservative Therapie erst gescheitert sein muss, bevor die Entscheidung zur Operation gefällt werden kann (6). Zwar wird dort nur maximal ein halbes Jahr konservative Therapie gefordert, aber viele gelenkerhaltenden Maßnahmen brauchen Zeit. Nicht immer kann bereits nach einem halben Jahr schon vom Scheitern einer konservativen Therapie gesprochen werden.

Bei Patienten mit einer Hüftgelenk-Arthrose, die erst einige Jahre nach der Diagnose operiert wurden, zeigte sich zudem, dass es in den ein bis zwei Jahren vor der Operation überhaupt keine fachärztliche Versorgung mehr gegeben hat. Den Patienten wurden in dieser Zeit auch kaum noch Heilmittel verordnet. Ob das mit den geringen Budgets für Heilmittel zu tun hat oder damit, dass viele Kollegen den Eindruck haben, dass man mit einer konservativen Therapie zu diesem Zeitpunkt nichts mehr erreichen kann, können die Zahlen nicht beantworten. Allerdings sollten die Gründe ermittelt und hinterfragt werden.

Auch im ambulanten Bereich werden die konservativen Verfahren nicht angemessen honoriert. Die ambulante Behandlung wird pro Quartal – nicht pro Besuch in der Praxis – mit rund 50 bis 55€ vergütet, je nach Kassenärztlicher Vereinigung. Pro Quartal können niedergelassene Orthopäden und Unfallchirurgen noch im Durchschnitt Medikamente für circa 15€ pro Patient verordnen und Physiotherapie für etwa 30€ pro Patient. Eine anspruchsvolle gelenkerhaltende Therapie, lässt sich mit diesen Honoraren nicht realisieren.

Muskuloskeletale Beschwerden haben viel mit Übergewicht, Bewegungsmangel und Fehlhaltungen zu tun. Daher sollte viel Zeit in das ärztliche Gespräch fließen, in dem die Patienten über Gewichtsreduktion, Ernährung und Bewegung informiert werden.



Eine Stärkung der konservativen Orthopädie wird nicht ohne Ruck und Richtungsänderung gehen:

- ▶ Wir brauchen Ausbildungskliniken mit konservativen Schwerpunkten und Weiterbildungsverbünde zwischen Kliniken und Praxen, die angemessen finanziert werden.
- ▶ Wir brauchen eine größere Wertschätzung für die konservativen Inhalte, auch in unserem eigenen Fach. Wer konservativ behandelt, ist kein Orthopäde oder Unfallchirurg zweiter Klasse.
- ▶ Wir brauchen eine bessere Vergütung der erbrachten Leistungen. Zum Preis eines gehobenen Haarschnitts lässt sich keine zielführende gelenkerhaltende Therapie durchführen.
- ▶ Die konservativen Verfahren müssen nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin weiterentwickelt werden. Dazu wäre ein Lehrstuhl für konservative Orthopädie und Unfallchirurgie hilfreich.
- ▶ Wir brauchen auch eine bessere Zusammenarbeit mit den angrenzenden Berufen wie Physiotherapeuten, Osteopathen und Sportwissenschaftlern. Die Diagnose und Therapiehoheit müssen allerdings immer beim Arzt bleiben.

Was passieren muss, damit auch zukünftig eine gute ambulante Versorgung gewährleistet werden kann, wurde 2017 im Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie (1) formuliert:



10 Forderungen zur Zukunft der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie

1. Die konservative Orthopädie und Unfallchirurgie (O und U) muss in allen Bereichen gestärkt werden.
2. Es muss sichergestellt werden, dass die konservativen Behandlungsinhalte allen Patienten zur Verfügung stehen, die davon profitieren – auch in operativ ausgerichteten Kliniken.
3. O und U müssen adäquate Therapiealternativen anbieten, die sich nicht an wirtschaftlichen Gesichtspunkten der Versorgung orientieren. Vor einer Operation sollten die konservativen Behandlungsmöglichkeiten leitliniengerecht ausgeschöpft worden sein. Die dazu notwendige Finanzierung ist sicherzustellen. Das Zweitmeinungsverfahren muss sozialrechtlich und qualitätsgesichert verankert werden.
4. Die Vernetzung zwischen den Sektoren sollte im Sinne der Patientensicherheit und der Qualitätssicherung vorangetrieben werden.
5. Die Weiterbildung in den konservativen Verfahren der O und U muss in der Muster-Weiterbildungsordnung adäquat abgebildet sein. Für die Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie muss stärker geworben werden. Kenntnisse in psychosomatischer Grundversorgung und psychosoziale Kompetenzen gehören untrennbar zum Fach. Alle Weiterzubildenden müssen die Inhalte des gesamten Fachs im ambulanten Bereich und in den Kliniken der Akutversorgung und der Rehabilitation erlernen können. Die Weiterbildung muss ausreichend finanziert werden.
6. Grundlagen- wie Versorgungsforschung in der konservativen O und U müssen gestärkt werden. Die Universitäten müssen dafür größere Anstrengungen unternehmen und beispielsweise Lehrstühle für konservative O und U einrichten.
7. Für die Prävention von Krankheiten in O und U spielen konservative Inhalte eine große Rolle. Zukunftsweisende Präventionskonzepte müssen weiter erforscht und gefördert werden. Diese Arbeit darf das Fach O und U nicht anderen Fachgebieten überlassen, sondern muss sich daran beteiligen.
8. Die interdisziplinäre Kooperation mit nichtärztlichen Gesundheitsberufen ist in den einzelnen Sektoren und beim Einsatz multimodaler Behandlungskonzepte unverzichtbar. Genauso unverzichtbar ist allerdings auch der Primat ärztlicher Indikationsstellung, Diagnostik und Behandlungsführung. Die Gesamtverantwortung liegt beim Arzt.
9. Die Akademisierung der Gesundheitsfachberufe wird unterstützt. Sie sollte allerdings nicht zu einem sogenannten Direktzugang führen, also der Möglichkeit, ohne Überweisung eines Orthopäden oder Unfallchirurgen einen Physiotherapeuten oder Ergotherapeuten aufzusuchen. Bei anstehenden Modellversuchen wie der Blankoverordnung, bei der Auswahl, Dauer und Abfolge einer Therapie eigenverantwortlich von Physiotherapeuten festgelegt werden, müssen sich Schnittstellen und Budgetverantwortlichkeiten an der Patientensicherheit und der notwendigen Qualität orientieren. Die ärztliche Gesamtverantwortung muss erhalten bleiben.
10. Ärztliche Osteopathie und osteopathische Verfahren gehören als Erweiterungen der Manuellen Medizin zur konservativen O und U. In diesem Bereich hat sich zudem die Delegation an entsprechend qualifizierte Physiotherapeuten bewährt. Diese Delegation sollte weiterentwickelt werden.

Literatur:

- (1) Psczolla et al. Weissbuch konservative Orthopädie und Unfallchirurgie. 2017. De Gruyter ISBN 978-3-11-053433-7
- (2) https://www.kbv.de/html/2016_24723.php
- (3) Statistisches Bundesamt. Diagnosedaten der Patientinnen und Patienten im Krankenhaus.
- (4) Endres H. et al. Koxarthrose – Epidemiologie und Versorgungsrealität – Versorgungsdatenanalyse von 2,4 Millionen Versicherten der AOK Baden-Württemberg ab 40 Jahren. Z Orthop Unfall 2018; 156:672-684.
- (5) <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/182669/umfrage/hueftgelenksoperationen-in-ausgewaehlten-oecd-laendern>
- (6) https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-052p_S2k_Knieendoprothese_2018-04.pdf

Dr. Thomas Möller, DKOU-Präsident 2019
Janosch Kuno, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU

Update zum TSVG: Was orthopädische Praxen umsetzen müssen



Wer vor Quartal III bzw. IV/2020 viele TSVG-Fälle bzw. fallschwer abrechnet, schadet sowohl seiner Fachgruppe als auch der eigenen Praxis durch dauerhafte Herabsetzung des eigenen RLV-QZV-Volumns für die Nicht-TSVG-Fälle. Es besteht allerdings eine Abrechnungspflicht.

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist seit 11.5.2019 in Kraft getreten. Im Folgenden ein Update zum aktuellen Stand:

Die Bereinigungszeiträume sind unterschiedlich:

1. Hausarzt-Vermittlungsfall: 11.05.2019–10.05.2020
2. TSS-Terminfall: 11.05.2019–10.05.2020
3. TSS-Akutfall: 01.01.2020–31.12.2020 (voraussichtlich)
4. Offene Sprechstunde: 01.09.2019–31.08.2020
5. Neuer Patient: 01.09.2019–31.08.2020

Vier Fallkonstellationen bieten später Mehrhonorar

Vier spezielle Fallkonstellationen mit extrabudgetärer Vergütung und Mehrhonorar setzen auch für das Fach O&U Anreize:

1. Hausarzt vermittelt Termin beim Facharzt
2. Terminservicestelle (TSS) vermittelt Termin
3. Patient besucht offene Sprechstunde
4. Patient ist „neuer Patient“

Für alle Fachgruppen rechnet das BMG mit einem Honorarplus von 800 Mio €. Von den TSVG-Konstellationen grundsätzlich ausgenommen sind Laborleistungen sowie der organisierte Bereitschaftsdienst.

Vorsicht: Bereinigungsfall

In den BVOU-Medien wurde darauf hingewiesen, dass eine im ersten Jahr nach Inkrafttreten geltende Bereinigungsregelung nachteilig für orthopädische Praxen ist.

Was gilt seit 11. Mai 2019?

Sprechstundenpflicht 25 Wochenstunden: Jeder Arzt muss seit 11.5.2019 bei vollem Versorgungsauftrag mindestens 25 Wochenstunden Sprechstunde anbieten, wobei Zeiten für ambulante Operationen und Hausbesuche angerechnet werden.

Meldepflicht bei der TSS: Die TSS der KVen müssen nun generell Termine bei Hausärzten, Kinderärzten und Fachärzten vermitteln. Ärzte sind verpflichtet, freie Termine dort zu melden. Es gibt keine Regelungen, wie viele Termine zu melden sind. Die KVBW empfiehlt aufgrund ihrer Berechnungen derzeit für Orthopäden einen Termin je Arzt und Monat. Mit Ausnahme von Augenarzt, Frauenarzt und bei Akutfällen, muss für die Vermittlung von Behandlungsterminen beim Facharzt eine Überweisung vorliegen.

Vergütung TSS-Fälle: Erst ab 11.5.2020 werden Ärzte für die Behandlung von Patienten, die über die TSS vermittelt werden, ihre Leistungen im Arztgruppenfall vollständig extrabudgetär zu festen Preisen bezahlt bekommen, bis

dahin nur vermeintlich besservergütet unter Anwendung der Bereinigungsregelungen.

Vergütung Hausarzt-Vermittlungsfall: Dasselbe gilt für Patienten, denen der Hausarzt wegen der Dringlichkeit ihrer Beschwerden innerhalb von vier Tagen einen Termin in fachärztlichen Praxen vermittelt hat, der Bereinigungszeitraum geht dabei bis einschließlich 10.5.2020.

Der **Arztgruppenfall** umfasst alle Leistungen, die bei einer der möglichen TSVG-Konstellationen von derselben Arztgruppe in derselben Arztpraxis innerhalb desselben Quartals bei einem Versicherten ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse durchgeführt werden. Erfolgt die Behandlung in der Arztpraxis durch mehrere Arztgruppen, werden grundsätzlich die Leistungen derjenigen Arztgruppe extrabudgetär vergütet, die den ersten Kontakt zum Versicherten hatte.

Das BMG hat hierzu beim Bewertungsausschuss am 26.9.2019 beanstandet, dass die TSVG-Regelungen auf den Begriff „Behandlungsfall“ abzielen. Dementsprechend müssten also alle Leistungen, z. B. einer fachübergreifenden BAG oder eines MVZ, extrabudgetär vergütet und bereinigt werden, auch wenn nur eine der dort arbeitenden Fachgruppen von der TSVG-Konstellation betroffen ist. Wegen der ggf. erheblichen Konsequenzen ist hierzu eine Anhörung von KBV und Krankenkassen beim BMG vorgesehen. Abschließende Entscheidungen standen bei Redaktionsschluss noch nicht fest. In diesem Artikel werden daher weiter die Arztgruppenfallregelungen dargestellt. Bitte informieren Sie sich hierzu weiterhin.

Informationspflicht über Sprechzeiten und Barrierefreiheit: Praxen müssen über die KV ihre Sprechzeiten und Angaben zur Barrierefreiheit im Internet veröffentlicht haben.

Regresse: Positiv ist die Neuregelung, dass Regresse von KVen wie Krankenkassen maximal zwei statt vier Jahre rückwirkend geltend gemacht werden können. Zufälligkeitsprüfungen werden durch Prüfungen auf Antrag ersetzt, die Festlegung der Anzahl der zu prüfenden Ärzte erfolgt durch die Landesvertragspartner. Aufgehoben werden die Prüfungen bezüglich der Feststellung von AU-Zeiten sowie der Verordnung von Krankenhausbehandlungen. Nachforderungen werden auf die Differenz der Kosten der wirtschaftlichen und der tatsächlichen Leistungen begrenzt.

Hilfsmittel: Seit 11.5.2019 werden von Krankenkassen keine neuen Ausschreibungen im Hilfsmittelbereich durchgeführt. Laufende Ausschreibungsverträge verlieren nach einer Übergangsfrist von sechs Monaten ihre Gültigkeit. Rahmenverträge werden auf dem Verhandlungsweg gemäß §127 Abs. 1 SGB V abgeschlossen.

Heilmittel: Preise für Heilmittel wurden ab 1.7.2019 deutschlandweit auf das jeweilige Höchstniveau angepasst. Diese gelten bis zur Einführung bundeseinheitlich zwischen dem GKV-Spitzenverband und den Berufsverbänden ausgehandelter und vertraglich bestimmter Preise.

Neuregelungen zum 1. September 2019

Honorarzuschläge für TSS-Fälle: Seit 1.9.2019 gibt es für TSS-Fälle einen gestaffelten Zuschlag auf die Grund-, Versicherten- und Konsiliarpauschalen. Je kürzer die Wartezeit, desto höher der Zuschlag: Zwischen dem 1. und dem 8. Tag wird ein Zuschlag von 50% gezahlt, zwischen dem 9. und dem 14. Tag 30% und zwischen dem 14. und 35. Tag 20%. Der Tag der Kontaktaufnahme bei der TSS gilt als erster Zähltag. Dieser geht aus der Terminbuchungsbenachrichtigung hervor. Diese Zuschläge sind nicht bereinigungsrelevant, die übrigen abgerechneten Leistungen des TSS-Falls schon. Die Zuschläge sind einmal im Arztgruppenfall berechenbar.

Neupatienten: Seit dem 1.9.2019 wird die Behandlung „neuer“ Patienten extrabudgetär vergütet. Der Bereinigungszeitraum erstreckt sich vom 1.9.2019 bis 31.8.2020. Als neu gelten diejenigen, die noch nie oder mindestens acht Quartale nicht von einer Arztgruppe bzw. von höchstens einer anderen Arztgruppe in der Arztpraxis behandelt worden sind. Maßgeblich ist nicht das Behandlungsdatum, sondern das Quartal. Arbeiten in einer Praxis mehrere Fachgruppen zusammen, bekommen maximal zwei die Behandlung eines neuen Patienten zu festen Preisen bezahlt. Neu gegründete Praxen erhalten innerhalb der ersten zwei Jahre keine extrabudgetäre Vergütung, ebenso im Rahmen eines Nachbesetzungsverfahrens übernommene Einzelpraxen. Eine Neupraxis liegt nicht vor bei einer Änderung der Anzahl oder Personen der Gesellschafter einer BAG, eines MVZ oder bei Veränderungen bei angestellten Ärzten in bestehenden Praxen. Wechselt ein Patient seine Krankenkasse, gilt er nicht als Neupatient. Die Regelung gilt für alle Arztgruppen außer Labor, Pathologie, Anästhesie mit Ausnahme von Schmerztherapie, Humangenetik, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Nuklearmedizin, Radiologie und Strahlentherapie. Bisherige Behandlung in einem Selektivvertrag führt bei Wechsel ins Kollektivsystem nicht zur Einstufung als Neupatient.

Fünf offene Sprechstunden: Seit dem 1.9.2019 müssen O&U, Chirurgen, Augenärzte, Gynäkologen, HNO, Hautärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater, Nervenärzte und Urologen mindestens fünf offene Sprech-

stunden pro Woche anbieten. Eine Überweisung ist nicht erforderlich. Die Behandlung wird extrabudgetär vergütet. Der Bereinigungszeitraum erstreckt sich vom 1.9.2019 bis 31.8.2020. Zu festen Preisen können Ärzte nur die Behandlung von max. 17,5% der Patienten abrechnen, die im Vorjahresquartal behandelt wurden. Bei Überschreitung erfolgt die Auswahl der extrabudgetär vergüteten Fälle nach dem Zufallsprinzip. Für das Quartal III/2019 liegt die Grenze bei 5,83. Ärzte sind verpflichtet, der KV diese genau definierten fünf offenen Sprechstunden mitzuteilen. Diese muss sie auf deren Webseiten publizieren. Auch die Praxis muss sie auf den Veröffentlichungsmedien der Praxis angeben. Möglich ist auch ein Praxisschild-Hinweis auf die Homepage der Praxis oder KV. Die Verpflichtung von fünf Stunden gilt für die o. g. Arztgruppen je Versorgungsauftrag. Arbeiten mehrere Ärzte einer Fachrichtung in einer Praxis zusammen, müssen nicht alle Ärzte in der offenen Sprechstunde Patienten versorgen, entscheidend ist die insgesamt von der Praxis angebotene Stundenzahl.

Vergütung des Hausarztes für Terminvermittlung: Für die Terminvermittlungsfälle innerhalb von vier Kalendertagen durch den Hausarzt gilt seit 1.9.2019, dass der Hausarzt einen Zuschlag von 10,07€ (GOP 03008/04008) erhält. Für den Hausarzt ist der Zuschlag mehrfach berechnungsfähig, wenn er seinen Patienten im selben Quartal an Ärzte unterschiedlicher Fachgruppen vermittelt, Labor und Pathologie sind ausgenommen. Die ursprünglichen Regelungen sahen vor, dass die BSNR der annehmenden Praxis angegeben werden muss, nach Beanstandung durch das BMG vom 26.9.2019 wird die LANR anzugeben sein. Er erhält den Zuschlag unabhängig davon, ob der Patient den Termin wahrgenommen hat. Wenn der Patient im laufenden Quartal schon beim Facharzt in Behandlung ist, wird kein Zuschlag fällig. Eine Überweisung ist erforderlich. Eine Abrechnungsauffälligkeit wird vermutet bei Abrechnung in mehr als 15% der Fälle.

Abrechnungsmodalitäten: Der von der Praxissoftware an die KV übertragene Datensatz enthält ein KVDT-Feld 4103 für die TSVG-Vermittlungs-Kontaktart. Die MFA müssen also künftig schon bei der Aufnahme im EDV-System auf die richtige Fallanlage achten. **Es besteht eine Verpflichtung, TSVG-Fallkonstellationen auch entsprechend gekennzeichnet abzurechnen.** Wenn der Patient noch außerhalb vom TSVG-Fall, z. B. durch Ärzte anderer Arztgruppen derselben Praxis im selben Quartal, außerhalb vom Arztgruppenfall, behandelt wird, muss ein duplizierter Behandlungsfall angelegt werden. Dies geschieht analog zu §115b SGB V-Fällen beim ambulanten Operieren. Eine Neuregelung nach Beanstandung durch das BMG am 26.9.2019 bleibt abzuwarten. Zusätzlich sind (ggf. KV-spezifische) Pseudo-EBM-Ziffern anzusetzen:

	Vermittlungsart/ Kontaktart Neues KVDT-Feld Feldkennung 4103	Pseudo- GOP EBM (hier z.B. für KVBW)
TSS-Terminfall	1	99873T
TSS-Akutfall	2	99873A
Hausarzt-Vermittlungsfall	3	99873H
Offene Sprechstunde	4	99873O
Neupatient	5	99873E

Bei TSS-vermittelten Fällen gibt es eine arztgruppenspezifische „Zusatzpauschale TSS-Terminvermittlung“ (Orthopädie 18228). Diese ist mit den Buchstaben A bis D zu ergänzen, je nach Zeitdauer zwischen Kontaktaufnahme mit der TSS und vermitteltem Termin.

TSS-Fallart	Buchstabenkenn- zeichnung der TSS – Zusatzpauschalen	Zuschlag
TSS-Akutfall innerhalb 24 h	A	50 %
TSS-Terminfall 01.–08. Tag	B	50 %
TSS-Terminfall 09.–14. Tag	C	30 %
TSS-Terminfall 15.–35. Tag	D	20 %

Der weitere Fahrplan: Das gilt ab Januar 2020

Vermittlung von TSS-Akutfällen: Voraussichtlich ab 1.1.2020 müssen TSS rund um die Uhr unter 116 117 erreichbar sein. In Akutfällen sollen Patienten auch während der Sprechstundenzeiten auf der Basis eines standardisierten Ersteinschätzungsverfahrens (SmED) in die richtige Versorgungsebene vermittelt werden. Auch hierfür ist extrabudgetäre Vergütung mit vier Bereinigungsquartalen zuzüglich Zuschlag vorgesehen. Der Start hängt vom Zeitpunkt der erfolgreichen Implementierung des SmED in die 116 117 ab; erst dann beginnt auch der Bereinigungszeitraum.

EBM-Reform: Die zum 1.1.2020 vorgesehene EBM-Reform ist auf April 2020 verschoben worden.

Oktober 2020: Heilmittel- Blankoverordnung

Ab Oktober 2020 soll die Blanko-Verordnung für Heilmittel kommen. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden können bei ausgewählten Indikationen über Auswahl und Dauer sowie die Frequenz der Behandlung selbst entscheiden. Diagnose- und Indikationsstellung

erfolgen weiterhin durch den Arzt. Dieser kann von einer Blankoverordnung absehen, wenn dies aus medizinischen Gründen notwendig ist. Blankoverordnungen werden nicht der ärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen. Verordnungen, die über in der Heilmittelrichtlinie festgelegte orientierende Behandlungsmengen hinausgehen, bedürfen keiner Genehmigung mehr durch die Krankenkasse.

Januar 2021: Digitale Anwendungen

Ab Januar 2021 müssen Krankenkassen ihren Versicherten eine elektronische Patientenakte (ePA) zur Verfügung stellen, die von der Gesellschaft für Telematik zugelassen sein muss. In ihr werden Befunde, Diagnosen, Therapie, Berichte und Impfungen gespeichert. Patienten sollen mit Smartphone und Tablet zugreifen können. Die KBV hat den Auftrag erhalten, Standards für die medizinischen Daten der ePA festzulegen. Ebenso sind Ärzte ab 2021 verpflichtet, Arbeitsunfähigkeitsdaten direkt und digital an die Krankenkasse des Patienten zu übermitteln. Auch müssen die Daten digital oder auf Papier dem Patienten zur Verfügung gestellt werden. Ob die AU-Bescheinigung digital an den Arbeitgeber übertragen werden kann, ist derzeit noch offen.

Januar 2022: Ambulante Kodierrichtlinien

Das TSVG trägt der zunehmenden sektorenübergreifenden Versorgung Rechnung. Die Kodierung für ambulante Behandlung in Krankenhaus und Praxis wird harmonisiert. Die von der KBV neu zu schaffenden Regelungen sollen zum 30.6.2020 feststehen, anschließend bleiben rund 1½ Jahre für Anpassungen in den Praxisverwaltungssystemen.

Das TSVG greift darüber hinaus zum Teil bereits jetzt in weitere Bereiche des Gesundheitswesens wie Selbstverwaltung, hausarztzentrierte Versorgung, MVZ-Gründung, Zulassung, Sicherstellung, Impfungen, Weiterbildungsförderung, HIV-Präexpositionsprophylaxe und Krankenförderung ein. Diese Änderungen werden hier, weil weniger relevant für orthopädisch-unfallchirurgische Praxen, nicht im Detail dargestellt.



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

TSVG-Update im BVOU Study Club

Was gilt ab wann und ist wie zu handhaben? Wie steht es mit Sprechstundenpflicht, Terminmeldepflicht bei der Terminservicestelle, Informationspflichten zu Sprechzeiten und Barrierefreiheit, Neuregelungen zu Regressen, Heil- und Hilfsmitteln? Diese Fragen beantwortet Dr. Karsten Braun.

Das Webinar beschäftigt sich mit der Umsetzung folgender Bestimmungen:

- ▶ Konstellationen beim Hausarzt-Vermittlungsfall
- ▶ Terminservicestellen-Terminfall
- ▶ Terminservicestellen-Akutfall
- ▶ Offener Sprechstundenfall
- ▶ Neupatientenfall

Nach der Teilnahme am Webinar wissen Sie: Wer ist ein Neupatient, was gilt in Gemeinschaftspraxen und welche Anreize bestehen in der Zusammenarbeit mit dem Hausarzt. Ebenso werden die Bereinigungsproblematik und die unterschiedlichen Bereinigungszeiträume erläutert und welche Fallen man vermeiden sollte.

Das Webinar finden Sie unter: www.bvoustudyclub.net/on-demand-webinars



Zufriedenheit im Orthopädie- Facharztvertrag: Patienten empfehlen ihren Arzt weiter

Patienten, die 2017 und 2018 an Befragungen zum Modul Orthopädie des baden-württembergischen Facharztvertrags Orthopädie und Rheumatologie teilgenommen haben, zeigen sich sehr zufrieden mit ihrer Behandlung.

Danach fühlen sich 89 Prozent der Befragten durch ihren Arzt gut beraten und 92 Prozent können ihn weiterempfehlen. 87 Prozent gaben an, dass der Arzt ihnen zuhört und sich ausreichend Zeit für das Gespräch nimmt. An den Befragungen nahmen 12.000 Patienten und 361 der 415 am Vertrag teilnehmenden Praxen teil. Laut der Vertragspartner belegten die Ergebnisse, dass das Grundanliegen des Vertrages, Patienten mit Muskel-Skelett-Erkrankungen bestmöglich zu beraten und zu versorgen, von diesen als Vorteil wahrgenommen und geschätzt wird. Die Ärzte profitierten ebenfalls von den Befragungen, weil sie wichtige Hinweise auf Verbesserungspotenziale erhalten. Entsprechend stieg auch deren Beteiligungsquote von 71 im ersten Befragungsjahr 2015 auf 89 Prozent im Jahr 2018. Der Vertrag zählt seit 2014 zum gemeinsamen Facharztprogramm von AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK mit rund 700.000 Versicherten.

Aus den Befragungen der Jahre 2015 und 2016 ist bekannt, dass speziell die Zufriedenheit mit der Beratung durch den Arzt den größten Einfluss auf die Gesamtzufriedenheit des Patienten mit seiner Versorgung hat. Als Beratungsinhalte nannten die Patienten unter anderem: Aufbau/Funktion von Muskeln und Gelenken (84 Prozent), Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten (81 Prozent), Möglichkeiten, selbst etwas zu tun (79 Prozent), hilfreiche körperliche Aktivitäten (73 Prozent). 89 Prozent wurden motivational beraten – unter anderem zu den Themen Bewegung und Ernährung. Hier bestand bei knapp der Hälfte der Befragten sogar noch weiterer Bedarf, vor allem bei Patienten, die unter Arthrose oder rheumatischen Gelenkerkrankungen leiden und etwa über geringere Bildungsressourcen verfügen oder nicht erwerbstätig sind.



Weil sich in unabhängigen Studien gezeigt hat, dass viele Patienten von Informationen und Beratung profitieren, fördert der Vertrag die präventive Information und die motivationale Beratung. Die Patienten sollen nach aktuellem Wissensstand immer wieder im Krankheitsverlauf zu einer gesunden Lebensführung motiviert werden, die regelmäßige körperliche Aktivität einschließt wie es zum Beispiel auch die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz fordert. Dr. Burkhard Lembeck, Landesvorsitzender des BVOU Baden-Württemberg und MEDI-Sprecher kommentiert: „Die Befragungsergebnisse bestätigen uns darin, wie wichtig für eine gute Versorgung die ausführliche Aufklärung zu biologisch-psychischen und medizinischen Zusammenhängen sowie eine motivationale Beratung ist. Und gerade bei Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Arthrose und einem niedrigeren Bildungs- und Sozialstatus müssen wir regelmäßig erfragen, wie es um die Maßnahmen und Ziele bestellt ist, die den Lebensstil betreffen, also insbesondere hinsichtlich Ernährung und Bewegung. Diese Gespräche sind elementar und benötigen ausreichend Zeit, die im Facharztvertrag angemessen berücksichtigt und vergütet wird.“

Quelle: MEDI

Digitale Daten bleiben in ärztlicher Hand

Der baden-württembergische Orthopädievertrag nach § 73c SGB V ist seit 1.7.19 mit der elektronischen Arztvernetzung als weiterer Neuerung gestartet. Die Vertragspartner AOK Baden-Württemberg, Hausärzteverband, Mediverbund und BVOU schaffen damit die Grundlage für einen digitalen Austausch von Informationen zwischen Haus- und Facharzt, die für die Behandlung von Selektivvertragspatienten relevant sind. Als optionale Anwendungen werden eArztbrief zwischen Haus- und Facharzt, elektronische Weiterleitung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an die Krankenkasse als Ersatz für deren postalischen Versand und die patientenbezogene elektronische Medikationsinformation Hauskomet in die in den teilnehmenden Praxen ohnehin vorhandene Vertragssoftware integriert. Die Lösung, die den immer noch in vielen Praxen vorherrschenden Faxstandard ablöst, erspart den Teilnehmern ausdrucken, einscannen und nicht-digitalen Versand von Befundberichten. Telefonische Rückfragen sollen reduziert und Medikationsinformationen strukturiert in die Vertragssoftware übernommen werden. Das Verfahren gewährleistet, dass eine schnelle elektronische Kommunikation zwischen den Praxen erfolgt, die Patienten und Ärzten gleichermaßen nützt und Bürokratie reduziert. Behandlungsdaten bleiben in ärztlicher Hand und gehen nicht in einer Fülle von vermeintlichen Gesundheitsdaten einer elektronischen Patientenakte (ePA) unter. Der eArztbrief erreicht den Empfänger sowohl per pdf-Datei als auch als strukturierter Datensatz mit Pflichtfeldern (Versicherteninformation, Diagnosen, Allergien, Medikation, Heil- und Hilfsmitteln, Laborwerten, Impfungen).

Krankenkassen können die Daten nicht mitlesen, da keine Zugriffsmöglichkeit auf Daten in den Praxisverwaltungssystemen der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte oder auf die von Mediverbund und HÄVG betriebenen zentralen Server besteht. Der verschlüsselte eArztbriefversand kann nur auf Veranlassung des teilnehmenden Arztes wahlweise adressiert an einen aus der Adressliste ausgewählten Empfänger oder gerichtet an eine noch nicht bekannte Praxis aus einer oder mehreren Empfängergruppen zum Abruf durch den späteren Behandler nach Einlesen der Krankenversichertenkarte des Patienten erfolgen. Beim Eingang eines neuen Briefs erhält der Empfänger eine Benachrichtigung. Wann und wie die Weiterverarbeitung erfolgt, entscheidet der Empfänger. Damit hebt sich diese elektronische Arztvernetzung entscheidend von den gesetzgeberischen Vorgaben zur Nutzung eines Konnektors der vom Mediverbund mit Musterklagen bekämpften Telematikinfrastruktur (TI) oder einer ePA ab.

Hardwareinvestitionen sind nicht erforderlich. Die Teilnahme ist nicht an die TI gekoppelt, sondern erfolgt über den HZV Online-Key, den ohnehin jede teilnehmende Praxis zur Prüfung der Vertragsteilnahme einsetzt. Das Arztinformationssystem der teilnehmenden Praxis muss lediglich um das Modul zur elektronischen Arztvernetzung erweitert werden. Entsprechende Software ist u. a. bei S3, EVA, Duria, Pro_Medico und CGM-Systemen erhältlich. Die Kosten dafür belaufen sich beispielsweise bei CGM-Turbomed derzeit auf einmalig 938,00€ Lizenzgebühr und 39,70€ monatliche Softwarepflege. Die Teilnahme an der Vernetzung ist auch für facharztvertragsteilnehmende Ärzte freiwillig und kann mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalswende wieder gekündigt werden. Teilnehmende Facharzt- und Hausarztpraxen erhalten einen einmaligen Investitionskostenzuschuss in Höhe von 2.500€ sowie einen Zuschlag von 5€ auf die bei jedem im Vertrag behandelten Patienten anfallende Grundpauschale P1. Bei Erfüllung einer kollektiven Umsetzungsquote wird der Zuschlag um weitere 2€ je Fall erhöht.

Dr. Karsten Braun, LL. M.



Dr. Ann-Kathrin Keidel, Dr. Ulrike Fischer und Dr. Michael Wuttke (v.l.n.r.)

Landeskongress Brandenburg: Bezirksvorsitzende im Amt bestätigt

Die Brandenburger Jahrestagung des BVOU fand in diesem Jahr vom 8.–9. November im Kurort Bad Saarow statt. Unter der Leitung von Dr. Ulrike Fischer gab es an zwei Tagen Vorträge zu Themen aus Orthopädie und Unfallchirurgie und angrenzenden Fächern. Am Samstag wurde im Rahmen der Mitgliederversammlung gewählt: Für die Bereiche Brandenburg- Stadt wurden Dr. Ann-Kathrin Keidel und für den Bereich Cottbus Dr. Michael Wuttke in ihrem Amt als Bezirksvorsitzende bestätigt.

J.Kuno

HOUT: Blick in die Zukunft von O und U



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

Beim 9. Hessischen Orthopäden- und Unfallchirurgentag (HOUT) in am 9.11.19 Frankfurt ging es um die Zukunft des Fachgebietes in Praxis und Klinik.

In meinem Vortrag habe ich den wachsenden Bedarf an orthopädisch-unfallchirurgischen Leistungen, gerade in der Altersorthopädie und Unfallchirurgie, dargestellt.

In Hessen sind ca. 450 Fachärzte für O und U in der Weiterbildung tätig, wobei der Frauenanteil jetzt schon deutlich auf 35% weibliche Assistenten und 65% männliche Assistenten gestiegen ist. 65 Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie legen zurzeit pro Jahr in Hessen die Prüfung ab.

Frank Dastych berichtete, dass bis zum Jahr 2025 114 niedergelassene Kollegen ersetzt werden müssten. Gleichzeitig besteht ein erheblicher Bedarf durch neue Arbeitszeitregelungen und den zunehmenden Wunsch nach Teilzeitanstellung, sodass die Nachfrage den Bedarf weit überschreiten wird. Denn von den 65 „fertigen“ O&U-Ärzten pro Jahr müssen alle großen Kliniken –

einschließlich der die Reha-Kliniken – bedient werden. Wir müssen für diese neuen Kolleginnen und Kollegen die von Ihnen geforderten neuen Arbeitszeitmodelle in Zukunft abbilden.

Hierzu empfehle 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 bei gleichzeitig veränderter Work-Life-Balance haben möchten.

Für die Apotheker- und Ärztebank (Apobank) ist das Thema „neue Versorgungsstrukturen“ extrem 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 Praxisverbunden und eine entsprechende Beratung und Kreditvergabe, ist für die Apobank von Bedeutung. Deswegen wurde eine entsprechende Arbeitsgruppe der zu neuen Versorgungsstrukturen in der Apobank gegründet.

Rechtzeitige Planung bei Praxisübergabe wichtig

Sowohl Dietmar Schmidt als auch RA Reinhold Preissler betonten, wie auch ich, dass die Kolleginnen und Kollegen rechtzeitig, d. h. fünf Jahre im Voraus an einen Verkauf bzw. Übergabe der Praxis denken müssten, um geeignete Kolleginnen und Kollegen, aber auch genügend Verhandlungszeit zu haben. Dietmar Schmidt wies darauf hin, dass insbesondere Großpraxen sich zusammensetzen sollten, auch mit Beratern, um ihre wirtschaftliche Perspektive und Ausrichtung festzulegen.

Gina Grimaldi schilderte, wie sich die Weiterbildung und Zukunft des Faches O&U aus der Sicht einer Weiterbildungsassistentin darstellt. Die jungen Kolleginnen und Kollegen sind bereit, viel in ihrer normalen Arbeitszeit zu leisten, allerdings nicht wesentlich darüber hinaus. Die Problematik besteht häufig darin, dass bei neuen Arbeitszeitmodellen, wie z.B. statt einer 24 Stunden- eine 12-Stunden-Schicht, häufig anschließend ein Tag frei genommen werden muss, so dass es in der Regel schwierig ist, genügend operative Eingriffe zusammen zu bekommen, zumal sie viel Dokumentationsaufgaben hätten.

Hier fordern alle Referenten gemeinsam, dass z.B. Dokumentationsassistenten eingestellt werden, um wieder dem eigentlichen Kerngeschäft der Ärzte – nämlich Patientenbehandlung und auch einer operativen und auch guten konservativen Ausbildung – zur Verfügung zu stehen. Problematik sei, 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.

Welche Zukunft hat die Chefarztposition?

Prof. Reinhard Hofmann skizzierte die Entwicklung des Klinikmarktes und 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 Assisten-

tinnen und Assistenten durch Dienstausgleichsregelungen 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. Hofmann 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



DKOU 2019: Hohe Auszeichnungen durch den BVOU

Der Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2019 fand im Oktober mit einem neuen Besucherrekord und zahlreichen interessanten Gesprächen am BVOU-Stand und gut besuchten Kursen und Seminaren statt. Es wurden zahlreiche Preise im Rahmen des DKOU verliehen, auch durch den Berufsverband. Heute erfahren Sie, welche Mitglieder geehrt wurden.

Der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) hat am Montag, den 21. Oktober 2019, die Hubert-Waldmann- und die Jürgen-Eltze-Plakette verliehen. Zusätzlich fand die Ernennung von zwei Ehrenmitgliedern während des Präsidentenempfangs am Vorabend des DKOU 2019 statt. In der Französischen Friedrichstadtkirche am Berliner Gendarmenmarkt versammelten sich 260 Gäste, um der besonderen Ehrung zu folgen.

Dr. Christopher Hermann und Dr. Uwe Schwokowski erhalten Hubert-Waldmann-Plakette

Die Hubert-Waldmann-Plakette ist die höchste Auszeichnung des BVOU und wird für außerordentliche Verdienste um das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie verliehen. Benannt ist sie nach dem langjährigen Vorsitzenden Dr. Hubert Waldmann. Dieses Jahr ging die Auszeichnung an Dr. Christopher Hermann und Dr. Uwe Schwokowski.

Nach Stationen im Wissenschaftlichen Dienst des Deutschen Bundestages, im Sozialministerium Nordrhein-Westfalen sowie im Gesundheitsministerium Nordrhein-Westfalen, kam Dr. Christopher Hermann 2000 als Vorstandsmitglied zur AOK Baden-Württemberg. 2003 wurde er stellvertretender Vorstandsvorsitzender und seit 2011 führt er die AOK Baden-Württemberg als Vorstandsvorsitzender.



Die Ehrennadeln liegen zur Verleihung durch Dr. Flechtenmacher bereit.

„Ich sehe diese Ehrung als Bestätigung der vertrauensvollen Zusammenarbeit im Facharztvertrag Orthopädie unserer Alternativen Regelversorgung in Baden-Württemberg an. Gemeinsam setzen wir diesen Vertrag seit 2014 im Land mit großem Erfolg um und stellen dabei den gesundheitlichen Blick auf die Patientinnen und Patienten in den Mittelpunkt. Damit haben wir gemeinsam ein neues Kapitel zwischen Orthopäden und AOK Baden-Württemberg für die Menschen im Land aufgeschlagen,“ kommentierte Dr. Hermann seine Auszeichnung.

Dr. Uwe Schwokowski leitet seit langem das BVOU-Referat Orthopädische Rheumatologie. Er hat vor vielen Jahren die Fortbildungskurse zum Rheumatologisch-Fortgebildeten Orthopäden (RheFO) und ORFA ins Leben gerufen. Bis heute werden die Kursreihen mit vielen regelmäßigen Kursen fortgeführt. Dr. Schwokowski ist als BVOU-Bevollmächtigter an der Novellierung der Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie beteiligt was für die Zukunft der konservativen Orthopädie bedeutsam sein wird. „Ich freue mich, dass der BVOU-Vorstand meine langjährige leidenschaftliche Aktivität im Interesse der Orthopädischen Rheumatologie entsprechend würdigt. Dies macht mich auch ein wenig stolz und motiviert mich auch in Zukunft unterstützend tätig zu bleiben.“

Dr. Manfred Neubert und Helmut Mälzer sind BVOU-Ehrenmitglieder

Der BVOU hat zwei Ehrenmitglieder ernannt: Dr. Manfred Neubert war von 1993 -2016 niedergelassen in einer Gemeinschaftspraxis in Bremen mit Beleg-/Konsiliararzt-tätigkeit an der Paracelsusklinik Bremen. Herr Dr. Neubert war 20 Jahre im Vorstand des BVOU in Bremen, davon 14 Jahre als Landesvorsitzender. 2016 war er DKOU-Präsi-

dent für den BVOU. „Ich freue mich sehr darüber und betrachtete dies als Anerkennung meiner langjährigen ehrenamtlichen Tätigkeit für den Berufsverband,“ so Dr. Neubert.

Helmut Mälzer war langjähriger BVOU-Präsident. Er ist in einer Praxis in Berlin-Lichterfelde niedergelassen. „Die Herausforderungen in der Geschäftsstelle waren bei der Amtsübernahme (2009) sehr groß. So bedeutet die Ehrung für mich die Anerkennung der Leistung des Teams der Geschäftsstelle, insbesondere von Frau Henniger, bei der Restrukturierung der Geschäftsstelle. Ein Highlight für mich und für den BVOU war während meiner Amtszeit (2009–2013) die Förderung und der Abschluss der Sonderverträge unserer Kollegen in BaWü mit Medi und der AOK BaWü. Eine besondere Ehre für mich und ein Meilenstein in der Beziehung zwischen der DGU und dem BVOU war die erstmalige Einladung des Präsidenten der DGU an einen Präsidenten des BVOU zur Teilnahme an der Präsidiumssitzung der DGU. Nach langjährigem Landesvorsitz in Berlin war der Bundesvorsitz und die Co-Präsidenschaft des DKOU 2010 für mich eine besondere Freude. Die „Youngsters“ des BVOU wurden eine Erfolg-story, die in dem Jungen Forum der DGOU seine Fortsetzung findet.“

Jürgen-Eltze-Plakette für Prof. Dr. Marcus Schiltewolf

Prof. Dr. Marcus Schiltewolf ist Lehrkoordinator der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Universitätsklinikum Heidelberg, Dozent der Akademie für ärztliche Weiterbildung der Medizinischen Fakultäten Heidelberg und Mannheim sowie Ärztlicher Sachverständigenbeirat „Versorgungsmedizin“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Prof. Schiltewolf koordiniert die Forschung



JOU-Jury 2019, von links: Univ.- Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer (Vizepräsident BVOU), Elmar Krämer, JOU-Preisträger 2018, Dr. phil. Thomas Gerst (Redaktion Deutsches Ärzteblatt), Swetlana Meier (Presse- und Öffentlichkeitsarbeit DGOU), Anna Wittchen (Geschäftsstelle des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege), Prof. h.c. Dr. Almut Tempka (Stellvertretende Juryvorsitzende), PD Dr. Oliver Miltner (Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie), Janosch Kuno (Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU), Manfred Teubner (TV-Journalist und Filmemacher)

Ingo Bach erhielt für seinen Beitrag „Ein zufriedenes Leben“ den JOU 2019

zu Themen der konservativen Orthopädie. In den letzten Jahren hat er sich insbesondere mit dem Thema Bindung und Schmerz beschäftigt.

Die Würdigung durch den BVOU ehrt mich sehr. Wenn ich geehrt werde, gehe ich davon aus, dass auch meine ärztliche Haltung geehrt wird: Konservative Orthopädie ist nicht Operieren ohne Messer, sondern vorrangig Bindungsarbeit mit dem an Muskeln und Gelenken Erkrankten.

Goldene und Silberne Ehrennadeln für ehemalige Landes- und Bezirksvorsitzende

Während der BVOU-Mitgliederversammlung wurden folgende Mitglieder mit den Ehrennadeln ausgezeichnet:

- ▶ Goldene Ehrennadel 2019
- ▶ Helmut Mälzer (Landesvorsitzender Berlin von 1997 bis 2012, BVOU Mitglied seit 1992)
- ▶ Dr. Ulf Schneider (Landesvorsitzender Mecklenburg-Vorpommern bis 2018, BVOU Mitglied seit 1994)
- ▶ Dr. Albrecht Straub (Stellv. Landesvorsitzender Thüringen bis 2019, BVOU Mitglied seit 1985)
- ▶ Dr. Peter René Bock-Lamberlin (Landesvorsitzender Hamburg bis 2017, BVOU Mitglied seit 2001)
- ▶ Silberne Ehrennadel 2019
- ▶ Dr. Carlo Bussi (ehemals stellv. Bezirksvorsitzender Heilbronn-Franken, BVOU Mitglied seit 1997)
- ▶ Dr. Adalbert Missalla (ehemals Bezirksvorsitzender Frankfurt, BVOU Mitglied seit 1990)
- ▶ Dr. Christian Geßner, (ehemals Bezirksvorsitzender Erfurt, BVOU Mitglied seit 2008)

Journalistenpreis Orthopädie und Unfallchirurgie würdigt Tagesspiegel-Beitrag

Der BVOU und die DGOU zeichnen den Tagesspiegel-Beitrag „Ein zufriedenes Leben“ von Ingo Bach mit dem Deutschen Journalistenpreis Orthopädie und Unfallchirurgie (JOU) 2019 aus. Der Autor entwickelt darin das beeindruckende Portrait eines Menschen, der nach einem Badeunfall vom Hals abwärts gelähmt ist, aber dennoch seinen Lebensmut behält und Kraft aus kleinen körperlichen Erfolgen schöpft. Die JOU-Verleihung fand auf der Eröffnungsveranstaltung des DKOU am 22. Oktober 2019 in Berlin statt.

Um zufrieden zu sein, muss man nicht unbedingt laufen können

Ingo Bach erhielt für seinen Beitrag „Ein zufriedenes Leben“ den JOU 2019 und ein Preisgeld von 5.000 Euro. Der Text erschien am 10. Oktober 2018 im Tagesspiegel. Bach gelingt mit dem Portrait eines querschnittsgelähmten Mannes ein überzeugender journalistischer Beitrag. Der Text nimmt den Leser emotional mit und schafft Nähe zu diesem Menschen, der in seiner schwierigen Lebenssituation seine optimistische Grundeinstellung behält. Gleichzeitig wird deutlich, dass es Orthopäden und Unfallchirurgen heute durch „Neuverkabelung“ von



v.l.: Prof. Dr. Carsten Perka (DGOOC-Präsident und stellv. DGOU-Präsident), Prof. Dr. Paul A. Grützner (DGOU/DGU-Präsident), Klaus Wichert (Senatsverwaltung für Umwelt, Verkehr und Klimaschutz), Dr. Thomas Möller (BVOU-Kongresspräsident), Professor Dr. Bernd Kladny (DGOU- und DGOOC-Generalsekretär) Prof. Dr. Dietmar Pennig (DGU- und stellv. DGOU-Generalsekretär)

ämter. Auch die DKOU-Kongresspräsidenten, Dr. Thomas Möller (Kongresspräsident BVOU), Univ.-Prof. Dr. Carsten Perka (Präsident DGOOC) und Prof. Dr. Paul Alfred Grützner (Präsident DGOU,

Muskeln und Sehnen gelingt, bestimmte verloren gegangene Bewegungsabläufe ansatzweise wiederzugeben. Dabei geht es nicht um Heilung, sondern um kleine Fortschritte, die viel Zeit, Geduld und Kraftanstrengung erfordern, gleichzeitig aber neue Lebensqualität bringen. Der faktenreiche Artikel beschreibt zudem anschaulich die langfristige Versorgung von querschnittsgelähmten Patienten in einem Krankenhaus.

Seit 2010 würdigt der JOU jährlich herausragende Medienbeiträge zu orthopädisch-unfallchirurgischen Themen aus den Bereichen Print, Hörfunk, Fernsehen und Online. Der neunköpfigen Jury 2019 lagen insgesamt 33 Bewerbungen vor.

BVOU/DGOU

Ein neuer Straßenbaum für Berlin

Der Berliner Straßenbaumbestand muss erhalten bleiben, insbesondere nach den zu trockenen Sommermonaten in diesem und im letzten Jahr. Deshalb pflanzt die Berliner Senatsverwaltung für Umwelt, Verkehr und Klimaschutz gemeinsam mit den Spenderinnen und Spendern der Stadtbaumkampagne regelmäßig Straßenbäume – zusätzlich zu den regulären Pflanzungen der Berliner Bezirks-

DGU) nahmen in diesem Jahr erneut die Spaten für einen guten Zweck in die Hand.

Mit der Pflanzung der Spree-Eichen beteiligen sich die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) sowie der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT) zum achten Mal in Folge an der Kampagne „Stadt bäume für Berlin“.

Im Rahmen der Aktion konnten bislang weit über 8.000 zusätzliche Bäume gepflanzt und über 1 Mio. Euro an Spenden eingenommen werden.

Neben Verbänden, Initiativen und Unternehmen unterstützen auch viele Bürgerinnen und Bürger die Kampagne. Die breite Unterstützung der Stadtbaumkampagne zeigt, dass der Berliner Straßenbaumbestand vielen Menschen am Herzen liegt. Die Senatsverwaltung für Umwelt, Verkehr und Klimaschutz bedankt sich deshalb bei allen Spenderinnen und Spendern, die die Pflanzung zusätzlicher Bäume unterstützen.

Ab einem Betrag von 500 Euro können sich die Spendenden den Standort des Baumes aussuchen. Die Senatsverwaltung für Umwelt, Verkehr und Klimaschutz übernimmt dann die Kosten für die Pflanzung von insgesamt ca. 2.000 Euro.

Janosch Kuno,
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU



„King Kong“ im Klassenzimmer feiert Premiere

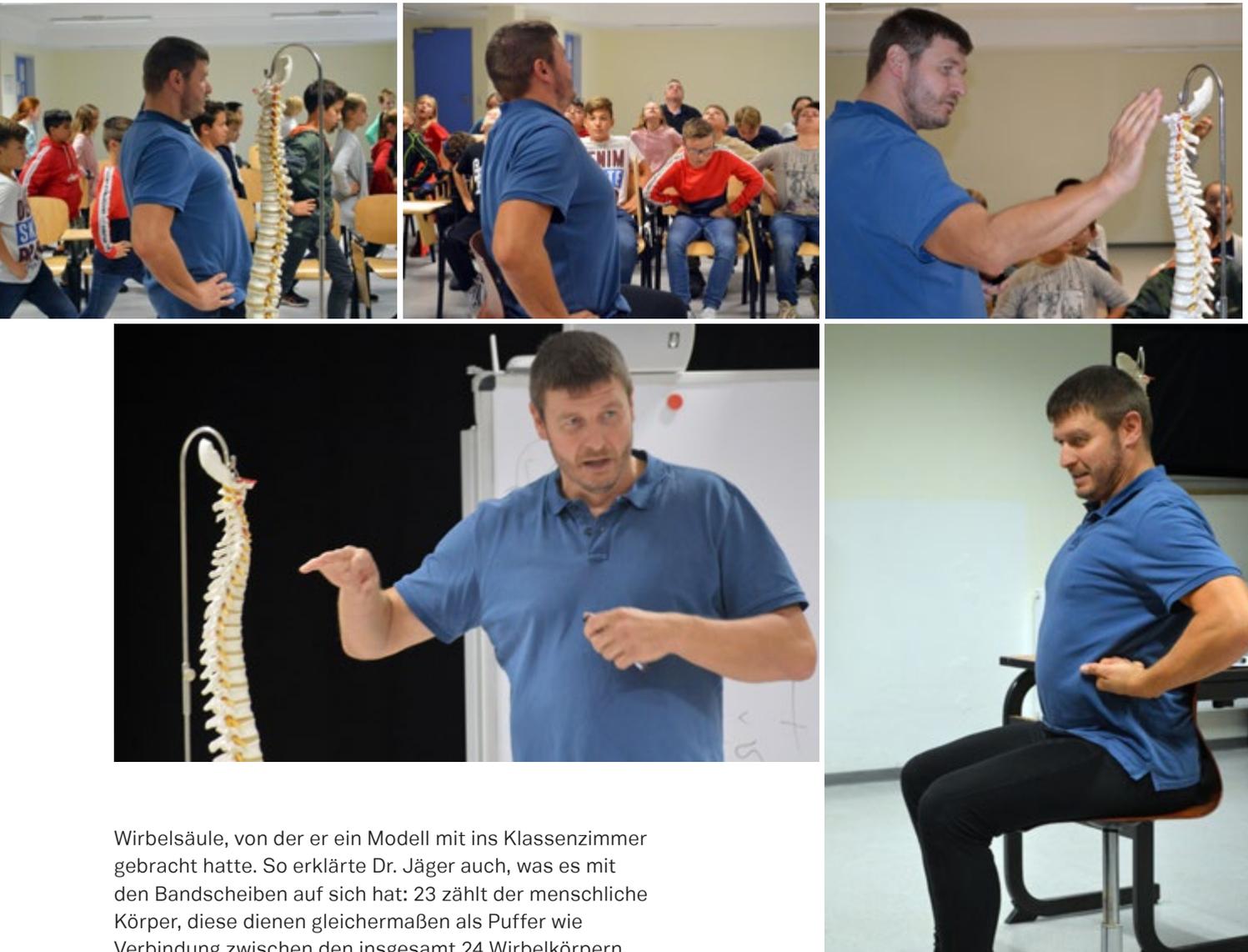
Bis der Mensch den aufrechten Gang beherrschte, ging einige Zeit ins Land; Spötter mutmaßen nun, Smartphones könnten ihn wieder in frühere Entwicklungsstufen zurückwerfen. Welches die richtige Haltung ist, wie man die Wirbelsäule schont und so Verspannungen und Schmerzen vorbeugt, erfuhren Schüler des Friedrich-Wilhelm-Gymnasiums (FWG) von einem Experten: Dr. Arne-Björn Jäger, Orthopäde und Oberarzt im Bräderkrankenhaus Trier, bot den Sechstklässlern eine besondere Unterrichtseinheit.

Wer denn schon mal einen Krampf in der Wade oder im Fuß verspürt habe, will Dr. Arne-Björn Jäger wissen. Die Frage ist kaum gestellt, da schnellen die Finger fast aller Schülerinnen und Schüler empor. Dass ein schwerer Schulranzen zur Belastungsprobe für den Rücken werden kann und die Körperhaltung beim Blick aufs Smartphone alles andere als optimal ist, wissen die meisten Sechstklässler aus Erfahrung. Doch warum es gerade in der Pubertät wichtig ist, auf die richtige Körperhaltung zu achten, und welche praktischen Übungen helfen können, lernten sie jetzt in einer Schulstunde der besonderen Art.

Es war nicht das erste Mal, dass Dr. Arne-Björn Jäger vor einer Klasse stand – im Gegenteil: Als Mitglied des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) besuchte der Oberarzt der Abteilung für Orthopädie des Bräderkrankenhauses bereits etliche Grundschulen. Unter dem Motto „Zeigt her eure Füße“ leistete er gesundheitliche Aufklärungsarbeit. Dennoch war die Unterrichtsstunde im FWG nun auch für ihn eine Art Premiere, denn erstmals richtete sich der Stoff an die Schüler einer weiterführenden Schule. Aus gutem Grund: Gerade in der entscheidenden Wachstumsphase, die mit Beginn der Pubertät eintritt, sei die Entwicklung der Wirbelsäule und damit auch die Körperhaltung für Fehlentwicklungen anfällig, erläutert der Mediziner.

Zwar zählt die bisweilen exzessive Handynutzung zweifellos zu den Risikofaktoren, da ein über längere Zeit gekrümmter Nacken seinen Tribut in Form von Verspannungen bis hin zu Schmerzen fordern kann. Gleichwohl seien Haltungsprobleme bei Schulkindern kein neues Phänomen, sondern wurden schon vor Jahrzehnten beobachtet, berichtet Dr. Jäger. Neu ist die Initiative, die der Verband BVOU in diesem Jahr startete: „Rückenfit – unsere Schule macht mit!“

Engagiert mit machten die Sechstklässler des FWG. Konzentriert lauschten sie den Ausführungen des Orthopäden, gebannt verfolgten sie dessen Erläuterungen zur



Wirbelsäule, von der er ein Modell mit ins Klassenzimmer gebracht hatte. So erklärte Dr. Jäger auch, was es mit den Bandscheiben auf sich hat: 23 zählt der menschliche Körper, diese dienen gleichermaßen als Puffer wie Verbindung zwischen den insgesamt 24 Wirbelkörpern. „Wisst ihr, wie groß die Belastung ist, wenn ich einmal hoch in die Luft springe und wieder auf dem Boden aufkomme“, fragte der Oberarzt seine jungen Zuhörer. Die Antworten reichten von Schwerelosigkeit bis zu doppeltem Körpergewicht. „Noch viel mehr“, löste Dr. Jäger rasch das Rätsel, „es ist sogar das vier bis Fünffache meines Gewichts.“ Und deshalb seien die Bandscheiben als Puffer und die Muskulatur zur Stabilisierung so wichtig.

Auf die theoretische Einführung folgten praktische Übungen. Mit vollem Körpereinsatz veranschaulichte der Mediziner, was ein jeder selbst dafür tun kann, seinen Rücken fit zu halten. Nun waren die Schüler gefordert – begeistert machten sie die Übungen nach. Dass diese Bezeichnungen wie „Rückenrodeo“ oder „King Kong“ tragen, steigerte den Spaßfaktor noch zusätzlich, doch auch so waren die Gymnasiasten voll in ihrem Element. So auch Anna, die sich überrascht zeigte, dass die Wirbelsäule beim Sitzen automatisch nach hinten fällt. „Ich habe gelernt, dass man sich besser halten soll“, freute sich die 11-Jährige nach der Stunde. Ihr und ihren

Mitschülern gab Dr. Jäger noch einen Rat mit auf den Weg: „Achtet auf eure Haltung und schaut auch bei den anderen, wie die sich halten.“ Im Übrigen: Weil die eigene Körperhaltung auch das innere Empfinden spiegelt, signalisiert ein aufrechter Gang auch Selbstbewusstsein.

Tipps für Schüler

Damit der Rücken gesund und fit bleibt, sollten Kinder regelmäßige Übungen machen und sich generell körperlich stärker betätigen. So ist vor allem die Stärkung der Rumpfmuskulatur von Bedeutung, betont Dr. Arne-Björn Jäger. In der Schule sollten Schüler nach Möglichkeit alle zehn Minuten ihre Sitzposition verändern. Auch sollte das Gewicht des Schulrucksacks nicht mehr als zehn Prozent des Körpergewichts betragen.

Arne-Björn Jäger
Oberarzt Orthopädie
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Trier

Bericht zur dritten Gesamtvorstandssitzung und internen Klausur

Die dritte Gesamtvorstandssitzung und interne Klausur für BVOU-Mandatsträger in Kassel am 20. und 21. September 19 begann mit dem Bericht von Präsident Dr. Johannes Flechtenmacher zur Vorstandsarbeit: Hemmend bei der EBM-Reform wirkten sich Dissonanzen mit dem Berufsverband Niedergelassener Chirurgen (BNC) aus. Der aufgrund dessen Minderheitsmeinung durchgesetzte Allgemein Chirurg der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) solle trotz unzureichender Qualifikation Leistungen am Bewegungsapparat abrechnen können, was bei vernünftiger Betrachtung verhindert werden müsse.



Hessens BVOU-Landesvorsitzender Dr. Gerd Rauch lud in diesem Jahr nach Kassel ein.

Dr. Burkhard Lembeck: Auch Orthopäde als koordinierender Arzt im DMP Rückenschmerz

Beim DMP Rückenschmerz müssen aktuell Krankenkassen mit KVen Verträge zur Umsetzung schließen. Auch der Orthopäde kann als koordinierender Arzt tätig werden. Im DAAG-Zeitmeinungsvertrag macht eine Besservergütung die Teilnahme für Physiotherapeuten attraktiver und mit der Allianz PKV ist ein Vertrag zur Rückenschmerzbehandlung (CheckMyBack) in Vorbereitung.

Dr. Helmut Weinhart: die Akademie als „gemeinsames Baby“

Dr. Jörg Ansorg berichtete anschließend über erfolgreiche Aktivitäten von ADO und AOUC. Der AOUC-Terminkalender sei erfolgreich auf zahlreichen Webseiten integriert. Die Finanzierung von AOUC und ADO erfolgte derzeit ausschließlich durch den BVOU. Dass weiterhin die finanzielle Unterstützung durch die DGOU fehle, findet Dr. Jörg Ansorg „ein bisschen schade, denn auf ideeller Ebene arbeiten wir gut zusammen“.

Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann: Generation 40+ in absurd großen Gremien als Bremsklötze

In den Berichten der übrigen Vorstandsmitglieder beschäftigte sich Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann mit dem DGOU-Strategietreffen zum großen Thema „Wie geht's weiter mit O und U? Wie kann man das alles sortieren?“. Denn Sektorengrenzen und Subspezialisierung entwickelten sich zu einem Problem im Fachgebiet. Durchaus

selbstkritisch zeigte sich Prof. Dr. Dr. Hoffmann gegenüber „absurd großen“ Gremien, deren Sitzungen man besser koordinieren müsse und deren „Bremsklötze“ die Generation 40+ seien. Von einer Auftrennung und damit verbundenen Schwächung profitiere nur die Politik.

Dr. Henning Leunert: GOÄ-Verhandlungen „ganz gut gelaufen“

Vizepräsident Dr. Henning Leunert berichtete über Teilnahme an den SpiFa-Beiratssitzungen. Man sei weiter dabei, Projekte zu sammeln und interessierten Krankenkassen zuzuspielen. Die Verhandlungen zum Kapitel C der GOÄ seien „ganz gut gelaufen“ und häufig abgerechnete Ziffern in den erarbeiteten Vorschlägen zutreffend bewertet. Ob und wie das allerdings letztlich umgesetzt werde, bleibe nun abzuwarten. Ergänzend hierzu berichtete auch Dr. Johannes Flechtenmacher im Verlauf der Tagung, dass für O und U 1.000 Positionen definiert seien, deren extrem aufwändige Preisfindung aktuell stattfindet.

Prof. Dr. Dr. Hoffmann: „Pflegepersonaluntergrenzen: Der undifferenzierte kollektive Würgegriff“

Über sektorenübergreifende Themen referierte Prof. Dr. Alexander Beck. Aus der AO-Klassifikation sei die AO/OTA-Fracture- and Dislocation-Classification entwickelt worden. Diese habe auch für niedergelassene D-Ärzte in Bezug auf die richtige Frakturklassifikation Relevanz.

In Appstores sei hierzu eine schöne App erhältlich. Mit der Ablösung der Pflegepersonal-Untergrenzen-Verordnung würden 2020 neu die Bereiche Neurologie, neurologische Frühreha, Stroke-Unit und Herzchirurgie mit Personaluntergrenzen versehen, was die Kliniken bei der Besetzung der Stellen vor weitere Probleme stelle. In der anschließenden Diskussion wertete Prof. Dr. Dr. Hoffmann die Personaluntergrenzen als klare politische Aktion, „um Kliniken platt zu machen, was vorher mit den DRG nicht geschafft wurde. Das ist der undifferenzierte kollektive Würgegriff!“.

Dr. Helmut Weinhart: SpiFa gemeinsames Vehikel der gemeinsamen Fachärzteschaft

Auch Dr. Weinhart, selbst gerade in den Vorstand des SpiFa gewählt, erläuterte nochmals, warum dieser wichtig sei. „Als Kontrapunkt zu den Hausärzten haben wir nur dann eine Chance, wenn wir gehört werden. Wenn wir als BVOU gehört werden wollen, brauchen wir das gemeinsame Vehikel der gemeinsamen Fachärzteschaft.“ Wichtig sei die Koexistenz der ambulanten und stationären Medizin und die gemeinsame Schnittstelle, bei welcher der § 115 b eine große Rolle spiele. Bei der anstehenden Neudefinition des Paragraphen versuche man auf die dafür gegründete Bund-Länder-Kommission Einfluss zu nehmen. Ebenso werde ein MDK-Reformgesetz an dieser Schnittstelle eine große Rolle spielen. Bezüglich des Urteils zu den Sachkosten bei Meniskusrefixationssystemen (vgl. Infobrief 3/19 S. 67f.) erläuterte Dr. Weinhart, dass hier niedergelassene Operateure primär nicht betroffen seien, aber durch die entstandene Rechtslage diese nun auch Regressgefahren ausgesetzt seien.

Dr. Jörg Rüggeberg: Abgeschnittener Finger wegen TSVG erst zum Hausarzt?

Bei den Kurzberichten aus den Referaten stellte Dr. Jörg Rüggeberg die gute Kooperation mit dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) dar. Das Ziel sei, „möglichst viele Gemeinsamkeiten zu entdecken und vorzutragen“. Zum Problem gestalte sich der BNC, der mit seinen Positionen auch die Trennung beim gemeinsamen Kongress in Nürnberg verursacht habe. Bei der Gestaltung der Weiterbildung seien künftig „Verbundsysteme in kooperativen Strukturen wichtig, da die Breite des Faches sonst nicht mehr in der gebotenen Tiefe abgebildet“ werden könne. Die EBM-Reform komme erst zum 1.4.20, darin sei das Arztgehalt angehoben, die Zeiten der Leistungserbringung reduziert und Leistungen mit hohen Technikanteilen, wie ambulantes Operieren und Radiologie abgewertet. Potentiale sehe er im TSVG. Was ihn jedoch störe sei, dass „der abgeschnittene Finger erst ein Notfall sein soll, wenn er vorher beim Hausarzt war“. Mit den von Arztpraxen zu beachtenden Neuregelungen im TSVG beschäftigte sich in der internen Klausursitzung am Samstag auch ein Vortrag von Dr. Karsten Braun. Die



Inhalte des Vortrags sind als Webinar im BVOU.net abrufbar.

Dr. Stefan Middeldorf: Neurologen bei GOÄ Verhandlungen „reingequetscht“

Über Probleme in der fachübergreifenden berufspolitischen Arbeit berichtete auch Dr. Stefan Middeldorf als Leiter des Referates „Arbeitsgemeinschaft Leitender Konservativer Orthopäden und Unfallchirurgen (ALKOU)“: Bei den Verhandlungen zur GOÄ wolle die PKV die Leistungen der physikalischen Therapie für den stationären Sektor komplett abschaffen. Mit der BÄK sei ein Kompromissvorschlag mit Koordinationsziffern erarbeitet worden, doch seien die beteiligten Verhandlungsführer der Neurologen aus „dogmatischer Prinzipienreiterei reingequetscht“. Aktuell befinde sich ein Vorschlag mit eingearbeitetem Minderheitsvotum in der Vorlage, der Ausgang bleibe abzuwarten.

Prof. Dr. Michael Winking: Zusammenarbeit mit der DWG als Leuchtturmprojekt

Positives zu vermelden hatte Prof. Dr. Michael Winking für die Zusammenarbeit mit der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG). Was für Viele am Anfang Unverständnis bedeutet habe, sei jetzt schon „als Leuchtturmprojekt etabliert“. Es gebe erste gemeinsame Veranstaltungen



hundertprozentige Tochtergesellschaft der KBV, habe sich zunächst mit der Entwicklung von KV-Connect, dann mit dem eTerminservice beschäftigt, der seit 2016 die gemeinsame Plattform für die Terminservicestellen der KVen sei. Durch das TSVG seien die Aufgaben erweitert worden, da die Zusammenführung mit der bundesweiten Rufnummer 116 117 für den ärztlichen Bereitschaftsdienst eine 365/24/7 – Vermittlung und auch Online-Erreichbarkeit vorsehe. Zur Anbindung an die Terminverwaltungsprogramme in Arztpraxen arbeite man derzeit an einer gemeinsamen Schnittstelle. Von den Softwarehäusern sei aktuell das elektronische Generieren des auf den Überweisungen einzudruckenden Vermittlungscodes umzusetzen, damit das umständliche Aufkleben von Etiketten entfalle. Kritisch äußerte sich Bernhardt dazu, dass die durchs TSVG für den Hausarzt honorierte telefonische Terminvermittlung derzeit attraktiver sei und dass bei nur 15.000 durch den eTerminservice vermittelten Terminen gegenüber insgesamt 37 Mio. Arztterminen in Deutschland ein vergleichsweise hoher Aufwand betrieben werde.

und Diskussionen zu einer Zusatzweiterbildung Wirbelsäulenchirurgie.

Für das Junge Forum berichtete Stefanie Weber über die dortigen Projekte zu Weiterbildungsqualität, Familisierung, Burnout und Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Ärzten, Fehlerkultur und Kommunikation. Gemeinsam mit Thieme eRef entwickle man eine Wissenssammlung entsprechend der Bedürfnisse junger Assistenzärzte in Form von Playlists, angepasst ans Weiterbildungscurriculum.

Die für O und U relevanten Teile der neuen (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) stellte in der Klausurtagung am Samstag Dr. Klaus Thierse zusammenfassend vor. Wesentliche Neuerung ist die kompetenzbasierte Weiterbildung und die Abwendung von zeiten- und zahlenbasierten Anforderungen. Wichtig ist aber, auf Landesebene den Stellenwert von O und U in der Ausbildung zu stärken. Dazu muss die Sonographie und Osteodensometrie in die Weiterbildungsordnung aufgenommen werden.

Sebastian Bernhardt: Nur 15.000 von 37 Mio. Arztterminen über eTerminservice der KBV

Gastreferent Sebastian Bernhardt von der KV Telematik GmbH informierte über den eTerminservice der Kassendenärztlichen Bundesvereinigung (KBV). Seine Abteilung,

Dr. Weinhart: „Es kann nicht sein, dass jedes KG-Rezept eine zweite Runde durch unsere Praxen macht!“

Interessantes aus den BVOU-Landesverbänden: Alle Landesverbände sind derzeit mit den Folgen des BSG-Urteils zur Akupunktur und dem SG-Urteil zu Sachkosten bei Meniskusrefixationssystemen beschäftigt (vgl. Infobrief 3/2019). In einzelnen KVen unterschiedlich gehandhabt wird auch die TSVG-Bereinigung, in den meisten Ländern nur zum Nachteil der jeweils abrechnenden Praxen, in Rheinland-Pfalz leider jedoch zu Lasten der ganzen Fachgruppe. Bundesweit ebenfalls unterschiedlich gehandhabt wird die Nachbesetzung chirurgischer Sitze durch Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie und die Mitnahme der entsprechenden Honoraranteile aus den Fachgruppentöpfen 7 nach 18. Da zum Teil viele Vertragsarztsitze von einem solchen Wechsel betroffen sind, sorgt dies in einzelnen Ländern wie Niedersachsen für Ärger, wenn dies bei der Honorarverteilung in die Fachgruppentöpfe unberücksichtigt bleibt. Bundesweit als problematisch empfunden werden die langen Wartezeiten auf Physiotherapieterminen und die Notwendigkeit nachträglicher Rezeptkorrekturen.

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

Dr. Georg Holfelder 90 Jahre – ad multos annos! Ehre, wem Ehre gebührt.

Lieber Herr Holfelder,

zu Ihrem 90. Geburtstag am 27. August nachträglich ganz herzliche Glückwünsche meinerseits sowie von BVOU und DGOOC und DGOU. Wir wünschen Ihnen nachträglich alles erdenklich Gute, Gesundheit und weitere viele schöne Jahre!

Erinnert sei anlässlich Ihres zurückliegenden Geburtstages kursorisch insbesondere an Ihr berufspolitisches Engagement in BVO/BVOU und DGOT/DGOOC und weiteren Gremien der Ärzteschaft. Seit 1965 sind Sie Mitglied des Berufsverbands der Fachärzte für Orthopädie und von 1981 bis 1997 lenkten Sie als Vorsitzender die Geschicke des BVO. Seit 1998 sind Sie Ehrenmitglied und waren bis 2017 Mitglied des Ehrenrates. 2001 wurden Sie zum Ehrenmitglied der DGOOC ernannt.

Sie haben sich in Ihrer aktiven Zeit besonders den Themen Fort- und Weiterbildung, Gebührenordnung, Qualitätssicherung und Kommunikation sowie der Zusammenführung von BVO und DGOT/DGOOC durch die ‚Kommission Gesamtorthopädie‘ und der ‚Allianz Deutscher Orthopäden‘, den gemeinsamen Gremien der Vorstände von BVO und DGOT, gewidmet; dies unter anderem mit dem Ergebnis des gemeinsamen jährlichen Orthopäden-Kongresses und der Entwicklung einer engen Zusammenarbeit zwischen dem Berufsverband und der Wissenschaftlichen Gesellschaft als Basis für die enge Zusammenarbeit beider bis heute.

Ein weiteres sehr verdienstvolles Anliegen Ihrerseits war die Vertretung unseres Fachs in der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) sowie den Gremien der Bundes- und Hessischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung, ebenso wie Sie die Vertretung der Deutschen Orthopädie und der GFB in der europäischen Versammlung der Fachärzte (UEMS) begleitet haben. Bis über Ihr 80. Lebensjahr hinaus haben Sie dem Ausschuss Gebührenordnung der Bundesärztekammer mit Ihrer reichen Erfahrung zur Seite gestanden.

In Anerkennung Ihres großen berufspolitischen Engagements sind Ihnen viele weitere Ehrungen zuteil geworden. 1989 wurde Ihnen die Richard-Hammer-Plakette der Landesärztekammer Hessen und 1994 deren Ehrenplakette in Silber verliehen, 2001 wurden Sie zum Ehrenmitglied der DGOOC ernannt, 2002 erhielten Sie die



Paracelsus-Plakette, die höchste Auszeichnung der Deutschen Ärzteschaft. Für Ihre langjährige Leitung der GFB als Präsident über mehrere Amtsperioden wurden Sie zum Ehrenvorsitzenden ernannt. Bereits 1995 wurde Ihnen das Bundesverdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland und 2001 das Verdienstkreuz 1. Klasse verliehen.

Lieber Herr Holfelder, Sie sind den meisten Ihrer Weggefährten als bescheiden auftretender, zielorientierter und nachhaltig engagierter Streiter für die berufspolitischen Belange unseres eigenen Fachs und der Fachärzte bekannt und wertgeschätzt, wie die Vielzahl der Ehrungen, die Ihnen zuteil geworden sind, zeigen.

Ihre Vita ist Vorbild für viele nachfolgende Kolleginnen und Kollegen.

Mit großer Wertschätzung
Ihr Dr. Siegfried Götte,
ehem. BVOU-Präsident

„Der gegenwärtige Trend, nur noch ambulant zu behandeln, geht völlig am Patienten vorbei!“

Bilanz nach 16 Jahren gemeinsamer Arbeit für die ANOA: Der ehemalige ANOA-Präsident Dr. Wolfram Seidel und der ehemalige ANOA-Geschäftsführer Dr. Matthias Psczolla im Interview

Herr Dr. Seidel, Herr Dr. Psczolla: Sie beide können nicht nur auf eine jahrzehntelange Karriere als Chefarzte renommierter Kliniken zurückblicken, Sie haben zudem auch die ANOA – die Arbeitsgemeinschaft nicht operativer orthopädischer Akut-Kliniken – im Jahr 2003 gemeinsam gegründet und das ANOA-Konzept unter Mitwirkung engagierter Kollegen kontinuierlich weiterentwickelt. Zum Ende des Jahres werden Sie beide von Ihren Ämtern in der medizinisch-wissenschaftlichen Vereinigung zurücktreten. Worauf sind Sie stolz, wenn Sie auf die vergangenen Jahre zurückblicken?

Dr. Wolfram Seidel: Stolz ist der richtige Ausdruck. Wir sind jedoch nicht nur stolz, sondern auch außerordentlich dankbar. Dankbar dafür, dass es wir in jahrelanger Arbeit für das ANOA-Konzept die Einheit von Standardisierung und Individualisierung in der akutmedizinischen Versorgung von Patienten im Krankenhaus entwickeln konnten. Dies war nur möglich, weil wir uns gezielt mit Kollegen aus unterschiedlichen Fachbereichen zusammengetan haben, um im Team am Patienten zu arbeiten. Vom medizinischen Aspekt her war das für uns ein großer Erfolg. Doch allein als Mediziner wären wir nicht dazu in der Lage gewesen, das ANOA-Konzept abschließend umzusetzen. Erforderlich

dazu war auch eine gute Zusammenarbeit mit den Betriebswirten sowie mit den Krankenkassen. In einem langen Prozess und mühsamer Kleinarbeit ist es uns gelungen, diese zentralen Partner zu überzeugen, dass die konservative Komplexbehandlung für die Versorgung von Patienten mit Erkrankungen am Bewegungssystem insbesondere mit schmerz- und funktionspathologischen Aspekten wichtig ist. Das Konzept hierzu haben wir an unseren Kliniken gemeinsam erarbeitet, jahrelang erprobt und schließlich erfolgreich in das DRG-System integriert. Darauf sind wir in der Tat sehr stolz.

Dr. Matthias Psczolla: Ich möchte gerne noch ergänzen und dafür geschichtlich ein wenig ausholen: Und zwar verhielt es sich nach dem Krieg so, dass sich Orthopädie und Unfallchirurgie in Richtung operative Therapie entwickelten, während die konservative Therapie mehr und mehr in den Hintergrund trat. Für Patienten, die zum Beispiel durch Operationsfolgen mit Chronifizierung zu kämpfen hatten, gab es im Zuge dieser Entwicklung kaum noch fachlich versierte Ansprechpartner in Akutkliniken. Dies war sowohl für Wolfram Seidel als auch für mich der Ausgangspunkt, einen

Perspektivwechsel vorzunehmen. Beide kamen wir aus manualmedizinischen Fachgesellschaften und hatten in diesen Tätigkeiten erlebt, dass für Patienten, die chronifiziert erkrankt keine OP-Indikation hatten oder aus operativen Verfahren zurückkamen und immer noch unter Schmerzen litten, die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten ausgereizt waren. Daraufhin hatten wir unabhängig voneinander die Idee, wie diese Patienten behandelt werden könnten. Stationär fokussiert auf konservative Behandlung. Eine Idee, auf die ich auch heute noch sehr stolz bin.

Bei unserem Perspektivwechsel stand vor allem folgende Frage im Vordergrund: Was braucht der chronisch erkrankte Patient, um wieder gesund zu werden? Gemeinsam haben wir uns dann der Aufgabe verschrieben, hierauf eine Antwort zu finden und in jahrelanger Arbeit das am Patienten orientierte ANOA-Konzept entwickelt: befundorientiert, multimodal und multiprofessionell. Um mit diesem Konzept in unserem sehr schwierig konstruierten medizinischen Versorgungssystem erfolgreich sein zu können, mussten wir natürlich die Politik miteinbinden. Das haben wir in mühevoller Kleinarbeit getan und dabei viel erreicht. So konnte



Dr. Matthias Psczolla (links) und Dr. Wolfram Seidel

die Behandlung der Funktionserkrankung ergänzend zur Behandlung der Schmerzkrankung im DRG-System verwirklicht werden. Einer unserer Vorschläge von damals war der OPS 8-977. Für uns ein großer Erfolg, dass er akzeptiert wurde. Aber nichtsdestotrotz: Es gibt auch für die Zukunft noch viel zu tun, was die Arbeit unserer politischen Einflussnahme betrifft.

Die ANOA hat die Standards der Komplexbehandlung in der nichtoperativen Orthopädie in den vergangenen Jahren stark mitgeprägt. So haben Sie, Herr Dr. Seidel, unter dem Titel „Schmerzkrankungen des Bewegungssystems“ mit dem Verbund ein übersichtliches Konzeptbuch herausgegeben, das umfassende Fachinformationen bietet. Zudem ist 2018 das erste Weißbuch „Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie“ erschienen, bei dem Sie, Herr Dr. Psczolla, Mitherausgeber sind. Die Autoren erklären in zehn Forderungen, wie die konservative Therapie gestärkt werden kann. Wo stehen wir heute und wie kann es gelingen, die konservative Behandlung weiter zu stärken?

Dr. Psczolla: Sowohl mit dem gerade erwähnten Weißbuch als auch mit den „Schmerzkrankungen des Bewegungssystems“ ist es uns – im Übrigen nach vielen Widerständen – gelungen, den Standard festzuhalten, oder anders gesagt: unser Konzept zu verschriftlichen. Wir haben damit demonstriert, dass die konservative Methode nicht nur risikoarmer ist als die operative, sondern oftmals gleiche oder sogar bessere Erfolge erzielt. Parallel dazu gab es die Entwicklung, dass konservative Themen mehr und mehr Gegenstand von Kongressen wurden. Auch durch die entsprechenden Fachgesellschaften haben wir, bedingt durch die Aktivitäten der ANOA, viel Zuspruch für unsere Konzepte erfahren. Natürlich sind wir längst noch nicht am Ziel unserer Arbeit. Im Weißbuch sind ja viele Felder aufgeführt, die noch zu besetzen

sind – von der besseren Vergütung der konservativen Komplexbehandlung, über die Stärkung der Versorgungsforschung, bis hin zur bereits erwähnten Übertragung der konservativen Behandlung in den stationären Bereich. Das alles ist jedoch ein Prozess. Zusammenfassend kann ich ganz zuversichtlich sagen: wir sind auf einem guten Weg und haben bereits viel erreicht.

Gerade in Zeiten, in denen sich die Krankenhauslandschaft im Umbruch befindet, entwickelt die ANOA Strategien und macht sich gegenüber Krankenkassen, Medizinischem Dienst und Politik für eine Aufwertung der multimodalen Behandlung stark. Sind positive Entwicklungen in Sicht?

Dr. Seidel: Leider ist es nicht einfacher geworden. Wir sind, wie von Ihnen gerade erwähnt, in allen Bereichen sehr aktiv: gehen auf Kostenträger zu, sind Ansprechpartner für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Der allgemeine Trend jedoch geht – auch wenn die Notwendigkeit der multimodalen Komplexbehandlung inzwischen überall gesehen wird – mehr und mehr in die Richtung, dass Behandlungen ambulant durchgeführt werden sollen. Auch aus wirtschaftlichen Gründen. Dementsprechend wird bei jeder nicht-operativen Behandlung kritisch geschaut, ob sie wirklich in einer Klinik erfolgen muss. Unsere Patienten stehen dann vor einem wirklichen Dilemma: denn die ambulante Herangehensweise, die nachhaltig hilft, gibt es noch nicht und stellt häufig eine Fehlbehandlung dar. Die multimodale Komplextherapie im Krankenhaus ist daher nach wie vor unverzichtbar.

Dr. Psczolla: In der Tat ein Dilemma! Es gibt noch so vieles, was ich für nicht tolerierbar halte. Die Beurteilungskriterien in den MDK's der einzelnen Bundesländer beispielsweise sind vollkommen unterschiedlich. Damit legt man unserer Arbeit am Patienten immer wieder Knüppel zwischen die Beine. Meine Forderung für die Zukunft daher: bundesweit gleiche Beurteilungskri-

terien sowie mehr politische Unterstützung unserer multimodalen Komplextherapie! Den von Herrn Dr. Seidel beschriebenen gegenwärtigen Trend, nur noch ambulant zu behandeln, halte ich für eine Farce. Er geht völlig am Patienten und der Versorgungssituation vor Ort vorbei und stellt für uns eine Entwicklung dar, die wir politisch schärfstens bekämpfen! Denn in der Konsequenz gehen nicht wenige konservative Kliniken pleite, die dringend gebraucht werden und gute Arbeit leisten. Was mich aber wirklich und in der Tiefe schmerzt ist die Tatsache, dass wir im Gesundheitssektor in Deutschland derzeit die sukzessive Ausbreitung einer Misstrauenskultur erleben, die das Klima vergiftet. Wir sehen uns mit diffusen Abrechnungsstrukturen konfrontiert, von vornherein wird den Kliniken unterstellt, bei ihnen stünde das Geldverdienen im Fokus, ohne dafür die entsprechende Leistung zu erbringen. Aus jahrzehntelanger beruflicher Erfahrung weiß ich, wie falsch und zugleich kontraproduktiv das ist. Daher fordere ich einen Perspektivwechsel zu Gunsten des Patienten auch seitens der Politik: der Patient sollte in unserem Vergütungssystem an oberster Stelle stehen!

Was wünschen Sie der ANOA und dem neuen Präsidium für die Zukunft?

Dr. Psczolla: Ich wünsche mir vor allem die Fortsetzung unserer gemeinsamen guten Arbeit in den Teams!

Dr. Seidel: Mein Wunsch ist es, dass in absehbarer Zukunft eine stärkere Akzentsetzung im Bereich der Lehre und der Wissenschaft gelingt. So könnten ANOA-Inhalte zur Diagnostik sowie zur Therapie in unterschiedlichen Fachgebieten an den Universitäten gelehrt werden. Es ist einfach unverzichtbar, dass der Nachwuchs auf uns aufmerksam wird – denn nur dann sind wir für die Zukunft gut aufgestellt.

Wir danken Ihnen für das Gespräch!

Das Interview führte Natascha Kompatzki, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ANOA.

Dr. Helmut Weinhart ist SpiFa-Vorstandsmitglied

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) hat auf seiner Mitgliederversammlung am 30. August 2019 ein fünftes Mitglied in seinen Vorstand gewählt. Herr Dr. Helmut Weinhart, Schatzmeister des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) verstärkt ab sofort die Arbeit des SpiFa-Vorstandes.

Dr. Helmut Weinhart, Jahrgang 1958, ist Schatzmeister des BVOU und als niedergelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie zudem verantwortlich für das BVOU-Referat ‚Niedergelassene Operateure‘. Daher sieht er seinen thematischen Schwerpunkt an der Schnittstelle ambulant/stationär im SpiFa-Vorstand. „Wir bewerten die Eckpunkte, die im Mai dieses Jahres von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur sektorenübergreifenden Versorgung vorgelegt wurden, kritisch. Eine einseitige Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung ist nicht zielführend und vom teuersten Ende des Versorgungsgeschehens gedacht“, sagte Weinhart nach seiner Wahl in Salzburg. „Der SpiFa hat sich auf seiner Mitgliederversammlung deutlich positioniert und wird in Kürze ein eigenes Konzept veröffentlichen. An der Auf-



Dr. Helmut Weinhart

rechterhaltung der Sektorengrenze zwischen ambulanter und stationärer Versorgung haben die Fachärzte grundsätzlich kein Interesse“, so Weinhart weiter.

Quelle: SpiFa



Polo-Shirts für Ihr Praxis- oder Klinikteam

Corporate Identity in Ihrer Praxis oder Klinik?

Kein Problem mit diesen Shirts aus reiner Baumwolle. Bewährt und stets gleich – das große Andry-Bäumchen. Der Schriftzug „Team Orthopädie Unfallchirurgie“ befindet sich auf dem Rücken aller Modelle.

Wählen Sie unter verschiedenen Farben und Größen:

- ▶ dunkelblau
- ▶ weiß
- ▶ türkis

jeweils in S, M, L, XL und XXL

Bestellen Sie direkt

Poloshirt Unisex
türkis, weiß,
dunkelblau
in S, M, L, XL, XXL
20,00€/Stück

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



360-Grad-DVT: Stellenwert der DVT in der traumatischen und posttraumatischen Kniediagnostik

Die tägliche orthopädische und unfallchirurgische Praxis verlangt eine flexible, schnelle und insbesondere in ihrem Informationsgehalt sichere Extremitätendiagnostik. Dieser, unter den behandelnden Orthopäden und Unfallchirurgen sicherlich unstrittige, Anspruch wird aber nun zunehmend durch den betroffenen Patienten formuliert, um eine zeitnahe private und berufliche Reintegration zu ermöglichen. Ergänzend kommt die seit dem 01.01.2019 gesetzlich vorgeschriebene maximal mögliche Reduktion der Strahlenbelastung. So sollte eine ideale Bildgebung eine hohe Bildqualität mit einer möglichst geringen Strahlenbelastung vereinen.

Der digitale Volumentomograph (DVT; wissenschaftlich als Cone Beam CT bezeichnet) SCS MedSeries® H22 ist das derzeit einzige System, das alle zuvor genannten Forderungen an eine Bildgebung in der Extremitätendiagnostik erfüllt sowie gleichzeitig mit vorliegender DVT-Fachkunde von Orthopäden und Chirurgen eigenständig angewendet wird. Das SCS DVT findet derzeit an ca. 50 Standorten in Deutschland seinen täglichen Einsatz und ist durch seine Eigenschaften in der Orthopädie und Chirurgie unverzichtbar geworden (1, 2, 3). Seit 2015 steht im Orthopaedicum Coesfeld ein solches Gerät zur differenzierten bildgebenden Diagnostik zur Verfügung. Im Folgenden werden die wesentlichen Eigenschaften des SCS DVTs sowie die Erfahrungen in der traumatischen und posttraumatischen Kniediagnostik erörtert.

Der DVT SCS MedSeries® H22 entspricht einer 3-D-Schnittbildgebung. Das System erzeugt auf einer zirkulären Bahn eine große Anzahl von Projektionsaufnahmen, aus welchen unmittelbar im Anschluss ein 3-D-Volumen des zu untersuchenden Körperteiles berechnet wird. Die Strahlenbelastung für den Patienten ist mit dem SCS DVT um bis zu 92% gegenüber der einer klassischen CT reduziert (4, 5, 6, 7) und kann unterhalb der des 2-D-Projektionsröntgen eingestellt werden (8). Somit kann das SCS MedSeries® H22, mit dem Strahlenschutzgesetz konform, auch als Primärdiagnostik angewendet werden.

Die Schnittbilder des SCS DVT zur Extremitäten-diagnostik stehen dem behandelnden Orthopäden oder Chirurgen innerhalb von 3 bis maximal 5 Minuten multiphanar zur Verfügung, wobei die reine Aufnahmedauer 18 Sekunden und die für eine Cone Beam CT erforderliche computergestützte Rekonstruktion ca. 40 Sekunden

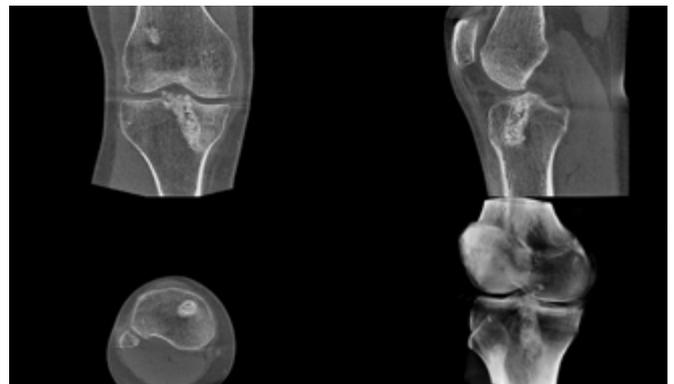


Abbildung 1: Postoperative Kontrolle nach Bohrkanalauffüllung bei VKB-Transplantatinsuffizienz

benötigt. Die Aufnahmen dürfen von dem Orthopäden und Chirurgen mit vorliegender DVT-Fachkunde eigenständig oder durch das radiologische Assistenzpersonal mit 20-stündiger Weiterbildung auf Anweisung durchgeführt werden. Die DVT-Fachkunde wird von einem Orthopäden und Chirurgen durch Teilnahme an einem 4 bis 8 Stunden (je nach Kursmodell) andauernden DVT-Spezialkurs sowie durch Absolvierung einer Hospitation zur Erlangung der DVT-Sachkunde erworben.

Zwei weitere wichtige Vorteile bietet das SCS MedSeries® H22. Zum einen ist eine isotrope Auflösung von 0,2 mm möglich, welche gerade in der Beurteilung diffiziler Knochen- und Gelenkstrukturen, wie dem Handwurzelbereich, von Vorteil sind. Zum anderen können mit dem SCS MedSeries® H22 im Gegensatz zum herkömmlichen CT im Bereich der unteren Extremität Aufnahmen unter Belastung erfolgen. In der therapeutischen Beurteilung einer partiellen Coalitio können somit wertvolle Informationen gewonnen werden.

In der traumatischen und posttraumatischen Diagnostik des Kniegelenkes ergeben sich zahlreiche Indikationen für das SCS DVT. Haupteinsatzgebiet in der Traumatologie ist sicherlich die Beurteilung einer möglichen knöchernen Verletzung, die sich in der konventionellen Röntgen-diagnostik nicht hinreichend darstellen lassen. Gerade in der Beurteilung der Hand- und Fußwurzelregion werden sonst übersehene Frakturen des Kahnbeins sowie des Talus/Calcaneus sicher nachgewiesen. Aber auch in der Beurteilung der Fragmentstellung kann das SCS DVT wertvolle Informationen liefern zur Festlegung eines konservativen versus operativen Therapieverfahrens. Durch die hohe Bildauflösung können auch kleinste freie

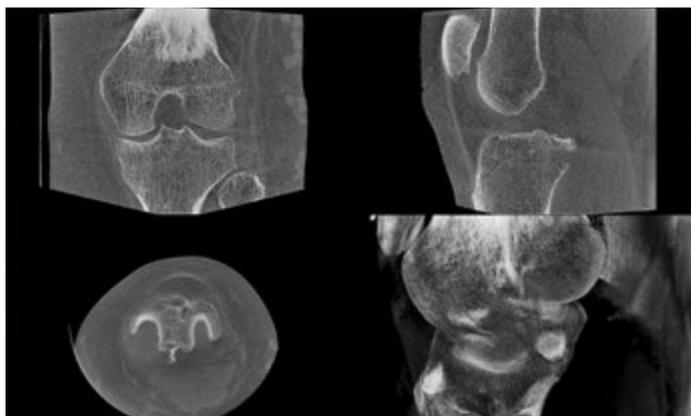


Abbildung 2: Laterale Tibiplateaufrakturen

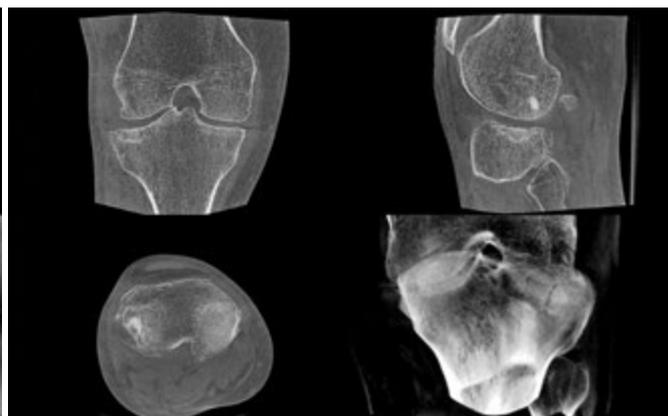


Abbildung 3: Knöcherner hinterer Kreuzbandausriss tibial

Gelenkkörper nachgewiesen werden. Im Rahmen der radiologischen Verlaufskontrollen bei konservativer wie operativer Frakturbehandlung kann mit dem SCS MedSeries® H22 die knöcherne Konsolidierung sicher beurteilt werden, was die weitere Therapieplanung erheblich vereinfacht und das Outcome verbessert. Weitere Indikationen für das SCS DVT im klinischen Alltag liegen in der Abbildung des Gelenkstatus ohne Informationsverluste durch Projektionen, der Arthrosebeurteilung, der Knorpel- und Bandbeurteilung nach Kontrastmittelgabe in das Gelenk sowie der präoperativen Planung (z. B. bei komplexen Fußdeformitäten). Die Untersuchung von Endoprothesen mit dem SCS DVT zur Lockerungsdiagnostik ist infolge der nahezu artefaktfreien Darstellung der Grenzflächen zwischen Knochen und Prothese ungehindert und multiplanar möglich. Auch in der Rheumatologie finden sich eine Reihe von Indikationen für das SCS DVT, bedingt durch seine sehr hohe Bildauflösung von 0,2 mm (z. B. Früharthritiden). Im Folgenden werden exemplarisch Anwendungsfälle des SCS DVTs aus dem täglichen Einsatz aufgeführt.

Das SCS MedSeries® H22 ist in der Orthopädie und Chirurgie zu einer unverzichtbaren Diagnostik mit sehr breitem Indikationsspektrum bei hoher Strahlenhygiene geworden. Orthopäden und Chirurgen können das System nach Erwerb der DVT-Fachkunde eigenständig anwenden bzw. die Aufnahmen durch das radiologische Assistenzpersonal durchführen lassen. Innerhalb von maximal 5 Minuten stehen die mit 0,2 mm hochauflösenden, multiplanaren Schnittbilder am Befundmonitor zur Verfügung, sodass der Patient nicht mit einer Überweisung zum Radiologen, sondern mit dem Therapieplan in den Händen die Praxis verlässt. Die hohe diagnostische Kompetenz bei gleichzeitig niedriger Strahlenbelastung, die unter der des 2-D-Röntgens eingestellt werden kann (8), ist ebenso von Vorteil wie die für den Patienten zeitnahe Verfügbarkeit. Neben den unbestrittenen medizinischen Vorteilen ermöglicht die DVT-Diagnostik (CBCT) mit dem SCS MedSeries® H22, bei einer Abrechnung nach GOÄ unter Anwendung der CT-Ziffern, eine hohe Wirtschaftlichkeit im alltäglichen Praxisablauf.

Quellen:

- (1) https://www.bvou.net/aus-der-diagnostischen-kette-nicht-mehr-wegzudenken/?parent_cat=; Bericht vom 24.09.2019
- (2) J. Petermann: „Die digitale Volumentomographie – Fünf Jahre Erfahrung in einer unfall- und gelenkchirurgischen Praxis“, CHAZ, 9. Heft, Dr. R. Kaden Verlag, 2018
- (3) T. Ebinger: „Digitale Volumentomographie-Diagnostik in der Handchirurgie“, CHAZ, 5. Heft, Dr. R. Kaden Verlag, 2019
- (4) Prof. Dr. M. Fiebich: 360-Grad-Betrachtung der DVT in der O&U – Höchste Strahlenhygiene in der 3-D-Hochkontrast-Extremitäten-Diagnostik, Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten, Ausgabe 3/19, 2019
- (5) Juha Koivisto, Timo Kiljunen, Jan Wolff, Mika Kortenesniemi; 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
- (6) 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
- (7) 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
- (8) 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

Dr. med. Nedim Yücel
PRAXIS FÜR ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE
Dülmener Straße 60
48653 Coesfeld

AO-Klassifikation überarbeitet

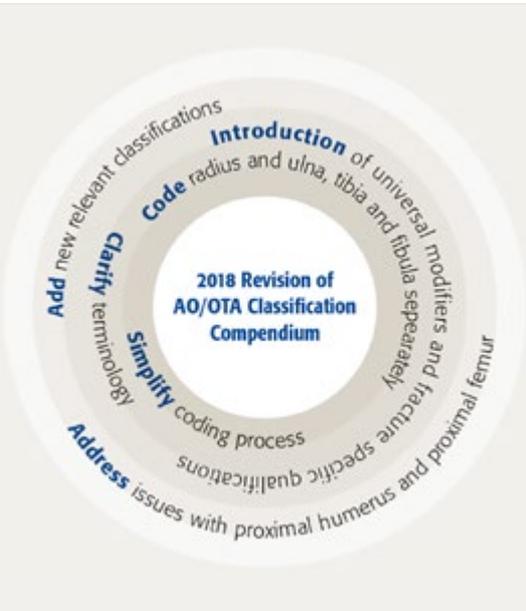


Abbildung 1: Die „Änderungen“

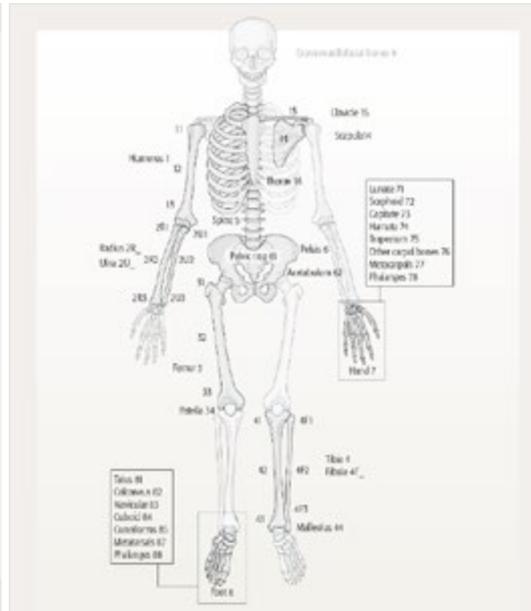


Abbildung 2: Numerische Knochenklassifikation

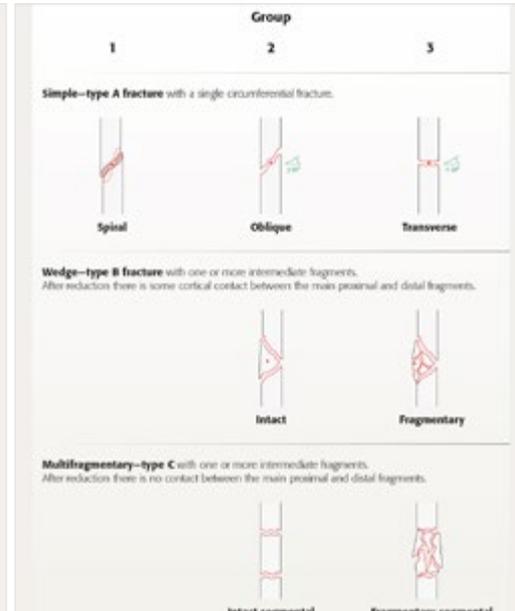


Abbildung 3: Zentrum der Fraktur am Beispiel einer Diaphysenfraktur (roter Punkt)

Was vielen gar nicht so bewusst geworden ist: Die „ehemalige“ AO Klassifikation hat im Jahr 2018 eine deutliche Überarbeitung erfahren. Eine Übersicht: Mit der nun revidierten Fassung sollten folgende Ziele bzw. Änderungen verfolgt werden:

- ▶ Vereinfachung des Kodierprozesses
- ▶ Kodierung von Radius, Ulna, Tibia und Fibula als eigene Knochen
- ▶ Einführung von universellen Modifikatoren und frakturspezifischen Qualifikatoren
- ▶ Verdeutlichung der Terminologie
- ▶ Hinzufügen relevanter neuer Klassifikationen
- ▶ Klarstellung der Probleme bei Frakturen am proximalen Humerus und Femur
- ▶ Aus einer „komplexen Fraktur“ wird eine „mehrfragmentäre“ Fraktur
- ▶ Der Gedankenstrich in der Klassifikation fällt weg

In der neuen Klassifikation ist nun jeder einzelne Knochen definiert (Abbildung 2): Radius wird zu 2R, Ulna 2U, Tibia 4, Fibula 4F, die Höhenzuordnung verbleibt in der nächsten Ziffer mit 1 proximal, 2 Diaphyse und 3 distales Endsegment. Einzige Ausnahme sind die distale Tibia/Fibula (Malleolarsegment) mit 44. Die Grundlage der Höhenlokalisation ist das Zentrum der Fraktur, kann also dementsprechend auch im Zentrum eines Biegekeils oder einer mehrfragmentären Trümmerzone liegen (Abbildung 3). Frakturspezifische Qualifikatoren sind descriptive

Beschreibungen der Frakturmorphologie und werden als Kleinbuchstaben in runden Klammern z.B. (a) am Ende des Frakturcodes beigefügt, mehrere Qualifikatoren können durch Komma getrennt werden.

- a: proximales Drittel
- b: mittleres Drittel
- c: distales Drittel
- x: einfach artikulär
- y: mehrfragmentär artikulär

Universelle Modifikatoren (universal modifiers) sind descriptive Beschreibungen der Frakturmorphologie, assoziierte Verletzungen, Dislokation o.ä. und können am Ende des Frakturcodes nach den Modifikatoren in eckigen Klammern z.B. [1] zugefügt werden. Auch hier können mehrere aufgeführt werden, sie werden ebenfalls durch Kommas getrennt.

- 1: Nicht disloziert
- 2: Disloziert
- 3: Impaktiert
 - 3a: artikulär
 - 3b: metaphyseal
- 4: Keine Impaktierung
- 5: Dislokation nach:
 - 5a: anterior (volar, palmar, plantar)
 - 5b: posterior (dorsal)
 - 5c: medial (ulnar)
 - 5d: lateral (radial)
 - 5e: inferior
 - 5f: multidirektional

Schritt	Fragestellung	Antwort
1	Knochen: um welchen Knochen handelt es sich?	Knochenspezifikation: (analog Abb.2)
2	Lokalisation: An welchen Ende befindet sich die Fraktur	Proximal (1) Distal (3)
3	Frakturtyp: Strahlt die Fraktur in das Gelenk ein	Extraartikulär: Weiter mit Schritt 5 Intraartikulär: Weiter mit Schritt 4
4a	Frakturtyp: nur partiell artikulär (Teil des Gelenkes ist noch mit der Metaphyse verbunden)	Ja (Typ B): Weiter mit Schritt 6
4b	Frakturtyp: komplett artikulär (Kein Teil des Gelenkes ist mehr mit der Metaphyse verbunden)	Ja (Typ C): Weiter mit Schritt 7
5	Extraartikulär (A):	Ausriss (1) Einfacher Bruch (2) Biegungskeil oder mehrfragmentär (3)
6	Partiell artikulär (B):	Einfach (1) Split und oder Impression (2) Fragmentär (3)
7	Komplett artikulär (C)	Einfach (1) Mehrfragmentär (2)
8	Untergruppe: Wenn komplett artikulär (C)	Einfach artikulär mit einfach metaphyseal (1) Einfach artikulär mit mehrfragmentär metaphyseal (2) Mehrfragmentär artikulär mit mehrfragmentär metaphyseal (3)
9	Füge (Qualifikatoren) und/oder [universelle Modifikatoren] hinzu	

Abbildung 4: Neue AO Klassifikation

- 6: Subluxation / Bandinstabilität
- 6a: anterior (volar, palmar, plantar)
- 6b: posterior (dorsal)
- 6c: medial (ulnar)
- 6d: lateral (radial)
- 6e: inferior
- 6f: multidirektional
- 7: Extension der Diaphyse
- 8: Intraartikuläre Knorpelverletzung (analog Klassifikation der ICRS – International Cartilage Repair society)
 - 8a: ICRS 0 – normal
 - 8b: ICRS 1 – oberflächige Vertiefung (A) und oder oberflächige Fissuren und Einrisse (B)
 - 8c: ICRS 2 – abnormale Knorpelläsionen bis in 50% Tiefe reichend
 - 8d: ICRS 3 – (A) schwere abnormale Defekte die bis in über 50% der Knorpeltiefe reichen; (B) sowie in die calcifizierte Zone (C) bis in die subchondrale Zone aber nicht durch diese (D) mit zusätzlicher Blasenbildung
 - 8e: ICRS 4 – schwerer abnormaler Knorpelverlust bis durch den subchondralen Knochen
- 9: Schlechte Knochenqualität
- 10: Replantation
- 11: Amputation assoziiert mit einer Fraktur
- 12: Periosteosynthetische Fraktur (assoziiert mit nicht gelenkersetzendem Implantat)
- 13: Spiralfaktur
- 14: Biegungsbruch

So findet sich nun der neue Code (Abb. 4):
Man beginnt mit dem Knochen, definiert die Frakturhöhe, fügt Frakturtyp, Gruppe und Untergruppe, hinzu und

bestimmt die Qualifikatoren und universellen Modifikationen.

Fazit: Ob sich diese sehr komplexe Revision einer eigentlich ehemals relativ simplen Frakturklassifikation durchsetzen wird, bleibt abzuwarten. Ein Poster kann man kostenfrei im Internet runterladen: AOOTA_Classification_2018_Poster_1807031108-1.pdf) Sehr schön ist, dass es zusätzlich im App Store eine kostenfreie App gibt (AO/OTA Fracture, mit der sich Frakturen sehr gut klassifizieren lassen (QR Code in Abb. 5).



Abbildung 5: QR Code für die Ao/OTA Fracture App

Beck, A., Gerold, D., Wagner, M.
Klinikum Würzburg Mitte gGmbH, Standort Juliusspital,
Abteilung Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie,
Juliuspromenade 19, 97070 Würzburg

Literatur:

- (1) [AOOTA_Classification_2018_Info_Booklet_T12_18011901.pdf](#)
- (2) [AOOTA_Classification_2018_Poster_1807031108-1.pdf](#)
- (3) [Fracture and Dislocation Compendium – 2018 A joint collaboration between the Orthopaedic Trauma Association and the AO Foundation Journal of Orthopaedic Trauma, Volume 32, Number 1 Supplement, January 2018 \(S1–S170\) DOI: 10.1097/BOT.0000000000001063](#)

Was ist Global Surgery?



Für lange Zeit wurde der Bedarf an chirurgischer Versorgung in der dritten Welt nicht gesehen. Bei staatlichen Programmen und bei NGO standen die Bekämpfung von Infektionskrankheiten und die Basisversorgung der Bevölkerung im Zentrum der Bemühungen. Erst in den letzten Jahren wurde der Bedarf an chirurgischer Versorgung als „Stiefkind“ des Gesundheitswesens in der dritten Welt entdeckt.

Zwei Milliarden Menschen weltweit haben keinen adäquaten Zugang zu chirurgischer Basisversorgung. 17 Millionen Menschen sterben jährlich durch unzureichende chirurgische Basisversorgung... mehr als durch HIV, TB und Malaria zusammen. Global Surgery hat den Anspruch die chirurgische Betreuung unterversorgter Bevölkerung zu verbessern. Sie schließt die Anästhesie, Gynäkologie, Geburtshilfe und die Pflege ein.

40 Jahre nach meinem Staatsexamen, 30 Jahre nach meiner Niederlassung als Orthopäde, 20 Jahre nach Gründung einer Klinik stellte sich für mich die Frage nach einer sinnvollen Tätigkeit im Ruhestand. Schon in den Jahren 1981 bis 83 war ich als Entwicklungshelfer in Tansania aktiv. Anlässlich einer Ferienreise durch Tansania im Jahre 2017 wurde mir klar, dass ich wieder ehrenamtlich in Afrika arbeiten wollte. Mittlerweile betreue ich 2 Kliniken im Norden Tansanias und bin mehrere Wochen pro Jahr vor Ort. Meine Aufgaben sehe ich in der Ausbildung von Kollegen und Pflegepersonal, aber auch in der ärztlichen

Tätigkeit in der Ambulanz, auf der Station und natürlich im OP. Hilfreich für mich ist meine Sprachkenntnis in Kiswaheli und die Tatsache, dass ich in meiner Karriere immer operativ tätig war. Um die Kliniken auch finanziell und durch Hilfsgüter unterstützen zu können habe ich 2018 die gemeinnützige „Kuehn Foundation“ mit eigenem Kapital gegründet. Diese Stiftung ermöglicht es gegen Spendenbescheinigen Geld- und Sachspenden zu sammeln.

Zwei mit Hilfsgütern prall gefüllte 40-Fuß-Container gingen am 24.9.2019 auf den Weg nach Tansania. In Gesprächen über meine Aktivitäten mit Kollegen erhalte ich sehr viel Zuspruch und auch immer wieder die Antwort: „so eine Tätigkeit könnte ich mir auch vorstellen“ oder „Ich wollte schon immer so etwas machen“.

Auch SIE können sich einbringen!

Manpower:

- ▶ Senior Experten Service (SES), www.ses-bonn.de
- ▶ Deutsche Gesellschaft für Tropenchirurgie (DTC), www.tropenchirurgie.org
- ▶ Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Entwicklungsländer (CAEL), www.dgch.de
- ▶ Orthopedic surgery for Africa „Kuehn Foundation“, www.kuehn-foundation.de

Sachspenden:

in Ihrer Praxis/Klinik finden Sie Unmengen von chirurgischen Instrumenten, Implantaten, OP-Ausrüstung, C-Bögen und Steris..., die nicht mehr benötigt werden, aber in der Dritten Welt noch von unschätzbarem Wert sind.

Kontaktieren Sie mich, ich habe eine Sammelstelle für solche Hilfsgüter eingerichtet.

Selbstverständlich können Sie unsere Aktivitäten auch durch **Geldspenden** gegen Spendenbescheinigung unterstützen.

www.kuehn-foundation.de

DE 06 6545 0070 0008 2159 07, SWIFT SBCRDE66

Sie können versichert sein, dass Ihre Hilfe ausschließlich bedürftigen Patienten in der Dritten Welt zugutekommen wird. Vielen Dank im Voraus.

Dr. Thomas Kühn
Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
Probststraße 13
D-88400 Biberach
t.kuehn@kuehn-foundation.de

Zustimmung bei Änderungsvorschlägen in BVOU-Geschäfts- und Beitragsordnung

Wie in den BVOU-Medien fristgerecht angekündigt, wurden bei der Mitgliederversammlung am 25. Oktober 2019 in Berlin, Änderungen bezüglich der Geschäfts- und Beitragsordnung durch den BVOU-Gesamtvorstand vorgeschlagen. Mit großer Mehrheit stimmten die Anwesenden diesen Änderungen zu. Die exakten Neuerungen im Wortlaut können im Detail der BVOU-Homepage entnommen werden.

Geschäftsordnung

Der Geschäftsführer wird als Organ des Verbandes verankert. Die Aufwandsentschädigung für Landes- und Bezirksvorsitzende wird angehoben.

Beitragsordnung

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

J. Kuno



BVOU.net

↪ Weitere Informationen unter: bit.ly/32l8ar3



Orthinform



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

To-do-Liste für die elektronische Patientenakte



Die elektronische Patientenakte (ePA) war Thema auf der DKOU-Vorab-Presskonferenz, die am 10. Oktober 2019 in Berlin stattfand. Immer noch bestehen Sicherheitslücken beim Datenschutz. Warum für Orthopädie und Unfallchirurgie die Abkehr von der analogen Patienten-Dokumentation dennoch notwendig ist und welche Maßnahmen mögliche Sicherheitsrisiken reduzieren könnten, erörtert Dr. Thomas Möller.

Eine elektronische Patientenakte sollte vollständig, nicht manipulierbar und sicher sein. Sie darf nicht zum Einfallstor für Cyberkriminalität und Erpressung werden. Die gewonnene Zeit sollte auch nicht für weitere Arbeitszeitverdichtungen genutzt werden, sondern für das ärztliche Gespräch.

Ab dem 1. Januar 2021 müssen die Krankenkassen ihren Versicherten eine ePA zur Verfügung stellen. So will es Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Allerdings enthält der Kabinettsentwurf zum „Digitale Versorgung Gesetz“ (DVG) keine Regelungen zur elektronischen Patientenakte (1). Der Referentenentwurf hatte vorgesehen, dass es zunächst nicht möglich sein sollte, die elektronische Patientenakte so einzustellen, dass bestimmte Befunde nur von einzelnen Ärzten und Fachkräften im Gesundheitswesen gesehen werden können, nicht von allen. Patienten hätten dann nur eine Alles- oder Nichts-Regelung treffen können. Eine differenzierte Rechtevergabe hätte es erst später geben sollen. Dagegen hatte sich Widerstand formiert, so dass diese Fragen jetzt in einem eigenen Datenschutzgesetz geregelt werden.

Die ePA ist ein wichtiges Arbeitsinstrument, um Doppel- und Mehrfachuntersuchungen zu vermeiden und Therapien besser zu organisieren. Sie wird von Ärzten geführt werden und unterscheidet sich somit von der elektronischen Gesundheitsakte, die Patienten selbst führen und die sie vom Arzt befüllen lassen können. Als Ärzte für O&U haben wir ein großes Interesse daran, dass die elektronische Patientenakte vollständig, nicht manipulierbar und sicher ist. Wir brauchen keine Kenntnis über einen Schwangerschaftsabbruch, aber es ist wichtig zu wissen, ob der Patient neurologische Erkrankungen hat oder bestimmte Medikamente wegen Begleiterkrankungen nicht nehmen darf. Auch der Einblick in ein Depressions-tagebuch ist hilfreich, weil chronischer Rückenschmerz und andere chronische muskuloskelettale Schmerzzustände oftmals durch eine Depression verstärkt werden. Statt den Zugriff auf die elektronische Patientenakte zu reglementieren, könnte der Zugriff kontrolliert werden. Das würde bedeuten, dass jeder Aufruf von Befunden und Daten mit Datum, Name des Zugreifers und Anlass registriert und in der elektronischen Patientenakte vermerkt wird. Fehlverhalten könnte dadurch aufgedeckt werden.

ePA: Kein Einfalltor für Cyberkriminalität!

Krankenhäuser und Ärzte werden regelmäßig Opfer von Hackerattacken und Erpressungen. Im Juli 2019 sind zum Beispiel Kliniken und Einrichtungen in Rheinland-Pfalz und im Saarland attackiert und erpresst worden (2). Am 17. September wurde bekannt, dass medizinische Bilddateien – also Röntgen und CT-Aufnahmen – von Millionen von Menschen im Internet frei aufrufbar gewesen sind, darunter auch 13.000 Datensätze aus Deutschland (3). Eine schockierende Nachricht!

Wir brauchen dringend eine Notfallstrategie für den Umgang mit Datenraub, Datenlecks und Datenmissbrauch im Gesundheitswesen. Wer haftet für infizierte Systeme? Wer gleicht Nachteile durch Datenraub oder Datenlecks aus? Wer schützt Patienten vor Datenmissbrauch? Ärzte können die Vertraulichkeit der Patientenakten ohnehin nur bis zum Übertritt in die Telematikinfrastruktur gewährleisten, nicht darüber hinaus.

Digitalisierung soll uns unterstützen und nicht entmachten

Als Ärzte für O&U erwarten wir von der ePA Zeitersparnis und weniger Reibungsverluste bei der Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung. Allerdings darf diese Zeitersparnis nicht zur Triebfeder für eine weitere Arbeitszeitverdichtung werden. Die gewonnene Zeit sollte nicht mit mehr Untersuchungen und Konsultationen gefüllt werden, sondern in das Gespräch mit dem Patienten fließen. Das ärztliche Gespräch ist der Grundpfeiler unserer Arbeit und die Grundvoraussetzung für ein gutes Arzt-Patientenverhältnis.

Der BVOU begrüßt auch die Datenspende. Wir haben in Deutschland Nachholbedarf bei der Versorgungsforschung und der Auswertung von Patientendaten zur Bedarfsplanung. Bereits heute verfügen die Krankenkassen über ein großes Datenvolumen zu den Behandlungen ihrer Versicherten. Mit der elektronischen Patientenakte werden die Daten noch stärker gebündelt werden. Wir möchten diese Daten auch für die Forschung nutzen können, so wie wir das in den vergangenen Jahren bereits zusammen mit der AOK Baden-Württemberg getan

haben. Bei dieser Zusammenarbeit wurden Daten zur Häufigkeit von Knieverletzungen (4), zur interdisziplinären Versorgung von Rheumapatienten (5) und zum Behandlungsverlauf bei Hüftarthrose (6) erhoben – allesamt Ergebnisse, die für die Bedarfsplanung der kommenden Jahre wichtig sind. Allerdings sollten die Bedingungen einer Datenspende und die Datenhoheit klar geregelt werden. Auch der Datenschutz muss noch einmal unter die Lupe genommen werden.

Die Digitalisierung sollte zusammen mit den Ärzten vorangetrieben werden, nicht gegen sie. Keine Anwendung, kein Produkt wird erfolgreich sein, wenn die Nutzer nicht von der Qualität und dem Mehrwert überzeugt sind. Malusregelungen sind hier wenig hilfreich. Das gilt auch für die Digitalisierung und die elektronische Patientenakte. Wir brauchen deshalb auch eine Evaluation der Instrumente so wie das für alle Instrumente im Gesundheitswesen gilt. Digitalisierung ist kein Selbstzweck.

Dr. Thomas Möller, DKOU-Präsident 2019

Literatur:

- (1) https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/Digitale-Versorgung-Gesetz_DVG_Kabinett.pdf
- (2) <https://www.spiegel.de/netzwelt/web/rheinland-pfalz-und-saarland-hackerangriff-auf-krankenhaeuser-a-1277759.html>
- (3) <https://www.tagesschau.de/investigativ/br-recherche/patientendaten-101.html>
- (4) Schneider O. et al. Inzidenz von Kniegelenkverletzungen. Zahlen für die ambulante und stationäre Versorgung in Deutschland. *Der Orthopäde* 2016; 45: 1015–1026
- (5) Strahl A. et al. Prävalenz Komorbidität und interdisziplinäre Versorgung der rheumatoiden Arthritis – Versicherungsdaten zur ambulanten und stationären Versorgung in Baden-Württemberg. *Z Rheumatol* 2018; 77: 113–126
- (6) Endres H. et al. Koxarthrose – Epidemiologie und Versorgungsrealität – Versorgungsdatenanalyse von 2,4 Millionen Versicherten der AOK Baden-Württemberg ab 40 Jahren. *Z Orthop Unfall* 2018; 156:672–684.

Sprechstunde digital: Onlinetermine und Videosprechstunde mit Orthinform

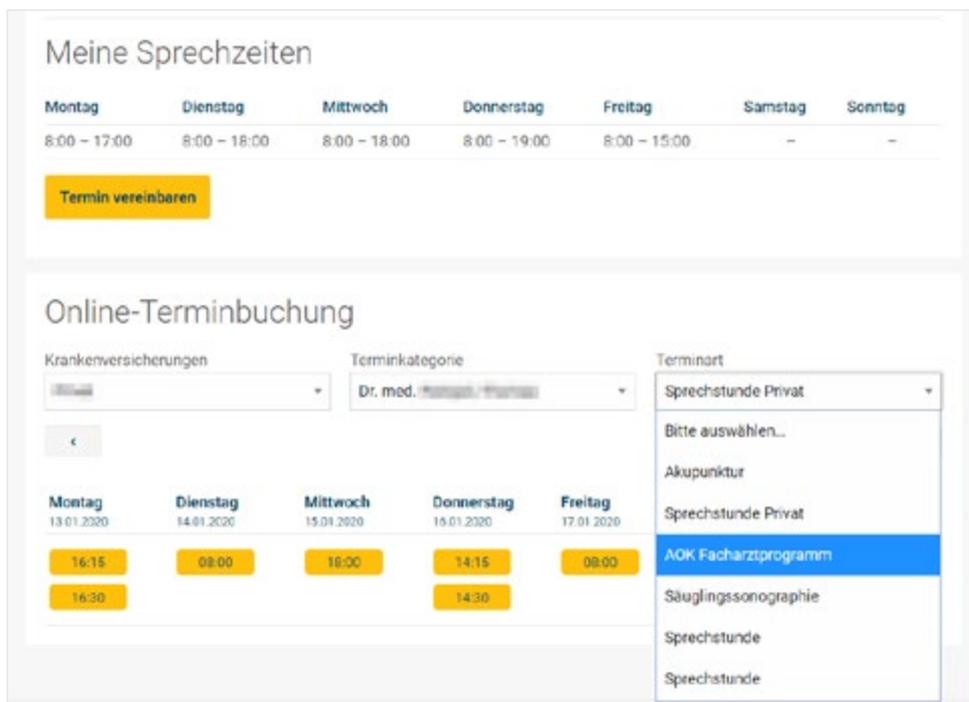


Abbildung 1: Arztprofil in Orthinform mit integrierter Terminvergabe und Vorlagen für SV-Verträge des BVOU.

Das Patienteninformationsportal Orthinform hat sich im deutschsprachigen Internet etabliert. Monatlich besuchen zwischen 60.000 und 100.000 Nutzer den Informationsdienst des BVOU. Mit seiner Kombination aus Gesundheitsinformationen und Arztsuche, ist Orthinform einzigartig und unterstützt Kliniken und Praxen bei der Präsentation ihrer Leistungsfähigkeit im Internet.

Der BVOU verfolgt das Ziel, seine Mitglieder mit leicht nutzbaren Angeboten den Weg ins digitale Zeitalter zu ebnet. Beispielsweise sind Online-Terminvergabe und eine leistungsfähige Videosprechstunde so tief in Orthinform integriert, dass Praxisinhaber und Abteilungsleiter diese mit wenigen Klicks in das persönliche Arztprofil sowie das Profil der eigenen Einrichtung integrieren können.

Terminvergabe online

Es lässt sich jede beliebige Terminvergabe-Software (z. B. samedi, Doctolib oder CGM) über einen Link in das System aufnehmen. Diesen tragen Sie im Dashboard in Ihr persönliches Arztprofil ein. Patienten gelangen mit einem Klick auf den gelben Button [Termin vereinbaren] direkt in Ihr Terminvergabe-Tool. Aufgrund unserer engen Zusammenarbeit mit samedi wurde deren Terminvergabe-Tool bereits in Orthinform eingebettet. Sind Sie samedi-Kunde, können Sie einfach Ihre Arzt-ID hinterlegen und gewähren Orthinform damit Zugriff auf Ihre Terminvergabe. Über eine Schnittstelle werden alle Terminarten sowie die nächsten freien Termine in Orthinform angezeigt und können von Patienten gebucht werden (**Abb. 1**).

Orthinform-Nutzer legen nur noch fest, welche Terminarten sie anbieten und wie viele freie Zeitslots sie dafür an jedem Arbeitstag zur Verfügung stellen möchten. Ab dann wird ihr Arztprofil für die gewählten Selektivverträge und weitere Sprechstundenangebote bundesweit von Patienten gefunden sowie in entsprechenden Deutschlandkarten angezeigt. Mit einem Klick können Besucher einen Termin bei vereinbaren. Sie können samedi auch ausschließlich für die Terminplanung von Spezialterminen, Selektivverträgen und der Videosprechstunde nutzen und Ihre „normale Sprechstunde“ wie bisher planen.

Terminvergabe für Selektivverträge und sektorübergreifende Versorgungsprojekte

Die Vernetzung mit der samedi-Terminvergabe geht sogar noch weiter: Für alle vom BVOU bundesweit

Orthinform ARZTSUCHE DIAGNOSE-ASSISTENT LEXIKON PATIENTENINFORMATIONEN ÜBER ORTHINFORM

Startseite • Ärzte • Herr Dr. med. Johannes Flechtenmacher aus Karlsruhe

Herr Dr. med.
Johannes Flechtenmacher

Ortho-Zentrum am Ludwigsplatz
Waldstr. 67
76133 Karlsruhe

☎ 0721 9209010
☎ 0721 92090130
✉ E-Mail schreiben
🌐 Website besuchen

sprechstunde.online

♿ behindertengerechter Zugang
🚗 Parkplätze

Patienten
gesetzlich versichert
privat versichert
Selbstzahler

Weitere Sprachen
englisch, französisch, italienisch und
rumänisch

Termin vereinbaren

Unser gesamtes Praxisteam

Facharztqualifikationen
Facharzt für Orthopädie
Facharzt für Orthopädie und
Unfallchirurgie
Facharzt für Unfallchirurgie

Zusatzbezeichnungen
Manuelle Medizin
Physikalische Therapie
Rehabilitationswesen

Zertifikate
DVO - Osteologe DVO
MRT - Allianz-MRT-Zertifikat

Ihr Spezialist für ...

Körperteile
Dies sind die persönlichen Angaben des Arztes zu den Körperteilen, die er schwerpunktmäßig behandelt.

Kniegelenk und Unterschenkel Rücken und Wirbelsäule

Abbildung 2:
Ausschnitt aus einem Arztprofil mit Videosprechstunde und Online-Terminvereinbarung

abgeschlossenen Selektivverträge existieren in samede ebenso Vorlagen, wie für die am häufigsten von Orthopäden und Unfallchirurgen angebotenen Terminarten (z. B. Akupunktur, Schmerzsprechstunde, Stoßwellenbehandlung etc.). Auch die Termine der DAAG-Video-sprechstunde sind mit samede und Orthinform verknüpft und stehen zur Buchung bereit.

Der BVOU verhandelt derzeit weitere attraktive Selektivverträge mit gesetzlichen wie privaten Krankenkassen und arbeitet intensiv an sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten. Häufig wird von den Vertragspartnern eine begünstigte Terminvergabe für ihre Versicherten als Voraussetzung für den Vertragsabschluss gefordert. Dafür setzen wir zukünftig auf die Online-Terminvergabe und deren Integration in Orthinform. Versicherte und Callcenter werden dann auf Orthinform nach teilnehmenden Ärzten suchen und bekommen dort bevorzugte Termine bei diesen Ärzten angeboten. Deshalb empfehlen wir allen Kollegen, die Interesse an der Teilnahme an Selektivverträgen haben, ihr Orthinform-Profil zu aktualisieren und samede als Online-Terminvergabe-Tool einzusetzen.

Videosprechstunde

In Orthinform lässt sich jede zertifizierte Videosprechstunde integrieren. Wir empfehlen das Videosprechstunden-Tool der Deutschen Arzt AG (DAAG), das ähnlich wie samede in Orthinform integriert ist. Hinzu kommt, dass die Videosprechstunde der DAAG für die Terminplanung auf samede zurückgreift. Im DAAG-Tool legen Sie selbst Gesundheitsdienstleistungen und Preise sowie die verfügbaren Terminslots fest. Mit der integrierten Bezahlungsfunktion läuft auch die Abrechnung Ihrer Leistungen einfach und transparent.

Das Dreigespann aus Orthinform, samede-Terminvergabe und Videosprechstunde der DAAG bietet damit einen zukunftssicheren, kostengünstigen und voll integrierten Einstieg in die digitale Gesundheitsversorgung. Durch die gleichzeitige Integration in ausgewählte Selektivverträge finanzieren sich diese Tools in der Regel selbst. Fachärzte auf Orthinform erschließen sich mit der Online-Terminvergabe und der Videosprechstunde einen überregionalen und interessanten Kunden- und Patientenkreis und entlasten Empfangstresen sowie Telefonleitungen (**Abb. 2**).

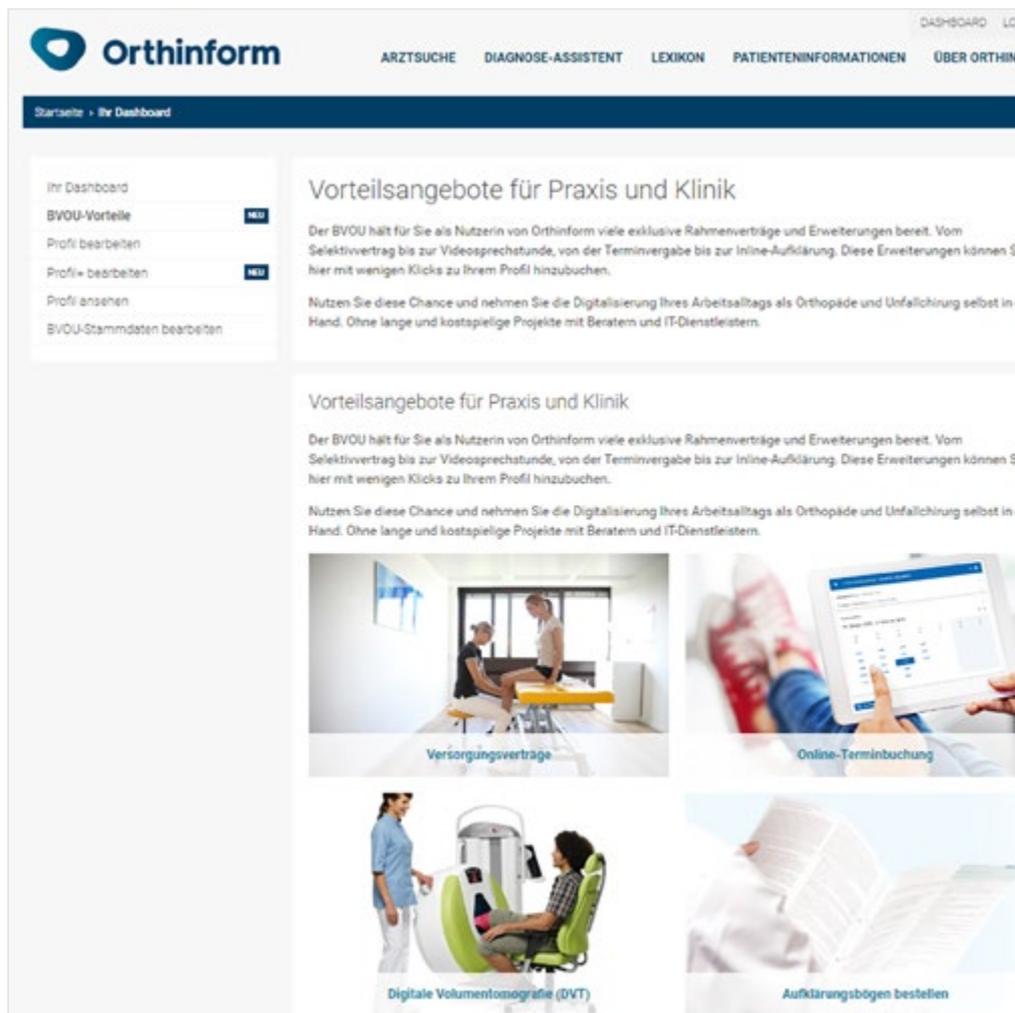


Abbildung 3: Dashboard auf Orthinform. Hier buchen Sie komfortabel Ergänzungen zu Ihrem Arztprofil wie Online-Terminvergabe oder Videosprechstunde.

Bundesweite Experten-sprechstunden online

Als Anbieter von Videosprechstunden mit Orthinform-Profil avancieren interessierte BVOU-Mitglieder zu Vorreitern der Digitalisierung im deutschen Gesundheitssystem und profitieren von der Erweiterung ihres Dienstleistungs- und Patientenkreises.

Diese Entwicklung unterstützt der BVOU durch gezielte Kommunikationsmaßnahmen auf Orthinform und anderen Medien. Zu ausgewählten Erkrankungen werden spezielle Kampagnen geschaltet, die gezielt auf verfügbare Experten und Fachärzte hinweisen, die über Videosprechstunde bundesweit für Konsultationen zur Verfügung stehen.

Für 2020 sind unter anderem Expertenkampagnen für folgende Erkrankungen geplant:

1. Rückenschmerz
2. Gonarthrose
3. Coxarthrose
4. Rheumatische Erkrankungen
5. Sportverletzungen
6. Knorpelverletzungen

Damit kann jeder auf Orthinform vertretene Facharzt in Praxis und Klinik überregional aktiv werden und neue Patientengruppen für sich und seine Einrichtung erschließen.

Ob für eine Zweitmeinung oder die kontinuierliche Beratung von Stammpatienten, die Videosprechstunde wird immer häufiger als Alternative zur Sprechstunde vor Ort genutzt und von vielen Patienten nachgefragt. Auch Kliniken profitieren von diesem Angebot, sowohl bei der Patientenakquise als auch bei der Nachsorge.

Buchung und Preise von Online-Terminvergabe und Videosprechstunde

Der BVOU hat mit den Anbietern samedi und DAAG spezielle Rahmenverträge abgeschlossen.

Diese beinhalten neben einer Entwicklungspartnerschaft und der tiefen Integration der Produkte in das Patientenportal Orthinform auch Sonderpreise für BVOU-Mitglieder.

Die Online-Terminvergabe von samedi sowie die Videosprechstunde der DAAG können bequem über das Dashboard auf Orthinform gebucht werden (Abb. 3). Füllen Sie einfach die entsprechenden Buchungsdialoge aus und bereits kurze Zeit später sind beide Tools in Ihr Orthinform-Profil integriert und startbereit. Ebenso leicht lassen sich die Angebote in Ihre Praxis- bzw. Klinikwebseite integrieren.

Terminvergabe

Im ersten Jahr ist das Online-Terminvergabewerkzeug von samedi für BVOU-Mitglieder kostenfrei nutzbar. Sie können also den Nutzen in Ihrem Alltag ausgiebig testen und die Entlastung von Empfangstresen und Telefonleitungen erleben.

Ab dem 2. Jahr fällt eine monatliche Nutzungsgebühr von 10 € an. Diese amortisiert sich in der Regel bereits nach dem ersten Patienten, der einen Termin für einen Selektivvertrag oder eine Spezialsprechstunde bucht.

Das samedi Comfort-Paket für 49,90 € monatlich bietet die vollständige Integration in den Terminkalender der Praxis-EDV, ein komplettes Ressourcenmanagement (Ärzte, Assistenz, Geräte, Räume) und viele weitere Zusatzdienstleistungen.

Videosprechstunde

Die DAAG-Videosprechstunde steht BVOU-Mitgliedern ab 29 € monatlich zur Verfügung. Für 10 € mehr gibt es bereits ein iPad dazu, über das Sie die Videosprechstunde flexibel und völlig unabhängig von der Praxis-EDV betreiben können.

Die Videosprechstunde ist in einzelnen Selektivverträgen des BVOU als Alternative zu einer Konsultation in der Praxis anerkannt und wird z.B. im SV-Vertrag zur spezialisierten konservativen Therapie bei Arthrose mit 50 € pro Sitzung vergütet. Viele weitere Dienstleistungen per Videosprechstunde werden als Selbstzahlerleistung nach GOÄ vergütet. Auch hier ist das Tool in der Regel bereits mit einem Patienten pro Monat refinanziert.

Fazit

Der Einstieg in die digitalen Gesundheitsdienstleistungen wie Terminvergabe und Videosprechstunde sowie ein professionelles Online-Marketing für die eigene medizinische Expertise, waren nie einfacher.

Der BVOU bietet mit Orthinform eine zentrale und hochfrequentierte Plattform zur Präsentation ärztlicher Leistungen in Praxis und Klinik. Durch attraktive Rahmenverträge für BVOU-Mitglieder und die tiefe Integration der Terminvergabe und Videosprechstunde in Orthinform, schafft jeder den risikoarmen Einstieg in die Digitalisierung.

Nach wenigen Klicks im Dashboard von Orthinform haben Sie die Buchung und Integration von Terminvergabe und Videosprechstunde in Ihr Arztprofil abgeschlossen und Sie sind mit diesen attraktiven Gesundheitsdienstleistungen online.

Der BVOU wird im neuen Jahr weitere Selektivverträge abschließen, die auf Orthinform, Online-Terminvergabe und Videosprechstunde aufbauen. So profitieren Kolleginnen und Kollegen gleich mehrfach vom Einsatz dieser innovativen Angebote.

Dr. Jörg Ansorg
Geschäftsführer des BVOU

Live-Hacking zeigt, wie verwundbar IT-Systeme sind

Wie leicht kann man sich in IT-Systeme von Arztpraxen und Kliniken einhacken? Welchen Schaden richten Phishing Mails an? Um zu zeigen, dass die Digitalisierung auch ein Einfallstor für Cyberkriminalität ist, veranstaltete der BVOU auf dem DKOU am 24. Oktober 2019 einen „Live Hack“. Christoph Ritter, IT-Security Consultant und Abteilungsleiter der Firma SySS GmbH in Tübingen, machte in seinem Vortrag deutlich, wie Cyberkriminelle Sicherheitslücken ausnutzen, um Schadsoftware auf fremde Rechner zu übertragen, weil da diese nicht ausreichend geschützt oder veraltet sind.

Unter Vorsitz von Kongresspräsident Dr. Thomas Möller demonstrierte Christoph Ritter in der Highlight-Veranstaltung, wie einfach es ist, veraltete Systeme zu attackieren, Daten über Phishing-Mails abzugreifen, ein WLAN-Netz lahmzulegen oder Schadsoftware über USB-Sticks oder Wechseldatenträger zu installieren. Interessierte erhielten hier einen Einblick in die Tricks der Angreifer und die Sicherheitslücken der Systeme, die auch die eigene Klinik und Praxis betreffen können. Eine



Christoph Ritter, IT-Security Consultant beim Live Hacking

abschließende Diskussionsrunde mit Fragen machte deutlich, dass unter den knapp 140 Zuhörern diesbezüglich noch viel Unsicherheit herrschte.

Janosch Kuno,
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU

Ist das der endgültige Weg vom freien Arztberuf zu einem kontrollierten Gesundheitssystem?

Überblick über die historische Entwicklung der Kooperationsmodelle zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern vom freien Honorararzt über das aktuelle BSG-Urteil zum Abrufangestellten Arzt in Teilzeit.



Das BSG-Urteil von Juni 2019 hat die einzig noch mögliche Beschäftigungsform, dem Abrufangestellten Arzt, für die Kooperationsmodelle zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern gesorgt. Neben dem allerdings nur noch in geringer Anzahl bestehenden Belegarztsystem können Vertragsärzte in Krankenhäusern nur noch als Teilzeitangestellte in sogenannten „Abrufangestelltenverträgen“ tätig sein.

Durch die Änderung der ärztlichen KV-Zulassungsordnung (§20, Abs.2) mit einer „geteilten Zulassung“ und einer erlaubten Nebentätigkeit von 13 Stunden pro Woche, kam es ab dem 1.1.2007 zu einem wahren Honorararzt-Boom. Die aktuellen Angaben gehen davon aus, dass mindestens 50%, zum Teil auch bis zu 70% aller Krankenhäuser mit Kooperationsärzten zusammenarbeiten, insbesondere allgemeine Krankenhäuser und hier vor allem der chirurgisch-unfallchirurgischen Abteilungen. Da die Krankenhäuser bei den Kooperationsarztmodellen die sogenannte A-DRG gegenüber den Krankenkassen abrechnen können und bei den Belegärzten nur die sogenannte B-DRG, die in der Regel 20–30% tiefer liegt

gegenüber den Krankenkassen liquidieren dürfen, haben viele Krankenhäuser die Belegabteilungen in die Hauptabteilungen in der chirurgisch-unfallchirurgisch oder orthopädische Abteilungen umgewandelt. Hinzu kommt, dass viele belegärztliche Leistungen, gerade auch in der Endoprothetik, im EBM nur zu einer relativ geringen Vergütung, die häufig unter den Sätzen der freien Kooperationsverträge liegt, honoriert werden.

So kam es, dass sowohl die Krankenhäuser mit ihren A-DRG mehr Gewinn erzielen konnten und gleichzeitig die Belegärzte mit Wechsel zu einem Kooperationsarztmodell ebenfalls in den typischen orthopädischen Operationen wie Endoprothetik, vorderer Kreuzbandersatzplastiken oder auch Wirbelsäulenchirurgie höhere Einnahmen generieren konnten, so dass die Zahl der Belegärzte deutlich sank. Es entstanden häufig auch neue Kooperationen, gerade an kleineren allgemeinen Krankenhäusern, die dadurch ihr DRG-Portfolio verbreitern und regelmäßige Einnahmen durch die endoprothetischen Eingriffe der orthopädisch-unfallchirurgischen Kollegen generieren konnten.

Stabilisiert wurde dieses System durch Änderung des Krankenhaus-Entgelt-Gesetzes (KHEntG, §2, Abs. 2 im Jahr 2010) mit dem Hinweis, dass „zu Krankenhausleistungen“ auch dazugehörend die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter (Kooperations-/Honorarärzte) sind. Weitere Urteile folgten, wie im Jahr 2011 das BSG-Urteil Az BG KA11/10R, dass in der Klinik nur angestellte belegärztliche Ärzte nach §15 operieren und narkotisieren dürften (Soester Urteil). Da es nur noch einen Konflikt zwischen erlaubten und nicht erlaubten Leistungen durch Kooperationsärzte gab, kam es im Jahr 2012 im Rahmen des Psychiatrie-Entgelt-Gesetzes (PsychEntG, §2) mit dem Einschub, dass die Krankenhauskernleistung auch durch nicht fest angestellte Ärzte erbracht werden können, zu einer Bestätigung der Kooperationsarztmodelle.

Ein weiterer Wermutstropfen waren die BGH-Urteile 2017 und 2019, dass Wahlleistungen am Krankenhaus nur durch angestellte oder verbeamtete Ärzte und nicht durch freie Kooperationsärzte erbracht werden konnten.

Durch das aktuelle BSG-Urteil (Az B12R11/18 vom Juni 2019) wurde endgültig festgelegt, dass Honorarärzte abhängig Beschäftigte sind und deshalb nur noch als Abrufangestellte in Teilzeitverträgen am Krankenhaus tätig sein dürfen.

Die Einführung der Antikorruptionsgesetze StGb §§229–301 im Juli 2019, führte zu einer großen Aufregung, sowohl bei den niedergelassenen Vertragsärzten, die Kooperationsmodelle betrieben, als auch bei den Geschäftsführern der Krankenhäuser. Durch öffentliche Veranstaltungen, auch gerade des BVOU unter Einbeziehung der zuständigen Oberstaatsanwaltschaften, der Fachjuristen der Berufsverbände sowie des Arbeitskreises der niedergelassenen Operateure unter der Leitung von Dr. Peter Heppt, Dr. Helmut Weinhart und Dr. Gerd Rauch, wurde diskutiert, welche Kooperationsverträge möglich seien. Danach gab es 2016 nur noch zwei Beschäftigungsformen: den sogenannten freien Kooperationsarzt oder bereits dann den Teilzeitbeschäftigten, den sogenannten Abrufangestellten Arzt, der am Krankenhaus tätig war. Die Kalkulationsgrundlage von diesen beiden Beschäftigungsformen waren in der Regel IneK-Kalkulationen oder differente prozentuale DRG-Anteile als Berechnungsgrundlage, sowohl der freien Kooperationsärzte als auch der Abrufangestellten Ärzte. Diese erhielten in der Regel ein Grundgehalt mit entsprechenden Zuschlägen, je nach durchgeführten und tatsächlich erbrachten Arztleistungen. Wichtig war und ist, dass diese Kalkulationsgrundlagen betriebswirtschaftlich klar gegenkalkuliert waren, so dass auch Außenstehende die Vergütung klar nachvollziehen konnten. Bereits seit mehreren Jahren hat der Arbeitskreis der niedergelassenen Operateure darauf hingewiesen, dass bei freien Kooperationsmodellen die Gefahr der Scheinselbstständigkeit bestünde und immer empfohlen, für diese Verträge ein sogenanntes

Feststellungsverfahren bei der Deutschen Rentenversicherung durchzuführen, um sicher zu gehen, dass im Nachhinein keine Sozialversicherungsbeiträge der Deutschen Rentenversicherung mehr erhoben werden konnten, wie z.B. die Arbeitslosenversicherungsbeiträge. In der Regel sind die Kollegen über die Versorgungswerke und von der Deutschen Rentenversicherung befreit sowie privat krankenversichert. Durch die präventive Wirkung der Vielzahl der Veranstaltungen sind bis dato problembehaftete Kooperationen weitestgehend vom Markt verschwunden, so dass zurzeit auch nur eine sehr geringe Anzahl von Kooperationsmodellen staatsanwaltschaftlichen Ermittlungsverfahren unterliegen.

Das Bundessozialgericht hat in seinem aktuellen Urteil (Az B12 R11/18) nun festgelegt, dass die „freien Honorarärzte/freien Kooperationsärzte“ (auch übrigens Honorarpflegekräfte) eindeutig als „abhängig Beschäftigte“ eingestuft werden müssten. D.h., dass Vertragsärzte nur noch in Teilzeit (max. 13 h/Wo) als Abrufangestellte am Krankenhaus tätig sein dürfen. Zur Urteilsbegründung wird aufgeführt, dass die Honorarärzte weisungsgebunden seien und in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses eingegliedert werden. Honorarärzte wären bei der Operation nur ein Teil des Teams. Zudem führte der Bundessozialgerichtspräsident Herr Prof. Schlegel aus, „dass die strukturellen Probleme des Krankenhauses dort zu lesen sind, wo sie ihren Ursprung haben, sie können nicht mit einer Honorarvereinbarung gelöst werden“.

Das neue BSG-Urteil vom Juni 2019 führt dazu, dass alle Kooperationen zwischen Vertragsärzten und Krankenhäusern nur noch als Abrufangestelltenverträge in Teilzeit bis max. 13 Stunden/Woche durchgeführt werden können. Der einzige Vorteil besteht darin, dass die Abrufangestellten Ärzte bei entsprechender fachlicher Expertise auf Chefarztniveau, respektive auf dem Niveau der leitenden Oberärzte, Wahlleistungspatienten anteilig liquidieren dürften. Wichtig ist, dass die Vertragsärzte neben ihrer Teilzeitangestellten-Vertragstätigkeit auch ambulant operieren, separate Nutzungsverträge aufgrund klarer betriebswirtschaftlicher Berechnungsgrundlagen für das ambulante Operieren geschlossen werden müssten. Letztendlich besteht langfristig die Gefahr, dass der freie Arztberuf auch als Unternehmerpersönlichkeit in der Praxis, langfristig in weiteren Bereichen zunehmend ein angestellter Arzt in unserem überkontrollierten Gesundheitssystem wird.



Dr. Gerd Rauch
BVOU-Landesvorsitzender
Hessen

Fehlrotierte Implantation einer Oberarmkopffrakturprothese



© s4visuals

Von Fall zu Fall: Aus der Praxis der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeutschen Ärztekammern.

Eine 64-jährige Frau rutschte auf regennassem Boden aus, fiel auf die linke Körperseite und verspürte starke Schmerzen im linken Schultergelenk. In einer Klinik wurde durch Röntgenaufnahmen eine mehrfragmentäre Oberarmkopffraktur links diagnostiziert. Mit einer CT-Untersuchung am gleichen Tag wurde das Ausmaß der Fraktur präzisiert und aufgrund des schalenförmigen Kalottenfragmentes, das von jeglicher Durchblutung abgetrennt war, die Indikation zur Implantation einer Oberarmkopftaumaprothese gestellt. Die Operation wurde zwei Tage nach dem Unfall durchgeführt. Nach Entfernung des Kalottenfragmentes wurde eine Oberarmkopftaumaprothese zementfrei eingesetzt. Postoperative Röntgenaufnahmen wurden drei Tage später angefertigt und ergaben laut radiologischem Befund, dass die Oberarmkopffrakturprothese mit regelrechter Gelenkartikulation und einiger im Subakromialraum verbliebener schaliger Fragmente implantiert wurde.

Wegen einer fortbestehenden, erheblich eingeschränkten Funktion des linken Schultergelenkes wurde zunächst im weiteren Verlauf eine Axillarisparese sowie die Läsion weiterer Äste des Armplexus vermutet. Mit einer EMG-Untersuchung wurden jedoch Nervenläsionen ausgeschlossen.

Bei weiteren Untersuchungen war der Deltamuskel bei isometrischer Testung in allen Teilen angesprungen. Sonografisch wurde eine vordere Subluxation der Prothese diagnostiziert, eine Rotatorenmanschette war nicht nachweisbar. Röntgenaufnahmen der linken Schulter in drei Ebenen ergaben eine ventrale Subluxation der Prothese. Empfohlen wurde ein Prothesenwechsel auf eine inverse Schulterprothese. Die

Operation wurde zwei Monate später in einer Facharzt-klinik durchgeführt. Eine Rotatorenmanschette konnte nicht mehr nachgewiesen werden, die Tubercula waren bis auf mobile Reste im hinteren Bereich vollständig resorbiert. Nach Darstellung der Prothese wurde eine Version nach vorne von 70 Grad festgestellt. Nach Entfernung der schalenförmigen Knochenreste wurde die Traumaprothese komplett entfernt, da wegen der pathologischen Drehung nach vorne eine einfache Umwandlung der modularen Prothese in eine inverse Prothese nicht möglich war. Anschließend wurde zunächst der pfannenseitige und danach der schaftseitige Prothesenteil mit einer Drehung nach hinten von 10 Grad mit Zement implantiert. Röntgenaufnahmen der linken Schulter ergaben einen korrekten Sitz und Artikulation der inversen Prothese.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Nachdem nach der ersten Operation bei der krankengymnastischen Behandlung keine Fortschritte erreicht worden seien, habe sich die Patientin bei einem Schulter-spezialisten vorgestellt, der feststellte, dass eine falsche Prothesenart eingesetzt worden sei. Der Operations-

schnitt sei ebenfalls falsch gewesen. Die Rehabilitation sowie die Krankengymnastik, der Einsatz einer Bewegungsschiene und die erlittenen Schmerzen seien umsonst gewesen.

Gutachten

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter kam zu der Bewertung, dass bei der operativen Versorgung der komplexen Mehrfragmentfraktur eine Erhaltung des Oberarmkopfes durch Osteosynthese nicht möglich gewesen wäre. Die Indikation zur Implantation einer Frakturprothese sei nicht zu beanstanden. Die kurz nach der Operation angefertigten Röntgenaufnahmen der linken Schulter würden eine nicht korrekt im Gelenk stehende Schulterprothese darstellen. In der seitlichen Aufnahme stehe der Oberarmkopf deutlich vor der Schultergelenkspfanne bzw. berühre diese nur im Randbereich. Da eine Röntgenaufnahme in deutlicher Außendrehstellung sehr ungewöhnlich wäre und die Aufnahmen üblicherweise in leichter Innenrotation durchgeführt würden, müsse man von einer groben Fehlstellung der Prothese ausgehen. Standardmäßig werde die Prothese in etwa 20 Grad Drehung nach hinten implantiert. Da sich bei der Revisionsoperation eine Drehung nach vorne von 70 Grad ergeben hätte, sei insgesamt von einer Fehlrotation von 90 Grad auszugehen.

Die Fehlrotation der Schulterprothese im vorliegenden Fall um etwa 90 Grad stelle eine schwerwiegende mechanische Störung des Schultergelenkes dar, so dass die von allen Nachbehandlern dokumentierte nahezu vollständige Pseudoparalyse der linken Schulter als weitgehende Folge der Fehlpositionierung der Prothese angesehen werden müsste.

Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten im Ergebnis an. Die Versorgung der Oberarmkopffraktur mit einer Frakturprothese war aufgrund des mit CT nachgewiesenen Ausmaßes der Fraktur gerechtfertigt. Die postoperativen Röntgenaufnahmen stellten eine nach vorne gedrehte Kopfkalotte dar, die subtotal vor der Gelenkpfanne stand. Aufgrund der vorliegenden Aufnahmen musste davon ausgegangen werden, dass eine erhebliche Rotationsfehlstellung bestand. Es ist aufgrund ihres Ausmaßes davon auszugehen, dass dies intraoperativ hätte erkannt und korrigiert werden müssen. Spätestens die postoperativen Röntgenaufnahmen wären dringender Anlass zu einer zeitnahen Revisionsoperation gewesen, um die Fehlstellung zu beheben.

Aus den weiteren Röntgenaufnahmen geht hervor, dass eine regelrechte Artikulation nicht möglich war und somit eine chronische Luxation vorlag. Eine krankengymnastische Nachbehandlung und Rehabilitation führten im vorliegenden Fall zu erheblichen Schmerzen und konnten keine Erfolge erzielen.

Bei fachgerechtem ärztlichem Handeln wäre intraoperativ die Fehlstellung erkannt und eine Korrektur vorgenommen worden. Aufgrund der hohen Rate an sekundärer Rotatorenmanschetteninsuffizienz durch Nichteinheilen oder Resorption der Tubercula von mindestens 50 %, hätte sich im vorliegenden Fall ebenfalls im weiteren Verlauf mit hoher Wahrscheinlichkeit die Notwendigkeit zu einem Prothesenwechsel auf eine inverse Schulterprothese ergeben.

Als fehlerbedingt ist daher zwar die längerfristige frustrane Nachbehandlung mit Krankengymnastik und Rehabilitation bei chronischer Luxation des Schultergelenkes mit einhergehenden Beschwerden bis zur Revisionsoperation zu bewerten. Die Revisionsoperation selbst wäre auch bei fachgerechtem Vorgehen nicht hinreichend wahrscheinlich vermieden worden.

Der darüberhinausgehende Verlauf mit dem zu erwartenden Eintritt eines Dauerschadens wäre auch einschließlich der Notwendigkeit eines Prothesenwechsels auf eine inverse Prothese bei fachgerechter Behandlung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten gewesen.

Fazit

Bei nicht möglicher oder nicht erfolgversprechender Osteosynthese bei komplexen Oberarmkopffrakturen ergibt sich die Indikation zur Implantation einer Oberarmkopffrakturprothese. Dabei muss auf die korrekte Rotation von etwa 10 bis 20 Grad Retroversion geachtet werden.

Auch zeigt dieser Fall, dass zur Begutachtung von Behandlungsfehlervorwürfen eine umfassende Prüfung der Krankenunterlagen notwendig ist. Nur mit dem Operationsbericht und den schriftlichen Röntgenbefunden wäre der Fehler möglicherweise nicht festgestellt worden.

Dr. Michael Rojczyk
Facharzt für O und U
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

Normänderung bei Medizinischer Gasversorgung



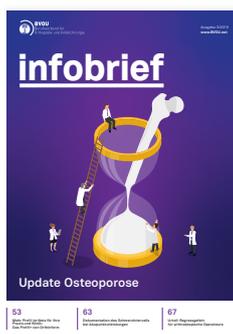
900 gibt es keinen Bestandsschutz. Mit Kontrollen der Umsetzung durch Gewerbeaufsichtsämter, Arzneimittelüberwachung und Berufsgenossenschaften ist daher zu rechnen. Eine Nachrüstung fehlender Überwachungskomponenten ist auch aus haftungsrechtlichen Gründen zu empfehlen. Bei Anlagen zur Versorgung mit medizinischem Sauerstoff (O₂) und Lachgas (N₂O) ist eine Raumluftüberwachung erforderlich, da Undichtigkeiten an Druckgasanlagen und Druckbehältern dieser stark brandfördernden Gase schnell zu einem stark erhöhten Brandrisiko durch Konzentrationserhöhung in der Raumluft führen können. Anlagen zur Versorgung mit medizinischer Druckluft erfordern eine Taupunktüberwachung zur Überwachung der Restfeuchtigkeit der Druckluft. Denn bei Ausfall bestimmter Bauteile der Anlage können Wasseransammlungen im Rohrleitungssystem der Anlage entstehen und zu mikro-

biologischer Kontamination führen. Ebenso erfordern Druckluftanlagen nun einen Kohlenmonoxid-Sensor, der vor Verunreinigung der im Kompressor erzeugten Druckluft mit CO aus angesaugten Abgasen oder bei Brandentstehung warnt, welches über das Leitungsnetz direkt zum beatmeten Patienten gelangen könnte. Kollegen mit eigenen Anlagen wird empfohlen, das Thema im Rahmen der Wartung durch den Servicepartner anzusprechen.

Orthopäden und Unfallchirurgen bzw. Anästhesisten mit eigenem OP-Zentrum sollten eine 2016 erfolgte Änderung der Norm DIN EN ISO 7396-1 für Anlagen zur medizinischen Gasversorgung beachten. Deren Übergangsfrist ist im März 2019 abgelaufen. Ältere installierte Anlagen verfügen unter Umständen noch nicht über die darin seither vorgeschriebenen Überwachungseinheiten, die dem Patienten- und Personalschutz dienen. Gemäß Medizinproduktegesetz (MPG), Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV), Richtlinie 93/42 EWG, den Technischen Regeln für Gefahrstoffe (TRGS) 407, 525 und

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

Ergänzung/Richtigstellung Änderung Mindestsprechstundenzeitenangebot für Belegärzte Infobrief 3/19 Seite 28



Die Bundesmantelvertragspartner haben mit Wirkung zum 31.08.2019 eine Änderung des § 17 Abs. 1b BMV-Ä beschlossen, wonach die bisherige Regelung weggefallen ist und nun auch Anästhesisten und Belegärzte verpflichtet sind, bei einer Vollzulassung mindestens 25 Stunden pro Woche als Sprechstunden anzubieten. Diese Änderung wurde erst nach Redaktionsschluss der des Infobriefs 3/19

beschlossen, sodass sich der Beitrag auf Seite 28 naturgemäß noch auf die zu diesem damaligen Zeitpunkt geltende Rechtslage bezog. Seit 31.08.2019 gilt die bisherige Privilegierung für Anästhesisten und Belegärzte nicht mehr. Insofern wird die Aussage aus dem Artikel „Eingriff der niedrigsten Stufe – Die neuen Sprechstundenzeiten gemäß TSVG und Art. 12 GG“ für die Zeit ab 31.08.2019 revidiert.

Vorteile exklusiv für Mitglieder: Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung

Über den BVOU genießen Sie durch Ihre Mitgliedschaft Versicherungsschutz im Rahmen einer Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung. Der Versicherungsschutz besteht für alle Verbandsmitglieder und unabhängig von den Karrierestufen kraft Mitgliedschaft im BVOU. Gegenstand der Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung sind bestimmte, gemäß dem Vertragswortlaut berufsbezogene Risiken, insbesondere

1. Straf-Rechtsschutz

Schon ein unberechtigter Vorwurf kann hohe Kosten verursachen und Ihr Image als Arzt erheblich schädigen. Der Spezial-Straf-Rechtsschutz schützt Sie. Die Versicherung gewährt allen berufstätigen Mitgliedern des BVOU Rechtsschutz für die Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit, die zu straf-, ordnungs- widrigkeits-, disziplinar- oder standesrechtlichen Verfahren führt. Versicherungsschutz besteht, wenn gegen das Mitglied als Beschuldigten ermittelt wird.

Der Rechtsschutz umfasst bis zur vertraglich vereinbarten Versicherungssumme die Kosten des Verfahrens einschließlich der Entschädigung für Zeugen und vom Gericht beauftragte Sachverständige und die Vergütung des für das Mitglied als Verteidiger tätigen Rechtsanwaltes. Jedes Mitglied hat sich mit 500 Euro an den Kosten zu beteiligen (Selbstbehalt). Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Ereignisse, die vor der Mitgliedschaft in den BVOU lagen.

Im Rahmen des Straf-Rechtsschutzes besteht der Versicherungsschutz für sämtliche Strafverfahren, auch für vorsätzliche Strafvorfälle, wie z. B. unterlassene Hilfeleistung, Abrechnungsbetrug, unter dem Vorbehalt, dass sich der Vorwurf als unzutreffend erweist. Andernfalls kann der Versicherer im Falle einer Verurteilung die erbrachten Leistungen vom BVOU-Mitglied zurückfordern. Der Versicherungsschutz besteht ferner für strafrechtliche Ermittlungen, insbesondere gemäß dem Gesetz zur Korruptionsbekämpfung gemäß § 299 a) und § 300 StGB, im gleichen Umfang.

Es besteht auch Versicherungsschutz für die Verteidigung in Verfahren wegen des Vorwurfs einer Ordnungswidrigkeit oder Straftat gemäß §§ 43, 44 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG). Nicht gedeckt durch die Straf-Rechtsschutz-Versicherung werden Geldstrafen und Geldbußen.

Die üblichen Rechtsschutz-Versicherungen tragen grundsätzlich nur die gesetzlichen Gebühren des Rechtsanwaltes. Ein versierter Verteidiger ist aber oft nur gegen



eine Honorarvereinbarung zu gewinnen, die wesentlich über den gesetzlichen Gebührensätzen liegt. Die Differenz trägt dann der Versicherungsnehmer. Zudem ist es für den einzelnen Arzt schwierig, einen Rechtsanwalt zu finden, der spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in Strafverfahren hat, die sich auf die ärztliche Berufsausübung beziehen.

Ihnen wird vorgeworfen, bei der Behandlung eines Patienten eine falsche Diagnose gestellt und hierdurch den Krankheitsverlauf verschlimmert zu haben. Die Staatsanwaltschaft erhebt Anklage wegen fahrlässiger Körperverletzung. Wegen des Umfangs und der Schwierigkeit der Angelegenheit wird mit dem von Ihrem Berufsverband empfohlenen Verteidiger eine Honorarvereinbarung geschlossen.

Die Einarbeitung, rechtliche Prüfung und diverse Stellungnahmen Ihres Verteidigers erfordern einen Zeitaufwand von mehreren Stunden. Ferner ist für Ihre Verteidigung ein Sachverständigengutachten erforderlich.

Ein wesentlicher Zweck der Gruppen-Versicherung ist es deshalb, jedem Mitglied von Seiten des BVOU einen Verteidiger zu benennen, der solche speziellen Kenntnisse und Erfahrungen besitzt und dessen Kosten in der vom BVOU mit ihm vereinbarten Höhe (Honorarvereinbarung) von der Versicherung getragen werden. Der BVOU benennt auf Anfrage namhafte Verteidiger.

Der Arzt, der die Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung in Anspruch nehmen möchte, unterrichtet schriftlich den Berufsverband über die gegen ihn erhobenen Beschuldigungen sowie darüber, ob er den vom BVOU benannten Verteidiger oder einen frei gewählten Rechtsanwalt mit seiner Verteidigung beauftragt.

Der Arzt beauftragt selbst den Anwalt mit seiner Verteidigung und erteilt ihm dafür Vollmacht. Es wird gebeten, den BVOU laufend über die wichtigsten Verfahrensabschnitte (Anklageerhebung, Urteile) zu unterrichten und ihm Ablichtungen der wesentlichen Schriftstücke zu übersenden.

Falls der Arzt eine individuelle Rechtsschutz-Versicherung abgeschlossen hat, so sollte er diese – unabhängig von der Anmeldung beim Berufsverband – über die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens unterrichten. Die Leistungen dieser Versicherung, die denen unserer Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung vorgehen, kommen Ihnen zur Deckung des Selbstbehaltes aus der BVOU-Rechtsschutz-Versicherung zugute.

2. Arbeits-/Verwaltungs- und Sozial-Rechtsschutz-Versicherung

Der BVOU hat in die Berufs-Rechtsschutz-Versicherung auch/zudem die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen seiner berufstätigen Mitglieder in weiteren gerichtlichen Verfahren einbezogen, nämlich in Prozessen

- ▶ angestellter Ärzte vor den Arbeitsgerichten und beamteter Ärzte vor den Verwaltungsgerichten wegen arbeits- und dienstrechtlicher Auseinandersetzung mit dem Krankenhausträger (z. B. des angestellten Arztes wegen Vertragskündigung, des beamteten Arztes wegen Abgrenzung der Dienstaufgaben),
- ▶ vor Sozialgerichten in vertragsärztlichen Angelegenheiten (z. B. wegen Zulassung, Ermächtigung, Abrechnung).

Die Inanspruchnahme des Rechtsschutzes ist im Rahmen vor sozialgerichtlichen Prozessen jedoch auf vom BVOU benannte Musterprozesse begrenzt.

Diese Beschränkung soll eine übermäßige Kostenbelastung durch Prozesse vermeiden, die keine grundsätzlichen Fragen betreffen. Die Versicherung erstattet die Kosten für einen Rechtsanwalt sowie die Gerichtskosten im Rahmen der geltenden Gebührenordnungen bis zur vertraglich vereinbarten Versicherungssumme. Das Mitglied trägt für versicherte Verfahren vor dem Arbeits- bzw. Verwaltungsgericht sowie in Sozialgerichtsfällen (für Musterprozesse) je Schaden eine Selbstbeteiligung in Höhe von 20 %, mind. 100 Euro, max. 500 Euro.

Der Rechtsschutz gilt nur für die Kosten von Prozessen vor Arbeits-/Verwaltungsgerichten (in arbeits- und dienstrechtlichen Auseinandersetzungen) und Sozialgerichten, nicht aber für die Kosten einer vorprozessualen oder außergerichtlichen anwaltlichen Beratung. Die Gewährung des Versicherungsschutzes setzt im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles (Klageerhebung) eine

mindestens dreimonatige Verbandsmitgliedschaft voraus. Anderweitig bestehende (individuelle) Rechtsschutz-Versicherungen gehen der vom BVOU abgeschlossenen Berufs-Rechtsschutz-Versicherung vor; die Leistungen, die das Mitglied von seiner evtl. anderweitig bestehenden individuellen Rechtsschutz-Versicherung erhält, werden jedoch auf die Selbstbeteiligung angerechnet.

Bitte beachten Sie: In den Verfahren, die arbeits- oder dienstrechtliche Auseinandersetzungen betreffen, besteht Versicherungsschutz nur für Prozesse, die von dem versicherten BVOU-Mitglied dem BVOU innerhalb eines Monats ab Klageeinreichung (bei Aktivprozessen) bzw. innerhalb eines Monats nach Zustellung der gegnerischen Klage (bei Passivprozessen) gemeldet werden. Für verspätet gemeldete Verfahren besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz.

3. Rechtsschutz bei Belegarzt-/Konsiliararzt- und Honorararzt-Verträgen

Ferner gilt die gerichtliche Wahrnehmung rechtlicher Interessen aus Belegarzt-, Konsiliararzt- und Honorararzt-Verträgen vor den ordentlichen Gerichten für alle BVOU-Mitglieder in der Eigenschaft als Arzt versichert. Die Absicherung besteht subsidiär, d. h. sie greift nur, wenn kein anderweitiger Versicherungsschutz existiert.

4. Ergänzter Rechtsschutz-Versicherung

Zur Absicherung der darüber hinausgehenden beruflichen und privaten Rechtsschutz-Risiken unterhält der BVOU Sonderkonditionen zur Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung. Die Konditionen dieses Rahmenvertrages schließen nahtlos an die Gruppen-Rechtsschutz-Deckung an. Überschneidungen und Doppelabsicherungen sind dabei ausgeschlossen.

Bei Interesse kann ein unverbindliches Angebot zur Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung zu exklusiven Sonderkonditionen für Verbandsmitglieder angefordert werden. Nutzen Sie die Möglichkeit einer individuellen Beratung durch Ihren Betreuer beim Funk Ärzte Service und richten Sie Ihre Angebotsanforderung an unseren Versicherungsmakler Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH.

Diese Informationen stellt keine Deckungszusage dar. Im Rechtsschutzfall erfolgt eine individuelle Sachverhaltsprüfung.

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



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



Abschluss der zweitägigen Fortbildungsreihe zur Orthopädisch-Rheumatologischen Fachassistenz (ORFA)

Erfolgreicher Sommer für die orthopädische Rheumatologie

**Liebe Kolleginnen und Kollegen,
liebe Freunde der orthopädischen Rheumatologie,**

Der Sommer neigt sich dem Ende – ich hoffe, Sie hatten eine gute Zeit mit erholsamen Urlauben und haben wieder die nötige Kraft getankt, um auch die dunklere Jahreszeit voller Elan zu überstehen. Die letzten Monate waren in Sachen orthopädische Rheumatologie sehr spannend und – man glaubt es kaum – durchaus recht erfolgreich für unsere Ziele.

Novellierte ZWBO ORh passiert auch die Weiterbildungskommissionen der Landesärztekammern

Trotz intensiver Intervention der internistischen Rheumatologen haben die Weiterbildungskommissionen aller Landes-Ärztékammern dem Entwurf der novellierten Zusatzweiterbildung „Orthopädische Rheumatologie“ – wie bereits zuvor der Ärztetag 2018, die BÄK und die STÄKO – zugestimmt. Sobald auch die letzte Hürde bei den Gesundheitsministern der Länder gemeistert ist, können wir von einem Start in 2020 ausgehen. Was die WBO O und U und ZWBO ORh für unsere Nachfolgenerationen bedeutet, wissen wir dann. Welche Optionen es für die Kollegen in der aktuellen Weiterbildung ggf. mit

Übergangslösungen bedeutet, werden Diskussionen mit der BÄK ergeben. Und was ergibt sich für Kollegen O/U, die bereits viele Inhalte der novellierten ZWBO ORh, wie z.B. Schmerztherapie, Osteologie oder RhefO-Kurse u.a. erfüllt haben? Da loten wir aktuell mit der Task Force ORH die Möglichkeiten mit den Mitgliedern der entsprechenden Fachgesellschaften aus.

Perspektive der GOÄ in der Rheumatologie

Unser BVOU-Präsident, Dr. Johannes Flechtenmacher, hatte mich beauftragt, als Referatsleiter für Orthopädische Rheumatologie im BVOU, an einer Folgeveranstaltung nach einer Auftaktveranstaltung der Bundesärztekammer zur Novellierung der Gebührenordnung am 4.09.2019 in Berlin teilzunehmen. In der Auftaktveranstaltung vom 6.06. waren bereits viele Wünsche und Anregungen der internistischen Rheumatologen vom BDRh eingebracht und in der Folgeveranstaltung auch weitgehend übernommen worden. Bisher wurde in der GOÄ im Fach Rheumatologie die intensive ärztliche Tätigkeit mit Anamnese, subtiler Ganzkörperuntersuchung, Erfassung der Scores und ausführlicher Beratung, einschließlich der Fachassistenz, nicht ausreichend abgebildet. Dies wird sich in der Planung für die novellierte GOÄ grundlegend ändern. Sowohl der Erstkontakt, als auch die regelmäßige Betreuung eines Patienten mit einer entzündlich rheumatischen Erkrankung, wird entsprechend eines verhandelten Zeitaufwandes honoriert, des Weiteren auch gesondert verschiedene Sonderleistungen (u.a. Sonographie, Röntgen, Punktionen). Und auch auf meine gezielte Nachfrage, wurde von den BÄK-Referenten und den internistischen Kollegen bestätigt, dass all diese Leistungen nicht abhängig von der Zusatzbezeichnung Rheumatologie bzw. Orthopädische Rheumatologie sind und somit auch von jedem Facharzt O/U abgerechnet werden können. Eigentlich doch eine großartige Perspektive, die die Behandlung von privat versicherten Rheumapatienten leistungsgerecht honoriert. Allerdings gibt es einen entscheidenden Haken, wie Dr. M. Stolaczyk von der BÄK gleich zu Beginn der Sitzung feststellte: Wann wird die novellierte GOÄ kommen? Dies sei aktuell nicht abzusehen...

Deutscher Rheumatologie-Kongress

Ich greife mit dem Begriff Rheumatologie-Kongress ein wenig vor. Denn bislang hat die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie immer von einem DGRh-Kongress

gesprochen, obwohl die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) und die Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) gemeinsam mit der DGRh ihren 33. bzw. 29. Jahreskongress durchführten. Aber in 2020 heißt dieser Kongress in München nun endlich Rheumatologie-Kongress! Unter der Präsidentschaft von Prof. M. Aringer für die DGRh, Dr. R. Scholz für die DGORh und Prof. R. Berner für die GKJR wurde erneut ein sehr umfangreiches Programm angeboten, welches sich in erster Linie mit den innovativen medikamentösen Therapien der entzündlich rheumatischen Erkrankungen befasste. Biologika, Biosimilars, JAK-Inhibitoren, weiterhin noch Neues zur MTX-Therapie, aber auch die novellierten Leitlinien zur frühen Arthritis, zur RA und axSpA standen im Fokus. Positiv empfand ich, dass die Fachgesellschaften mehrere Slots interaktiv gestalteten, so dass auch über die Rehabilitation, orthopädie-technische Versorgung oder operative Therapieoptionen gemeinsam diskutiert wurden. Bei einer Gesamtteilnehmerzahl von > 2700 war die Zahl der Orthopäden wiederum sehr gering. Aus meiner Sicht ist dieser Kongress allerdings auch nur für die Kollegen von Interesse, die sich in ihrer täglichen Praxis intensiv mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen beschäftigen oder rheumaorthopädisch operativ tätig sind. Der VSOU und der DKOU sind effektiver, wenn sich der BVOU und die Task force mit den verschiedenen Fachgesellschaften gemeinsam um die komplexen Themen der konservativen Orthopädie kümmern, die nach novellierter ZWBO dann die Orthopädische Rheumatologie ist. Bei der DGORh-Mitgliederversammlung in Dresden fand nach 3-jähriger Präsidentschaft von Prof. Rütger, der sich sehr für die Belange der konservativen Inhalte in der O/U eingesetzt hat und federführend für die novellierte ZWB ORh zuständig war, ein Wechsel statt. Prof. Ralph Gaulke aus Hannover wurde zum Präsidenten gewählt, seine Vizepräsidenten sind Dr. Ludwig Bause aus Münster (zuständig für die operativen Inhalte) und Prof. Rütger aus Hamburg (für die konservativen Inhalte). Ich werde im erweiterten Vorstand weiterhin die Interessen der niedergelassenen Kollegen vertreten, unterstützt von Thomas Gräber aus Gütersloh und Ullrich Illgner aus Koblenz im gewählten Beirat.

Neben den berufspolitischen Aspekten entwickelt sich auch die medikamentöse Therapie in der Rheumatologie weiterhin sehr „turbulent“ und erfolgreich. Bleiben Sie am Ball und informieren Sie über die neuesten Entwicklungen in unserem spannenden Fach der orthopädischen Rheumatologie. Für die ADO-Zertifizierungs-Kurse 2020 erhalten Sie nähere Informationen durch Frau Köhler unter der Tel. Nr. 030-79744404 oder online unter www.bvou.net.

Herzliche Grüße
Ihr Uwe Schwokowski,
Referatsleiter Orthopädische Rheumatologie

GENAU HINGESCHAUT

SPONDYLOARTHRITIDEN RICHTIG DIAGNOSTIZIEREN

Spondyloarthritiden wie Psoriasis-Arthritis und Morbus Bechterew können in unterschiedlichen Erscheinungsformen auftreten. Nicht alle erschließen sich auf den ersten Blick. Denken Sie daher bei Ihren Patienten mit Gelenkbeschwerden daran:

Es könnte mehr dahinterstecken!

PSORIASIS-ARTHRITIS
GEHT UNTER DIE HAUT



MORBUS BECHTEREW
HAT VIELE GESICHTER

**ERKENNEN SIE DIE VIELFÄLTIGEN SYMPTOME UND
INFORMIEREN SIE SICH ZU THERAPIEOPTIONEN!**



www.zusammen-gesund.de/genau-hingeschaut

Cosentyx® 150 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx® 150 mg Injektionslösung in einem Fertigpen

Wirkstoff: Secukinumab (in Ovarialzellen d. chinesischen Hamsters [CHO-Zellen] produzierter, gegen Interleukin-17A gerichteter, rekombinanter, vollständig humaner monoklonaler Antikörper der IgG1/κ-Klasse). **Zus.-setz.:** Arzneil. wirks. Bestand.: 1 Fertigspritze/Fertigpen enthält 150 mg Secukinumab in 1 ml. **Sonst. Bestand.:** Trehalose-Dihydrat, -Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Methionin, Polysorbat 80, Wasser f. Injektionszwecke. **Anwend.:** Behndl. erw. Pat. mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine system. Therapie in Frage kommen. Behndl. erw. Pat. mit aktiver Psoriasis-Arthritis, allein od. in Kombination mit Methotrexat (MTX), wenn das Ansprechen auf eine vorhergehende Therapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) unzureichend gewesen ist. Behndl. erw. Pat. mit aktiver ankylosierender Spondylitis, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeitsreakt. gegen d. Wirkstoff od. einen d. sonst. Bestandt. Klinisch relevante, aktive Infektionen (z. B. aktive Tuberkulose). **Nebenw.:** *Sehr häufig:* Infektionen d. oberen Atemwege. *Häufig:* Oraler Herpes, Rhinorrhö, Diarrhö. *Gelegentl.:* Orale Candidose, Tinea pedis, Otitis externa. Infekt d. unteren Atemwege. Neutropenie, Konjunktivitis, Entzündl. Darmerkrankungen, Urtikaria. *Selten:* Anaphylakt. Reakt. Exfoliative Dermatitis. *Häufigkeit nicht bekannt:* Mukokutane Candidose (einschl. ösophageale Candidose). **Verschreibungspflichtig. Weit. Angaben:** S. Fachinformationen. Stand: Oktober 2019 (MS 10/19.11).

Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg. Tel.: (09 11) 273-0, Fax: (09 11) 273-12 653. www.novartis.de



AMBOSS sechs Monate gratis testen

AMBOSS hat sich längst als Nachschlagewerk für Ärztinnen und Ärzte etabliert. Egal, wann und wo Informationen benötigt werden – im Stationsalltag, in der Diagnostik, bei Medikationen – hier findet sich die Antwort auf Knopfdruck. On- und offline. Mitglieder von BVOU, DGOU, DGOOC und DGU können AMBOSS in den ersten sechs Monaten kostenfrei nutzen.

Amboss für Ärzte

- ▶ Das beliebte Nachschlagewerk jetzt auch für Ärzte in Weiterbildung
- ▶ 6 Monate kostenfrei für Mitglieder von BVOU, DGOU, DGOOC und DGU
- ▶ anschließend Monatsabo für 20 Euro, monatlich kündbar
- ▶ Zugriff auf alle Fachgebiete inkl. Leitlinien

Die Kooperation soll Ärzten einen schnellen Zugang zu relevanten Empfehlungen ermöglichen. Auch die S2k-Leitlinien Gonarthrose, Indikation Knieendoprothese sowie Koxarthrose sind in AMBOSS integriert und stehen sowohl auf der Website als auch in der App zur Verfügung.

AMBOSS wurde 2012 gegründet, um die Aus- und Weiterbildung von Medizinern zu verbessern. Neben Leitlinien sind auch Kommentierungen, Prüfungsfragen und multimediale Inhalte zu finden. Je nach Vertragsdauer (monatlich bzw. jährlich) zahlen Ärzte 20 bzw. 16 Euro, Studierende 9 bzw. 7 Euro pro Monat.

BVOU



Oberärzte beklagen zu wenig Zeit für Weiterbildung der Assistenzärzte

Der Marburger Bund NRW/RLP hat vom 22. Juni bis zum 22. Juli 2019 erstmals eine digitale Umfrage unter Oberärztinnen und Oberärzten in NRW und RLP durchgeführt. Die 1.247 Teilnehmer arbeiten zu 42 Prozent in einem Krankenhaus mit kirchlichem Träger, zu 27 Prozent an einer kommunalen Klinik, zu 16 Prozent an einer Uniklinik und zu 15 Prozent an einer Klinik in privater Trägerschaft. Die Abteilungsgröße beträgt im Schnitt 75 Betten. 34,2 Prozent der Teilnehmer sind Oberärztinnen, 65,8 Prozent Oberärzte.

- ▶ Über 77 Prozent der Oberärzte haben zu wenig Zeit für die Weiterbildung ihrer Assistenzärzte
- ▶ Zwei Drittel aller Oberärztinnen und Oberärzte ist der Meinung, dass administrative Tätigkeiten wertvolle Zeit für Patienten raubt.
- ▶ 69 Prozent gibt an, dass interne ökonomische Vorgaben oft die oberärztliche Tätigkeit prägen
- ▶ Entlastung gibt jeder zweite Chefarzt und über 82 Prozent der ärztlichen Kollegen
- ▶ 30 Prozent erhalten keine übertarifliche Zulage oder Poolbeteiligung
- ▶ Überstunden werden oft weder vergütet noch mit Freizeit ausgeglichen
- ▶ Bereitschaftsdienst – jede fünfte Oberärztin und jeder fünfte Oberarzt geht leer aus
- ▶ Rufbereitschaft – zwei Drittel erhalten finanzielle Vergütung

Quelle: Marburger Bund

Die kompletten Umfrageergebnisse finden Sie unter: bit.ly/2PIIHGf





Antibiotic Stewardship funktioniert sektorenübergreifend

Die besorgniserregende Zunahme multiresistenter Erreger – in jüngster Zeit vermehrt multiresistenter gramnegativer Enterobakterien –, die limitierte Neuentwicklung von Antibiotika und die streckenweise alarmierenden Lieferausfälle wesentlicher Therapeutika machen einen besonnenen Umgang mit Antibiotika wichtiger denn je.

Ziel aller Beteiligten muss es sein, Antibiotika global und regional bei Mensch und Tier zurückhaltend und ausschließlich gezielt einzusetzen (siehe hierzu auch: „EU-one-health- Action-Plan against AMR“; 2017). Antibiotika stehen hier synonym für Antiinfektiva, wie Antituberkulostatika, Virustatika, Antimycotika und andere. Aktuellen Daten zufolge werden in Deutschland 66% aller Antibiotika in der Veterinärmedizin eingesetzt. In der Humanmedizin werden 85% aller Antibiotika im ambulanten Sektor und 15% (zirka 100 Tonnen pro Jahr) im Krankenhaus verbraucht. Innerhalb einer Klinik entfallen etwa 85% aller Verordnungen auf die Normal- und 15% auf die Intensivstationen. Hier werden naturgemäß häufig breit wirksame „Reserveantibiotika“ mit einem hohen resistenzfördernden Potenzial angewendet. Oberstes Ziel ärztlichen Handelns bei Infektionskrankheiten ist und bleibt die Heilung des Patienten mit dem für ihn am besten geeigneten Antibiotikum. Dies erfordert ärztliches Spezial-

wissen und eine langjährige Erfahrung in Diagnostik und Therapie von Infektionen. Antibiotic stewardship (ABS) will ausdrücklich nicht diese ärztliche Expertise ersetzen, sondern zielt auf eine Therapieoptimierung durch Veränderungen des ärztlichen Ordnungsverhaltens ab.

ABS – Was ist das eigentlich?

ABS beschreibt Strategien und Maßnahmen einer rationalen Antibiotikaaanwendung und definiert sich durch mehrere Dimensionen:

- ▶ Zunächst eine strukturelle: Hier geht es um den Aufbau und die Implementierung von ABS-Programmen sowie die Optimierung des Ordnungsverhaltens.
- ▶ Dann eine patientenindividuelle: Diese stellt sicher, dass konkrete Entscheidungen für den Patienten getroffen werden, um das beste klinische Behandlungsergebnis zu erzielen und Fehlindikationen zu vermeiden,
- ▶ sowie eine ethische, die immer im Blick haben muss, dass jede Antibiotikaaanwendung andere Patienten durch Resistenzentwicklung potenziell schädigen kann.

Rechtlicher Rahmen

Seit 2011 ist ABS für Kliniken im Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 23 als „Antibiotika- Verbrauchs-Surveillance“ (AVS) in diversen Länderhygieneverordnungen und in einer aktuell überarbeiteten S3-Leitlinie zur rationalen Antibiotikaaanwendung festgeschrieben. Zentrales Anliegen hierbei ist, ABS-Beauftragte und ABS-Experten auszubilden und eine enge Verzahnung insbesondere zwischen den Ärzten und Apothekern einzuleiten.

ABS-Fortbildungen

Die Fortbildungen hierfür folgen einem bundeseinheitlichen Curriculum und befähigen die Absolventen in ihren Institutionen eigene ABS-Strukturen aufzubauen; diese beziehen ausdrücklich alle an der Behandlung Beteiligten ein. Autorisierte multidisziplinäre Teams entwickeln lokale Antibiotikalistiken, Behandlungsleitlinien, Verbrauchs- und Indikationsanalysen, Fortbildungen etc. und setzen diese um. Eine der effektivsten Maßnahmen zur Reduktion der Inzidenz von multiresistenten Erregern (MRE) ist dann das reibungslose Zusammenspiel von Hygiene mit ABS.

Regionale Netzwerke

Sektorenübergreifend können diese Strukturen am ehesten in regionalen MRE- Netzwerken, die durch den öffentlichen Gesundheitsdienst koordiniert und moderiert werden, etabliert werden. Ein herausragendes Beispiel hierfür ist das MRE-Netz Rhein-Main mit der Arbeitsgruppe ABS, die sich ausdrücklich sektorenübergreifend definiert und bereits viel beachtete Erfolge im verantwortungsvollen Einsatz mit Antibiotika erzielt hat. Die Motivation aller Beteiligten ist der kollegiale Erfahrungsaustausch „auf Augenhöhe“. Eine vom MRE-Netz Rhein-Main gemeinsam mit der Landesärztekammer

Hessen 2016 durchgeführte Umfrage (EVA-Studie) bei niedergelassenen Ärzten zeigte, dass diese sich vor allem vermehrt Fortbildungen und Unterstützung wünschen. In der Folge fanden sich Kooperationspartner (Ärztekammer, MRE-Netz, KV, Hausärzterverband, Urologenverband, Pädiater, Krankenhausgesellschaft- und Apothekerkammer) zusammen, organisierten Fortbildungen und erstellten (Patienten-) Informationsflyer zu Atemwegsinfektionen, Ohrenschmerzen und zu (unkomplizierten) Harnwegsinfektionen.

RAI weiter ausbaufähig

RAI (= Rationale Antibiotikatherapie durch Information und Kommunikation), ein weiteres vielversprechendes Projekt,

wurde bereits 2015 mit Modulen für Veterinär- und Humanmedizin, stationäre und ambulante Antibiotikaverordnungen entwickelt. Im Fokus stehen hier in erster Linie der Atem- und Harnwegsinfekt, Ohreninfektionen und gastrointestinale Infektionen. Alle diese Aktivitäten werden zu einem rationaleren Umgang mit Antibiotika führen, wobei ausschließlich die bessere Vernetzung (stationär und ambulant) sowie gemeinsam organisierte Fortbildungen nachhaltige Ordnungsveränderungen herbeiführen werden. Insbesondere die MRE-Netzwerke scheinen hierfür prädestiniert und werden aufgerufen, sich aktiv dieser Aufgabe zu stellen.

Dr. Rolf Teßmann
Frankfurt/Main

Chefarzt, Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie BG Unfallklinik Frankfurt am Main gGmbH

Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann
Frankfurt/Main

Vizepräsident des BVOU und Leiter der Akademie

Dr. Jörg Ansorg
Berlin

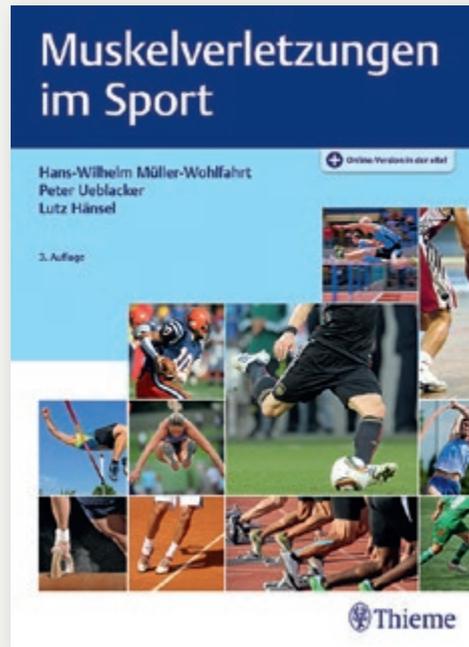
Geschäftsführer BVOU

Treffen der ABS AG für Interessierte, ABS-Beauftragte und ABS-Experten siehe MRE-Netz oder BGU Frankfurt:
<https://www.bgu-frankfurt.de/die-bg-unfallklinik/krankenhaushygiene-abs/abs/>

Kurse der Landesärztekammer Hessen für ABS-Beauftragte (40 Stunden) und ABS-Experten (200 Stunden):
https://www.laekh.de/aerzte/aerztefortbildung/akademie/veranstaltungsangebot/veranstaltung/Antibiotic_Stewardship

Kurse der DGKH für ABS-Beauftragte (Modul 1/40 Stunden) und ABS-Experten (Modul 1–5/200 Stunden):
<https://www.antibioticstewardship.de/#termineAnch>

Hygiene-Fortbildungsangebote des BVOU:
<https://www.bvou.net/hba-hygienebeauftragter-arzt-blended-e-learning-kurs>



H.W. Müller-Wohlfahrt, P. Uebliacker, L. Hänsel: Muskelverletzungen im Sport. Thieme Verlag Stuttgart, 3. unveränderte Auflage 2014. 488 Seiten, 546 Abb. ISBN 978-3-13-242820-1, 179,99 €

Ein Monolith zum Thema Muskelverletzungen im Sport

Hans-Wilhelm Müller-Wohlfahrt ist der vermutlich bekannteste Sportorthopäde Deutschlands. Mit dem vorliegenden monographischen Band zu Muskelverletzungen im Sport hatte er mit der Erstauflage 2010 sich selbst und auch der Leserschaft seinen Traum erfüllt, der vom Thieme Verlag höchst aufwendig hinsichtlich Papierqualität, Vielfarbigkeit und der zeichnerischen Qualität der vielen Abbildungen umgesetzt wurde. Der breite Aufbau des Buches reicht von der funktionellen Anatomie über physiologische Grundlagen bis zu molekular- und zellbiologischen Aspekten der Muskelregeneration einschließlich patho/physiologischer Muskelheilungsvorgänge, die den Grundlagenblock beschließen. Auch das Kapitel zur funktionellen Anatomie der Skelettmuskulatur besticht durch seine Komplettheit und hervorragenden Abbildungen.

Die Epidemiologie von Muskelverletzungen im Sport, deren Erfassung im klinischen Gespräch, klinische Untersuchung, Ultraschall-, aber auch Kernspindiagnostik und mögliche Differentialdiagnosen u. a. auf neurologischem und psychologischem Gebiet umfassen einen zweiten Block. Müller-Wohlfahrt

schätzt, dass mehr als ein Drittel aller Verletzungen in Fußball und Leichtathletik die Muskulatur betreffe. Eine Übersicht, in welcher Sportart über den Fußballsport hinaus (das neu gestaltete Titelbild zeigt eine Vielzahl anderer Disziplinen) welche Muskeln von direkten oder indirekten Traumata am häufigsten betroffen sind, fehlt leider weiterhin.

Müller Wohlfahrt hatte zuletzt öffentlich sein Bedauern über mangelnde palpatorische Fertigkeiten innerhalb der Kollegenschaft in O und U rätioniert und ein Übermaß an MRT-Diagnostik beklagt. Im Buch findet sich die vom Autor empfohlene Vorgehensweise für die klinische Entscheidungsfindung nachvollziehbar abgebildet. Für praktisch tätige Orthopäden und Unfallchirurgen stellt die Ultraschalldiagnostik als primäre klinische Bildgebung trotz Müller—Wohlfahrts beneidenswerten Erfahrungsschatzes ein unverzichtbares Hilfsmittel dar. Das Sonografie-Kapitel beweist, dass sich die Kernspintomografie, die bei ähnlicher Auflösung wie der Ultraschall nur vermeintlich weniger untersucher- und interpretationsabhängig zu sein scheint, nicht selten erübrigt und zumindest auf bestimmte Frage-

stellungen wie zum Beispiel okkulte und insertionsnahe Beschwerdebilder erstrecken sollte.

Ein Großteil des Buchs widmet sich der vom Herausgaberteam betriebenen konservativen Therapie, auch Injektionstherapie unter Einschluss der Wirbelsäule, die von Kapiteln zur operativen Behandlung und physikalischen Therapie ergänzt werden.

Abgeschlossen wird das Buch durch besondere Fälle aus dem Hochleistungssport, die kasuistisch Einblicke in die renommierte Praxis des Herausgebers und sein alltägliches Vorgehen geben. Weiterführende Abschnitte bzgl. präventiver Maßnahmen aus dem Rehabilitationstraining und zur Kommunikation medizinischer und prognostischer Aspekte mit Trainer und verletztem Sportler wären für Wettkampfarzte hilfreich. Wann der „return to sports“ erfolgen kann, sollte in einem eigenen Kapitel zusammengefasst werden.

Das von der zahlreichen Leserschaft (Curt-Rabl-Preisträger!) angenommene Buch stellt einen klaren Monolithen zum Thema Muskelverletzungen im Sport dar.

Dr. Hartmut Gaulrapp, München

Entscheidungshilfen und Empfehlungen beim Return to Play

Vor uns liegt mit diesem Buch kompakt und gewichtig der aktuelle Stand der Wissenschaft, der sich alleine mit der Frage befasst, wann ein Fußballspieler oder eine Fußballspielerin nach überstandener Verletzung oder Operation wieder vollumfänglich mit dem Fußballsport beginnen darf. Herausgeber sind international bekannte erfahrene Sporttraumatologen die sich seit Jahren, wenn nicht Jahrzehnten mit Hochleistungsfußballspielern und deren Verletzungsbildern beschäftigen. Alleine 15 Seiten umfasst die weitere Autorenschaft.

Das vorgelegte Buch gliedert sich in 9 Hauptteile. In der Einführung stechen Kapitel zur Vorhersage des Verletzungsrisikos und dessen Beeinflussbarkeit heraus. Der 2., 3. und 5. Hauptteil befassen sich mit einem zentralen Thema der Sporttraumatologie, der Verletzung, Behandlung und Rehabilitation des vorderen Kreuzbands und anderen komplexen Knieverletzungen. Nicht ganz überraschend wird das Thema auf fast 350 Seiten ausgebreitet. Den besonders von Verletzungen des vorderen Kreuzbands betroffenen Fußballspielerinnen wird allerdings kein eigenständiges Unterkapitel gewidmet.

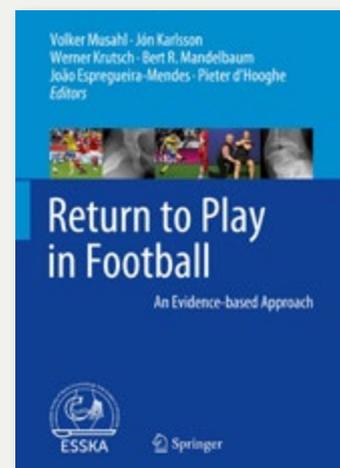
Nur der 4. Hauptteil stellt gelenkspezifische, also regionale Verletzungsbilder vor. Im 6. Hauptteil wird in angemessenem Umfang dem lange Jahre unterschätzten Problemkreis von Schädel-Hirn-Traumata Rechnung getragen, bevor sich weitere kürzere Hauptteile mit Dopingfragen und ethischen Problemen befassen. Abgeschlossen wird das Werk durch mehrere Präventionsprogramme, darunter auch das bekannte 11+ -Präventionsprogramm des Weltfußballverbands FIFA.

Pieter d'Hooghe schreibt in seinem Vorwort für alle Herausgeber, dass die Frage, wann ein Sportler wieder zurückkehren kann, eine der schwierigsten Herausforderungen für Fußballärzte sein könne. Der vorliegende Band umfasst die von einer breit gefächerten vielfäl-

tigen Autorenschaft zusammengetragenen Empfehlungen und geht weit über die in Sportteilen deutscher Zeitungen häufig wiederholt zu findenden simplifizierenden Darstellungen hinaus. Sportmedizinische Erfahrung nimmt in der manuellen Diagnostik, also der Erfassung vorliegender Störungen und Verletzungen mit den Händen nur ihren Anfang, benötigt darüber hinaus aber eben doch eine Vielzahl anderer Hilfsmittel, seien es Bildgebung, biomechanische Kenntnisse, den engen Austausch im Team mit Trainer, Physiotherapeut, Rehasporttrainer und der beteiligten Ärzte untereinander. Im Zentrum steht aber die Kommunikation unter Austausch mit den Betroffenen, dem Sportler und seinen individuellen Symptomen.

Die eingangs dargestellte zentrale Fragestellung nach dem „Return to Play“ zu beantworten ist und bleibt nicht leicht. Dies findet ausdrücklich Bestätigung auch nach Lektüre dieses wirklich umfassenden, gewichtigen und nicht billigen Werkes, das für die spezifisch Interessierten aus Sporttraumatologie, Physiotherapie und Rehabilitation sowie Fußballtrainern eine Vielzahl von Entscheidungshilfen und Empfehlungen darstellt.

Dr. Hartmut Gaulrapp, München



Musahl, V., Karlsson, J., Krutsch, W., Mandelbaum, B.R., Espregueira-Mendes, J., d'Hooghe, P. (Hrsg) Return to play in Football. Springer Berlin 2018, 987 S., zahlreiche Abbildungen, ISBN 978-3-662-55712-9, 277,13 €



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
07.–08.02.2020	Hygienebeauftragter Arzt (HBA) – speziell für niedergelassene Ärzte	Nürnberg	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	559 €	699 €
15.–16.05.2020	Hygienebeauftragter Arzt (HBA) – curriculare Fortbildung	Berlin	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	559 €	699 €
16.–17.10.2020	Hygienebeauftragter Arzt (HBA) – curriculare Fortbildung	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	Berlin	Prof. Michael Wich, Dr. Holm-Torsten Klemm		
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 €
Paketangebot	Datenschutzpaket für kleine und mittlere Praxen			395 €	595 €
Röntgen: Update Fachkunde Strahlenschutz					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
02.05.2020	Update Fachkunde Strahlenschutz	Baden-Baden (VSOU)	Dr. Johannes Flechtenmacher, Dr. Tim Abt	250 €	450 €
Rheuma					
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 €
RheFO – Kursreihe zum Zertifikat „Rheumatologisch fortgebildeter Orthopäde“					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
21.03.2020	Rheuma-Intensivmeeting	Lübeck	Dr. Uwe Schwokowski	kostenfrei	
ADO-Kurse für Medizinische Fachangestellte MFA					
Orthopädisch-Traumatologische Fachassistenz (OTF): Berufsbegleitender Lehrgang für Medizinische Fachangestellte in Klinik und Praxis					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
17.–18.01.2020	Modul 2: Traumatologie der oberen Extremität	München	Dr. Christoph Weinhardt	250 €	350 €
08.–09.05.2020	Modul 3: Traumatologie der unteren Extremität	München	Dr. Christoph Weinhardt	250 €	350 €
26.–27.06.2020	Modul 4: Der „chronische Patient“: Chronisch-degenerative Erkrankungen	München	Dr. Christoph Weinhardt	250 €	350 €





Fortbildung Aufbereitung von Medizinprodukten für MFA (Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
08.02.2020	Aufbereitung von Medizinprodukten (MFA)	Nürnberg	Kathrin Mann	399 €	499 €
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 €
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 €
Hygienebeauftragte Medizinische Fachangestellte (HB MFA): curriculare Fortbildung (Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
07.02.2020	Blended-Learning-Fortbildung zur Hygienebeauftragten MFA	Nürnberg	Kathrin Mann	399 €	499 €
24.03.2020	Blended-Learning-Fortbildung zur Hygienebeauftragten MFA	Tuttlingen	Kathrin Mann	399 €	499 €
19.08.2020	Blended-Learning-Fortbildung zur Hygienebeauftragten MFA	Berlin	Kathrin Mann	399 €	499 €
01.12.2020	Blended-Learning-Fortbildung zur Hygienebeauftragten MFA	Bochum	Kathrin Mann	399 €	499 €
durchgehend	Refresherkurs Hygienebeauftragte MFA	E-Learning	Kathrin Mann	319 €	399 €

ADO-Kooperationen

DGOOC – Kursreihe Spezielle Orthopädische Chirurgie → Sonderpreis für DGOOC-Mitglieder: 500€					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
23.–25.01.2020	Wirbelsäule	Berlin	Prof. Dr. René Schmidt, Dr. Matti Scholz	500 €	600 €
27.–29.02.2020	Knie	Berlin	Dr. Michael Krüger-Franke, PD Dr. Oliver Miltner, Prof. Dr. Christian H. Siebert	500 €	600 €
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 €
DVT Fachkunde – Digitale Volumentomographie					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
25.01.2020	Spezialkurs Digitale Volumentomographie	Berlin	Dr. med. Markus Preis, Dipl.-Ing. Christian Stegmann	500 €	1.000 €
08.02.2020	Spezialkurs Digitale Volumentomographie	Kiel	Dr. med. Markus Preis, Dipl.-Ing. Christian Stegmann	500 €	1.000 €
28.03.2020	Spezialkurs Digitale Volumentomographie	Aschaffenburg	Dr. med. Markus Preis, Dipl.-Ing. Christian Stegmann	500 €	1.000 €
30.04.2020	Spezialkurs Digitale Volumentomographie	Baden-Baden	Dr. med. Markus Preis, Dipl.-Ing. Christian Stegmann	500 €	1.000 €
Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen-EMG, SinfoMed GmbH					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
29.02.2020	EMG-Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedbacktherapie	Frechen	Dr.med. Maximilian Meichsner		
01.05.2020	EMG-Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedbacktherapie	Baden-Baden	Dr.med. Maximilian Meichsner		
01.05.2020	Fokussierte Stoßwellentherapie – klassisch und myofascial	Baden-Baden	Dr.med. G. Sutter		



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

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
31.01.–01.02.2020	AE-Masterkurs Revision Knie	Köln	Dr. med. Alois Franz, Priv.-Doz. Dr. med. Ralf Decking

Vereinigung für Sportmedizin

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
02.–09.02.2020	32. Internationales Berliner Sportmedizinisches Wochenseminar	Ruhpolding	PD. Dr. med. Holger Mellerowicz, Univ.-Prof. Dr. Dr. med. J. Niebauer, MBA

Pro Sympos GmbH

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
16.–18.01.2020	CoST OP-Kurs Fuß und Sprunggelenk	Essen	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg Jerosch, Dr. med. Jochem Schunck, Dr. med. Theo Patsalis, Prof. Dr. med. Timm J. Filler

VFOS – Verein zur Förderung der Orthopädie u. Sportmedizin e. V.

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
17.–19.01.2020	Grundkurs Sonographie des Stütz- und Bewegungsapparates 2019	Grünwald	Prof. Dr. B. Rosemeyer, Dr. M. Krüger-Franke, Dr. A. Kugler
15.–16.02.2020	Vorbereitungskurs Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie	Grünwald	Prof. Dr. B. Rosemeyer, Dr. M. Krüger-Franke, Dr. A. Kugler
06.–08.03.2020	Aufbaukurs Sonographie des Stütz- und Bewegungsapparates 2019	Grünwald	Prof. Dr. B. Rosemeyer, Dr. M. Krüger-Franke, Dr. A. Kugler

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
19.–20.03.2020	5. Alterstraumatologie Kongress 2020	München	Prof. Dr. med. univ. C. Kammerl, Univ.-Prof. Dr. med. W. Böckernder, Univ.-Prof. Dr. med. univ. M. Gosch

MWE – Ärzteseminar für Manuelle Medizin

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
03.–05.01.2020 10.–12.01.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Neuss	Dr. med. Helmut Roscheck
04.–08.01.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Bad Krozingen	Dr. med. Achim Peters
04.–08.01.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Damp-Eckernförde	Johann Bremer, Rosemarie Hunter
17.–19.01.2020 24.–26.01.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Berlin	Jürgen Lawall, Sergej Thiele
17.–19.01.2020 24.–26.01.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	München	Dr. med. Hein Schnell, Dr. med. Florian Max-Josef Wagner M.D.O.-DGCO
24.–26.01.2020 31.01.–02.02.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Ulm	Dr. med. Norbert-Rainer Dehoust
31.01.–02.02.2020 07.–09.02.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Karlsruhe	Dr. med. Michael Frey
07.–09.02.2020 14.02.–16.02.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Hamburg	Rosemarie Hunter, Johann Bremer
08.–13.02.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Isny	Prof. Dr. med. Hermann Locher
28.02.–01.03.2020 06.–08.03.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Bochum	Dr. med. Achim Peters
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 Kreutz
12.–14.06.2020 19.–21.06.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Neuss	Dr. med. Helmut Roscheck

med update GmbH

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
06.–07.03.2020	Ortho Trauma Update 2020	Berlin	Ralph Gaulke, Klaus-Peter Günther, Stefan Rehart



**„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