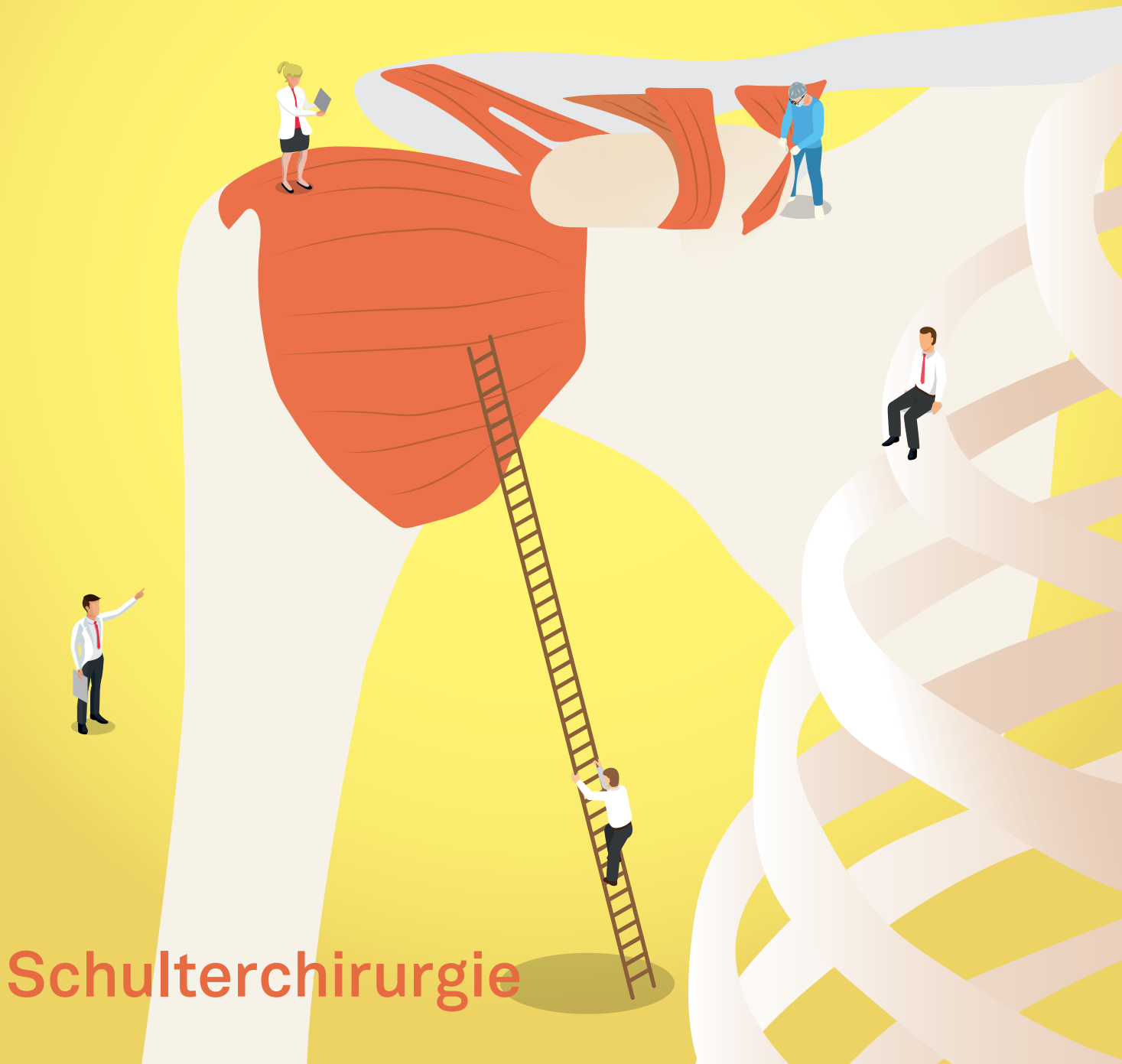


infobrief



Schulterchirurgie

34

Entlastungspraxen und Reserven mobilisieren – Gemeinsam in O und U durch die Corona-Krise

40

Tipps für die Unlockphase: BVOU unterstützt seine Mitglieder

51

Check My Back – Selektivvertrag zur Versorgung des Rückenschmerzes startet



Ihr DVT für die Computertomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie



Von Ärzten für Ärzte

DVT-Live-Demo & Beratung
deutschlandweit an mehr als 60 Standorten

Beratung

Betriebswirtschaftliche Potenzialanalyse,
Amortisations- & Ertragsberechnung

Jetzt kostenfreies Beratungsangebot zum planungs-
sicheren Einstieg in die 3-D-Bildgebung anfordern.



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



BVOU-Edition

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

Kaufen · Leasen · Mieten
Jetzt alle Vorteile der BVOU-Edition entdecken.



QR-Code scannen
oder direkt unter:
myscs.com/bvou-edition

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der medizinische Schwerpunkt dieses Infobriefs gilt den Schulter- und Ellenbogenerkrankungen. Die Schulter ist das beweglichste, aber auch das komplizierteste Gelenk. Zusammen mit der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) stellen wir in dieser Ausgabe die neuesten Trends in der Schulter-Endoprothetik vor, informieren über die Rehabilitation nach konservativ oder operativ behandelten Verletzungen, stellen Therapiekonzepte bei der ligamentären Ellenbogenluxation vor, berichten über die Zertifizierung für Zentren, Referenzkliniken und Referenzpraxen und das dazugehörige Endoprothesenregister für die Schulter und stellen weitere Themen vor. Wir setzen damit die enge inhaltliche Zusammenarbeit mit den Sektionen der DGOU bei den medizinischen Schwerpunktseiten unseres Infobriefes fort. Zuletzt mit der Sektion Fuß- und Sprunggelenk in Heft 1/2020, jetzt mit der Sektion Schulter und Ellenbogen in der vorliegenden Ausgabe.

Die aktuellen Beiträge zeigen, welchen hohen Standard die Versorgung von Schulter- und Ellenbogenerkrankungen erreicht hat. Um diese Qualität flächendeckend einzufordern und zu sichern, haben die Kollegen und Kolleginnen der DVSE die Zertifizierung ClarCert entwickelt und eingeführt. Wer zertifiziert werden will, verpflichtet sich auch zur Teilnahme am Endoprothesenregister für die Schulter. Das bedeutet, dass alle Operationen konsekutiv gemeldet werden müssen. Das Register ist aber nicht nur ein Implantat-, sondern auch ein Nachbeobachtungsregister. Gemeldet werden auch die weiteren Versorgungsergebnisse. Damit ist es auch ein Instrument der Versorgungsforschung, nicht der Marktvereinigung. Allerdings ist das Register auch wieder die freiwillige Leistung einer Fachgesellschaft, die nicht durch höhere Honorare gegenfinanziert wird. Im Grunde ein unhaltbarer Zustand.

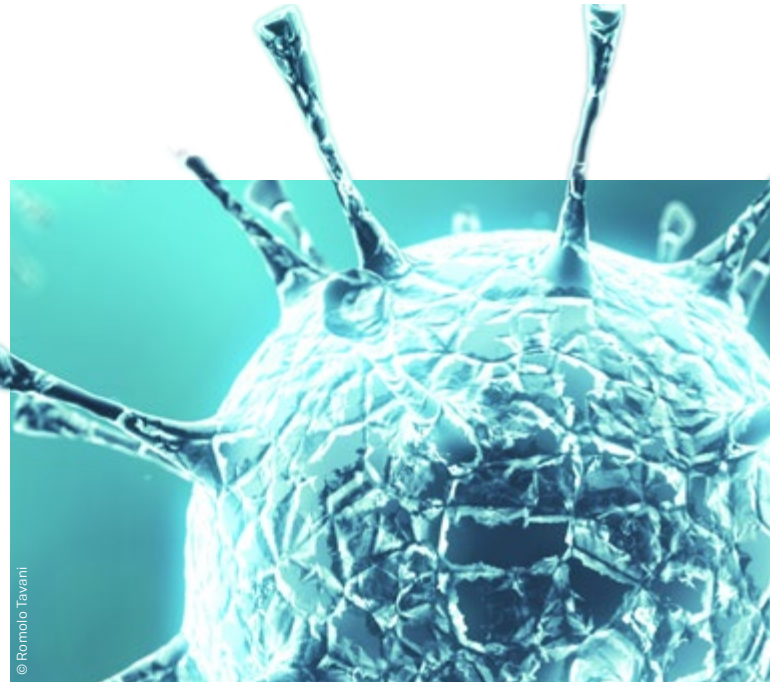


Dieser Infobrief erreicht Sie in einer Zeit beginnender Normalität nach dem Höhepunkt der Corona-Infektionen im März und April. Die Praxen und Kliniken verzeichnen wieder mehr Patientenkontakte und die Kliniken beginnen auch, die aufgeschobenen, elektiven Operationen nachzuholen. In dieser Unlockphase wird es darum gehen, Kriterien zu finden, wie der Praxis- und Klinikbetrieb unter den weiter bestehenden Ansteckungsrisiken medizinisch und betriebswirtschaftlich sinnvoll gestaltet werden kann. Noch ist nicht klar, ob es eine zweite Welle geben wird. Eines aber ist klar: Wirklich zu Ende sein wird die Pandemie erst mit einer Impfung. Aber auch dann wird es in vielen Bereichen kein Zurück zum alten Status Quo mehr geben. Die Pandemie wird nicht spurlos an der Medizin vorbeigehen. Wir werden als Berufsverband alles tun, Sie bei der Bewältigung dieser Veränderungen bestmöglich zu unterstützen.

Ein Infobrief ist immer eine Teamleistung, die nur in enger Zusammenarbeit mit Kollegen und Kolleginnen des BVOUs und anderer Fachgesellschaften entsteht. Mein besonderer Dank geht bei diesem Heft an die DVSE mit dem Präsidenten Markus Scheibel und dem 1. Vizepräsidenten Lars Lehmann. Mein Dank geht auch an alle Autoren und die Verantwortlichen in der Geschäftsstelle des BVOUs.

Ich wünsche Ihnen eine aufschlussreiche Lektüre. Bleiben Sie gesund!

Dr. Johannes Flechtenmacher
Präsident des BVOU



03 Editorial

06 Schwerpunkt: Schulterchirurgie

- 06 DVSE – Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e. V.
- 08 Trends in der inversen Schulterendoprothetik
- 13 Rehabilitation nach Schulter-Operation – Rotatorenmanschettenrekonstruktion
- 16 Aktuelle Therapiekonzepte bei ligamentärer Ellenbogenluxation
- 19 Kommission Leitlinie und Begutachtung der DVSE
- 21 Das Shoulder Pacemaker Therapiekonzept zur Behandlung der funktionellen hinteren Schulterinstabilität
- 24 Zertifizierung von Schulter- und Ellenbogen-Einrichtungen

27 Berufspolitik

- 27 Neue Heilmittelverordnung ab Oktober 2020
- 30 Die Pandemie verändert alles: Zweite Gesamtvorstandssitzung 2020 als Online-Meeting
- 32 DMP Osteoporose: Prozess aktiv begleiten

33 Aus den Landesverbänden

- 33 Abgeschafft: Unvergüteter Fragebogen „Verordnung orthopädischer Fußschutz“

34 News und Service

- 34 Entlastungspraxen und Reserven mobilisieren – Gemeinsam in O und U durch Krisenzeiten
- 37 In diesem Jahr ist alles anders!
- 38 Abgesagt: Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2020
- 39 Die vielseitige Verbandsarbeit im Jahresbericht zusammengefasst
- 40 Tipps für die Corona-Unlockphase: BVOU unterstützt seine Mitglieder weiterhin bei der Krisenbewältigung
- 44 Interview: „DVT ist die Zukunft der radiologischen Bildgebung in O und U“
- 46 Das orthopädische Gärtnern

48 O und U Digital

- 48 Videosprechstunde und E-Rezept: Warum es wichtig ist, schnell zu handeln
- 50 Haltung zeigen: Webseite im Umbau

51 Honorar und Abrechnung

- 51 Check My Back – Selektivvertrag zur Versorgung des Rückenschmerzes startet – Bundesweit kooperierende Ärzte gesucht
- 53 BÄK-Abrechnungsempfehlungen: Situation für O und U unbefriedigend
- 54 Kommentar zur neuen Heilmittel-Blankverordnung



56 Recht und Versicherung

- 56 Aufklärung und Operation bei degenerativen Innenmeniskusschäden
- 57 Berufsunterbrechungs-Versicherung für niedergelassene Ärzte (Ärzte-BU)

58 Weiter- und Fortbildung

- 58 Gesucht! – Mentoren für die Nachwuchsförderung: BVOU und Junges Forum schalten Mentorenprogramm frei
- 60 Facharztweiterbildung im ambulanten Bereich
Wie sieht es der Klinikchef?
- 62 Medikamentöse Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen
- 65 Erste Online-Prüfungssimulation:
„Von den technischen Möglichkeiten beeindruckt!“
- 66 Novartis im Gespräch mit Prof. Dr. Braun:
Einordnung des Krankheitsbegriffes axSpA und Bedeutung der Früherkennung

68 Kursangebote der ADO

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

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

Autoren dieser Ausgabe

Dr. Jörg Ansorg, PD Dr. Marc Banerjee,
Prof. Dr. med. Jürgen Braun, Dr. med. Karsten Braun, LL. M.,
Victor Danzinger, Prof. Christoph Eingartner, Dr. Johannes
Flechtenmacher, Dr. Michael Hackl, Annika Hättich,
Dr. h.c. Markus Hoppe, Dr. med. Peter Hoyer, Dr. Arne Björn
Jäger, Dr. med. Christian Jung, Dr. Verena Krickl,
Janosch Kuno, Prof. Dr. med. Andreas Kurth,
Prof. Dr. med. Lars-J. Lehmann, Dr. Burkhard Lembeck,
PD Dr. Philipp Moroder, Univ.-Prof. Dr. Lars Peter Müller,
Dr. Marie Samland, Prof. Dr. med. Walter Schaffartzik,
Prof. Dr. med. Markus Scheibel, Dr. Jonas Schmalzl,
Dr. Uwe Schwokowski, Sabine Stock, PD Dr. Kilian Wegmann,
Christine Wohlers

Redaktionsschluss

27.05.2020

Konzept und Gestaltung

Rhowerk GmbH – www.rhowerk.de

Druck

Das Druckteam Berlin

Titelbild (Seite 1)

© Macrovector, chanut iamnoy/Shutterstock

Der Infobrief erscheint viermal jährlich.

Kursanmeldung

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

DVSE – Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e. V.



„Die Aufgabe der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e. V. ist es, die ethische Ausübung einer evidenzbasierten, hochwertigen und kostentransparenten Medizin auf ihrem Fachgebiet zu unterstützen.

Zweck des Vereins ist die Förderung der Wissenschaft auf dem Gebiet der Erkrankungen und Verletzungen von Schulter- und Ellenbogengelenk in Forschung, Lehre und Krankenversorgung, einschließlich der Rehabilitation bei diesen Krankheiten.“

So definieren wir uns- seit nunmehr 26 Jahren. Und schon 1994 im Gründungsjahr der DVSE unter der Präsidentschaft von Achim Hedtmann ging es um jene Kernthemen, die uns heute mehr denn je beschäftigen: Standardisierte Untersuchungen, Befunddokumentation, Übernahme des Funktions-scores nach Constant und Murley, sowie die Einleitung von Sammelstudien zur Schulterchirurgie, damals insbesondere zu den Ergebnissen der Rotatorenmanschettenrekonstruktion.

Dabei sieht sich die DVSE mehr als alle anderen wissenschaftlichen Vereinigungen als Organspezifische und Fachübergreifende Gesellschaft

in O und U. Seit Beginn der DVSE habe Orthopäden und Unfallchirurgen Hand in Hand zusammengearbeitet, zusammen gearbeitet, diskutiert und natürlich auch gefeiert. Der Schulter- und Ellenbogenchirurg definiert sich über die ganzheitliche Behandlung aller Verletzungen und Erkrankungen der Gelenke- auch in Kooperation und gemeinsamen Kongressen mit prozeduralen Fachgesellschaften wie der AE, AO und AGA.

Aus anfänglich 20 Mitgliedern sind mittlerweile über 1.000 geworden und die initial definierten Kernaufgaben wurden mehr und mehr professionalisiert. 11 Kommissionen mit je 10 Kommissionsmitgliedern kümmern sich um die Themenbereiche

- ▶ Preise und Stipendien
- ▶ Research und Development
- ▶ Leitlinien und Begutachtung
- ▶ Strukturverbesserung, Transparenz & Qualitätssicherung
- ▶ Assistenzärztinnen | Ärzte
- ▶ Kommunikation
- ▶ Fortbildung/Zertifikat
- ▶ Junges Forum
- ▶ Ellenbogen
- ▶ Endoprothesenregister
- ▶ Rehabilitation

Zu den Themen Leitlinien und Begutachtung, Qualitätssicherung und Rehabilitation wird in dieser Ausgabe berichtet. Standardisierte Untersuchungstechniken für Schulter und Ellenbogen sowie deren Bildgebung sind auf der Homepage der Gesellschaft zum Download frei verfügbar.

Nicht zuletzt durch die Unterstützung unserer Industriepartner können wir jährlich 13 Preise zu Grundlagen- und angewandter Forschung sowie nationale und internationale Fellowships anbieten.

In den letzten Jahren wurde der Zentrumsbegriff zunehmend als Qualitäts- und PR-Merkmal missbraucht. Die Kommission hat nun Kriterien und Verfahrensweisen erarbeitet, um eine von der DVSE anerkannte zertifizierte Einrichtung zu werden. Dies wurde auch durch die Mitglieder begleitet und anerkannt. In Zusammenarbeit mit Clarcert konnten auf dem letzten DKOU-Kongress in Berlin die ersten drei Zentren ausgerufen werden.

Die Qualitätskriterien, die in der DVSE seit langem intensiv bearbeitet und kontrolliert werden, wurden auch in Europa positiv beobachtet, sodass eine Kommission dafür unter deutschem Vorsitz in der SECEC (Europäische Gesellschaft für Schulter- und Ellenbogenchirurgie) gegründet wurde.

Neben der Personenspezifischen Zertifizierung sowie der Zertifizierung der Schulter- und Ellenbogenchirurgisch tätigen Institutionen, über die noch ausführlich in dieser Ausgabe berichtet wird, waren zwei weitere Themen der letzten Jahre ein Kernanliegen des aktuellen Vorstandes, bestehend aus Prof. M. Scheibel (Präsident), Prof. L. J. Lehmann (1. Vizepräsident), Prof. L. P. Müller (2. Vizepräsident), Prof. P. Raiss (Schriftführer) und PD Dr. Frieder Mauch (Kassenführer):

Die **Integration und Förderung des Nachwuchses**, sei es im studentischen Bereich als auch der Assistenzärzte sowie die **Internationalisierung der Fachgesellschaft**.

2010 von Studenten ins Leben gerufen und seitdem studentisch geleitet, vertritt das Junge Forum die Interessen der studentischen Mitglieder der DVSE mit dem Ziel, die Methoden des wissenschaftlichen Arbeitens zu erlernen und zu deren Umsetzung zu engagieren, die klinischen Grundlagen der Schulter- und Ellenbogenchirurgie zu vermitteln und seine Mitglieder bei der Karriereplanung zu unterstützen. Erfahrene DVSE Mitglieder dienen als Mentoren und unterstützen den medizinischen Nachwuchs auf ihrem Werdegang.

Nach Gründung des DVSE Forums für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte im Oktober 2016 wurde ein strukturiertes Fortbildungskonzept erarbeitet, um die systematische Ausbildung von Weiterbildungsassistentinnen und -Assistenten

in der Schulter- und Ellenbogenchirurgie sicherzustellen. Dies war ein wichtiges Bindeglied zwischen dem jungen Forum und dem als Facharzt zertifizierten Schulter und Ellenbogenchirurgen. 36 Korrespondierende Mitglieder aus allen Teilen der Welt repräsentieren den wichtigen Stellenwert, den die Internationalisierung unserer Fachgesellschaft hat.

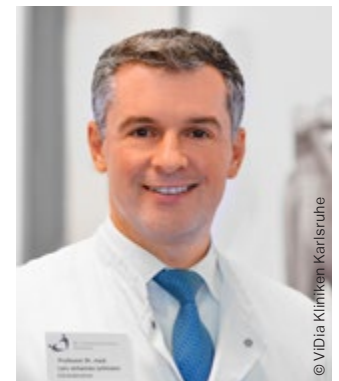
Reisestipendien wie das internationale Hospitationsstipendium, das SLAHOC Fellowship und das Ellenbogen-Fellowship bei Prof. Graham King am Upper Limb Centre (Western University) in London Ontario, Kanada ermöglichen jungen Kolleginnen und Kollegen zahlreiche neue Kontakte zu schaffen.

Die schon von Beginn an enge Verbundenheit zu unseren Kollegen in Österreich und der Schweiz führte zu einer weiteren Öffnung der DVSE. Erstmals konnten wir in 2018 eine Jahrestagung in St. Gallen austragen. Es bleibt weiterhin unser Ziel, die deutschsprachigen Schulter- und Ellenbogenchirurgen unter einem Dach zu vereinen.

Die DVSE ist eine schnell wachsende, wirtschaftlich gesunde und fachlich überaus aktive Fachgesellschaft und bleibt dennoch eine Familie. Dies ist neben all den aufgeführten Fakten wohl der wichtigste Punkt, der die DVSE so attraktiv macht.



Prof. Dr. med. Markus Scheibel
Chefarzt Schulter und Ellenbogen
Schulthess Klinik Zürich
DVSE-Präsident



Prof. Dr. Lars-J. Lehmann
Ärztlicher Direktor
der Klinik für Unfall- und Handchirurgie, Sportmedizin
ViDia Kliniken Karlsruhe
1. DVSE-Vizepräsident

Trends in der inversen Schulterendoprothetik

Steigende Implantationsraten, eine zunehmende Indikationserweiterung auf proximale Humerusfrakturen, der Trend zur vermehrten Lateralisierung und Änderung des Prothesendesigns sowie die Entwicklung der patientenspezifischen Instrumentierung – es tut sich etwas in der inversen Schulterendoprothetik.

Seit Einführung der modernen inversen Prothese 1987 durch Paul Grammont hat sich die Versorgungssituation massiv gesteigert. Dies nicht zuletzt aufgrund der langanhaltend sehr guten funktionellen Resultate für unterschiedlichste Indikationsgebiete (**Tab.1**). Mit nachweislich 15 Jahren Überlebensraten zwischen 80 und 95 % (**Tab. 2**) und über die Zeit stabilen Constant Score Werten zwischen 70 und 85 % zeigt die inverse Prothese subjektiv und objektiv denen der Hüftendoprothese vergleichbare Resultate (**Tab. 1**).

Einschränkungen insbesondere der Rotationsfähigkeit sowie das vermehrt über die Zeit erkennbare scapuläre Notching führten, insbesondere getriggert durch die biomechanischen Überlegungen von Marc Frankle, zu einer Rückbesinnung auf ursprüngliche Prothesenformate aus den frühen 70er Jahren. Diese Modelle zeichneten sich insbesondere durch eine vermehrte Lateralisierung der Gelenklinie und anatomische humerale Inklination aus. Das frühe Versagen dieser Prothesen resultierte jedoch mitnichten aus diesem Design wie fälschlicherweise häufig zitiert-, sondern aus der vollständigen Kopplung der humeralen und glenoidalen Komponente sowie unzureichender glenoidaler Fixierungsmöglichkeit.

So entstand insbesondere im Laufe der letzten 5 Jahre ein stete Veränderung hinsichtlich Inklination, Retrotorsion und Offset (durch humerale oder laterale, metallische oder biologische Lateralisierung)

Design

Eine der wichtigen Veränderungen ist das Abrücken vom ursprünglichen, von Paul Grammont in den 1980er Jahren entwickelten, Design mit einer

humeralen Inklination von 155° hin zu einer vermehrten Lateralisierung mit Verwendung von Humerusschäften mit einer anatomischen Inklination von 135° (**Abb. 1**). Dies hat theoretisch Einfluss auf Beweglichkeit, Stabilität, Notching, Neuropraxie und Konvertierbarkeit, im Frakturfall auf die Tuberculaeinheilung sowie potentiell durch Reduktion der Distalisierung auf die Häufigkeit von Ermüdungsfrakturen an Spina und Acromion.

Die Steilstellung der inversen Prothesenpfanne verringert das Risiko des sogenannten „Inferior Scapular Notching“ (**Abb. 2**). Zusätzlich entscheidend im Hinblick auf das Notchimpingement ist die ausreichend kaudale Positionierung der Glenoidkomponente.

Unter einem sog. „Notching“ versteht man eine sichtbare Einkerbung am unteren Skapulahals im a.p.-Röntgenbild. Sie entsteht durch einen mechanischen Konflikt bei Adduktion des Armes und wird in vier Grade klassifiziert.⁸

Auch die Form der Glenosphäre und der Abstand zwischen Drehzentrum und Prothesenschaft hat Auswirkung auf die Biomechanik des Gelenks und die postoperative Beweglichkeit. Umso weiter das Drehzentrum nach lateral und kaudal verlagert wird, umso mehr nimmt der Abstand der Pfanne zum Skapulahals zu und der Bewegungsumfang vergrößert sich.^{9,10}

In einer Review-Arbeit von Erickson et al.¹¹, die insgesamt 38 Studien und 2.222 Schultern einschloss, wurde nach einem durchschnittlichen Follow-Up von 37,9 Monaten eine Notching-Rate von 2.8% für lateralisierte inverse Prothesen mit 135° und 16.8% für Prothesen mit 155° humeraler Inklination beschrieben.

Prothesen mit 135° humeraler Inklination zeigten bislang jedoch kein erhöhtes Luxationsrisiko, was lange als Gegenargument für die Verwendung von Prothesen mit 135° humeraler Inklination angeführt wurde. Ganz im Gegenteil- der veränderte Kraftvektor des Deltoideus führt zu einer ins Glenosphärenzentrum zentrierenden und stabilisierenden Delta-Aktivität. In einer kürzlich veröffentlichten randomisierten kontrollierten Studie von Gobezie et al.¹² waren keine funktionellen Unterschiede zwischen beiden Prothesen-

Studie	Patienten	SSV [%] präoperativ	SSV [%] präoperativ	CS [%] präoperativ	CS [%] präoperativ
Ernstbrunner ¹ 2017	21	20 +/- 13	71 +/- 27	29 +/- 11	69 +/- 21
Ek ² 2013	26	23 +/- 16	66 +/- 28	34 +/- 16	74 +/- 24
Gruber ³ 2017	28	—	—	38 (12-69)	70 (44-94)
Favard ⁴ 2011	148	—	—	33 +/- 14	85 +/- 24
Gerber ⁵ 2018	16	27 +/- 18	78 +/- 26	30 +/- 13	73 +/- 23
Total	239	23	72	33	74

Tab. 1

CS Constant Score; SSV Subjective Shoulder Value

Studie	Überleben [%] bis					
	Reoperation bei Komplikation			Versagen*		
	5 Jahre	10 Jahre	15 Jahre	5 Jahre	10 Jahre	15 Jahre
Bacle ⁶ 2017	—	—	—	96	93	86
Ernstbrunner ¹ 2017	—	73	70	90	87	84
Ek ² 2013	88	76	—	98	88	82
Gruber ³ 2017	—	—	—	92	—	—
Cuff ⁷ 2017	—	—	—	94	91	—
Favard ⁴ 2011	—	—	—	95	89	79
Gerber ⁵ 2018	82	74	—	96	92	92
Total	85	74	70	94	90	85

Tab. 2

*Als Versagen wurde der Prothesenausbau oder der Wechsel auf eine Hemiprothese definiert.

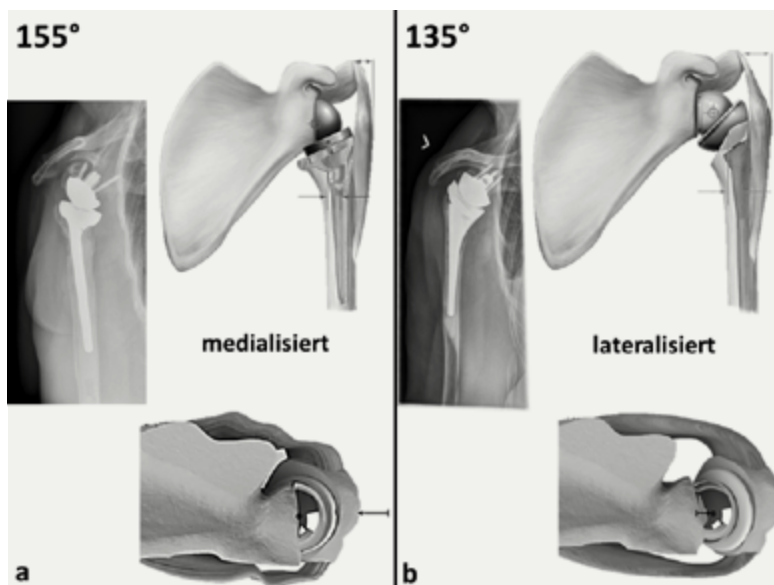


Abb. 1

designs im 2-Jahres-Follow-Up nachweisen. Es bleibt jedoch abzuwarten, ob die höhere Notchingrate der 155°-Prothesen die Langzeitergebnisse negativ beeinflusst.

Indikation – Inverse Schulterendoprothetik bei proximalen Humerusfrakturen

Insbesondere bei der Versorgung geriatrischer Patienten mit proximalen Humerusfrakturen nimmt die primäre inverse Arthroplastik einen zunehmenden Stellenwert ein.

Bei in der Literatur beschriebenen Revisionsraten von bis zu 25% nach osteosynthetischer Versorgung scheint die primäre inverse Prothese mit Komplikationsraten von unter 5% und zuverlässigen guten postoperativen Ergebnissen, insbesondere bei komplexen mehrfragmentären Frakturen, eine geeignete Alternative.¹³ Für Deutschland konnte im Zeitraum zwischen 2007 und 2016 bereits eine Zunahme der Implantationsraten inverser Schulterprothesen bei proximalen Humerusfrakturen um das Achtfache gezeigt werden.¹⁴

Tab. 1

Prä- und postoperative klinische Scores beim letzten Follow-up.

Tab. 2

Analyse der Überlebensrate.

Abb. 1

Darstellung der bio-mechanischen Unterschiede von inversen Prothesen mit 155° (a) und 135° (b) humeraler Inklination. Das ursprüngliche, von Paul Grammont beschriebene, Design mit einer extra-anatomischen humeralen Inklination von 155° bewirkt eine vermehrte Distalisierung und Medialisierung des Drehzentrums.

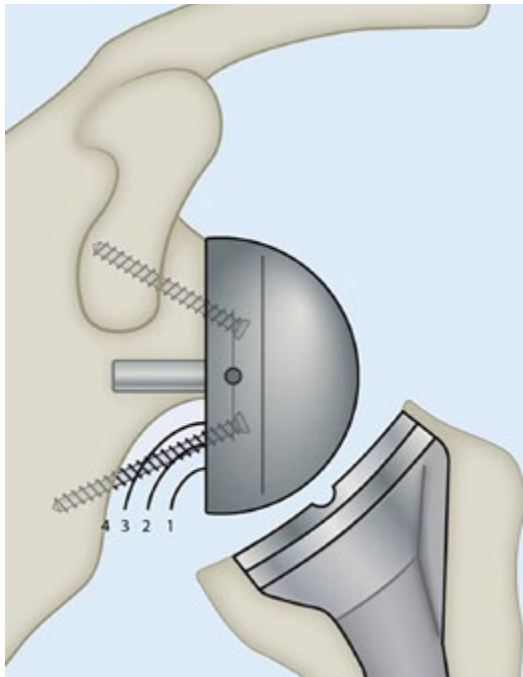


Abb. 2

Abb. 2
Klassifikation des „Inferior Scapular Notching“ nach Sirveaux:^{1, 2} **Grad 1:** Geringes Notching mit Erosion des lateralen Glenoidpfilers, **Grad 2:** Erosion des lateralen Glenoidpfilers mit Randsklerose, **Grad 3:** Erosion reicht über die inferiore Schraube hinaus, **Grad 4:** Erosion bis unter die Basisplatte mit Lockerungszeichen.

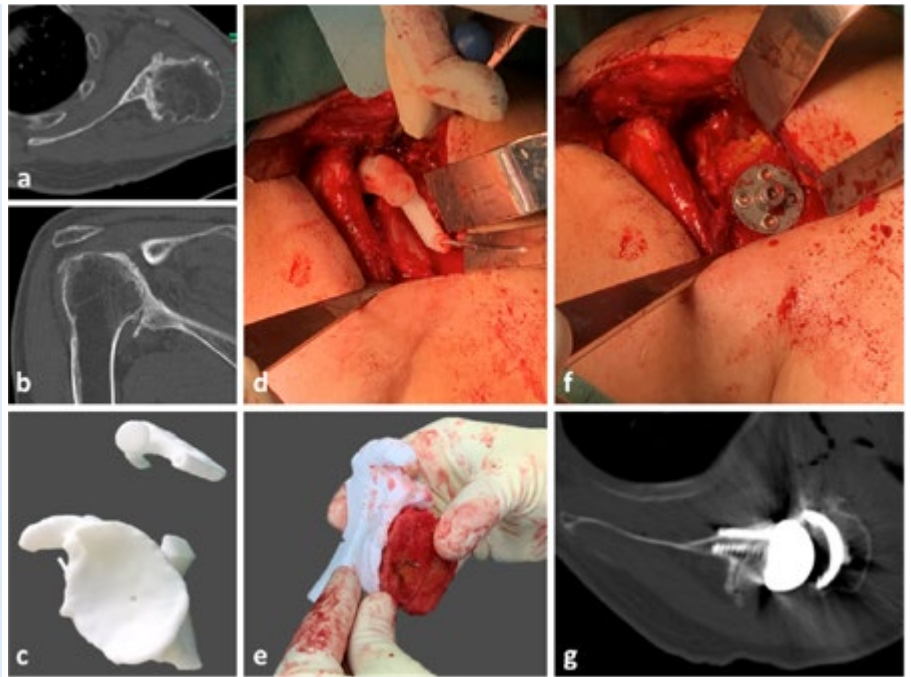


Abb. 3

Abb. 3
Fallbeispiel einer patientenspezifischen Instrumentierung nach präoperativer Planung mit Matchpoint (Fa. DJO) bei einem Patienten mit einer Glenoidkonfiguration Typ B3 nach Walch (a) und Typ E1 nach Huguet/Favard (b). Mittels 3D-Druck wurden ein Replikat des Glenoids sowie eine Bohrschablone erstellt (c). Diese wird intraoperativ an der Coracoidbasis ausgerichtet (d). Die Auffüllung des Glenoiddefekts erfolgte mit dem resezierten Humeruskopf, wobei das Graft mit Hilfe des Glenoid-Replikats exakt präpariert werden kann (e). Anschließend wird das Graft über den vorgebohrten K-Draht eingebracht und mittels der Baseplate fixiert (f). Im postoperativen CT zeigt sich eine optimale Lage der zentralen Schraube sowie eine vollständige Auffüllung der glenoidalen Defektzone durch das Graft (g).

Vergleicht man bei der Therapie proximaler Humerusfrakturen die Ergebnisse der inversen Schulterprothesen mit den Ergebnissen der Hemiendothesen, so haben mehrere Review-Arbeiten mit großen Fallzahlen und einem Patientenalter über 60 bzw. 65 Jahren signifikant bessere postoperative Ergebnisse sowohl in der Funktion als auch der Beweglichkeit der Schulter bei primärer Implantation einer inversen Prothese gezeigt. Die Flexion war im Schnitt um 24,3° bzw. 21° gebessert und auch die postoperative Schmerzangabe war signifikant geringer.^{15, 16, 17} Allerdings gilt es zu beachten, dass Langzeit-Resultate abzuwarten sind und auch die optimale operative Versorgung jüngerer Patienten unter 60 Jahren mit komplexen proximalen Humerusfrakturen weiter kritisch diskutiert wird.

Wichtig in Bezug auf die Fraktursituation und das postoperative Ergebnis ist besonders die Refixation und Einheilung der Tuberkula.¹⁸ Wir konnten im Rahmen einer multizentrischen Studie zeigen, dass durch die regelrechte Einheilung des Tuberculum majus sowohl die postoperative Schulterfunktion als auch die subjektive Patientenzufriedenheit signifikant gebessert waren.^{19, 20} Bei einem Kollektiv von 64 nachuntersuchten Patienten lag der durchschnittliche altersadaptierte Constant Score nach knapp 2 Jahren bei 72%. Bei 77% der Patienten konnte eine regelrechte Einheilung des Tuberculum majus erzielt werden. Sowohl der altersadaptierte Constant Score (78% vs. 54%) als auch die subjektive Patientenzufriedenheit (76% vs. 54%) waren bei diesen Patienten signifikant verbessert.

Omarthrose mit fortgeschrittenem Glenoidverbrauch

Auch bei älteren Patienten mit primärer Omarthrose, welche bereits fortgeschrittene degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette oder eine dorsale Dezentrierung des Humeruskopfes mit posteriorem Glenoidverschleiß zeigen, wird immer häufiger eine primäre inverse Schulterprothese implantiert. Diese Entwicklung ist der Tatsache geschuldet, dass Walch et. al.²¹ bei einer bikonkaven Glenoidkonfiguration eine sehr hohe glenoidale Lockerungsrate bei anatomischen Totalendprothesen von bis zu 20% nach durchschnittlich 6,5 Jahren Follow-Up nachgewiesen haben.

Außerdem liegen mittlerweile verlässliche Langzeitergebnisse für inverse Prothesen vor, wobei die 10-Jahres-Überlebensrate der primären inversen Prothesen bei 90% liegt.¹ Bei einer durchschnittlichen Follow-Up-Zeit von 9,5 Jahren verbesserte sich der absolute und relative Constant-Score signifikant von 24 auf 59 Punkte bzw. von 33% auf 74%. Favard et al. konnten in einer retrospektiven Studie an insgesamt 527 implantierten inversen Schulterprothesen zeigen, dass sich die Beweglichkeit der operierten Schulter für die aktive Elevation auf 128,6° +/- 32,6 bei einer Ausgangsbeweglichkeit von 69,3° +/- 34 verbesserte.²²

Patientenspezifische Instrumentierung

Mehr und mehr in den Vordergrund kommt die sogenannte „patienten-spezifische Instrumentierung“ (PSI). Mit diesem Verfahren kann die Genauigkeit und die Platzierung der Glenoidkomponente

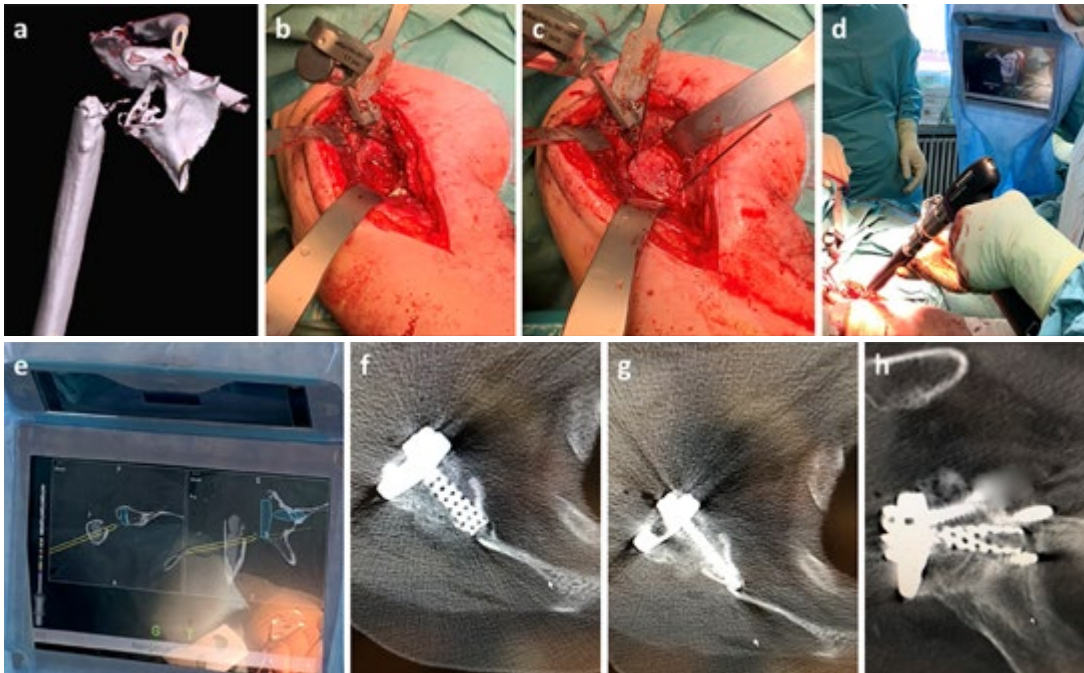


Abb. 4

deutlich verbessert werden. Die Lockerung der Glenoidkomponente stellt nämlich aktuell den häufigsten Grund für ein Prothesenversagen dar.²³

Gründe für ein frühzeitiges Versagen können eine Fehlpositionierung, eine inkomplette oder unzureichende Korrektur der pathologischen Glenoidveränderungen, eine persistierende Humeruskopf-Subluxation oder Dezentrierung sowie eine Insuffizienz der Rotatorenmanschette sein.

Ziel der PSI ist es:

- ▶ die Glenoidanatomie bestmöglich wiederherzustellen
- ▶ den subchondralen Knochensubstanzverlust möglichst zu minimieren
- ▶ die Gelenklinie möglichst wenig zu medialisieren
- ▶ eine optimale Fixierung und Positionierung der Implantate zu erzielen
- ▶ möglichst wenig mechanische Stressbelastung auf das Implantat zu bringen

Für die PSI-Planung stehen unterschiedliche Programme, welche jeweils an ein einzelnes Prothesensystem gebunden sind, zur Verfügung. Präoperativ erfolgt die CT-Planung, welche in möglichst geringer Schichtdicke (max. 1 mm) sowie mit Erfassung der gesamten Scapula durchgeführt wird. Die CT-Daten werden dann online hochgeladen und die Parameter der Scapulaeometrie (Skapulafläche, neutrale Inklinationsachse, Glenoidfläche) bestimmt sowie die virtuelle Planung durchgeführt. Insbesondere werden die optimale

Lage des zentralen Bohrdrachts, die Richtung der Glenoidpräparation sowie die Positionierung der Glenoidkomponente definiert. Wenn ein relevanter Knochensubstanzdefekt vorliegt, wird die Notwendigkeit der Korrekturfräbung bzw. der knöchernen oder metallischen Augmentierung überprüft und die genauen Maße des Grafts berechnet. Nach Abschluss der Planung wird das Zielinstrumentarium sowie als Referenz eine Schablone des Glenoids mit einem 3D-Drucker hergestellt. Ein beispielhafter Fall für PSI mit 3D Schablone wird in **Abb. 3** dargestellt.

Grundsätzlich muss zwischen patientenspezifischer Instrumentierung (**Abb. 3**) und intraoperativer Navigation unterschieden werden. Hierfür wird ein CT-Datensatz und in eine Planungssoftware integriert. Im Gegensatz zur PSI kann diese Planung dem Operateur nun in „Real-time“ im Operationssaal zur Verfügung gestellt werden. Dazu werden optische GPS Geräte am Schultergürtel knöchern fixiert und die knöchernen Landmarken definiert, bis eine virtuelle Landkarte des OP-Situs auf dem Bildschirm verfügbar ist und mit der präoperativen CT-Planung gematcht werden kann. In **Abb. 4** wird ein Beispiel mit intraoperativer Navigation demonstriert.

Insgesamt lässt die verfügbare Literatur darauf schließen, dass sich die Genauigkeit der Glenoidimplantation mittels PSI und intraoperativer Navigation verbessert, was dazu führt, dass postoperative Versions- oder Neigungsfehler vermieden werden können.²⁴ Insbesondere bei komplexer Glenoidmorphologie scheint der Einsatz von PSI von Nutzen zu sein.²⁵

Abb. 4

Fallbeispiel einer intraoperativen Navigation nach präoperativer Planung mit Equinox (Fa. Exactech) bei einem Patienten mit einem extremen knöchernen Glenoiddefekt (**a, b**). Zunächst wird ein Allograft in den Glenoiddefekt eingebracht und mit K-Drähten fixiert (**c**). Anschließend erfolgt das navigierte Einbringen der Baseplate (**d, e**). Dies erfolgt Anhand der präoperativen CT-Bildgebung und der intraoperativ markierten knöchernen Landmarken. Im postoperativen CT zeigt sich eine optimale Lage des zentralen Zapfens und der peripheren Schrauben sowie eine vollständige Auffüllung der glenoidalen Defektzone durch das Graft (**f, g, h**).



Prof. Dr. Lars-J. Lehmann
Ärztlicher Direktor
der Klinik für Unfall- und
Handchirurgie, Sport-
medizin
ViDia Kliniken Karlsruhe



Dr. Jonas Schmalzl
Assistenzarzt Klinik für
Unfall-, Handchirurgie
und Sportmedizin
ViDia Kliniken Karlsruhe



Dr. Verena Krickl
Assistenzärztin Klinik für
Unfall-, Handchirurgie
und Sportmedizin
ViDia Kliniken Karlsruhe

Literatur

- Ernstbrunner, L., Andronic, O., Grubhofer, F., Camenzind, R. S., Wieser, K., & Gerber, C. (2019). Long-term results of reverse total shoulder arthroplasty for rotator cuff dysfunction: a systematic review of longitudinal outcomes. *Journal of shoulder and elbow surgery*, 28(4), 774–781.
- Ek ET, Neukom L, Catanzaro S, Gerber C. (2013). Reverse total shoulder arthroplasty for massive irreparable rotator cuff tears in patients younger than 65 years old: results after five to fifteen years. *J Shoulder Elbow Surg*;22:1199–208.
- Gruber S, Schoch C, Geyer M. (2017) The reverse shoulder arthroplasty Delta Xtend: mid-term results. *Orthopade* 2017; 46:222–6 [in German]
- Favard L, Levigne C, Nerot C, Gerber C, DeWilde L, Mole D. (2011) Reverse prostheses in arthropathies with cuff tear: are survivorship and function maintained over time? *Clin Orthop Relat Res*;469:2469–75.
- Gerber C, Canonica S, Catanzaro S, Ernstbrunner L. (2018). Longitudinal observational study of reverse total shoulder arthroplasty for irreparable rotator cuff dysfunction: results after 15 years. *J Shoulder Elbow Surg*;27:831–38.
- Bacle G, Nové-Josserand L, Garaud P, Walch G. (2017). Long-term outcomes of reverse total shoulder arthroplasty: a follow-up of a previous study. *J Bone Joint Surg Am*;99:454–61.
- Cuff DJ, Pupello DR, Santoni BG, Clark RE, Frankle MA. (2017). Reverse shoulder arthroplasty for the treatment of rotator cuff deficiency: a concise follow-up, at a minimum of 10 years, of previous reports. *J Bone Joint Surg Am*;99:1895–9.
- Sirveaux F et al (2004) Grammont inverted total shoulder arthroplasty in the treatment of gleno- humeral osteoarthritis with massive rupture of the cuff. Results of a multicentre study of 80 shoulders. *J Bone Joint Surg Br* 86(3):388–395
- Holschen M, Agneskirchner JD (2014). Inverse Schulterprothese – Indikation, Operationstechnik und Ergebnisse. *Arthroskopie*. 27:38–48.
- Walker et al (2011) How reverse shoulder arthroplasty works *Clin Orthop Relat Res* 469:2440–2451
- Erickson BJ, Frank RM, Harris JD et al. (2015) The influence of humeral head inclination in reverse total shoulder arthroplasty: A systematic review. *J Shoulder Elb Surg*; 24: 988–993.
- Gobezie R, Shishani Y, Lederman E et al. (2016) Can a functional difference be detected in reverse arthroplasty with 135° versus 155° prosthesis for the treatment of rotator cuff arthropathy: a prospective randomized study. *J Shoulder Elb Surg*; 28: 813–818
- Kettler M et al. (2006) Treatment of proximal humeral fractures with the PHILOS angular stable plate. Presentation of 225 cases of dislocated fractures. *Unfallchirurg*. 109(12):1032–40
- Klug, A., Gramlich, Y., Wincheringer, D. et al. (2019) Trends in surgical management of proximal humeral fractures in adults: a nationwide study of records in Germany from 2007 to 2016. *Arch Orthop Trauma Surg* 139, 1713–1721
- Austin DC, Torchia MT, Cozzolino NH et al (2018) Decreased reoperations and improved outcomes with reverse total shoulder arthroplasty in comparison to hemiarthroplasty for geriatric proximal humerus fractures: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Trauma*
- Mata-Fink A, Meinke M, Jones C, Kim B, Bell JE. (2013) Reverse shoulder arthroplasty for treatment of proximal humeral fractures in older adults: a systematic review. *J Shoulder Elbow Surg*. 2013 Dec;22(12):1737–48
- Gallinet D, Ohl X, Decroocq L et al (2018) Is reverse total shoulder arthroplasty more effective than hemiarthroplasty for treating displaced proximal humerus fractures in older adults? A systematic review and meta-analysis. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2018 Oct;104(6):759–766
- Boileau P et al. (2018) Reverse shoulder arthroplasty for acute fractures in the elderly: is it worth reattaching the tuberosities? *J Shoulder Elb Surg*. 28(3):437–44
- Schmalzl J, Jessen M, Holschen M, Cohen BC, Steinbeck J, Lehmann LJ, Denard PJ.. (2020) Tuberosity healing improves functional outcome following primary reverse shoulder arthroplasty for proximal humeral fractures with a 135° prosthesis. *Eur J Orthop Surg Traumatol*
- Schmalzl J, Jessen M, Sadler N, Lehmann LJ, Gerhardt C. (2020) High tuberosity healing rate associated with better functional outcome following primary reverse shoulder arthroplasty for proximal humeral fractures with a 135° prosthesis. *BMC Musculoskelet Disord*; 21: 35.
- Walch G, Moraga C, Young A, et al. (2012) Results of anatomic nonconstrained prosthesis in primary osteoarthritis with biconcave glenoid. *J Shoulder Elb Surg*; 21: 1526–1533.
- Favard, L.; Levigne, C.; Nerot, C.; Gerber, C.; De Wilde, L.; Mole, D (2011) Reverse prostheses in arthropathies with cuff tear are survivorship and function maintained over time? *Clin. Orthop. Relat. Res.* 469, 2469–2475
- Ho JC, Sabesan VJ, Iannotti JP (2013) Glenoid component retroversion is associated with osteolysis. *J Bone Joint Surg Am* 95(12): e82
- Cabarcas BC, Cvetanovich GL, Gowd AK, et al. Accuracy of patient-specific instrumentation in shoulder arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. *JSES Open Access* 2019; 3: 117–129.
- Iannotti JP, Weiner S, Rodriguez E et al (2015) Three-dimensional imaging and templating improve glenoid implant positioning. *J Bone Jt Surg – Am Vol* 97:651–658. doi: 10.2106/ JBJS.N.00493

Rehabilitation nach Schulter- Operation – Rotatorenmanchetten- rekonstruktion

Analog zur zunehmenden, chirurgischen Spezialisierung und Verfeinerung der OP-Methoden, hat sich in den vergangenen Jahren auch ein Wandel in der Rehabilitation nach Schulter-Operationen vollzogen. Getragen wird sie primär von der ambulanten Physiotherapie und immer häufiger auch vom selbstbestimmten Patienten, der seine Therapie beispielsweise via App ergänzt und aufwertet oder gar autonom umsetzt. Dies setzt Behandlungsstandard voraus, welche seitens der DVSE in den vergangenen Jahren mit erarbeitet wurden.

Leider besteht für viele operative Eingriffe an den Oberen Extremitäten hinsichtlich der sich anschließenden Rehabilitation und deren Inhalte kein Konsens. Selbst für ein und dieselbe Operation konkurrieren Rehabilitationsprotokolle, die selbst bei grundlegenden Inhalten wie der Dauer der Ruhigstellung, der Anwendung einer Orthese oder allfälligen Bewegungslimitierungen inhaltlich erheblich variieren. Ein Grund hierfür ist die unklare Evidenzlage für viele der gängigen Rehabilitationsinhalte. Dabei ist mit Gründung des „Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)“ im Jahr 2004 die Evidenzbasierung im deutschen Gesundheitssystem zu einem zentralen Thema geworden. Nicht zuletzt aufgrund des Leitlinienprogramms der Deutschen Rentenversicherung wurde das Thema auch zunehmend in den Bereich der Rehabilitation getragen.^{4,5} Die Kommission Rehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Schulter und Ellenbogenchirurgie (DVSE) hat sich daher intensiv mit dieser Problematik auseinandergesetzt. In Zusammenarbeit mit den wichtigsten deutschen Physiotherapieverbänden (Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK) e. V.; Verband Physikalische Therapie (VPT) e. V.) und der Sektion Rehabilitation – Physikalische Therapie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU) wurden bereits für die Nachbehandlung der Rotatorenmanchettennaht,³ der Inversen Prothese¹ und Schulterstabilisierung² Empfehlungen ausgearbeitet. Diese

Reihe wird mit der Nachbehandlungsempfehlungen nach Stabilisierung des AC-Gelenkes und nach Ellenbogenarthrolyse 2020 und 2021 weiter fortgesetzt werden.

Rotatorenmanchettennaht

Die Rotatorenmanchettenrekonstruktion (RMR) hat sich als erfolgreiches operatives Behandlungsverfahren etabliert. Eine Verbesserung bezüglich Kraft, Beweglichkeit und Schmerzsituation kann nach einer Operation erwartet werden.⁶ Um die teilweise schwache Evidenzlage für die Rehabilitationsinhalte auszugleichen, hat die Kommission Rehabilitation der DVSE 2016 Ergebnisse einer Metaanalyse mit Ergebnissen einer Expertenbefragung kombiniert, um konkrete, praktische Empfehlungen zur Nachbehandlung abgeben zu können.³ Für den Themenbereich „Ruhigstellung und Lagerung“ konnte geschlussfolgert werden, dass eine frühe passive, postoperative Bewegungsübung ohne Hinweise für eine erhöhte Rate an Einheilungsstörungen oder Re-Rupturen angewandt werden kann. Der Schutz vor zu früher aktiver Belastung kann mittels Ruhigstellung in einer Orthese umgesetzt werden. Es gibt keine evidenzbasierten Empfehlungen hinsichtlich der Dauer der postoperativen Ruhigstellung.

Phase & Dauer	Ziel nach ICF	Inhalte	Übergang zur nächsten Phase
I 1. Tag post-operativ bis 6. Woche	<p>Körperfunktion/-struktur:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Schmerzlinderung, Resorptionsförderung ▶ Erhalt/Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit ▶ Sehnenheilung und Prävention von post-operativen Verwachsungen ▶ Vermeidung von Funktions- und Strukturschäden ▶ Verbesserung der die Sensomotorik betreffenden Funktionen – Erlernen der optimalen Skapulapositionierung und der Humeruskopfzentrierung <p>Aktivitäten/Teilhabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Durchführen der täglichen Routine unter Entlastung des operierten Armes ▶ Abbau von Barrieren, die die Teilhabe erschweren 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Immobilisation als Schutz in 15–45° ABD ▶ ABD-Kissen/Schlinge darf zum Duschen, Essen und für die Physiotherapie abgenommen werden ▶ Pendel-Übung ▶ Ggf. CPM ▶ Keine aktiven Schultergelenkbewegungen gegen Widerstand ▶ Limitation: 30° AR, Flex und ABD 90° im schmerzfreien Bereich (nach Massgabe Operateur) ▶ Ab der 4. Woche kann mit assistiv-aktiver Beübung im schmerzfreien Bereich und unter Beachtung der ROM-Limitation begonnen werden (nach Massgabe Operateur) 	<p>Symmetrische und schmerzfreie Bewegung im Vergleich zur Gegenseite</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ PROM Flexion 90° ▶ PROM AR und IR mit anliegender Skapula 45° ▶ PROM ABD mit anliegender Skapula 90°
II 6.–12. Woche	<p>Körperfunktion/-struktur:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Gewebeheilung, endgradig PROM, Aufbau der dynamischen Schulterstabilisation, Schmerzlinderung, Linderung der Entzündung ▶ Sehnenheilung und Remodelling Phase – „low level loading“ ist erlaubt ▶ Narbenmobilisation zur Vermeidung von Verklebungen ▶ Resorptionsförderung & Verbesserung der Sensomotorik ▶ Regulierung beeinträchtigter vegetativer und neuromuskulärer Funktionen ▶ Verbesserung der Funktionen der Muskelkraft ▶ AAROM endgradig übergehend in AROM gegen die Schwerkraft <p>Aktivitäten/Teilhabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Durchführen der täglichen Routine (Haushalt, Körperpflege) ▶ Haltungskorrektur (Erarbeiten ökonomischer Haltung) ▶ Mobilität (Gegenstände tragen/heben, Arm-Hand-Gebrauch) ▶ Selbständiges Durchführen eines Heimtrainingsprogrammes 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ AAROM endgradig übergehend in AROM gegen die Schwerkraft ▶ Narbenmobilisation ▶ Ggf. Aqua-Gymnastik/ Bewegungsbad ▶ Ggf. CPM ▶ Training in geschlossenen Ketten zur Kräftigung ▶ Training in offenen Ketten zur Verbesserungen der intramuskulären Koordination ▶ Limitation: bis zur Schmerzgrenze ▶ Keine Widerstands- und Kräftigungsübungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Aktives Erreichen des vollen möglichen aktiven Bewegungsausmaßes ▶ Keine thorakoskopuläre Funktionsstörung ▶ Ausreichend glenohumerale- und thorakoskopuläre Funktionalität vorhanden
III 4.–5. Monat	<p>Körperfunktion/-struktur:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Endgradige AROM ▶ Dynamische Schulterstabilisation, Wiederherstellung Kraft und Dehnfähigkeit, Wiederaufbau der funktionellen Aktivitäten ▶ Verbesserte Kinematik des Schultergelenks ▶ Partizipation in Beruf und Sozialleben ▶ Verbesserung der die Sensomotorik betreffenden Funktionen <p>Aktivitäten/Teilhabe:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Erarbeiten einer ökonomischen Haltung in Alltag/Beruf/Sport ▶ Wiedererlangen des Vertrauens in die Bewegung und Stabilität der Schulter ▶ Selbständiges Durchführen eines Heimtrainingsprogrammes 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Kräftigung – langsamer Start der Kräftigung – niedriges Level ▶ Dehnung ▶ Überkopfübungen vermeiden 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Freie funktionelle Beweglichkeit im schmerzfreien Bereich ▶ ADLs schmerzfrei möglich – Überkopfübungen vermeiden ▶ Bei ausreichender Kraft der Rotatorenmanschette um ADLs schmerzfrei und sauber auszuüben kann mit Phase 4 begonnen werden ▶ 75% der normalen Kraft und Ausdauer
IV 6.–7. Monat	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Endgradige und schmerzfreie AROM erhalten, Verbesserung Kraft und Dehnfähigkeit, Wiederaufbau der funktionellen Aktivitäten ▶ Wiederherstellung der sport-, alltags- und arbeitsspezifischen Kinematik ▶ Steigerung der Ausdauer und Schnellkraft 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dehnung ▶ Kräftigung Funktionelles Training 	<p>Nach 6 Monaten zurück in den Sport*, wenn:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Symmetrische Beweglichkeit und Kraft im Vergleich zur Gegenseite gegeben ▶ Normale thorakoskopuläre Beweglichkeit vorhanden ist ▶ Kein Schmerz in Ruhe und bei Aktivitäten vorhanden ist

Tab. 1 * Überkopfsportarten erst nach Ausgleich aller muskulären Defizite des Schultergürtels und Schmerzfreiheit; Überkopf- und Kontaktsportarten erst nach 6 Monaten und nach ärztlicher Rücksprache. AAROM assistive-aktive range of motion, AROM aktive range of motion, ABD Abduktion, ADD Adduktion, CPM continuous passive motion, AR Außenrotation, ADL activity of daily living, Elev Elevation, Flex Flexion, IR Innenrotation, PNF propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation, PROM passive range of motion



Abb. 1

Die Experten gaben als durchschnittliche Zeit 4.9 Wochen an (Median 6w; SD 1-12w). Die Anwendung eines Armabduktionskissens kann erwogen werden und wird von 82% der Experten auch eingesetzt (Abb. 1).

Auf Basis der eingeschlossenen Studien kann keine Empfehlung mit hohem Evidenzlevel für oder gegen die Anwendung einer CPM-Therapie (continuous passive motion) nach RMR und auch nicht für die Dauer, Frequenz und Intensität der CPM-Behandlung gegeben werden. Es bleibt jedoch anzumerken, dass eine starke Evidenz dafür vorliegt, dass sich passive Bewegungsübungen nicht negativ auf den Heilungsprozess auswirken. Dies deckt sich mit der 2019 publizierte Bewertung des IQWiG zur Anwendung und Kostenerstattung der CPM.

Die enge Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten/-innen ist an der Schulter aus den Augen der DVSE unerlässlich. Knapp 95% der DVSE-Experten waren 2016 der Meinung, dass die primäre Instruktion nach einer RMR durch eine/en Physiotherapeuten/-in sinnvoll ist. Dennoch ist ein Trend zu Selbstübungen und beispielsweise Video- oder App-basierten Programmen festzuhalten. Auch wenn aktuell noch keine Level-I basierte Empfehlungen für oder gegen die Anwendung von Selbstübungen versus Physiotherapie gibt, ist der Einsatz solcher Programme aufgrund der Studienlage durchaus als Ergänzung zu erwägen.

Um eine kontinuierliche Progression der Nachbehandlung zu ermöglichen, sollte der postoperative Verlauf in unterschiedliche Phasen aufgeteilt werden. Gängig ist eine Gliederung in 4 postoperative Phasen, welche eine sinnvolle Aufteilung in unterschiedliche Behandlungsschwerpunkte und Ziele ermöglichen. Die zeitlichen Angaben sind dabei zeit- und kriterienbasiert. Sie orientieren sich an den allgemeinen Wundheilungsphasen und aus den von Tierstudien bekannten Zeitverläufen der Gewebsheilung und bilden gewissermaßen den Rahmen. Die spezifischen Kriterien, welche der Patient zum Übergang zwischen den einzelnen Rehabilitationsphasen erfüllen sollte, lassen sich aus der vorhandenen Literatur nicht exakt ableiten, jedoch bietet die „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (ICF) eine gute Grundlage zur Zieldefinition. Zusammengefasst lassen sich diese Zeitangaben und Kriterien in ein Phasenmodell umsetzen, welches als praktische Grundlage sowohl der Physiotherapie, als auch für den Patienten nützlich sein kann (Tab. 1).

Fazit

Die RMR hat sich heute als Standardverfahren etabliert. Die zu erwartende postoperative Nachbehandlungszeit ist lang und zeitaufwändig. Für einige Therapieinhalte lassen sich bereits heute Empfehlungen herausarbeiten, insbesondere zur frühen passiven Bewegungsübung, der Behandlung mittels Physiotherapie und Eigenübungen sowie der Anwendung von Orthesen zur Ruhigstellung. Auch die Umsetzung eines zeit- und kriterienbasierten Nachbehandlungsschema hat sich etabliert.

Tab. 1

Phasenmodell der Nachbehandlung nach RMR (modifiziert/gekürzt; aus Jung et al. 2016)

Abb. 1

Ruhigstellung in einer Armabduktionsorthese

Literatur

1. Buchmann S. et al., Rehabilitation following reverse shoulder arthroplasty; Obere Extremität; 14: 269–283; 2019
2. Haasters et al., Rehabilitation after arthroscopic bankart repair for traumatic shoulder instability - A systematic review in submission; in submission; 2020
3. Jung C. et al., Rehabilitation nach Rotatorenmanschettenrekonstruktion; Obere Extremität; 11:16–31; 2016
4. Korsukéwitz C. et al., Zur Bedeutung von Leitlinien für die Rehabilitation. Rehabilitation; 42:67–73; 2003
5. Korsukéwitz C. et al., Evidenz und Qualität in der Rehabilitation: Die Leitlinien der Deutschen Rentenversicherung. In: Bund DR (Hrsg) 17. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium. Bremen, p 31–32; 2008
6. Lapner P.L. et al., A multicenter randomized controlled trial comparing single-row with double-row fixation in arthroscopic rotator cuff repair. J Bone Joint Surg Am 94:1249–1257; 2012



Dr. med. Christian Jung
 Facharzt für Orthopädische
 Chirurgie und Traumatologie
 des Bewegungsapparates FMH
 Leitender Oberarzt
 Schulter- und Ellbogenchirurgie
 Schulthess Klinik
 Lengghalde 2
 CH-8008 Zürich
 christian.jung@kws.ch

Aktuelle Therapiekonzepte bei ligamentärer Ellenbogenluxation

Die „einfache“ Ellenbogenluxation ohne relevante knöchernen Begleitleäsion stellt keinesfalls eine Bagatelverletzung dar, sondern ist gekennzeichnet durch eine ausgedehnte und individuell unterschiedliche Zerreißung des Kapsel-Band-Apparats und der umgebenden muskulotendinösen Strukturen. Angesichts der Komplexität dieser Pathologie wurde in Fachkreisen der Begriff der „einfachen Ellenbogenluxation“ in den vergangenen Jahren durch den Ausdruck „ligamentäre Ellenbogenluxation“ ersetzt.

Typischerweise sind von dieser Verletzung junge Männer im Rahmen eines Sturzes auf das extendierte Handgelenk bei supiniertem Unterarm betroffen. Hierbei kommt es gemäß der „Ring Theorie“ von Shawn O’Driscoll zu einer Innenrotation des Oberarmes beziehungsweise des Oberkörpers gegenüber dem Unterarm mit folglich ringförmiger, von lateral beginnender Ruptur der Kapsel-Band-Strukturen. Mit steigendem Alter werden ligamentäre Ellenbogenluxationen auch infolge von Bagatelltraumata und dann insbesondere beim weiblichen Geschlecht beobachtet.

Klinische Erstversorgung

Vor Durchführung einer Gelenkreposition sollte eine Röntgenbildgebung in 2 Ebenen erfolgen, um einerseits die Verdachtsdiagnose der Ellenbogenluxation zu sichern und andererseits relevante knöcherne Begleitverletzungen auszuschließen, die gegebenenfalls einer anderen Therapieform bedürfen (z. B. Fixateur externe bei komplexer Luxationsfraktur). Ist die ligamentäre Luxation radiologisch verifiziert und die regelrechte Sensomotorik und Durchblutung der Extremität überprüft, sollte unverzüglich die geschlossene Reposition erfolgen. Hierfür ist in der Regel eine Analgosedierung des Patienten erforderlich. Dies bietet den Vorteil, dass nach Reposition – wenn möglich unter Bildwandlerkontrolle – die Gelenkstabilität und Relaxationstendenz überprüft und dokumentiert werden kann, ehe ein Oberarmcast in 90° Flexion angelegt wird. Abschließend ist die kon-

gruente Reposition mittels Röntgenbildgebung sicherzustellen und die erneute Prüfung der peripheren Durchblutung, Motorik und Sensibilität obligat.

Konservative Behandlungsoptionen

Nach erfolgreicher Reposition des Gelenks stellt die nicht-operative, frühfunktionelle Behandlung der ligamentären Ellenbogenluxation den evidenzbasierten Therapiestandard dar. Allen voran lordens et al. konnten in einer randomisiert-kontrollierten Studie darlegen, dass die frühfunktionelle Behandlung ohne Ruhigstellung zu bevorzugen ist, da sie gegenüber der dreiwöchigen Gipsruhigstellung zu einer kürzeren Rekonvaleszenzzeit führt, ohne dabei ein erhöhtes Risiko für eine Relaxation oder bleibende Instabilität zu bergen.

Die Mobilisation des Ellenbogengelenks sollte dabei in aktiver beziehungsweise in aktiv-assistierter Form erfolgen; eine passive Beübung ist nicht zu empfehlen, da sie unbemerkt zu einer Subluxation führen und so die Ausheilung der rupturierten Kollateralbänder behindern kann. Im eigenen Vorgehen wird – nach kurzzeitiger Ruhigstellung (max. 5 bis 7 Tage) im Oberarmcast zur Schmerzreduktion – die aktive Mobilisation gemäß dem „Overhead Motion Protocol“ präferiert (**Abb. 1**). Hierbei bringt der Patient in Rückenlage den Oberarm in die Vertikale und bewegt in dieser Position das Ellenbogengelenk. Durch die Schwerkraft kommt es zu einer Autozentrierung des Ellenbogengelenks, wodurch die aktiv-assistierte Mobilisation sicher und unter Aufhebung von Distractions- sowie Varus-/Valguskrften erfolgen kann.

Der Nutzen von Bewegungsothesen wird kontrovers diskutiert. Nach Meinung der Autoren kann die Orthesenbehandlung durchaus sinnvoll sein, um Varus-/Valgusbewegungen zu reduzieren, sofern der Patient im korrekten Umgang mit der Orthese ausreichend geschult ist.

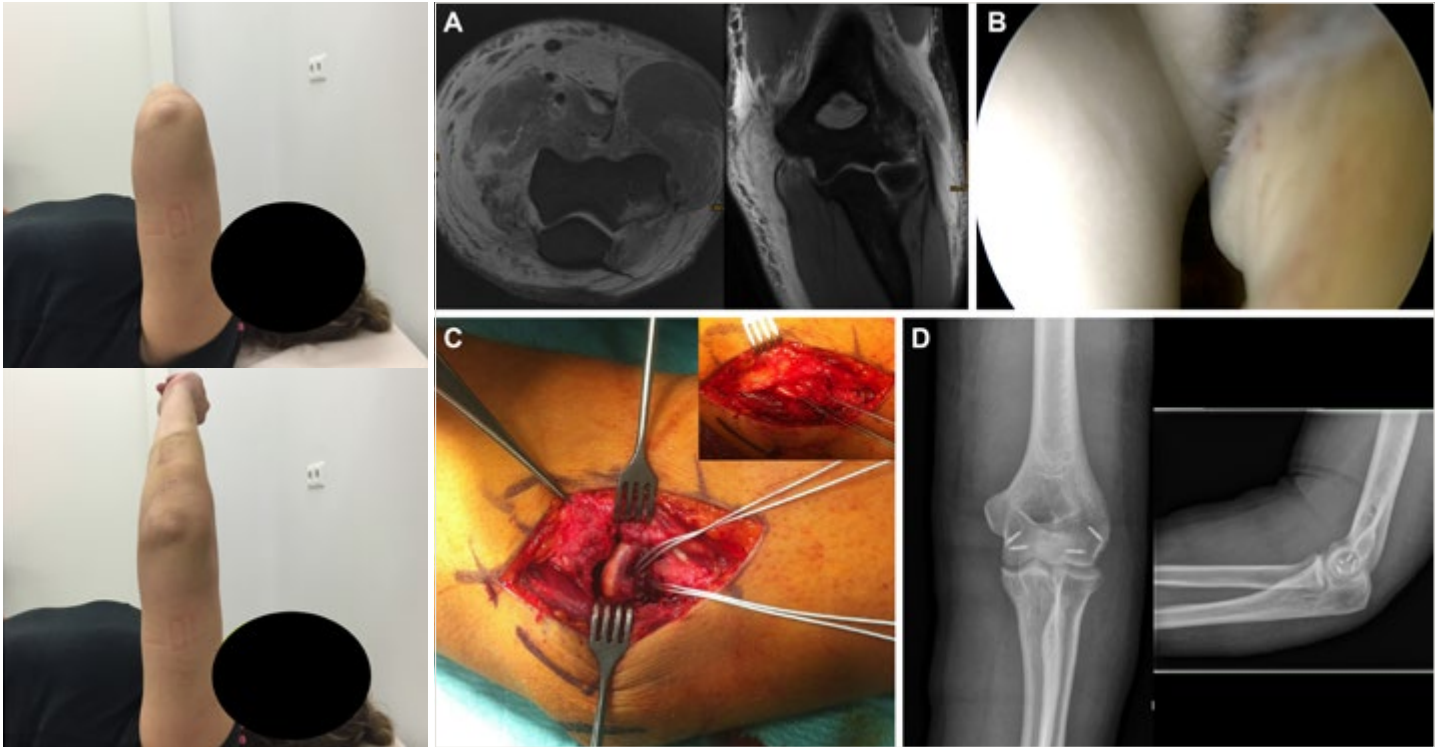


Abb. 1

Abb. 2

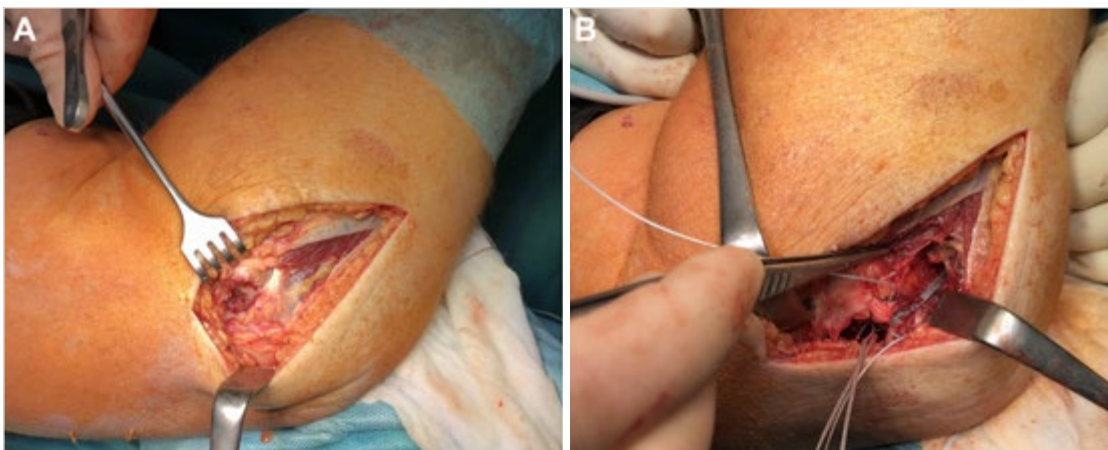


Abb. 3

Abb. 1
Konservative Behandlung nach „Overhead Motion Protocol“.

Abb. 2
Operative Kollateralbandnaht.
A: Präoperatives MRT;
B: Intraoperativer Arthroskopiebefund;
C: Intraoperativer Situs bei lateraler Kollateralbandrefixation;
D: Postoperatives Röntgen des Ellenbogens in 2 Ebenen.

Abb. 3
Kollateralbandaugmentation („Internal Bracing“).
A: Darstellung des rupturierten lateralen Kollateralbandes;
B: Situs nach Bandnaht mit Fadentape-Augmentation.

Indikation zur Operation

Während die Mehrheit der Ellenbogenluxationen erfolgreich der konservativen Therapie zugeführt werden kann, so werden dennoch in bis zu zwei Drittel der Fälle bleibende Beschwerden in Form von Schmerzen, Bewegungseinschränkungen oder subjektivem Instabilitätsgefühl beschrieben.

Bei offener oder irreponibler Luxation sowie bei begleitender Gefäß-Nerven-Verletzung besteht die primäre Operationsindikation. Abhängig von der Verletzungsschwere können Patienten jedoch

auch ohne Vorliegen dieser „absoluten“ Operationsindikationen von einer operativen Bandrefixation profitieren, wenngleich dies in der verfügbaren Literatur bisher unzureichend abgebildet ist. Nach Meinung der Autoren sind hierfür engmaschige klinische Kontrollen besonders wichtig. Erreicht der Patient/die Patientin keinen suffizienten funktionellen Bogen innerhalb der ersten Wochen nach Luxation oder kann er/sie den Ellenbogen bei Alltagsbewegungen im Raum nicht selbstständig ohne Zuhilfenahme des anderen Arms stabilisieren, so kann insbesondere bei Patienten mit körperlichem Anspruch die Indikation zur Operation gestellt werden. Typischerweise

bestätigt eine ergänzende MRT die ausgedehnte Weichteilverletzung mit in der Regel rupturiertem Extensoren- und Flexorenursprung und zeigt eine Gelenkkongruenz beziehungsweise – subluxation; die MRT sollte jedoch immer in Verbindung mit der Klinik betrachtet und eine OP-Indikation nicht alleinig auf dem Boden eines MR-Befunds gestellt werden.

Operationstechniken

Bei operativer Behandlung der Ellenbogenluxation steht die Reinsertion der in der Regel humeral ausgerissenen Kollateralbänder im Vordergrund. Eine vorgeschaltete Arthroskopie kann dabei helfen, begleitende Knorpelläsionen zu detektie-

ren und zu behandeln sowie das Instabilitätsmuster genauer zu differenzieren. Die Refixation der Kollateralbänder und der in der Regel zumindest teiltrupturierten Extensoren/Flexoren erfolgt im eigenen Vorgehen mittels Fadenankern, kann jedoch auch transossär durchgeführt werden (**Abb. 2**). Bei unzureichender Gewebequalität kam klassischerweise additiv ein Bewegungsfixateur zum Einsatz, der jedoch ein nicht zu vernachlässigendes Komplikationspotenzial birgt. In den vergangenen Jahren wird in diesen Situationen vermehrt die Kollateralbandaugmentations mit Fadentape propagiert, welches im Verlauf des Kollateralbandes abgespannt wird, um den refixierten Bandapparat in der Einheilungsphase zu entlasten und eine frühfunktionelle Nachbehandlung zu ermöglichen (**Abb. 3**).



Dr. Michael Hackl
Schwerpunkt für Unfall-,
Hand- und Ellenbogenchirurgie,
Uniklinik Köln



PD Dr. Kilian Wegmann
Schwerpunkt für Unfall-,
Hand- und Ellenbogenchirurgie,
Uniklinik Köln



Univ.-Prof. Dr. Lars Peter Müller
Schwerpunkt für Unfall-,
Hand- und Ellenbogenchirurgie,
Uniklinik Köln

Literatur

1. Anakwe RE, Middleton SD, Jenkins PJ, McQueen MM, Court-Brown CM (2011) Patient-reported outcomes after simple dislocation of the elbow. *J Bone Joint Surg Am.* 93:1220-6
2. Dunning CE, Zarzour ZD, Patterson SD, Johnson JA, King GJ (2001) Ligamentous stabilizers against posterolateral rotatory instability of the elbow. *J Bone Joint Surg Am.* 83-A:1823-8
3. Greiner S, Koch M, Kerschbaum M, Bhide PP (2019) Repair and augmentation of the lateral collateral ligament complex using internal bracing in dislocations and fracture dislocations of the elbow restores stability and allows early rehabilitation. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 27, 3269–3275
4. Hackl M, Beyer F, Wegmann K, Leschinger T, Burkhart KJ, Muller LP (2015) The treatment of simple elbow dislocation in adults. *Dtsch Arztebl Int.* 112:311-9
5. Iordens GI, Van Lieshout EM, Schep NW, De Haan J, Tuinebreijer WE, Eygendaal D, Van Beeck E, Patka P, Verhofstad MH, Den Hartog D, FuncSi ETI (2017) Early mobilisation versus plaster immobilisation of simple elbow dislocations: results of the FuncSiE multicentre randomised clinical trial. *Br J Sports Med.* 51:531-538
6. Josefsson PO, Johnell O, Wendeberg B (1987) Ligamentous injuries in dislocations of the elbow joint. *Clin Orthop Relat Res.* 221-5
7. Manocha RH, King GJW, Johnson JA (2018) In Vitro Kinematic Assessment of a Hinged Elbow Orthosis Following Lateral Collateral Ligament Injury. *J Hand Surg Am.* 43:123-132
8. Mayne IP, Wasserstein D, Modi CS, Henry PD, Mahomed N, Veillette C (2015) The epidemiology of closed reduction for simple elbow dislocations and the incidence of early subsequent open reduction. *J Shoulder Elbow Surg.* 24:83-90
9. O'Driscoll SW, Morrey BF, Korinek S, An KN (1992) Elbow subluxation and dislocation. A spectrum of instability. *Clin Orthop Relat Res.* 186-97
10. Schreiber JJ, Paul S, Hotchkiss RN, Daluiski A (2015) Conservative management of elbow dislocations with an overhead motion protocol. *J Hand Surg Am.* 40:515-9
11. Stoneback JW, Owens BD, Sykes J, Athwal GS, Pointer L, Wolf JM (2012) Incidence of elbow dislocations in the United States population. *J Bone Joint Surg Am.* 94:240-5

Kommission Leitlinie und Begutachtung der DVSE

Die Kommission Leitlinie und Begutachtung der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE, Vorsitzender: PD Dr. Marc Banerjee, Köln) ist eingebettet in die Leitlinienkommission der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC, Sektionsleiter Prof. Andreas Roth, Leipzig). Die DGOOC ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V., AWMF). Sämtliche Leitlinien, an denen die DVSE beteiligt ist, sind bei der AWMF angemeldet.

2016 hat die Leitlinienkommission der DVSE unter der Leitung von Dr. Ruprecht Beickert, Murnau eine Empfehlung zur Begutachtung des Rotatorenmanschetten Schadens der Schulter nach Arbeitsunfällen herausgegeben.¹ Ziel war es, die Expertise von Vertretern der Organgesellschaft und von Vertretern der BG-Kliniken und der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zu bündeln, um eine Empfehlung auf dem Boden der bestmöglichen Evidenz zu erstellen. Bei fehlender Evidenz wurden die getroffenen Aussagen im Konsensverfahren als „hoch“, „mittel“ oder „schwach“ gewertet.

Der Unfallzusammenhang („haftungsbegründende Kausalität“) wird hierbei in zwei Schritten geprüft. Zunächst wird im Sinne der Bedingungs- theorie geprüft ob sich das Unfallereignis oder ein etwaiger Vorschaden hinwegdenken lassen, ohne dass der Gesundheitsschaden damit entfällt. Im zweiten Schritt wird nach der Theorie der rechtlich wesentlichen Bedingung durch Abwägen/Gewichtung aller infrage kommenden Tatsachen und Indizien entschieden, ob das Unfallereignis wesentliche Teil, -Mitursache des Gesundheitsschadens (des Rotatorenmanschetten Schadens) war.

Hervorzuhebende Kernaussagen, die sich von bisherigen Paradigmen der Zusammenhangsbegutachtung unterscheiden, sind u. a.:

- ▶ ein Impingement in der Vorgeschichte ist kein sicheres Indiz für eine Vorschädigung
- ▶ die Beurteilung der Akromionmorphologie nach Bigliani lässt keine Rückschlüsse auf einen Unfallzusammenhang zu
- ▶ der direkte Anprall und der Sturz auf die nach vorne ausgestreckte Hand schließt einen traumatischen Rotatorenmanschetten Schaden nicht a priori aus

- ▶ bei der Frage der Eignung eines Unfallereignisses soll die Zusammenhangsbegutachtung nicht mit der Begründung abgebrochen werden, dass das Ereignis generell nicht geeignet sei, den Gesundheitsschaden herbeizuführen
- ▶ der histologische Befund leistet oft keinen Beitrag zur Frage des Unfallzusammenhangs

2017 wurde die S2e-Leitlinie Rotatorenmanschette (AWMF-Registernummer 033-041) federführend unter der DGOOC und der DVSE als Sektion der DGOOC in Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) unter der Leitung von Prof. Dennis Liem, Berlin und Prof. Ulrich Brunner, Agatharied veröffentlicht.² Die wichtigsten Aussagen zur Therapie können wie folgt zusammengefasst werden:

NSAR zeigen gegenüber der Placebobehandlung bei der Behandlung von Partialläsionen eine Schmerzreduktion (Evidenzlevel 1). Die Kombination aus Cortisoninfiltration und Bewegungstherapie/manueller Therapie kann zur Anwendung kommen (Evidenzlevel 1).

Asymptomatische RM-Rupturen sollten nicht operiert werden. Mini-open und arthroskopische Rekonstruktionen zeigen vergleichbare klinische Ergebnisse, wobei offene Zugänge direkt postoperativ zu mehr Schmerzen führen (Evidenzlevel 2). Die knöcherne Einheilung der Sehne führt zu besseren klinischen Ergebnissen (Evidenzlevel 2). Double row Rekonstruktionen zeigen im Vergleich zu single row Rekonstruktionen geringere Re-Rupturraten, die klinischen Ergebnisse unterscheiden sich nicht (Evidenzlevel 1). Da sich die klinischen Ergebnisse der Rotatorenmaschettrekonstruktion mit und ohne begleitender Akromioplastik nicht zu unterscheiden scheinen, wird keine gene-

Literatur

1. Beickert R, Panzer S, Geßmann J, Seybold D, Pauly S, Wurm S, Lehmann L, Scholtysik D. Begutachtung des Rotatorenmanschettschadens der Schulter nach Arbeitsunfällen. Trauma Berufskrankh. 2016; 18:222–247
DOI 10.1007/s10039-016-0167-0.
<https://www.dvse.info/downloads/begutachtung.html>
2. S2e Leitlinie Rotatorenmanschette-AWMF Registernummer 033-041
Veröffentlicht März 2017.
<https://www.dvse.info/downloads/leitlinien.html>
3. Bildgebung in der Schulter- und Ellenbogenchirurgie. Obere Extremität, Band 12-Supplement 1, Mai 2017.
<https://www.dvse.info/downloads/bildgebung.html>
4. S2e Leitlinie Ellenbogen Erstluxation- AWMF Registernummer 012-034
Veröffentlicht Juli 2018. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/012-034I_S2e_Ellbogen-Erstluxation_2019-05.pdf
5. S2k Leitlinie Epicondylopathia radialis humeri- AWMF Registernummer 033-019.
Veröffentlicht Juni 2019.
https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-019I_S2k_Epicondylopathia_radialis_humeri_2019-09.pdf

relle Empfehlung zur begleitenden Akromioplastik gegeben (Evidenzlevel 1). Sollte begleitend eine Tenotomie der langen Bizepssehne durchgeführt werden, so besteht kein Unterschied im klinischen Ergebnis zwischen Tenotomie und Tenodese. Die Indikation zur Tenotomie/Tenodese wird in Abhängigkeit von Patientenalter und funktionellem Anspruch gestellt (Evidenzlevel 2). Bei Massentraktionen ist die Teilrekonstruktion gegenüber dem Debridement zu präferieren. Der Latissimus dorsi Transfer zeigt bei irreparabler Supraspinatussehnenruptur bei intakter Subscapularissehne im kurzfristigen Verlauf eine signifikante Verbesserung von Schmerz und Funktion. Die additive Gabe von platelet rich plasma (PRP) zeigt in prospektiv randomisierten Studien keinen klinischen Vorteil, aber geringere Re-Rupturraten. Es wird nach Maßgabe des Operateurs eine postoperative Immobilisation zwischen 3 und 6 Wochen empfohlen. Eine längere Immobilisation hat keine Nachteile, während eine zu aggressive Nachbehandlung zu einer höheren Re-Rupturrate führen kann.

Ebenso 2017 wurde in Analogie zu den Sonderheften der Zeitschrift „Obere Extremität“ zur klinischen Untersuchung von Schulter und Ellenbogen unter der Leitung von PD Dr. Marc Banerjee, Köln und Prof. Dr. Lars Lehmann, Karlsruhe ein Sonderheft zur Bildgebung in der Schulter- und Ellenbogenchirurgie veröffentlicht.³ Das Heft besteht aus 3 Teilen. Im ersten Teil werden aus Sicht des Kliniklers durch DVSE Autoren Empfehlungen zur Bildgebung zu 13 Schulter- und 3 Ellenbogenpathologien gegeben. Im zweiten Teil werden Empfehlungen zur Bildgebung zu den genannten Pathologien aus der Sicht der Radiologen durch Kollegen der Deutschen Gesellschaft für muskuloskeletale Radiologie (DGMSR) gegeben. Im dritten Teil werden Einstellungen zu 18 nativen Röntgenaufnahmen an der Schulter und 3 Einstellungen nativer Röntgenaufnahmen am Ellenbogen beschrieben.

2018 wurde als Gemeinschaftsprojekt der DVSE und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) unter der Federführung von Dr. Michael Hackl, Köln und PD Dr. Sebastian Siebenlist, München die S2e Leitlinie Ellenbogen Erstluxation (AWMF-Registernummer 012-034) publiziert.⁴ Hierzu sei auf den Beitrag von Dr. Hackl in diesem Heft verwiesen.

2019 wurde von DGOOC und der GOTS (Gesellschaft für Orthopädisch-Traumatologische Sportmedizin) unter der Leitung von Prof. Thomas Tischer, Rostock die S2k-Leitlinie Epicondylopathia radialis humeri (ERH, AWMF-Registernummer 033-019) publiziert.⁵ Basierend auf dem Konsens der beteiligten Autoren wurden bezüglich der

Therapie folgende Empfehlungen bzw. Statements verabschiedet:

Cortisoninjektionen führen zu keiner langfristigen Besserung und bergen das Risiko von Komplikationen. Da nicht genügend wissenschaftliche Evidenz zur Injektion mit Eigenblut, PRP, Botulinumtoxin u. a. existiert, ist eine abschließende Beurteilung nicht möglich. Eine Trainingstherapie für die Handgelenksexensoren wird empfohlen. Von alleiniger manueller Therapie (MT) wird abgeraten, die Kombination von Trainingstherapie und MT kann durchgeführt werden. Aufgrund der unzureichenden Datenlage kann keine Aussage zur Friktionsmassage getroffen werden. Elektrotherapie und Ultraschallbehandlung sollten jeweils als alleinige Maßnahme nicht durchgeführt werden. Magnetfeldtherapie, Sauerstoff- und Strahlentherapie sollten per se nicht durchgeführt werden. Akupunktur kann bei der ERH angewendet werden, extrakorporale Stoßwellenbehandlung (ESWT) bei der therapie-resistenten Epicondylopathie. Epicondylopathiebandagen und Tapes können als Therapieoptionen erwogen werden. Die Prognose der konservativen Therapie ist gut, die Epicondylopathie hat innerhalb von 12 Monaten eine hohe spontane Beschwerderegradienz.

Bei Versagen der konsequenten konservativen Therapie über mindestens 6 Monate kann bei Nachweis eines strukturellen Korrelates eine operative Therapie erwogen werden, wobei weder eine Empfehlung bezüglich des optimalen OP-Zeitpunktes noch zur Auswahl des operativen Verfahrens (auch ob arthroskopisch oder offen) gegeben werden kann. Grundsätzlich wird ein befundabhängiges Vorgehen, ggf. mit Refixation der Extensoren empfohlen. Die operativen Verfahren führen in der Regel zur subjektiven Patientenzufriedenheit.

Derzeit laufen zwei weitere S2e Leitlinienprojekte der DVSE, die Leitlinie Subacromiales Impingement unter der Federführung von Dr. Sophia Hünnebeck, Berlin (AWMF-Registernummer 033-056) sowie die Leitlinie Schultersteife unter der Federführung von Dr. Friedrich Dehlinger, Albstadt (AWMF-Registernummer 033-053). Beide Leitlinien befinden sich im Stadium der Leitlinienentwicklung, das konstituierende Treffen, die systematische Evidenzbasierung sowie die Literaturrecherche sind abgeschlossen. Mit einem Abschluss beider Projekte ist im ersten Halbjahr 2021 zu rechnen.



PD Dr. Marc Banerjee
Orthopädie und Unfallchirurgie, Sportmedizin
MediaPark Klinik
Im MediaPark 3
50670 Köln

Das Shoulder Pacemaker Therapie- konzept zur Behandlung der funktionellen hinteren Schulterinstabilität

Neben einer häufig traumatisch bedingten, strukturellen Schulterinstabilität können auch pathologische Muskelaktivierungsmuster in einer atraumatischen funktionellen Schulterinstabilität (Polar Typ III) resultieren.¹ Basierend auf dem Pathomechanismus, der Richtung der Instabilität und der Kontrollierbarkeit wurden kürzlich verschiedene Gruppen dieser Pathologie identifiziert, wobei die unkontrollierbare positionsabhängige funktionelle posteriore Schulterinstabilität (NCP-FPSI) als häufigster Subtyp erfasst wurde.²

Klinische und elektromyografische Studien weisen auf eine zugrundeliegende muskuläre Dysbalance der Rotatorenmanschette und der perikapulären Muskulatur im Sinne einer Hyperaktivität der Innenrotatoren (z. B. M. pect. major, M. lat. dorsi) und einer Hypoaktivität der Außenrotatoren (z. B. M. infraspinatus), die während einer bestimmten Phase der Armbewegung zu schwerwiegenden Instabilitätsbeschwerden führen, ohne hierbei ein strukturelles Korrelat aufzuweisen.^{3,4} (**Abb. 1**) Die geschätzte Prävalenz dieser eher seltenen Pathologie wurde mit 0,5%–2,6% innerhalb eines jungen und sportlich aktiven Kollektivs beziffert, wobei initiale Symptome bereits im Jugendalter auftreten können.⁵ Betroffene Patienten berichten neben einem permanenten Instabilitätsgefühl, chronischen Schmerzen und funktionellen Einschränkungen auch über eine Stigmatisierung aufgrund der auffälligen Subluxationen oder Dislokationen.⁶ Sowohl eine gezielte Physiotherapie inklusive Training zur Reaktivierung der Muskulatur werden als derzeitige Behandlungsoption der Wahl empfohlen, zeigen aber in mehreren Fällen keinen ausreichenden Erfolg.^{4,7} Nach einigen erfolglosen konservativen Therapieversuchen unterziehen sich manche Patienten mit NCP-FPSI einer chirurgischen Intervention, die aufgrund der postoperativ weiterhin vorhandenen funktionellen Beschwerden in einer Schmerzzunahme und einer Abnahme der Schulterfunktion resultieren kann.^{4,7-11} In Anbetracht der Ineffektivität gegenwärtiger Behandlungsoptionen wurde daher ein rein symptomatisches Vorgehen („skilfull neglect“) aufgrund einer potentiellen Regression der Beschwerden nach

mehreren Jahren empfohlen, welches in Anbetracht der meist jungen und sportlich aktiven Patienten allerdings nicht zielführend erscheint.^{9,10}

Basierend auf der Anwendung von gezielter elektrischer Muskelstimulation, welche bereits bei Schlaganfallpatienten erfolgreich gegen Schulterinstabilität eingesetzt wurde,^{12,13} ist das sogenannte Shoulder Pacemaker-Therapiekonzept entwickelt worden. Es handelt sich hierbei um eine Kombination aus konzentrischen, exzentrischen und funktionellen Bewegungsübungen unter Anwendung von automatisierter und gezielter elektrischer Muskelstimulation (EMS) der hypoaktiven Muskulatur. (**Abb. 2**)

Das Shoulder Pacemaker Konzept wurde bei Patienten mit NCP-FPSI und zuvor gescheiterten Therapieversuchen angewendet und 2 Jahre nachbeobachtet.⁶ Aktuell wird dieser Behandlungsansatz in einer multizentrischen klinischen Studie prospektiv evaluiert und ist für weitere Studienteilnehmer an den Standorten Berlin, Düsseldorf, Hannover, Karlsruhe, München und Zürich verfügbar (Kontaktaufnahme gerne per Email an den korrespondierenden Autor möglich).

Methodik

Innerhalb eines Jahres wurden insgesamt 24 Fälle mit NCP-FPSI rekrutiert. Einschlusskriterium war eine mindestens 3-monatige fehlgeschlagene konventionelle Physiotherapie, um eine Negativselektion der Studienkohorte zu erreichen. Zuvor erfolglose chirurgische Interventionen zählten nicht als



Abb. 1

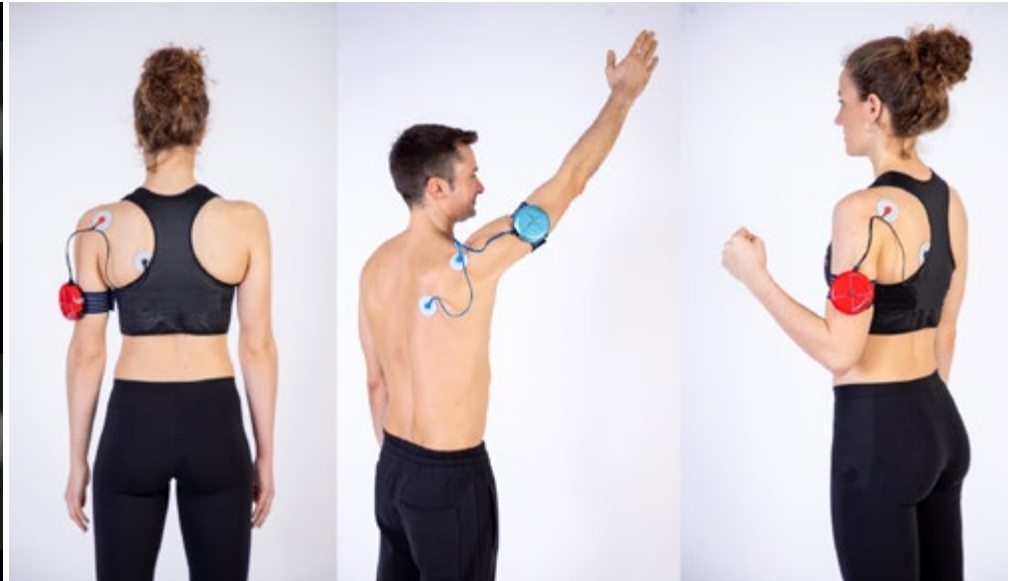


Abb. 2

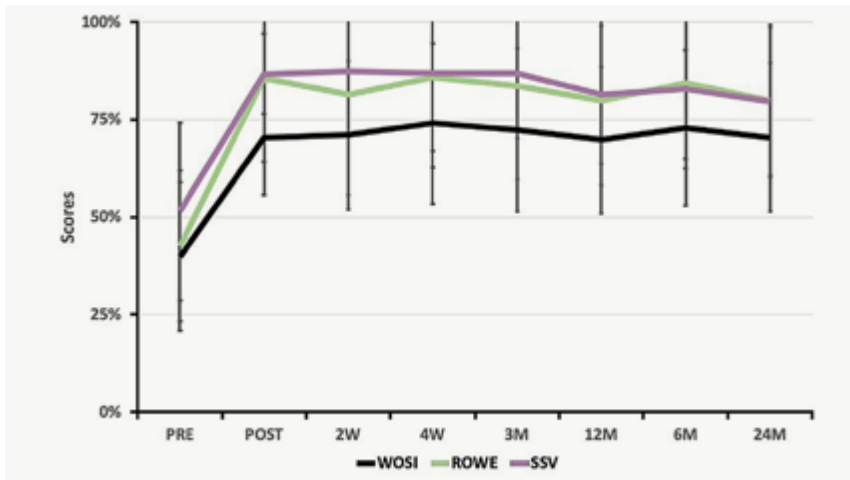


Abb. 3

Abb. 1
Eine unkontrollierbare positionsabhängige funktionelle posteriore Schulterinstabilität kann während einem bestimmten Punkt der Armbewegung als Subluxation oder Dislokation beobachtet werden. Links ist das klinische Bild, rechts die entsprechende fluoroskopische Aufnahme dargestellt.

Abb. 2
Das Shoulder Pacemaker Therapiekonzept zur Behandlung der funktionellen posterioren Schulterinstabilität.

Abb. 3
Longitudinale Erhebung der Schulterfunktionsscore SSV, WOSI und Rowe über einen Zeitraum von zwei Jahren.

Ausschlusskriterium. Vor Studieneinschluss wurde der Instabilitätsmechanismus anhand klinischer Untersuchung, aktueller MRT- Aufnahmen und einmaliger dynamischer fluoroskopischer Bildwandleranalyse verifiziert. Es wurden keine ausreichenden strukturellen Defekte beobachtet, welche die massive positionsabhängige Instabilität erklären könnten. Bei einem bilateralen Auftreten wurde nur die instabilere Seite analysiert, um die Strahlenbelastung unter Anwendung eines Röntgenschutzes minimal zu halten. Das EMS-basierende Behandlungsprotokoll umfasste drei aufeinanderfolgende Intensitätslevel mit konsekutiver Steigerung der Stimulationsintensität und Übungskomplexität über eine Dauer von 3 bis 6 Wochen mit 3 Stunden Training pro Woche. Hierbei wurde ein tragbares EMS-Gerät mit einer Frequenz von 35Hz verwendet, um eine tonische Kontraktion der Außenrotatoren und der Skapularetraktoren

zu erreichen. 3 von 24 Fällen wurden aufgrund mangelhafter Compliance aus der Studie ausgeschlossen. Die longitudinale Evaluation der Schulterfunktion umfasste die Erhebung der Zufriedenheit mit der Behandlung, den Western Ontario Shoulder Instability Index (WOSI), den Rowe Score und den Subjective Shoulder Value (SSV) 0 Wochen, 2 Wochen, 4 Wochen, 3 Monate, 6 Monate, 12 Monate und 24 Monate nach Interventionsende.⁶

Ergebnisse

Nach Therapieabschluss konnten alle eingeschlossenen Fälle eine klinisch instabilitätsfreie Armbewegung ohne Anzeichen einer Subluxation oder Dislokation durchführen. Die Teilnehmer waren mit dem Therapiekonzept sehr zufrieden (81 %) oder zufrieden (19%) und würden es zu 100 % weiterempfehlen. Entsprechend wurde eine signifikante Verbesserung der erhobenen Scores beobachtet, sodass schulterbelastende berufliche und sportliche Tätigkeiten fortgeführt werden konnten. Ein anhaltender Therapieeffekt wurde zudem selbst 2 Jahre nach Therapieende noch festgestellt ($p < 0.001$). (**Abb. 3**) Ein besserer Behandlungseffekt wurde bei jungen ($p = 0.005$), schlanken ($p = 0.019$) und sportlich aktiven ($p = 0.003$) Patienten erzielt, die einen höheren WOSI-Basiswert ($p = 0.04$) und ein einseitiges Auftreten der Pathologie ($p = 0.046$) vorwiesen. Eine erhöhte glenoidale Retroversion ($p = 0.004$), eine posterior scapulohumerale Dezentrierung ($p = 0.021$) und eine dysplastische knöchernen Glenoidform ($p = 0.044$) waren mit einer

schlechteren Permanenz des Behandlungseffekts nach einem Jahr verbunden. Dieser Trend konnte jedoch für die zweijährige Nachbeobachtung nicht bestätigt werden.

Die Gesamtrezidivrate während der zweijährigen Nachbeobachtung war gering: Ein Fall erlitt einen traumatischen Unfall und berichtete über eine anschließende rezidivierende Instabilität 2 Wochen nach der letzten Therapieeinheit. Ein Fall wurde mit einem Wiederauftreten der Instabilität bei der 6-monatigen Nachuntersuchung beobachtet. In einem weiteren Fällen kam es zu einem Wiederauftreten der Beschwerden nach 24 Monaten, wobei eine erneute Behandlung nach Studienabschluss erfolgte und zu einer raschen Beschwerdeverbesserung führte. Trotz der effektiven Behandlung der nicht kontrollierbaren Komponente durch das Shoulder Pacemaker Therapiekonzept waren die meisten Teilnehmer weiterhin in der Lage, eine willentliche, kontrollierte Subluxation ihrer Schulter durchzuführen. Es wurden keine Komplikationen außer gelegentlichen Muskelschmerzen beobachtet.⁶

Schlussfolgerung

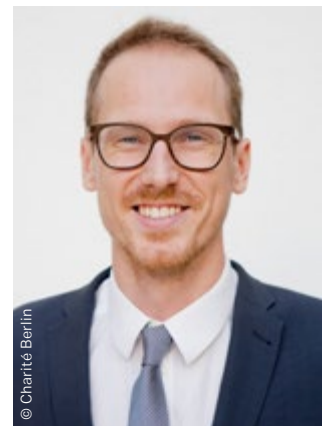
Insgesamt stellt das Shoulder Pacemaker Therapiekonzept eine innovative und effiziente Behandlungsoption für Patienten mit NCP-FPSI dar. Auch Patienten mit zuvor fehlgeschlagener konventioneller Physiotherapie erreichten eine rasche Beschwerdeverbesserung und zeigten einen anhaltenden Effekt über einen Zeitraum von 2 Jahren.

Junge und sportliche Patienten mit geringerem Gewicht und einseitiger Pathologie profitierten am meisten von der Behandlung. Strukturelle Auffälligkeiten des hinteren Glenoids können die Langlebigkeit des Behandlungseffekts beeinträchtigen. Im Falle eines Wiederauftretens der nicht kontrollierbaren Instabilitätskomponente ist eine Wiederholung der nicht-invasiven Behandlung möglich. Im Rahmen einer multizentrischen randomisierten, klinischen Studie wird dieses Konzept derzeit prospektiv evaluiert, wobei weitere Studienteilnehmer gesucht werden (E-Mail an den korrespondierenden Autor).



© Charité Berlin

Victor Danzinger
Abteilung für Schulter- und
Ellenbogenchirurgie, Centrum
für Muskuloskeletale Chirurgie,
Charité – Universitätsmedizin
Berlin, Campus Virchow
Klinikum, Berlin, Deutschland



© Charité Berlin

PD Dr. Philipp Moroder
Abteilung für Schulter- und
Ellenbogenchirurgie, Centrum
für Muskuloskeletale Chirurgie,
Charité – Universitätsmedizin
Berlin, Campus Virchow
Klinikum, Berlin, Deutschland
philipp.moroder@charite.de

Literatur

- Lewis, A., T. Kitamura, and J.I.L. Bayley, (ii) The classification of shoulder instability: new light through old windows! *Current Orthopaedics*, 2004. 18(2): p. 97–108.
- Moroder, P., et al., Characteristics of functional shoulder instability. *J Shoulder Elbow Surg*, 2020. 29(1): p. 68–78.
- Jaggi, A., et al., Muscle activation patterns in patients with recurrent shoulder instability. *Int J Shoulder Surg*, 2012. 6(4): p. 101–7.
- Takwale, V.J., P. Calvert, and H. Rattue, Involuntary positional instability of the shoulder in adolescents and young adults. Is there any benefit from treatment? *J Bone Joint Surg Br*, 2000. 82(5): p. 719–23.
- Danzinger, V., E. Schulz, and P. Moroder, Epidemiology of functional shoulder instability: an online survey. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2019. 20(1): p. 281.
- Moroder, P., et al., The Shoulder Pacemaker treatment concept for posterior positional functional shoulder instability: prospective clinical trial. *Am J Sports Med*, 2020. (accepted)
- Jaggi, A. and S. Lambert, Rehabilitation for shoulder instability. *Br J Sports Med*, 2010. 44(5): p. 333–40.
- Hawkins, R.J., G. Koppert, and G. Johnston, Recurrent posterior instability (subluxation) of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am*, 1984. 66(2): p. 169–74.
- Huber, H. and C. Gerber, Voluntary subluxation of the shoulder in children. A long-term follow-up study of 36 shoulders. *J Bone Joint Surg Br*, 1994. 76(1): p. 118–22.
- Kuroda, S., et al., The natural course of atraumatic shoulder instability. *J Shoulder Elbow Surg*, 2001. 10(2): p. 100–4.
- Moroder, P., et al., Use of shoulder pacemaker for treatment of functional shoulder instability: Proof of concept. *Obere Extremität*, 2017. 12(2): p. 103–108.
- Chuang, L.L., et al., Effect of EMG-triggered neuromuscular electrical stimulation with bilateral arm training on hemiplegic shoulder pain and arm function after stroke: a randomized controlled trial. *J Neuroeng Rehabil*, 2017. 14(1): p. 122.
- Jeon, S., et al., The effects of electromyography-triggered electrical stimulation on shoulder subluxation, muscle activation, pain, and function in persons with stroke: A pilot study. *NeuroRehabilitation*, 2017. 40(1): p. 69–75.

Zertifizierung von Schulter- und Ellenbogen-Einrichtungen

Die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie e. V. (DVSE), eine der größten und mitgliederreichsten wissenschaftlichen deutschsprachigen Organe, verfolgt seit Jahren das Ziel der Strukturverbesserung, Transparenz und Qualitätssicherung in der klinischen Versorgung und wissenschaftlichen Forschung auf dem Gebiet der Schulter- und Ellenbogenchirurgie.



Personenspezifisches Zertifikat

Beginnend mit dem Jahr 2008 bietet die DVSE in Ergänzung zur Facharztweiterbildung eine fakultative Fortbildung im Schwerpunkt „Schulter- und Ellenbogenchirurgie“, sowie im Schwerpunkt „Ellenbogenchirurgie“ an. Ziel ist eine Strukturierung und Standardisierung und damit eine Verbesserung der Ausbildung sowie der theoretischen Kenntnisse und praktischen Fähigkeiten im Bereich der Behandlung von Erkrankungen und Verletzungen des Schulter- und Ellenbogengelenkes.

Verantwortlich für die Fortbildungsinhalte sowie deren ständige Aktualisierung ist der Vorstand der DVSE. Durch Absprache mit den übergeordneten oder verwandten Fachgesellschaften bzw. Vereinen (DGOOC, DGU, AGA, SECEC) sollen verschiedene Kursmodule gegenseitig anerkannt werden.

Die Fortbildungszeit für das Modul „Schulter- und Ellenbogenchirurgie“ in Theorie und Praxis (100 Stunden) beträgt mindestens 2 Jahre und sollte nach 6 Jahren abgeschlossen werden. Zusätzlich ist eine praktische Fortbildung über 10 Arbeitstage in einem durch die DVSE benannten Fortbildungszentrum erforderlich. Das Praktikum soll im zweiten Jahr des Curriculums absolviert werden.

Ziel des zwei- bzw. einwöchigen Praktikums ist der praktische Einblick des Kursabsolventen in das gesamte Spektrum der Schulter- und Ellenbogenchirurgie.

Die Erteilung des Zertifikates kann nach erfolgreichem Abschluss der Facharzt Ausbildung erfolgen und hat eine Gültigkeit von 5 Jahren. Über Kongressbesuche und speziell dafür eingerichtete e-learning Plattform kann eine Re-Zertifizierung durchgeführt werden. **Aktuell zählt die DVSE knapp 200 zertifizierte Mitglieder.**

Jeder Kursveranstalter kann die Aufnahme in das DVSE- Curriculum beantragen. Die Fortbildungskommission überprüft die Anträge entsprechend den Fortbildungsinhalten und vergibt Anerkennungsstunden für Theorie und Praxis für das jeweilige Modul des Kurs-Curriculums. Zusätzlich zur spezifischen Ausbildung **nach** Facharztprüfung wurde im Oktober 2016 ein strukturiertes Fortbildungskonzept auch für Assistenzärztinnen und Assistenzärzte erarbeitet, um die systematische Ausbildung von Weiterbildungsassistentinnen und -assistenten in der Schulter- und Ellenbogenchirurgie sicherzustellen. Die Fortbildungsinhalte stellen dabei das geforderte Facharztwissen für den Facharzt O und U im Bereich der Schulter- und Ellenbogenchirurgie dar

Das Fortbildungskonzept unterteilt sich dabei in 6 Kursmodule:

- Modul A | Klinische & wissenschaftliche Basics
- Modul B | Chirurgische Grundkenntnisse
- Modul C | Traumatologie
- Modul D | Degenerative Gelenkerkrankungen & Weichteilpathologien
- Modul E | Instabilität
- Modul F | Kinder, Komplikationen, Tumoren & Rheuma



Persönliches Siegel nach durchgeführter (Re-) Zertifizierung

Und wir fangen noch früher an: Das Modulkonzept des Jungen Forums der DVSE e. V. **wurde als strukturiertes Ausbildungsprogramm für Schulter- und Ellenbogenchirurgie interessierte Studierende** im Jahr 2017 eingeführt. Grundgedanke im Rahmen der Ausbildung und Unterstützung der Studierenden ist die Vermittlung klinischer Grundlagen, das Sammeln erster Erfahrungen im wissenschaftlichen Arbeiten sowie die persönliche Unterstützung bei der Karriereplanung.

Instituts-Zertifizierungen

Aufbauend auf der Persönlichen Zertifizierung wurden in einem nächsten Schritt -basierend auf der aktuellen Versorgungssituation in Deutschland- durch den Aufbau von Deutschen Schulter- und Ellenbogenzentren, -kliniken und -praxen klinische und wissenschaftliche Fachkompetenz und Qualität sichtbar gemacht und die Aktivität in den einzelnen Bereichen gesteigert.

Das Konzept beruht dabei auf einer dreistufigen Gliederung und reflektiert die in den verschiedenen Einrichtungen vorliegenden klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkte. Neben personenbezogenen Voraussetzungen ist das Stufenkonzept in drei Kategorien unterteilt: Krankenversorgung, Forschung, Fortbildung/Lehre. Für die Zertifizierung müssen durch die Einrichtung verschiedene Voraussetzungen in den jeweiligen Kategorien erfüllt sein. Die Deutschen Schulter- und Ellenbogenzentren decken dabei die drei Säulen in besonders hohem Maße ab. Kliniken und Praxen sind in abgestufter Weise mit reduzierter Aktivität in den einzelnen Bereichen abgebildet.

Nachdem im vergangenen Jahr die Fa. ClaCert beauftragt wurde, hat sich eine große Dynamik entwickelt. Auf dem DKOU im Oktober 2019 konnten bereits die ersten Zertifikate erteilt werden, für das erste Deutsche Schulter- und Ellenbogenzentrum (DSEZ), die ViDia Christliche Kliniken in Karlsruhe mit Prof. Dr. Lars Lehmann und Dr. Christian Gerhardt, für die erste Deutsche Schulter- und Ellenbogenklinik (DSEK), Klinikum Südstadt in Rostock mit Dr. Thomas Westphal und Dr. Jörg Weber sowie für die erste Deutsche Schulter- und Ellenbogenpraxis operativ (DSEPo), OrthoMainfranken, in Würzburg mit Herrn PD Dr. Dirk Böhm und Dr. Dorota Böhm. Die Verleihung der ersten Urkunden fand in Anwesenheit der Generalsekretäre der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie



der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOUC) Herrn Prof. Bernd Kladny und Herrn Prof. Dietmar Pennig unter großem Interesse der Presse und vielen Zuhörern in einem großen Vortragssaal statt.

Mittlerweile konnten sich mit der Sportklinik Stuttgart mit PD Dr. Frieder Mauch und Dr. Guido Engel als Stellvertreter als Deutsche Schulter- und Ellenbogenklinik sowie mit dem DIAKOVERE am Friederikenstift mit Prof. Dr. Helmut Lill und Dr. Gunnar Jensen als Deutsches Schulter- und Ellenbogenzentrum zwei weitere Einrichtungen zertifizieren. Zahlreiche weitere Anfragen bestätigen den eingeschlagenen Weg.

Der Start zu unserem transparenten Zertifizierungssystem der Einrichtungen der DVSE zur Schulter- und Ellenbogenchirurgie ist sehr erfolgreich gewesen.

Die Anforderungen und die Hürden der Zertifizierung sind ungewöhnlich hoch- sowohl im Rahmen der klinischen Versorgung als auch der wissenschaftlichen Expertise- bitte bringen Sie sich ein mit Anregungen und Kritik. Es handelt sich um ein lernendes und lebendiges System, das an sich verändernde Rahmenbedingungen permanent angepasst werden kann.

Mit Ihrer aktiven Mitarbeit als Fachexperte und mit Ihren Einrichtungen. Unser Ziel ist die hohe Qualität der Patientenversorgung in unserem Fachbereich auch flächendeckend und transparent nach außen darzustellen.

Übergabe der ersten Zertifikate auf dem DKOU 2019 an Dr. Böhm (DSEP), Dr. Westphal (DSEK) und Prof. Lehmann (DSEZ)

Prof. Dr. L.-J. Lehmann
1. Vizepräsident DVSE

Suchen Sie nach einer lang anhaltenden Schmerzlinderung?

DUROLANE macht den Unterschied.

DUROLANE[®]

Hyaluronsäure, stabilisierte Einmalinjektion



Schmerzlinderung bei Arthrose mit nur einer Injektion

Verbleibt länger im Gelenk — Halbwertszeit von 30 Tagen¹

- Leistungsstarke und dauerhafte Verbesserung der Lebensqualität²
- Klinisch bewährt^{3,4}
- Dreidimensionales Gel durch vernetzte Hyaluronsäuremoleküle⁵
- Einzigartige viskoelastische Eigenschaften durch NASHA-Technologie⁵

Indikationen:

DUROLANE (3 mL): Symptomatische Behandlung von leichter bis mittelschwerer Arthrose im Knie oder Hüftgelenk. Darüber hinaus ist DUROLANE in der EU für die symptomatische Behandlung im Zusammenhang mit leichten bis mittelschweren Arthroseschmerzen in Knöchel-, Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Finger- und Zehngelenken zugelassen.

DUROLANE SJ (1 mL): Symptomatische Behandlung im Zusammenhang mit leichten bis mittelschweren Arthroseschmerzen in Knöchel-, Ellenbogen-, Hand-, Finger- und Zehngelenken.

Sowohl DUROLANE als auch DUROLANE SJ sind ebenfalls für Schmerzen nach Gelenkarthroskopien bei Vorliegen von Arthrose innerhalb von drei Monaten nach dem Eingriff indiziert.

Es sind keine Gegenanzeigen bekannt.

Sie sollten DUROLANE nicht anwenden, wenn Sie Infektionen oder Hauterkrankungen an der Einstichstelle haben. DUROLANE wurde nicht zur Anwendung bei schwangeren oder stillenden Frauen oder bei Kindern getestet.

Zu den Risiken zählen vorübergehende Schmerzen, Schwellungen und/oder Verhärtungen an der Einstichstelle.

Vollständige Informationen zur Verordnung finden Sie auf der Produktetikettierung, oder unter www.DUROLANE.com.

Referenzen: 1. Lindqvist U, Tolmachev V, Kairemo K, Astrom G. Elimination of stabilised hyaluronan from the knee joint in healthy men. *Clin Pharmacokinet* 2002; 41: 603-13. 2. Krockner D, Matziolis G, Tulscher J, et al. Reduction of arthrosis associated knee pain through a single intra-articular injection of synthetic hyaluronic acid. *Rheumatol*. 2006; 65: 327-331. 3. McGrath AF, McGrath AM, Jessop ZM, et al. A comparison of intra-articular hyaluronic acid competitors in the treatment of mild to moderate knee osteoarthritis. *J Arthritis*. 2013; 2(1):108. doi: 10.4172/2167-7921.1000108. 4. Leighton R, Akermark C, Therrien R, et al. NASHA hyaluronic acid vs methylprednisolone for knee osteoarthritis: a prospective, multicentre, randomized, non-inferiority trial. *Osteoarthritis Cartilage*. 2014; 22: 17-25. 5. Agerup B, Berg P, Akermark C. Non-animal stabilized hyaluronic acid: a new formulation for the treatment of osteoarthritis. *BioDrugs*. 2005; 19(1):23-30.

Bioventus, das Bioventus Logo und DUROLANE sind eingetragene Warenzeichen von Bioventus LLC. Synvisc und Synvisc-One sind eingetragene Warenzeichen von Genzyme Corporation.

©2020 Bioventus LLC SMK-003323 05/20

 **bioventus**
Active Healing Through Orthobiologics

Neue Heilmittelverordnung ab Oktober 2020

Ab dem 1.10.2020 tritt eine vom GBA am 19.9.2019 beschlossene Änderung der Heilmittelrichtlinie in Kraft. Hierdurch ändert sich auch das Verordnungsformular Muster 13. Erfreulicherweise wird vieles einfacher:

1 Für alle Heilmittel (Physiotherapie, Podologie, Ergotherapie, Ernährungs-therapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- sowie Schlucktherapie) gibt es nur noch **ein einheitliches Verordnungsformular**.

2 Wie bisher ist **mindestens eine behandlungsrelevante ICD-10 Diagnose** anzugeben. Eine zweite ICD-Diagnose ist nur notwendig, wenn ein besonderer Verordnungsbedarf geltend gemacht werden soll, bei dem laut Katalog die Angabe eines zweiten ICD-10-Codes Voraussetzung ist (ausbudgetierte Verordnung). **Der Standard-ICDText kann ergänzt oder durch Freitext ersetzt werden.**

3 Die bisher 22 Indikationsschlüssel werden auf **13 Diagnosegruppen** (EX, WS, CS, ZN, PN, AT, GE, LY und SO1-5) reduziert. Eine Unterscheidung zwischen verwandten Gruppen (z. B. WS1 und WS2) ist nicht mehr nötig, die Aufrechnung von Vorverordnungen entfällt. Der Heilmittelkatalog wird übersichtlicher.

4 Eine oder mehrere **Leitsymptomatiken a–c** können durch alleiniges Ankreuzen gewählt werden. Alternativ kann eine patientenindividuelle Leitsymptomatik formuliert werden, soweit mit den Regelbeispielen vergleichbar. Ärzte sind flexibler und können freier entscheiden.

5 Es wird nur noch zwischen „**vorrangigen**“ und „**ergänzenden**“ Heilmitteln unterschieden. Die „**optionalen**“ Heilmittel entfallen. Die Therapieoptionen werden dadurch erweitert, dass auch **bis zu 3 vorrangige Heilmittel** gleichzeitig verordnet werden können, soweit der Heilmittelkatalog in der Diagnosegruppe mehrere vorrangige Heilmittel vorsieht. Während der Laufzeit einer Verordnung können

Heilmittelverordnung 13

1 Physiotherapie
1 Podologische Therapie
1 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
1 Ergotherapie
1 Ernährungstherapie

2 **Behandlungsrelevante Diagnose(n)**
ICD-10 - Code

3 **Diagnosegruppe** 4 **Leitsymptomatik** gemäß Heilmittelkatalog 4 a 4 b 4 c 4 **patientenindividuelle Leitsymptomatik**
Leitsymptomatik *zusammenfassende Leitsymptomatik als Freitext eingeben*

6 **Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges**
Heilmittel 6 **Behandlungseinheit**

8 **Therapiebericht** 9 **Hausbesuch** 9 ja 9 nein 7 **Therapiefrequenz**

10 **Dringlicher Behandlungsbedarf** innerhalb von 14 Tagen

11 **ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise**

12 **IK des Leistungserbringers** **Vertragsstempel / Unterschrift des Arztes**

Muster 13 (10/2020)

Heilmittelrichtlinie inklusive Heilmittelkatalog und Anlagen: www.bvou.net Stichwort:

»Heilmittelrichtlinie«



so passive und aktive Maßnahmen der Physiotherapie kombiniert werden. In Ausnahmefällen kann dasselbe vorrangige Heilmittel auch mit dem Text „**als Doppelbehandlung**“ eingetragen werden. Die zulässige Höchstmenge an Behandlungseinheiten je Verordnung sowie die orientierende Behandlungsmenge erhöhen sich hierdurch nicht. Zulässig ist auch der Eintrag „**standardisierte Heilmittelkombination**“ und daneben die Konkretisierung auf mindestens 3 zur Auswahl stehende vorrangige u./o. ergänzende Heilmittel der jeweiligen Diagnosegruppe in freier Kombination. Soweit erforderlich kann **maximal ein „ergänzendes Heilmittel“** verordnet werden. Elektrotherapie, Elektrostimulation oder Ultraschall kann **auch ohne Verordnung eines vorrangigen Heilmittels** rezeptiert werden.

6

Die Anzahl der hier anzugebenden Behandlungseinheiten darf den Wert der Höchstmenge je Verordnung nicht überschreiten. Wurde neben dem vorrangigen ein ergänzendes Heilmittel verordnet, richtet sich die Höchstmenge des ergänzenden Heilmittels nach dem vorrangigen Heilmittel. Wurde die Verordnungsmenge auf verschiedene vorrangige Heilmittel aufgeteilt, richtet sich die Höchstmenge des ergänzenden Heilmittels nach der Summe der verordneten Behandlungseinheiten der vorrangigen Heilmittel. **Die Verordnungsmenge einer standardisierten Heilmittelkombination und von Massagen wird auf jeweils 12 Einheiten je Verordnungsfall erhöht.**

7

Die Therapiefrequenz kann auch als Frequenzspanne angegeben werden. Im Heilmittelkatalog findet sich eine **Frequenzempfehlung** zur Orientierung. **Therapeuten sind an die Angabe des Arztes gebunden.**

9

Hausbesuch „ja“ ist nur anzukreuzen, wenn der Patient aus medizinischen Gründen den Therapeuten nicht aufsuchen kann oder der **Hausbesuch aus medizinischen Gründen zwingend notwendig** ist. Die Behandlung in einer Einrichtung allein ist keine ausreichende Begründung für die Verordnung eines Hausbesuchs.

10

Wenn eine Behandlung aus medizinischen Gründen spätestens innerhalb von 14 Kalendertagen beginnen muss, kann dieses Feld angekreuzt werden. Ohne eine solche Kennzeichnung **gilt das Rezept 28 Kalendertage ab Verordnung** und verliert dann seine Gültigkeit.

11

Hier können weitere Hinweise zur Spezifizierung des Therapieziels, therapierelevante Befundergebnisse u. ä. angegeben werden.

Was man auf dem Formular nicht mehr findet und was sonst noch neu ist

Die komplizierte Unterteilung in Erst- und Folgeverordnung sowie Folgeverordnung außerhalb des Regelfalls wird abgelöst. Es gibt **nur noch einen Verordnungsfall** und daran geknüpft eine „orientierende Behandlungsmenge“, von der der Arzt je nach medizinischem Bedarf abweichen kann. Hierdurch sinkt die Gefahr, fehlerhafte Verordnungen auszustellen. Mit dem Wegfall der Verordnung außerhalb des Regelfalls entfällt auch das **Genehmigungsverfahren**, das einige Krankenkassen verlangten. Auf der Verordnung sind somit auch **keine Begründungen** mehr erforderlich. Der Arzt dokumentiert lediglich in der Patientenakte die Gründe für den höheren Heilmittelbedarf. Insofern ist diese Regelung sicher nicht so zu verstehen, dass es künftig keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen der Ordnungsweise geben wird.

Bisher ist vor dem Einsetzen eines neuen Regelfalls ein „behandlungsfreies Intervall“ von 12 Wochen, gerechnet ab dem Datum der letzten Behandlung, erforderlich. Diese Zeit war oft schwer festzustellen. **Künftig ist das leichter feststellbare Datum der letzten Heilmittelverordnung entscheidend.** Liegt es noch keine 6 Monate zurück, wird der bisherige Verordnungsfall fortgeführt, wobei die „orientierende Behandlungsmenge“ ebenfalls fortgilt. **Liegt das Datum sechs Monate oder länger zurück, wird ein neuer Verordnungsfall ausgelöst.** Der Verordnungsfall und die orientierende Behandlungsmenge **beziehen sich auf den jeweils verordnenden Arzt.**



Dr. med. Karsten Braun, LL. M.
Bezirksvorsitzender
Heilbronn-Franken/BVOU-Referat
Presse

Fortbildung kosten- und zeiteffizient. Für das gesamte Klinik- und Praxis-Team. Alles aus einer Hand.

E-Learning Kurse

Arbeitsschutz 	Brandschutz 	Hygiene
Basic Life Support 	Schweigepflicht, Dokumentation & Datenschutz 	Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz

-20%
für Mitglieder
des BVOU

Blended Learning Kurse

<p>Hygienebeauftragter Arzt</p> <p>Nach dem Curriculum der Bundesärztekammer</p> <p>Abschluss mit dem Zertifikat „Hygienebeauftragter Arzt“</p> <p>60 CME-Punkte</p> <p>Nur 2 statt 5 Tage Präsenz</p> <p>Refresherkurs: 299,-€* E-Learning, keine Präsenz</p> <p>699,-€ 559,- €*</p> <p>Aktuelle Präsenztermine 17.-18.10.2020 Berlin</p>	<p>Hygienebeauftragte MFA</p> <p>Nach den Richtlinien und dem Curriculum der DGKH</p> <p>Abschluss mit dem Zertifikat „Hygienebeauftragte MFA“</p> <p>24 RbP-Punkte</p> <p>Nur 1 statt 3 Tage Präsenz</p> <p>Refresherkurs: 199,-€* E-Learning, keine Präsenz</p> <p>499,-€ 399,- €*</p> <p>Aktuelle Präsenztermine 19.08.2020 Berlin</p>	<p>Aufbereitung von Medizinprodukten</p> <p>Nach dem Curriculum der Bundesärztekammer</p> <p>Für Medizinische Fachangestellte (MFA)</p> <p>Abschlusszertifikat</p> <p>24 RbP-Punkte</p> <p>Nur 1 statt 3 Tage Präsenz</p> <p>499,-€ 399,- €*</p> <p>Aktuelle Präsenztermine 18.08.2020 Berlin</p>
---	--	---

Alle digitalen Fortbildungsangebote des BVOU finden Sie unter <https://edoucate.de/veranstaltungen/elearning>

NEU: Microlearning Coronavirus für das gesamte Team kostenfrei!

Meduplus möchte Sie und Ihr gesamtes Team auf das Auftreten einer Coronavirus-Infektion in Ihrer Praxis oder Klinik vorbereiten. Das Microlearning Coronavirus macht Ärzte, Pflegekräfte und med. Assistenzpersonal in kürzester Zeit fit im korrekten Hygieneverhalten bei COVID-19-Infektionen. Der Kurs basiert auf den Empfehlungen des RKI und wird kontinuierlich aktualisiert.



Die Pandemie verändert alles:

Zweite Gesamtvorstandssitzung 2020

als Online-Meeting

Die 2. Gesamtvorstandssitzung hätte eigentlich beim süddeutschen Orthopädenkongress in Baden-Baden stattfinden sollen – wäre da nicht die Coronapandemie. Die vierstündige Veranstaltung kann man in wenigen Worten zusammenfassen: Kürzer als sonst, weniger Dialog, kaum markige Worte, ohne interessante Fachreferenten, keine Häppchen, trockenere „Atmosphäre“ ohne networking, aber informativ und gut im Sachertrag. Routiniert moderierte Präsident Dr. Johannes Flechtenmacher am 1. Mai durch die Tagesordnung.

Das Thema Coronavirus zog sich dabei als roter Faden durch alle Tagesordnungspunkte. Derzeit wird aufgrund von Covid-19 diskutiert, ob der Deutsche Orthopädenkongress in Berlin – trotz abgeschlossener Planungen – in der gewohnten Form stattfinden kann: 12.000 Teilnehmer aus systemrelevanten Bereichen lassen sich wahrscheinlich im Herbst nicht risikolos täglich zusammenbringen. Einstimmig wurde beschlossen, die BVOU-Kongresspräsidentenschaften und anstehende Ehrungen um ein Jahr zu verschieben. Die Entscheidungen, der am DKOU beteiligten Fachgesellschaften und der Kongressorganisation Intercongress, stehen dazu noch aus. Auch bei ADO und AOUC mussten 80 Kurse abgesagt oder verschoben, zahlreiche neue E-Learning-Angebote eingerichtet und Fortbildungszertifikate teildigitalisiert werden. Für das große Engagement dankte Flechtenmacher dem Geschäftsführer Dr. Jörg Ansorg und den zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der BVOU-Geschäftsstelle. Diese sei auch durch die schnelle Beschaffungsaktion für Schutzausrüstung „an die Grenzen der Belastbarkeit getrieben“ worden, so Schatzmeister Dr. Helmut Weinhart. Die Notwendigkeit, „aus der Kriegskasse“ bei Bestellungen Beträge von fast einer Mio. € vorstrecken zu müssen, habe ihn zeitweise schlecht schlafen lassen. An den Verkäufen habe der BVOU selbst nichts verdient, die Aktion könne nun heruntergefahren werden.

Maßstäbe für Verbandsarbeit

Dank für gute Pressearbeit in Print- und Onlinemedien erhielt Janosch Kuno. In Planung ist ein Ausbau der Wissenschaftsinformation im BVOU.net mit der Besprechung aktueller Publikationen. Die Patientenplattform Orthinform werde mit bis zu 100.000 Klicks im Monat sehr gut angenommen. Der BVOU sei mittlerweile für Medien ein gefragter Ansprechpartner. Ein BVOU-Jahrbuch 2019/20 erscheint, ebenso eine von Dr. Reinhard Deinfelder erstellte Broschüre zur Einlagenverordnung. Hiermit und mit den beiden weiteren in Vorbereitung befindlichen Heften zur Verordnung von Schuhzurichtungen und orthopädischen Schuhen, setzt Deinfelder, der zum Jahresende seine Aufgaben im BVOU abgeben wird, nochmals einen Akzent in seiner langjährigen Verbandsarbeit, die alle Teilnehmer im parallel zur Videokonferenz laufenden Chat würdigten. Ein Nachfolger für seine Funktion als Vorsitzender des Arbeitskreises für konservative Orthopädie wird noch gesucht. Dr. Gerd Rauch berichtete über die unter der Dachmarke der Aktion Orthofit neu geplante Aktion „Haltung zeigen“, mit den künftig weitere kinderorthopädischen Themen angesprochen werden sollen. Vorgesehen ist ein Relaunch der Website auch mit Videos und zusätzlichem Material für Lehrer und Eltern.

integrierende Interessensvertretung

Von der Attraktivität des Verbandes zeugen verschiedene Anfragen wissenschaftlicher Fachgesellschaften, ihre berufspolitische Interessensvertretung unter dem Dach des BVOU integrierend zusammenführen zu wollen, wie Prof. Robert Hube von der Deutschen Kniegesellschaft erläuterte. Ähnliche Anfragen liegen auch von der Deutschen Hüftgesellschaft, der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk, der Gesellschaft für Fußchirurgie sowie dem Verein „Die Orthopädinnen e. V.“ vor. Alle Anträge wurden angenommen.

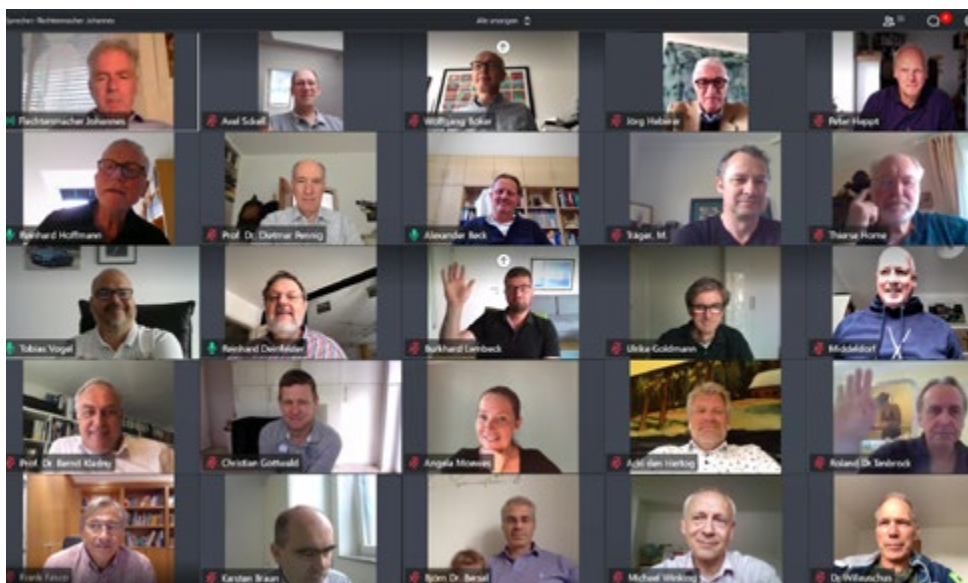
Unsichere Perspektiven für Coronahelden

Kürzer als sonst fielen die Berichte der geschäftsführenden Vorstandsmitglieder Prof. Reinhard Hoffmann, Dr. Henning Leunert, PD Dr. Axel Sckell, Prof. Dietmar Penning und Dr. Helmut Weinhart aus. Für den klinischen Bereich habe Corona die Themen Pflegepersonaluntergrenzen, Pflerix und Notfallversorgung zwar ausgesetzt, die Rettungsschirme seien für manche Kliniken aber nicht ausreichend, so Hoffmann; „wir müssen abwarten, was die Politik sagt, wenn Kliniken und Praxen die Grätsche machen, ob wir dann noch die Coronahelden sind“.

Chancen für eine bessere Vernetzung mit den Fachschaften für Medizin, für Mitgliederzuwachs im BVOU und eine bessere Anbindung des „Jungen Forums“, sah Sckell in der pandemiebedingten Ausweitung des Onlinelehrbetriebs. In Bezug auf den Budgetplan des BVOU bezeichnete Weinhart das Jahr 2020 als „Blindflugjahr mit drei Fragezeichen“.

Rettungsschirme und Kurzarbeit

Die unterschiedliche Umsetzung und die offenen Punkte der im SGB V vorgegebenen Corona-Rettungsschirme durch die KV-spezifischen Honorarverteilungsmaßstäbe, prägte die nachfolgende Berichterstattung aus den Landesverbänden und Referaten sowie die Diskussion beim Tagesordnungspunkt Honorar. In der öffentlichen Diskussion sei es wichtig darauf hinzuweisen, dass GKV-Rettungsschirme keineswegs die Verluste der Praxen in den Bereichen Privatliquidation, BG, Igel, IV-Verträge, Konsiliaroperationen und Begutachtung kompensierten. Da gerade dort relevante Umsatzanteile generiert werden, müsse selbstverständlich auch die Bewilligung von Kurzarbeit für Arztpraxen zusätzlich zum GKV-Rettungsschirm möglich sein. Künftig werden die erforderlichen Hygienemaßnahmen zu deutlich geringeren Behandlungszahlen und höherem Zeitaufwand führen, was in den Zeitkalkulationen der Leistungsbewertungen berücksichtigt werden müsse. Nach Meinung von BDC-Vizepräsident Dr. Jörg Rüggeberg sollte das Augenmerk der Gesellschaft künftig darauf liegen, die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch weniger aber kranke Menschen besser zu steuern. Während sich der LV Bayern im



Die 36 teilnehmenden BVOU-Mandatsträger mussten sich nun in Form eines Online-Meetings austauschen

dort ausgerufenen Katastrophenfall laut Dr. Tobias Vogel mit dem „Versorgungsarzt“ auseinandersetzen musste, hatte Baden-Württemberg freiwillige O&U-Wochenenddienste zur Entlastung von Kliniken über mehrere Wochen landesweit flächendeckend aufgezogen. Andere Landesverbände konnten sich dahingehend mit weniger Aufwand oder nur mit Planungen für den Bedarfsfall begnügen. Coronabedingt mussten in Sachsen die Landesvorstandswahlen verschoben werden, so dass Dr. Christian Gottwald das Amt des Landesvorsitzenden vorläufig weiterführt. Über Beitritte aufgrund guter Arbeit des BVOU zu Honorarfragen, berichtete Dr. Angela Moewes aus Westfalen-Lippe und lobte die Arbeit des geschäftsführenden Vorstandes. Für die „Arbeitsgemeinschaft Leitender Konservativer Orthopäden und Unfallchirurgen“, stellte Dr. Stefan Middeldorf die besonderen Herausforderungen für die Rehakliniken durch Leerstand oder Klinikschließungen nach Infektionsausbrüchen, aber auch die Chancen einer propagierten „Post-Corona-Reha“, dar.

Vorsichtiger Optimismus

Einstimmig votierten die Teilnehmer für die Verleihung der Hubert-Waldmann-Plakette an Prof. Dr. Thomas Wirth, für die BVOU-Ehrenmitgliedschaft an Dipl. med. Frank-Ullrich Schulz und für die Jürgen-Eltze-Plakette an Dr. Rainer Eckhardt und PD Dr. Ute Maronna.

Die nächste Gesamtvorstandssitzung ist in Speyer am 25. und 26. September 2020 geplant. Mit etwas Optimismus wird diese vielleicht wieder als Präsenzveranstaltung stattfinden können. Viele würde das freuen.

Dr. med. Karsten Braun, LL. M.
Referat Presse/Medien

DMP Osteoporose: Prozess aktiv begleiten

Wie bereits im Januar berichtet, wurde das DMP Osteoporose vom Gemeinsamen Bundesausschuss GBA verabschiedet.

Es stand zu jenem Zeitpunkt die Freigabe vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach der Prüfung gem. § 94 SGB V und die Unterschrift von Gesundheitsminister Jens Spahn aus. Dies ist nun geschehen und das DMP wird offiziell im Bundesanzeiger veröffentlicht und tritt zum 1.7.2020 in Kraft.

Dies ist schon einmal ein großer Erfolg, dass man für die Volkskrankheit Osteoporose eine strukturierte Versorgung in unserem Gesundheitssystem vorsieht. Aber das bedeutet nicht, dass nun alle ab Anfang Juli diese

vorgesehenen Leistungen für ihre Patienten anbieten können. Für die Umsetzung im GKV-Bereich ist es nun zwingend notwendig, dass die Vorgaben des Beschlusses auf Landesebene durch die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) umgesetzt werden müssen. Erst in diesem Prozess werden dann auch Kosten, Abrechnungsmöglichkeiten und Vergütungen

besprochen und festgelegt. Einen Masterplan für die konkrete Umsetzung gibt es damit zum jetzigen Zeitpunkt noch nicht und es wird wahrscheinlich von KV-Bezirk zu KV-Bezirk unterschiedlich sein. Es ist zwingend notwendig, dass wir als Orthopäden und Unfallchirurgen diesen Prozess aktiv begleiten und Einfluss auf die Entscheidungen der KVen nehmen.



Prof. Dr. med. Andreas Kurth,
Referat Osteologie

➔ Auf bvou.net finden Sie einen Link zum Bundesanzeiger, wo die Informationen zu den Inhalten des DMPs nachzulesen sind. Suchbegriff:

»Osteoporose«



Osteoporose- und Röntgenpässe für Ihre Patienten

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

► 150 oder 800 Stück

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

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

RÖNTGEN-PASS

Name _____

Vorname _____


Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____

OSTEOPOROSE VORSORGE-PASS

Ihre Knochendichtemessungen
im Überblick



Bringen Sie bitte diesen Pass zu jeder
Messung mit!

Bestellen Sie direkt

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

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

Preise inkl. MwSt.,
zzgl. Versand

www.orthinform.de



Abgeschafft: Unvergüteter Fragebogen „Verordnung orthopädischer Fußschutz“

Künftig 32,50 € für Befundberichte an Arbeitsämter wegen Einlagen für Arbeitssicherheitsschuhe: Orthopäden in Bayern werden ihn kennen, den Kurzfragebogen „Verordnung orthopädischer Fußschutz“ der Bundesagentur für Arbeit – Grund für ständiges Ärgernis. Er ist nun Vergangenheit.

Arbeitgeber tragen die Kosten, die für Arbeitssicherheitsschuhe (DGUV Regel 112-191) anfallen, nicht jedoch Kosten für erforderliche orthopädische Einlagen oder Schuhszurichtungen. Bei Verordnung von Einlagen für Arbeitssicherheitsschuhe ist in der Regel nicht die Krankenkasse, sondern die Deutsche Rentenversicherung (DRV) als Kostenträger zuständig, wenn dort 15 Beitragsjahre anfallen. Bei Auszubildenden ist jedoch das Arbeitsamt zuständig (§19 SGB III i. V. m. § 2 Abs. 1 SGB IX). Um die Notwendigkeit der Verordnungen zu überprüfen, verwendet die DRV den vom verordnenden Orthopäden auszufüllenden „Befundbericht zum Antrag auf orthopädische Sicherheitsschuhe“ (Reha0205) mit einer Vergütung von 28,91 € Ergänzend wird oft der „Ärztliche Bericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe“ (Reha200) für weitere 28,91 € verlangt.

Die Bundesagentur für Arbeit (BA) Bayern „ärgerte“ Orthopäde mit einem eigenen „Kurzfragebogen zur Verordnung von orthopädischem Fußschutz bzw. Einlagen für Arbeitssicherheitsschuhe“, wenn ein Rezept ausgestellt wurde. Anders als beim Vorgehen der DRV, wurde das Formular vom Arbeitsamt den oft noch minderjährigen Patienten am Anfang ihres Berufslebens ausgehändigt, mit der Maßgabe, dieses beim Orthopäden ausfüllen zu lassen. Obwohl das Formular umfangreiche Angaben zur Begründung der Notwendigkeit bezogen auf Arbeitsplatz und auszuübende Tätigkeit und zu Diagnose, Funktionseinschränkungen, zur Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung und zu bisher verordneten Hilfsmitteln forderte, trug das Beiblatt den Hinweis, dass anfallende Kosten nicht übernommen werden. Der Arzt kam in den Konflikt, den Bericht seinem Patienten zuliebe entweder unbezahlt zu erstellen, die Bearbeitung dem Patienten selbst in Rechnung zu stellen oder die Bearbeitung ganz zu verweigern, was unweigerlich zu Diskussionen und Verzögerungen bei der Versorgung führte.

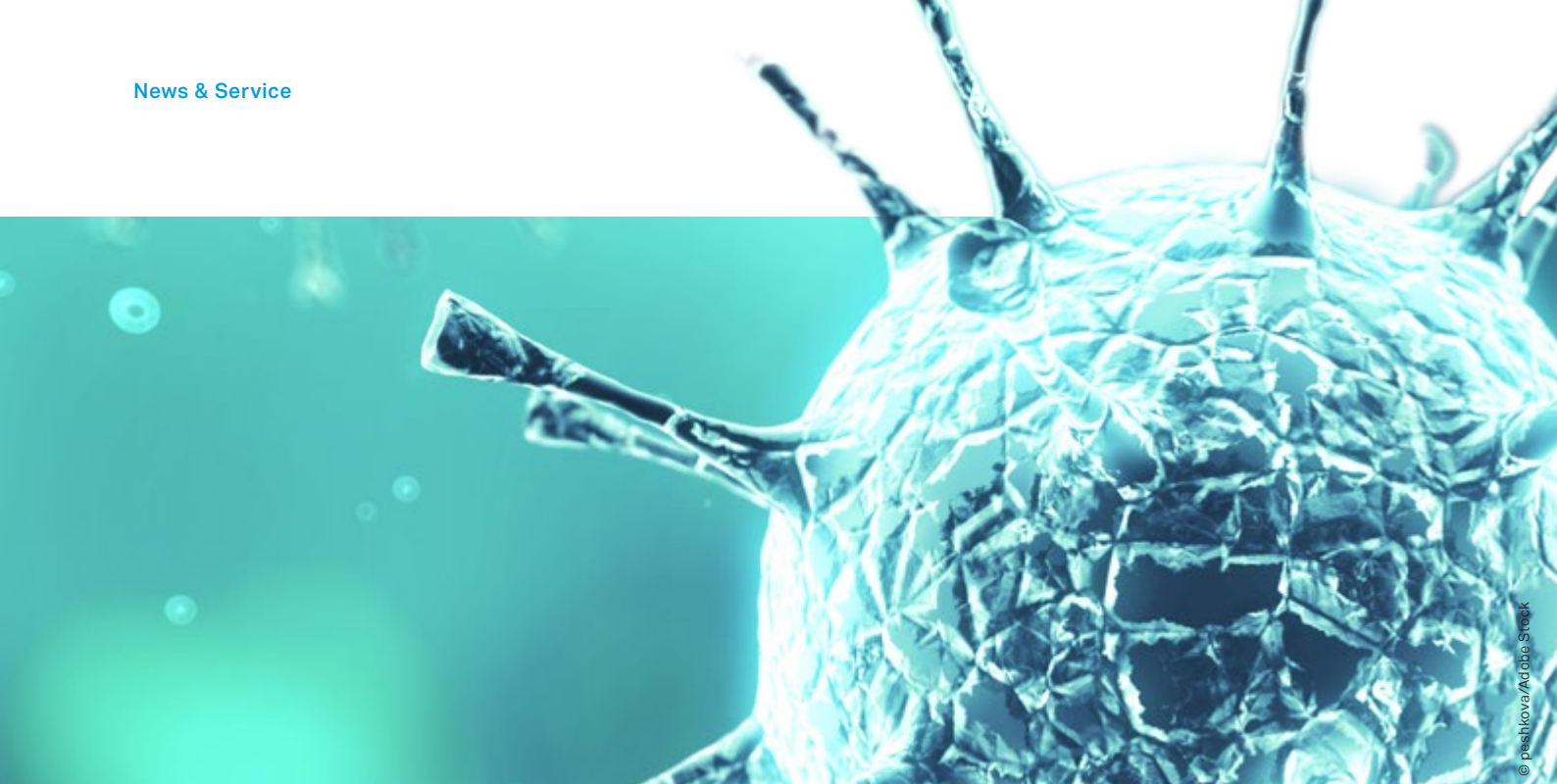
Gegen diesen Missstand kämpfte Dr. Karsten Braun (BVOU-Bezirksvorsitzender Heilbronn-Franken) erst mit



der BA Würzburg, dann mit dem zentralen Kundenreaktionsmanagement der BA Arbeit Nürnberg. Dr. Braun argumentierte, dass dem Arzt für seine Berichterstattung an die BA genauso wie bei Auskünften an andere öffentliche Stellen wie Sozialgerichte und Versorgungsämter, eine Vergütung auf Basis des § 21 Abs. 3 SGB X i. V. m. § 2 Abs. 1 JVEG (Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz) zustehe und das Vorgehen rechtswidrig sei. Er machte darauf aufmerksam, dass es für Auskünfte von Ärzten eine Vereinbarung zwischen der BA und der Bundesärztekammer vom 12.12.14 gebe, die anzuwenden sei. Ebenso werde bei der geübten Praxis regelmäßig keine Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht vorgelegt. In anderen Bundesländern werde dieses Vorgehen auch nicht praktiziert.

Die BA Arbeit hat sich dieser Sichtweise nun angeschlossen: Am 14.1.2020 teilte das zentrale Kundenreaktionsmanagement mit, dass auch aus Sicht der Bundesagentur der bayerische Kurzfragebogen nicht rechtskonform ist. Die Agenturen für Arbeit und Regionaldirektionen werden darauf hingewiesen, dass dieser nicht mehr verwendet werden soll. Anzuwenden ist die 2014 getroffene „Vereinbarung über das Verfahren der Erstellung von Befundberichten für den Ärztlichen Dienst der Agenturen für Arbeit“ zwischen der BA Nürnberg und der Bundesärztekammer mit dem dort vorgesehenen Berichtsformular. Das Vorgehen ist in § 3 Abs. 2, die Vergütung in § 5 geregelt: Ein innerhalb von zehn Werktagen übermittelter vollständiger Befundbericht ist dem Arzt mit 32,50 € zu vergüten.

Janosch Kuno,
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU



Entlastungspraxen und Reserven mobilisieren – Gemeinsam in O und U durch Krisenzeiten

Durch den erhöhten Bedarf an medizinischer Kapazität, gab es seit Ausbruch der Corona-Pandemie eine Vielzahl von Einschränkungen und neuen Herausforderungen in der gesamten Medizin – unabhängig der Fachrichtung. Diese sind auch in der Orthopädie und Unfallchirurgie deutlich spürbar. Um auf diese einschneidenden Veränderungen zu reagieren und die Mitglieder bestmöglich zu unterstützen, hat der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) in den letzten Monaten verschiedene Initiativen und Maßnahmen ins Leben gerufen.

„Handeln Sie JETZT, um die Ausbreitung zu stoppen!“

Mit seinem Appell „Handeln Sie JETZT!“ hat der Berufsverband am 17. März 2020 dazu aufgerufen, die persönlichen Patientenkontakte in den Praxen zunächst auf absolute Notfälle zu beschränken und das Praxispersonal um 50% zu reduzieren. Ziel ist es, die Mitarbeiter zu schützen und somit eine nachhaltige Betriebsbereitschaft

zu gewährleisten. Um alle Reserven des ambulanten Versorgungsbereiches zu erhalten und gegebenenfalls zu mobilisieren, rät der BVOU je nach Lage in den einzelnen Ländern zu folgenden Maßnahmen:

- ▶ Betreiber von Praxiskliniken oder OP-Zentren, die über Beatmungskapazitäten verfügen, sollten sich mit den Kliniken in ihrer Umgebung in Verbindung setzen und Notfall-Kooperationen planen.
- ▶ Ärztinnen und Ärzte sollten den Kliniken ihre Kapazitäten an ärztlichem, vor allem anästhesiologischem und nichtärztlichem Personal und ihre apparative Ausstattung melden.
- ▶ Gemeinsam planen, wie und wo die benötigten, anfallenden Intensiv- und Beatmungskapazitäten zu schaffen sind und die entsprechende Anleitung und Schulung des Personals gewährleisten.

„Als Ärzte haben wir eine besondere Verantwortung. Dieser Verantwortung wollten wir mit unserem Aufruf gerecht

werden, der von mehreren Kollegen des geschäftsführenden Vorstandes unterstützt worden ist. Die von uns geforderten Maßnahmen wurden inzwischen in der gesamten Medizin umgesetzt“, sagt BVOU-Präsident Dr. Johannes Flechtenmacher. „Ich bin überzeugt, dass wir somit frühzeitig die richtigen Signale gesetzt haben. Die Entwicklung der Pandemie in den letzten Monaten gibt uns recht.“

Entlastungspraxen zur Unterstützung der Kliniken

Anfang April hat der BVOU zudem eine deutschlandweite Entlastungsinitiative für Kliniken gestartet. Mit dem Aufruf „Bitte kommen Sie in der aktuellen Situation mit orthopädisch-unfallchirurgischen Verletzungen und akuten Schmerzen während der regulären Öffnungszeiten zuerst in eine ambulante Facharztpraxis für Orthopädie und Unfallchirurgie in ihrer Nähe“, hat sich der Berufsverband an die Patienten gewandt. Die auf Regional- und Landesebene organisierten Praxis-Netzwerke unterstützen mit Entlastungssprechstunden die Krankenhäuser, damit diese sich auf die Versorgung der Corona-Patienten konzentrieren können und somit auch das Risiko für Covid-19-Ansteckungen minimieren. Teilnehmende niedergelassene Orthopäden und Unfallchirurgen haben in mehreren Bundesländern nicht nur während der Wochentage, sondern auch an Wochenenden und Feiertagen zwischen 9.00 und 15.00 Uhr ihre Praxen für Patienten geöffnet.

Dr. Burkhard Lembeck, Landesvorsitzender Baden-Württemberg und Mitinitiator der Aktion, unterstreicht die Wichtigkeit der Entlastungspraxen während der Krise: „Wir bitten alle Patienten und Patientinnen in der aktuellen Situation, mit nicht lebensbedrohlichen orthopädisch-unfallchirurgischen Verletzungen und akuten Schmerzen, zuerst in eine ambulante Facharztpraxis für Orthopädie und Unfallchirurgie zu kommen und nicht in die Notfallambulanz einer Klinik. Wir übernehmen auch die ambulante fachärztliche Versorgung am Wochenende, falls das in den jeweiligen Bundesländern nicht schon durch flächendeckende Portalpraxen oder Notfallstrukturen geregelt ist. Weil wir alle nicht dringenden Termine und Operationen verschoben haben, sind wir auf diesen Notfallbetrieb gut vorbereitet“.

Die Krise zeigt, wie wertvoll die flächendeckende fachärztliche Versorgung in Deutschland ist: „In Italien, Spanien und Frankreich müssen Patienten mit einem verstauchten Knöchel oder mit akuten Rückenschmerzen in eine Klinikambulanz gehen. In Deutschland können sie eine ambulante Facharztpraxis für Orthopädie und Unfallchirurgie aufsuchen. Den Kollegen in den Kliniken halten wir mit dieser Initiative den Rücken frei“, so Dr. Lembeck.

Informationen und Serviceleistungen im Themendossier

Mit dem Auftreten des Coronavirus und der weiterhin sehr dynamischen Lage, ergeben sich für viele Menschen dringende Fragen.

Unter www.bvou.net/dossiers/coronavirus-pandemie finden Interessierte ein Themendossier, das laufend aktualisiert wird und Formulare, Serviceleistungen und Infos zusammenfasst.

Bereitstellung von Schutzausrüstung

In Deutschland, aber auch weltweit, sind hinsichtlich der Pandemie eklatante Versorgungsengpässe mit Blick auf medizinische Schutzausrüstung, insbesondere Schutzmasken, Desinfektionsmittel, aber auch Einweghandschuhe verschiedener Schutzklassen, zu beklagen. Für Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und auch die ambulante ärztliche Versorgung, die einen unverzichtbaren Schutzwall für die Krankenhäuser bildet, stellen diese Versorgungsengpässe eine zusätzliche Belastung bei der Bewältigung der Corona-Pandemie dar, sowie auch bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die an anderen, zum Teil auch schweren und lebensbedrohlichen Erkrankungen leiden und behandlungsbedürftig sind. Der BVOU konnte durch den Medi-Verbund in Baden-Württemberg die Zusammenarbeit mit einem vertrauenswürdigen Zulieferer ins Leben rufen und bietet seinen Mitgliedern an, notwendige Schutzausrüstung direkt online zu bestellen. Die Organisation der Bereitstellung der Schutzausrüstung wird durch die Geschäftsstelle in Berlin koordiniert. Auch Corona-Antikörperschnelltests können Mitglieder seit dem über den Berufsverband beziehen.

BVOU-Geschäftsführer Dr. Jörg Ansorg zeigt sich mit dem Ergebnis zufrieden: „Das Feedback unserer Mitglieder ist positiv. Die Arztpraxen sind größtenteils sehr dankbar und geben uns per Telefon oder per E-Mail Rückmeldung. Trotzdem gibt es immer mal wieder auch einige verhaltene Reaktionen. Unsere Mitglieder sollten bedenken, dass wir kein Logistikunternehmen sind, sondern aus der Not heraus gehandelt haben, um Praxisinhaber durch das Beschaffen von Schutzausrüstung vor Schließungen und weiteren Ansteckungen zu schützen. Wir geben unser Bestes, damit die Ware schnellstmöglich bei den Bestellern ankommt. Die Pakete sind versichert

und werden durch ein vertrauenswürdige Logistikunternehmen, mit dem wir bereits viele Jahre an anderer Stelle zusammenarbeiten, konfektioniert und versandt.

Offener Brief an den Landtag Nordrhein-Westfalen

Mehrere Verbände und Gesellschaften, darunter auch der BVOU, haben am 4. April 2020 einen offenen Brief an Ministerpräsident Armin Laschet, Minister Karl-Josef Laumann und an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Landtages Nordrhein-Westfalen gesandt. Der Brief erreichte die Empfänger vor der parlamentarischen Anhörung zur konsequenten und solidarischen Bewältigung der COVID-19-Krise in NRW und zur Anpassung des Landesrechts im Hinblick auf die Auswirkungen einer Pandemie am 6. April. Die Botschaft des Schreibens: Ungebrochenes Engagement verschiedener Facharztgruppen in dieser Krise durch:

- ▶ Aufrechterhalten der Sprechstundentätigkeit – auch ohne adäquate Schutzausrüstung – sowie die eigene Gesundheit und unser Leben zum Wohle von Patienten hinten angestellt bzw. mit Improvisationstalent, Erfindergeist und Cleverness Schutzausrüstungen selbst angefertigt
- ▶ die notwendige Unterstützung der Krankenhausabteilungen jetzt schon durch selbstständige und unbürokratische Kommunikations- und Kooperationskanäle geschaffen und untereinander bestehende Netzwerke noch enger gespannt
- ▶ Empfehlungen an Kollegen, keinen Urlaub zu nehmen, sondern sich entsprechend der Lage einzubringen
- ▶ Durch Mehrarbeit dafür gesorgt, dass der stationäre Sektor nicht unter der Belastung kollabiert ist, sondern sich effektiv bereits jetzt schon um ein vorselektiertes Patientenkollektiv kümmern konnte und somit ausreichend Vorbereitungszeit hatte.
- ▶ Damit wurde unaufgefordert ein unschätzbaren Beitrag im Rahmen unserer vertragsärztlichen Tätigkeit für ein funktionierendes Gesundheitssystem erbracht und verhindert, dass Zustände wie in Italien und Spanien ausgebrochen sind.

Darüber hinaus wurde in dem offenen Brief darauf hingewiesen, dass die bisherigen Vorbereitungen in Bezug auf die Kliniken und Krankenhäuser, insbesondere die Fokussierung auf invasive Beatmungsbetten oder gar extrakorporale Blutoxygenierung (ECMO), zu kurz greifen. Bei einem hohen Anfall von schweren Viruspneumonien werden eine Vielzahl von lebensbedrohlich kranken Patienten auch außerhalb von übervollen Krankenhäusern ggf. mit nicht invasiver Beatmung versorgt werden müssen. Botschaft des Schreibens: Dafür stehen die niedergelassenen Fachärzte selbstverständlich mit hoher Expertise zur Verfügung. In unseren Fachgruppen besteht bekanntlich der Ausbildungsstand eines Oberarztes kombiniert mit jahrelanger Erfahrung.

Janosch Kuno
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

BVOU-/DGOU-Empfehlungen zu veränderten Arbeitsabläufen in Kliniken und Praxen

1. Es sollten Arbeitsabläufe in den Kliniken und Praxen definiert, schriftlich fixiert und die Mitarbeiter darüber informiert werden.
2. Es sollte sich an den RKI-Empfehlungen orientiert werden, aber auch an Empfehlungen der Landesgesundheitsministerien, des Arbeitsministeriums (z. B. Pressemitteilung zum einheitlichen Arbeitsschutz gegen Coronavirus) und gegebenenfalls an den Empfehlungen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV).
3. Die medizinische Verantwortung (und oft auch die Organisationsverantwortung) trägt der Arzt oder die Ärztin, keine Verwaltung und keine Institution oder Verband.

Medizinisch notwendige Veränderungen von Hygienemaßnahmen und Organisationsabläufen sind mit hohen betriebswirtschaftliche Risiken und Kosten verbunden. Die Verantwortlichen im Berufsverband und den Fachgesellschaften werden diese Risiken und Kosten bei Verhandlungen mit der KV, den Ärztekammern und Kostenträgern vorbringen.



Das frühlingshafte Baden-Baden ist traditionell das Ziel vieler BVOU-Mitglieder anlässlich der VSOU-Jahrestagung. In diesem Jahr musste der Kongress wegen der Corona-Pandemie abgesagt werden.

In diesem Jahr ist alles anders!

Zum ersten Mal seit ich orthopädisch denken kann, gibt es keinen VSOU Frühjahrs-Kongress in Baden-Baden. Der Termin hatte immer einen festen Platz in meinem Terminkalender. In diesem Jahr steht der Kongresskalender allerdings Kopf. Um trotzdem einen Austausch zu ermöglichen, bin ich der Bitte der Kongresspräsidenten nachgekommen, meine Gedanken zur aktuellen Coronavirus-Pandemie und deren Auswirkungen auf unsere Arbeit zu Papier zu bringen.

Obwohl das Wort derzeit vor allem den Virologen, Epidemiologen, Intensivmedizinern, Anästhesisten und Politikern gehört und manchmal auch den Philosophen und wir Orthopäden und Unfallchirurgen eigentlich nur am Spielfeldrand stehen, müssen wir über die Zeit nach der Corona-Krise nachdenken. Jedes Ereignis von einer solchen Wucht und Dimension wird zweifellos tiefe Spuren hinterlassen – das war zuletzt bei 9/11 der Fall und das wird auch nach der Corona-Krise der Fall sein.

Als BVOU haben wir früh auf die Krise reagiert. Am 17. März haben wir unter dem Motto „Handeln Sie jetzt!“ aufgerufen, die Organisationsabläufe in den Praxen zu ändern und an die erhöhte Infektionsgefahr durch SARS-CoV-2 anzupassen. Am 31. März haben wir zusammen mit den Fachgesellschaften und dem Verband leitender

Orthopäden und Unfallchirurgen dazu aufgerufen, die Kliniken durch eine von den niedergelassenen Kollegen angebotene dezentrale ambulante Versorgung zu entlasten – auch am Wochenende. Trotz der Anerkennung, die uns die KV, die Medien, die Patienten und viele andere Gruppen für diese Angebote gezollt haben, war das Echo unter den Kollegen gemischt.

Das hat sicher damit zu tun, dass die Infektionsraten in den einzelnen Bundesländern und Regionen unterschiedlich hoch sind und die Kolleginnen und Kollegen deshalb die Notwendigkeit solcher Maßnahmen unterschiedlich bewerten. Aber es gibt sicher noch andere Gründe: Betriebswirtschaft ist kein guter Nährboden für Solidarität. Der angebliche Konkurrenzkampf um die Notfallversorgung lässt auch keinen Zweifel daran, dass die sektorenübergreifende Versorgung derzeit wohl eher ein Wunschtraum ist, statt gelebte Realität. Trotzdem zeigt die Entwicklung, dass unsere Aufrufe richtig und notwendig waren. Die Knappheit von Anästhetika und Maskenfiltern lassen nur den Schluss zu, dass es derzeit keine Alternative zu einer Reduktion der elektiven Operationen gibt und dass man keine Corona-Patienten ohne entsprechende Ausrüstung und Anästhetika intensivmedizinisch versorgen kann.

Trotzdem werden wir als Berufsverband auch weiterhin den Spagat wagen, die berufsständigen Interessen aller im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie tätigen Kolleginnen und Kollegen zu vertreten. Es kann uns nicht nur um den kleinsten gemeinsamen Nenner gehen. Neid und Revierkämpfe dürfen nicht zum Bremsklotz für unsere Initiativen werden. Denn einer Frage werden wir uns letzten Endes immer wieder stellen müssen: Haben Chefärzte andere Interessen als Oberärzte, Assistenzärzte oder Nieder-gelassene? Oder werden hier ärztliche Interessen mit den Interessen anderer Gruppen vermischt, etwa denen der Klinik- oder der MVZ-Betreiber?

Es wird daher in den kommenden Wochen darum gehen müssen, Kriterien zu erarbeiten, wie sich der Praxis- und Klinikbetrieb unter den potentiellen Infektionsbedingungen medizinisch und betriebswirtschaftlich sinnvoll und zum Wohle aller gestalten lässt.

Wir dürfen uns nämlich nicht der Illusion hingeben, dass die Krise nach der Lockerung der Maßnahmen bald zu Ende gehen wird. SARS-CoV-2 und Covid-19 werden uns noch lange beschäftigen, weil weder eine spezifische Therapie noch eine Impfung in Sicht sind. Eine restitutio ad integrum wird es daher nicht geben. Wir sollten uns folglich mit den Risiken vertraut machen: den wirtschaftlichen Risiken, unserer eigenen Gefährdung und der Gefährdung anderer. Wir können jeden Tag selbst angesteckt werden und andere anstecken. Der staatliche/städtische Rettungsschirm und die Unterstützung der KV sind hilfreich, aber weder mittel- noch langfristig eine Option.

Orthopädie und Unfallchirurgie werden nach der Krise zweifellos anders dastehen als vor der Krise – sowohl in der Praxis als auch in der Klinik. Ich bin der festen Überzeugung, dass der bisher übliche Betrieb mit hohen Behandlungszahlen nicht mehr aufrechterhalten werden kann, denn das Social distancing wird auch in unseren

Praxen und Kliniken notwendig sein, nicht nur in der Gesellschaft. Wir werden daher nicht mehr die Anzahl an Patienten behandeln können wie vor der Krise. Und zwar sowohl aus infektionsprophylaktischen Gründen wie auch aus Gründen des Bedarfs, die Mobilität geht zurück und die Verunsicherung der Patienten steigt. Der Blick auf das, was Lebensqualität bedeutet, ändert sich und wir werden uns viel stärker als „immunologische Risikogemeinschaft“ begreifen müssen, um mit den Worten von Peter Sloterdijk zu argumentieren. Es ist aus meiner Sicht selbstverständlich, dass auch die Honorierung orthopädisch-unfallchirurgischer Leistungen dieser Veränderung angepasst werden muss. Sowohl in der Klinik wie auch in der Praxis.

Gesundheit und Gesundheitsversorgung sind öffentliche Angelegenheiten. Wir erleben gerade, dass Deutschland aufgrund seines Gesundheitssystems und der Disziplin seiner Bürgerinnen und Bürger vergleichsweise wenig Corona-Tote zu beklagen hat. Manch ein Politiker, mit und ohne Fliege, der noch vor ein paar Monaten die Schließung von Krankenhäusern und Facharztpraxen gefordert hat, gibt jetzt Tipps für den Sommerurlaub. Als Vertreter eines freien Berufs und mit der Bereitschaft Verantwortung für die Versorgung der Patienten mit muskulo-skelettalen Erkrankungen und Verletzung in Praxis und Klinik zu übernehmen und der Ablehnung der immer wieder diskutierten gesundheitspolitischen und ökonomischen Riesenpetrischalen sollten wir die Herausforderungen für die Zukunft annehmen und kreativ gestalten. Bekanntlich liegt in jeder Krise auch eine Chance. Wir sollten diese Chance gemeinsam nutzen.

Dr. Johannes Flechtenmacher
Karlsruhe
BVOU-Präsident

Abgesagt: Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2020

Nach der Verordnung der Stadt Berlin vom 21. April 2020 bezüglich des Verbots von Großveranstaltungen mit mehr als 5000 zeitgleich Anwesenden, hat es zwischen der Kongressorganisation Intercongress sowie dem BVOU und den wissenschaftlichen Fachgesellschaften intensive Beratungen mit der Messe Berlin hinsichtlich der Planungssicherheit gegeben.

Die vom Berliner Senat festgelegten Rahmenbedingungen lassen die Durchführung des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2020 bedauerlicherweise nicht zu. Die weitere Planung sieht vor, den DKOU 2021 vom 26. Bis 29. Oktober 2021 in bekannter Weise stattfinden zu lassen.



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



Die vielseitige Verbandsarbeit im Jahresbericht zusammengefasst

Im vergangenen Jahr hat der BVOU an vielen Projekten gearbeitet: Die Neuausrichtung der Aktion Orthofit, der weitere Ausbau des Patientenportals Orthinform, Landeskongresse, Referatsarbeit oder berufspolitische Erfolge: Einen Überblick über die begonnene und geplante Projekte, bietet der neue Jahresbericht. Diesen haben alle Mitglieder zusammen mit diesem Infobrief erhalten. Einen gedruckten Jahresbericht schicken wir Ihnen auf Wunsch gerne zu. Bitte senden Sie uns hierfür eine kurze E-Mail mit Ihrem Namen und Ihrer Anschrift an presse@bvou.net.

↪ Den Jahresbericht können Sie auch online lesen unter:

www.bvou.net/jahresbericht



Tipps für die Corona-Unlockphase: BVOU unterstützt seine Mitglieder bei der Krisenbewältigung

Dank der rückläufigen Zahlen akut Infizierter und auf Intensivstationen betreuter COVID-19-Patienten, werden langsam die coronabedingten Maßnahmen, vor allem die Kontakteinschränkungen, gelockert. Trotzdem wird es in vielen Bereichen kein Zurück zum Leben vor der Pandemie geben. Auch für den Praxis- und Klinikbetrieb sowie die medizinische Weiter- und Fortbildung sind bleibende Veränderungen absehbar. Diesen Herausforderungen muss sich jeder Praxisinhaber und Klinikchef und auch jeder einzelne Arzt stellen. Der BVOU hat in der Krise des Lockdowns seine Mitglieder unterstützt. Diese Unterstützung setzen wir auch in der Unlockphase fort.

In der Anfangsphase des Lockdowns standen wir Praxen und Kliniken durch Beschaffung persönlicher Schutzausrüstung und Desinfektionsmittel in einer akuten Not-situation zur Seite. Über 100.000 FFP2-Masken und ebenso viele normale Mund-Nasen-Schutz Masken wurden verteilt. Hinzu kamen mehrere 1.000 Liter Desinfektionsmittel. Restbestände an FFP2-Masken können weiterhin bestellt werden, Mund-Nasen-Schutz und Desinfektionsmittel halten wir weiterhin in größeren Mengen für Sie bereit. Bitte beachten Sie unsere aktuellen Preise, die sich langsam wieder dem Normalpreis annähern.

Corona-Schnelltests

Der Informationsbedarf in der Bevölkerung über eine evtl. durchgemachte asymptomatische oder leicht verlaufende COVID-19-Erkrankung ist enorm. Spekulationen über die Dunkelziffer an nicht erkannten COVID-19-Infektionen heizen das Interesse der Bevölkerung an, Klarheit über den eigenen Infektionsstatus zu erhalten. Während die akute Infektion über den Antigennachweis per PCR-Test im Labor erfolgt, kann eine durchgemachte Infektion mit einem Antikörperschnelltest auch in der Praxis nachgewiesen werden. Über den BVOU können Sie einen IgM/IgG-Antikörperschnelltest aus deutscher Produktion beziehen und den Immunitätstest Ihren Patienten und Mitarbeitern in der Praxis anbieten. Der Test zeichnet sich durch eine hohe Sensitivität (100%) und Spezifität (98%)

für IgG-Antikörper aus und liefert in zehn Minuten ein Ergebnis. Die Abrechnung der Leistung und Beratung erfolgt über GOÄ.

Patientenmanagement in der Praxis

Für das Wiederaufnehmen des Praxisbetriebes sind Abstandsregeln und Hygienemaßnahmen zu beachten. Der Mindestabstand von 1,5 Metern ist auch am Empfangstresen und im Wartezimmer zu wahren. Am Tresen selbst haben sich Plexiglasscheiben bewährt, um die Mitarbeiter vor Ansteckung durch Patienten zu schützen. Weiterhin ist im öffentlichen Nahverkehr und im Einzelhandel und in anderen Bereichen mit hoher Menschendichte, auch in Praxen das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung von jedem Patienten zu fordern. Das Praxispersonal selbst sollte ebenfalls einen MNS tragen. Für den Umgang mit COVID-19-Verdachtsfällen oder akut Erkrankten ist weiterhin entsprechend den Richtlinien des RKI vorzugehen: Sie sind in der Praxis zu isolieren. Praxispersonal muss vor dem Kontakt persönliche Schutzausrüstung anlegen und eine Schutzmaske (mindestens FFP2) tragen.

Für die orthopädisch-unfallchirurgische Praxis gilt weiterhin, Patienten bereits bei der Terminvergabe nach COVID-19 Symptomen zu befragen und einen Praxisbesuch bei Verdacht auf COVID-19 nur im Notfall sowie möglichst außerhalb des Normalbetriebes zu vereinbaren.

Desinfektionsmittelspender am Praxiseingang

Bereits am Praxiseingang sollten alle Patienten und Praxisbesucher angehalten werden, sich die Hände zu desinfizieren. Dies kann leicht durch Anbringen eines Desinfektionsmittelspenders am Praxiseingang erfolgen. Gemeinsam mit einem namhaften Desinfektionsmittelhersteller erarbeiten wir gerade ein Abomodell für portable Standsäulen zur Händedesinfektion. Diese können bei Öffnung der Praxis vor dem Eingang platziert werden.



Die Spendersäulen werden wahlweise mit einem mechanischen oder automatisch-kontaktlosen Desinfektionsmittelspender ausgestattet.

Mit der Spendersäule erhalten Sie im Abonnement monatlich Desinfektionsmittel zum Nachfüllen. Weitere Informationen werden wir zeitnah veröffentlichen.

Infektionsvermeidung im Wartezimmer

Pager

In vielen Praxen kann es zu Kapazitätsengpässen im Wartezimmer kommen. Abhilfe kann ein Pager-System schaffen. Dabei erhalten Patienten nach der Anmeldung einen Pager, mit dem sie die Praxis noch einmal verlassen können. Sie werden per Funk durch einen Vibrationsalarm des Pagers informiert, wenn sie an der Reihe sind und können dann in die Praxis zurückkehren. Der BVOU hat mit einem Pager-System-Lieferanten einen Rahmenvertrag geschlossen. Mitglieder erhalten bei Bestellung einen Rabatt von 15%.

TV-Wartezimmer® 1 Jahr kostenfrei

Die im Wartezimmer bislang ausgelegten Zeitschriften sind ein potenzieller Überträger von SARS-CoV-2. Der COVID-19-Erreger persistiert mehrere Tage auf Oberflächen und kann mit den Wartezimmer-Zeitschriften von Hand zu Hand weitergegeben werden.

Für eine kontaktlose Unterhaltung und Information kann statt der Zeitschriften ein Wartezimmer-TV sorgen.

Dazu hat der BVOU mit seinem Partner TV-Wartezimmer® zwei Aktionsangebote für die Corona-Pandemie aufgelegt. Für Kurzentschlossene besteht noch bis Juni 2020 die Möglichkeit, TV-Wartezimmer ein ganzes Jahr lang kostenfrei zu nutzen. Für alle anderen Interessenten wird TV-Wartezimmer® bis zum Jahresende 2020 für eine deutlich reduzierte Monatsrate verfügbar sein.

Videosprechstunde

Die Corona-Krise hat zu einem sprunghaften Anstieg von Videosprechstunden geführt. Die am Markt verfügbaren Systeme haben dabei nicht nur ihre technische Leistungsfähigkeit demonstriert, sondern vor allem nachweisen können, dass sie in den Praxisalltag problemlos integrierbar sind. Natürlich ist die Videosprechstunde nicht für jede Situation geeignet, eine Reihe von Patienten können jedoch damit sehr gut auf Distanz versorgt werden. Die Deutsche Arzt AG bietet BVOU-Mitgliedern auch weiterhin die Videosprechstunde „sprechstunde.online“ kostenfrei bis zum Ende der Corona-Krise an. Als Entwicklungspartner erhält der BVOU auch danach attraktive Sonderkonditionen für seine Mitglieder.

„Sprechstunde.online“ ist vollständig in das Patientenportal Orthinform integriert. Es ist im Dashboard mit wenigen Klicks bestellbar und wird automatisch in das persönliche Arztprofil auf Orthinform eingebettet.

Kolleginnen und Kollegen, die „sprechstunde.online“ einsetzen, werden auf Wunsch als überregionale Experten dargestellt, die per Videosprechstunde auch für weit entfernte Patienten erreichbar sind.

Abrechnungsempfehlungen für gesteigerten Hygieneaufwand

Private Krankenversicherung

Die Bundesärztekammer hat sich mit den Privaten Krankenversicherern auf die Abrechnungsmöglichkeit für den gesteigerten Hygieneaufwand während der Corona-Krise geeinigt.

Dabei gibt es grundsätzlich zwei Möglichkeiten:

1. Abrechnung über die Analogziffer 245 GOÄ, 2,3-facher Satz (in Höhe von 14,75€) je Sitzung in der Praxis.
2. Steigerung einzelner Abrechnungspositionen mit individueller Begründung über den Schwellenwert.

Krankenhäuser erhalten eine Pauschale von 50€ pro stationärem Aufenthalt

D-Arzt-Verfahren und DGUV

KBV und DGUV haben sich außerdem auf eine Mehraufwandspauschale bei ambulanten Behandlungen im Rahmen des Durchgangsarztverfahrens verständigt. Die Einigung gilt auch für ambulante Versorgungen an Krankenhäusern und sieht eine Pauschale von 4€ pro Patient und Behandlungstag vor.

Gesetzliche Krankenversicherung

Statt der Einzelfallbetrachtung wurde über die in jeder KV eingerichteten Rettungsschirme eine weitestgehende Honorargarantie abgegeben, die sich am Honorar des Vorjahresquartals orientiert. Außerdem sorgen die KVen selbst für die Bereitstellung von Schutzausrüstung und Desinfektionsmitteln und übernehmen die Kosten für die Anschaffung von Schutzausrüstung der Vertragsärzte. Bitte erfragen Sie die konkreten Bedingungen bei Ihrem BVOU-Landesvorsitzenden oder Ihrer KV.

Digitale Fortbildungsangebote

In der Corona-Phase haben viele Kolleginnen und Kollegen gelernt, mit Hilfe von Videokonferenzen den Kontakt zu Familie, Freunden und Kollegen aufrecht zu erhalten. Und viele haben sich erstmals mit digitalen Angeboten in der medizinischen Weiter- und Fortbildung auseinandergesetzt. Wir möchten Sie auf bewährte und neue digitale Fortbildungsangebote der ADO aufmerksam machen.

Hygienekurse für Ärzte und MFA

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat eine Richtlinie zum Arbeitsschutz während der Corona-Pandemie erlassen. Diese definiert den Infektionsschutz aller Mitarbeiter als wichtigen Teil des Arbeitsschutzes und legt Hygieneregeln und ergänzende Schutzmaßnahmen fest. Diese gelten auch in Praxis und Klinik und stellen besondere Anforderungen an die Gefährdungsbeurteilung. Unter anderem wird ein Pandemieplan mit konkreten Vorsorgemaßnahmen für alle Mitarbeiter gefordert.

Die Kurse für Hygienebeauftragte Ärzte und MFA der ADO berücksichtigen diese Empfehlungen ebenso wie die Refresherkurse für Hygienebeauftragte. Zusätzlich zu den bewährten Hygienekursen für das gesamte Praxispersonal bietet die ADO einen Spezialkurs zu COVID-19 für Ärzte sowie ein kostenfreies „Microlearning Coronavirus“ für alle Ärzte, Pflegekräfte und medizinisches Assistenzpersonal an. Die Kurse werden kontinuierlich aktualisiert und neue Richtlinien des Robert-Koch-Instituts eingearbeitet.

Buchen Sie diese Kurse gleich heute und machen Sie Ihr Team fit für die Corona-Krise.

BVOU Study Club

Der BVOU bietet seit Jahren mit seiner Plattform BVOU Study Club Webinare mit renommierten Experten an. Für die Corona-Pandemie haben wir eine Reihe neuer Webinare für Sie im Angebot. Bei Teilnahme erhalten Sie 2–3 CME-Fortbildungspunkte und können so auch ohne den Besuch von Seminaren und Kongressen Ihr Punktekonto auffüllen. Nutzen Sie Ihre Chance, auch weiterhin mit hochwertigen Fortbildungen in Orthopädie und Unfallchirurgie auf dem neuesten Stand zu bleiben.

Rheuma-Refresher- und Expertenurse als Videokonferenz

Auch unsere bewährten Rheumakurse werden schrittweise digitalisiert, um sie unabhängig von Reisebeschränkungen und Versammlungsverboten zu machen. Wir beginnen mit den Refresher- und Expertenkursen, die ohnehin für kleine Gruppen konzipiert sind. Anschließend werden wir auch unser Curriculum zum Rheumatologisch Fortgebildeten Orthopäden (RhefO) als digitales Lernangebot anbieten.

Dr. Jörg Ansorg, Geschäftsführer BVOU

Diese Angebote und Serviceleistungen sind auf www.bvou.net unter dem Stichwort „Unlockphase“ zusammengefasst. Die Seite wird ständig aktualisiert. Gern stehen Ihnen auch die BVOU-Geschäftsstelle sowie die ADO für Fragen und weiterführende Informationen zur Verfügung.



Entdecken Sie jetzt im offiziellen ODLO Online-shop eine grosse Auswahl an funktioneller Sportbekleidung und Unterwäsche für Ski, Snowboard, Laufen, Yoga, Fitness oder deine Wandertouren in den Bergen.



JBL steht für eindrucksvollen Sound und ist weltweit für Künstler, Athleten und Musikliebhaber die erste Wahl. Von Heimkinosystemen und Soundbars über kabellose und kabelgebundene Kopfhörer – es immer ein Sounderlebnis.



CHRIST

Entdecken Sie in unserem Onlineshop die atemberaubende Markenvielfalt mit internationalen Toplabels und lassen Sie sich von den vielfältigen Highlights der CHRIST Kollektionen verführen.



Ohne Stress zum Wunschgewicht. amapur ist Ihr Begleiter in ein fittes Leben. Sie shapen in kürzester Zeit Ihren Körper – auch ohne Sport – und verlieren in kürzester Zeit effektiv Körperfett. Die Shaping Pakete enthalten dabei alle Produkte, die Sie für die Kur benötigen.



Interview: „DVT ist die Zukunft der radiologischen Bildgebung in O und U“

Seit 2019 besteht die Kooperation zwischen dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie und der SCS Sophisticated Computertomographic Solutions GmbH zur Förderung und Erhalt der Teilgebietsradiologie in der O&U mittels der digitalen Volumentomografie (DVT). In diesem Interview sprechen der Geschäftsführer des BVOU, Dr. Jörg Ansorg und Geschäftsführer der SCS GmbH, Dr. h.c. Markus Hoppe, über die gemeinsame Motivation zur Kooperation und die WIN-WIN-WIN-Situation für Patient, Praxis, Arzt, durch die bessere Diagnostik im Fach.

Herr Dr. Ansorg, im Jahr 2019, wurde erstmalig die SCS MedSeries® H22 BVOU Edition exklusiv für BVOU-Mitglieder ins Leben gerufen. Wie beschreiben Sie die Ziele und Motivation zur gemeinsamen Kooperation zwischen dem BVOU und der SCS?

Dr. Jörg Ansorg: Das Ziel dieser Kooperation ist es, die Teilgebietsradiologie im Fach der Orthopäden und Unfallchirurgen zu erhalten und zu fördern, denn die Zukunft der radiologischen Bildgebung in der O&U liegt definitiv in der eigenständigen 3-D-Bildgebung mit der digitalen Volumentomografie.

Durch die SCS MedSeries® BVOU Edition 2019 als Lösungspaket für die eigenständige 3-D-Bildgebung ist es uns gelungen, allein im vergangenen Jahr, über 80 weitere Ärzte auszubilden, welche

nun die DVT-Fachkunde besitzen und an über 22 DVT-Standorten wirken. Eine Vielzahl der ausgebildeten Kolleginnen und Kollegen hat sich bereiterklärt, selbst Interessierte fortzubilden. Es ist unsere Hoffnung, dass wir mit diesem Schneeballprinzip die Vermittlung der DVT-Fachkunde bundesweit und flächendeckend aus dem eigenen Fach heraus schaffen.

Herr Dr. h.c. Hoppe und Herr Dr. Ansorg, wenn wir gerade bei dem Thema DVT-Anwender sind, welches Feedback erhalten Sie von den Ärzten, die ein DVT-System aus der BVOU Edition 2019 in ihrer Praxis implementiert haben?

Dr. h.c. Markus Hoppe: Wir erhalten positive Rückmeldungen, auf den Punkt gebracht ist es eine WIN-WIN-WIN-Situation.



Dr. h.c. Markus Hoppe
Geschäftsführer SCS GmbH



Dr. Jörg Ansorg
Geschäftsführer BVOU

Dr. Ansorg: Das kann ich nur bestätigen. Dies wird auch auf unserer BVOU Website durch Anwenderberichte und Rückmeldungen dokumentiert.

Herr Dr. h.c. Hoppe, können Sie genauer auf die eben genannte WIN-WIN-WIN-Situation eingehen?

Dr. Hoppe: Es ist zum ersten die WIN-Situation, die der Patient wahrnimmt, da er jetzt mit dem höchsten Komfort, unmittelbar und sofort nach der Indikationsstellung die 3-D-Diagnostik an Ort und Stelle in der Praxis erhält. Es ist natürlich auch der Zeitgewinn, er benötigt keine Überweisung, erspart sich Terminketten, die gerade heute jeder als einen entscheidenden Vorteil würdigt. Die erlebte Innovation und Kompetenz steigert deutlich das Vertrauen in die Therapieplanung.

Die zweite WIN-Situation ergibt sich für die Praxis sowie das Assistenzpersonal. Die sehr aufwendige und nur von fachlich versierten Mitarbeitern einigermaßen planungssicher zu erstellende



Von Ärzten für Ärzte

DVT-Live-Demo & Beratung deutschlandweit an mehr als 60 Standorten

*die abgebildeten Porträts zeigen Referenzen der SCS MedSeries® H22 BVOU-Edition

2-D-Röntgenaufnahme wird nun durch ein maximal einfach handzuhabendes und effektiveres Verfahren getauscht, das selbsterklärend in der Anwendung, in 18 Sekunden ein perfektes Bildergebnis erzeugt.

Zur dritten WIN-Situation zählt natürlich der Arzt. Seine Kompetenz in der Diagnostik und der Einsatz der eigenständigen Leistung wird, im Gegensatz zur überwiesenen CT-Bildgebung aus der Radiologie, honoriert! Die höhere Aussagekraft in der Bildgebung, bei gleicher bis geringerer Strahlendosis im Vergleich zum 2-D-Röntgen, legitimiert die Wahl der besseren diagnostischen Bildgebung. Die nur wenige Minuten später stattfindende Befundung sowie eine ggf. erforderliche OP-Planung findet im gemeinsamen Gespräch mit dem Patienten statt, was die Effizienz steigert und die Kompetenz des Arztes in den Augen des Patienten hebt.

Dieses Jahr gibt es die zweite Auflage der SCS MedSeries® H22 BVOU Edition. Dr. h.c Hoppe, wofür steht die Edition 2020?

Dr. Hoppe: Das Motto lautet „von Ärzten für Ärzte“! Es spiegelt die Partnerschaft zwischen dem BVOU und der SCS als

Lösungspartner, ergänzt um die Anwender für interessierte Ärzte wider.

So unterstützen wir gemeinsam die interessierten Ärzte in der Beratung durch Hospitationen und Live-Demos bei unseren DVT-Anwendern vor Ort, in der Ausbildung durch einen erfahrenen Sachkundepartner, und im DVT-Betrieb durch den Zugriff auf das große Netzwerk von Anwendern, die miteinander im Erfahrungsaustausch stehen.

Herr Dr. Ansorg, womit verbinden Sie das Motto „von Ärzten für Ärzte“?

Dr. Ansorg: Die Anwender sehen sich als Partner! Nicht nur als Partner der SCS, sondern auch in der partnerschaftlichen Zusammenarbeit mit dem BVOU, welcher diesen Erfolg mitgetragen und ermöglicht hat. Hierfür geben die Anwender auch ein Dankeschön zurück, insbesondere jetzt in der Zeit, in der die Möglichkeit zur Präsentation der Bildgebung auf Kongressen und Veranstaltungen eingeschränkt bis gar nicht besteht. Sie erklären sich dazu bereit, am Praxisstandort entweder einen Qualitätszirkel als Gastgeber zu unterstützen oder für DVT-Live-Anwendungen interessierte Ärzte herzlich einzuladen, den DVT-Betrieb in der Praxis zu erleben. Das ist die schönste Form der Zusam-

menarbeit im Sinne einer gemeinsamen Idee. Mit dieser Aktion stärken wir das WIR-Gefühl in unserem Verband.

Herr Dr. Hoppe, haben Sie abschließend eine Botschaft, die Sie interessierten Ärzten mit auf den Weg geben wollen?

Dr. Hoppe: Ja! Die Botschaft ist simpel. Machen Sie sich selbst ein Bild. Nutzen Sie das Angebot jetzt! Sie sind eingeladen das DVT einmal selbst live zu erleben, wir terminieren und organisieren Ihnen nach Abstimmung den Vor-Ort-Besuch bei einem DVT-Anwender. Unser gemeinsam mit dem BVOU entwickeltes Beratungskonzept ermittelt Ihr DVT-Diagnostikpotenzial und schafft technische wie wirtschaftliche Planungssicherheit. Gemeinsam mit den DVT-Pionieren in der Humanmedizin haben wir in der O&U bewiesen, wie erfolgreich eine innovative Bildgebung das Fach fördert. Werden Sie Teil unserer Anwenderfamilie, wir freuen uns auf Sie!

Vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Janosch Kuno, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Das orthopädische Gärtnern

Ursprünglich habe ich mich sehr viel mit der Naturphilosophie beschäftigt, seit einiger Zeit beschäftige ich mich speziell mit der Gartentherapie, privat arbeite ich selbst auch sehr gerne in meinem Garten. Ich verbinde die Geisteshaltung der Naturphilosophie mit dem Garten als unmittelbare Natur. Geist und Körper sind immer eine Einheit, gemäß dem lateinischen Sprichwort: *mens sana in corpore sano*. Wenn diese Einheit gestört ist, bilden sich Krankheiten aus. Das klassische orthopädische Symptom dabei ist der Rückenschmerz.

Der Garten ist ein von Menschen gestaltetes und geschaffenes Naturareal. So sind Gärten auch Ausdruck der Sesshaftigkeit. Zunächst baute der Mensch essbare Pflanzen an, die er vor Eindringlingen oder wilden Tieren mit Zäunen oder Mauern schützte. Dieser abgegrenzte Raum wurde zum Nutzgarten, aber mit der Zeit auch zunehmend zum Genussgarten. Die Geräusche der Tiere, die Farben und Düfte der Natur können wahrgenommen werden. So ist der Garten sowohl Anbaustätte für Gemüse, Kräuter und Obst, als auch ein Ort der Besinnung.

Die Natur bestimmt mit ihrem jahreszeitlichen Ablauf die Gestaltung des Gartens mit. In den Weltreligionen werden Gärten als Paradies beschrieben. Im Christentum wurde der Mensch aus dem Garten Eden vertrieben. Seitdem existiert das innere Bedürfnis, das Paradies auf Erden im Garten zu finden. Die Gestaltung und Nutzung der Gärten spiegeln die Entwicklung der einzelnen Kulturepochen wider. So gibt es heute öffentliche und private Gartenanlagen. Dazu gehören Gärten, die Orte der Ruhe und Entspannung sind, Nutzgärten und Gärten, die Orte der Begegnung oder Orte zum Erleben und Spielen sind.

Die Medizin nahm die Aktivität in der Natur immer wieder in ihre Empfehlungen auf. Der Orthopäde Moritz Schreiber (1808–1861) beschäftigte sich mit der Prävention der Gesundheit der Kinder und den sozialen Folgen der Industrialisierung. Er propagierte die Ertüchtigung der Stadtjugend durch Arbeit im Grünen. Gesundheitsvorsorge sollte durch Luft, Sonne und Bewegung geschehen. Zu Ehren von Schreiber wurde erst nach seinem Tod im Jahre 1864 der erste „Schreiberverein“ mit „Schreibergärten“ in Leipzig gegründet. Diese Gärten passten in das diätetisch-orthopädische Konzept von den Turnverbänden zur Erzielung von Gesundheit durch „körperliche Ertüchtigung“. Sie dienten im weiteren Verlauf in erster Linie als Erholung und wurden für die Selbstversorgung immer wichtiger.

In den USA wurde erstmalig 1973 die Ausbildung in der Gartentherapie an der Kansas State Universität

angeboten. Die „Internationale Gesellschaft Gartentherapie“ (IGGT) wurde 2011 in das Vereinsregister eingetragen und ist die Dachorganisation für den europäischen Raum. Im IGGT-Konzept wird die Gartentherapie wie folgt definiert: „Gartentherapie ist eine fachliche Maßnahme, bei welcher pflanzen- und gartenorientierte Aktivitäten und Erlebnisse genutzt werden, um zielgerichtet Interaktionen zwischen Menschen und Umwelt zu unterstützen, mit dem Ziel der Förderung von Lebensqualität und der Erhaltung und Wiederherstellung funktionaler Gesundheit. Sie beinhaltet die Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, die Erhaltung und Förderung von selbstbestimmter gesellschaftlicher Teilhabe und Aktivitäten, sowie die fördernde Einwirkung auf den Lebenshintergrund.“

Gartentherapie und die Aktivität im Garten sind aus orthopädischer Sicht sehr empfehlenswert. Gerade in der aktuellen Zeit mit den Ausgangsbeschränkungen und sozialen Einschränkungen bei der Coronavirus-Pandemie, ist der Aufenthalt im Garten oder auf dem Balkon für die psychische und physische Gesundheit essenziell. Meine Empfehlungen des „orthopädischen Gärtnerns“ habe ich auf Grundlage der Gartentherapie weiterentwickelt:

- ▶ Das Sonnenlicht ist für die Bildung des aktiven Vitamin D notwendig. Ein niedriger Vitamin D Spiegel führt zu negativer Beeinflussung des Knochenstoffwechsels. Außerdem wird die Serotoninsekretion erhöht und dadurch die Melatoninsekretion unterdrückt. Ein hoher Melantoninspiegel kann Depressionen bewirken. Bei der intensiven Frühjahrssonne sollte der UV-Sonnenschutz nicht vergessen werden.
- ▶ Die Kleidung sollte Sonnen- und Zeckenschutz berücksichtigen, und die Schuhe sollten dem Gelände angepasst sein.
- ▶ Am Beginn der Tätigkeit im Garten sollte die Luft bewusst ein- und ausgeatmet werden. Dadurch werden Gerüche bewusst wahrgenommen. Das kurze Schließen beider Augen während der bewussten Atmung schärft nach dem Wiederöffnen der Augen die Wahrnehmung und Konzentration des Sehens. Auch die Hörfunktionen werden geschärft. Der Aufenthalt in der Natur wird somit mit allen Sinnen wahrgenommen und der Mensch geht als Teil der Natur eine Verbindung mit dieser ein. Dieser Vorgang hat einen meditativen Charakter und symbolisiert die bewusste Trennung vom Alltag zur Vorbereitung auf den Aufenthalt in der Natur.
- ▶ Der Atmungsrythmus und das Herzkreislaufsystem werden beeinflusst. Der Mensch kommt zur inneren Ruhe und kann sich auf die Natur einlassen. Im Verlauf der gärtnerischen Tätigkeit können das ständige Wiederholen monotoner Tätigkeiten, wie z. B. das



© Dr. Jäger

Bei Beginn der Gartentätigkeit sind Lockerungsübungen, die auch mit Gartenarbeitsgeräten durchgeführt werden können, sinnvoll. Dabei sollten Extremitätengelenke und Rumpf mobilisiert werden.

Auflesen von Blättern und das Zupfen verblühter Blumen auch einen meditativen Charakter haben.

- ▶ Die Tätigkeit sollte in Einheiten mit Ruhepausen zur regelmäßigen Flüssigkeitsaufnahme eingeteilt werden. Zum Beispiel 60 bis 90 Minuten Gartenarbeit mit einer 20 Minuten Pause zur Muskelentspannung und Aufnahme von Flüssigkeit oder leichtverdaulicher Nahrung.
- ▶ Bei Beginn der Tätigkeit sind Lockerungsübungen, die auch mit Gartenarbeitsgeräten durchgeführt werden können, sinnvoll. Dabei sollten Extremitätengelenke und Rumpf mobilisiert werden. Die Muskulatur wird dabei detonisiert. Dies sollte vor allem vor dem Tragen von schweren Lasten wie Säcke mit Pflanzerde oder Pflanzgefäße, welches meist zur Vorbereitung der Aufnahme von der Gartenarbeit notwendig ist, durchgeführt werden. Denn bei den Tätigkeiten kommt es zu ständiger Tonussteigerung der Muskulatur der betroffenen Körperregion und des Rumpfes.
- ▶ Beim Anheben und Tragen von Lasten ist auf die Körperhaltung und Muskelanspannung zu achten. Die Rumpf- und Rückenmuskeln sollten bewusst angespannt werden. Das Anheben der Last sollte initial aus dem Oberschenkel bei angespannter Rumpf- und Rückenmuskulatur erfolgen. Dabei sollte das Ein- und Ausatmen nicht vergessen werden. Der Körper sollte nur kurzzeitig einseitig belastet werden, besser ist das Tragen von zwei nicht so vollen Gießkannen links und rechts zur gleichmäßigen Belastung als eine volle Gießkanne einseitig.
- ▶ Das Ziehen oder Schieben einer Schubkarre sollte unter Anspannung der Muskulatur vom Schultergürtel

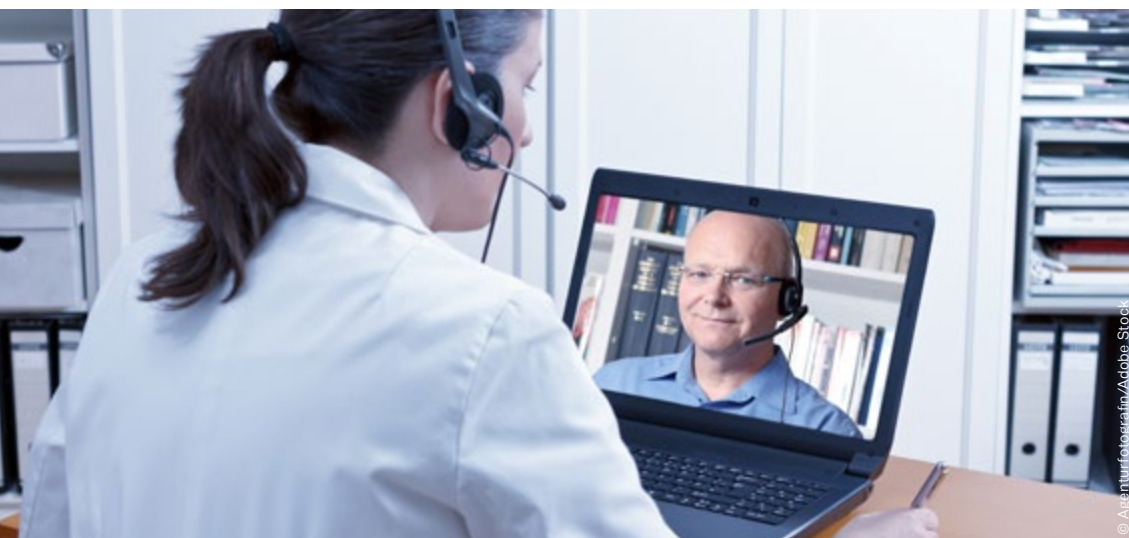
und Rumpf erfolgen. Die Fortbewegung geschieht durch betonten Einsatz der Oberschenkelmuskulatur vom Köperschwerpunkt aus.

- ▶ Es sollte auf wechselnde Körperhaltungen beim Graben, Hacken oder Harken geachtet werden. Bei Ermüdung der Muskulatur ist eine kurze Pause empfehlenswert. Wenn der Muskeltonus nicht gehalten werden kann und die Muskelkraftausdauer erschöpft ist, droht eine Mehr- und Überlastung der Gelenkstrukturen.
- ▶ Das bewusste Auftreten der Füße mit Stabilität in Sprung- und Kniegelenken unter Wahrnehmung der Beinachse trägt zur Verbesserung der Propriozeption beim Gehen im Gelände bei. Die Wahrnehmung des Körperschwerpunktes mit Gleichgewichtskontrolle ist besonders bei Tätigkeit am Hang gefordert.
- ▶ Die aufrechte Haltung des Kopfes reduziert die Belastung auf die Halswirbelsäule.
- ▶ Die intensive Wahrnehmung des eigenen Körpers mit gezielter Steigerung und Halten des Muskeltonus bei den entsprechenden Bewegungen und Körperhaltungen fordert das Nervensystem, so dass eine o.g. Pause nach 60 oder 90 Minuten sinnvoll ist.

Der Garten ist ein Naturerlebnisraum, der die Psyche inspiriert, die Physis trainiert und dem Menschen bewusst macht, dass er ein Teil der Natur ist. Der Mensch erfreut sich an der Natur und kann seiner Kreativität bei der Gartengestaltung freien Lauf lassen. Er sieht nach Beendigung der Tätigkeit die Veränderung seiner kultivierten Natur.

Dr. Arne Björn Jäger
Oberarzt Krankenhaus Barmherzige Brüder Trier

Videosprechstunde und E-Rezept: Warum es wichtig ist, schnell zu handeln



Die Digitalisierung schreitet voran: Das Format der Videotelefonie ist im Gesundheitssystem längst keine Neuheit mehr. Auch die Akzeptanz steigt stetig, und die Frage nach der Sinnhaftigkeit von Videosprechstunden weicht zunehmend der Frage, wer sie am Ende durchführt. Die Gefahr für niedergelassene Ärzte darf in diesem Zusammenhang nicht unterschätzt werden, denn medizinische Videocallcenter wie Kry oder Babylon Health sind bereits auf dem Vormarsch. Es heißt also, die digitale Angebotspalette auszubauen, um die Konkurrenzfähigkeit der regional niedergelassenen Anbieter zu erhalten. Dies gilt insbesondere bei beratenden Erstkontakten und Routinepatienten, die lediglich quartalsweise ein neues Rezept anfordern müssen.

Die Gefahr der neuesten Entwicklungen für die Ärzteschaft

Fast jeder Arzt kann in seiner Praxis ein stetiges Grundeinkommen durch sogenannte Rezeptpatienten verzeichnen. Diese werden beispielsweise aufgrund einer chronischen Erkrankung quartalsweise in der Praxis

vorstellig, um ein Rezept für ihr gleichbleibendes, verschreibungspflichtiges Medikament zu erhalten. Der Profit ist offensichtlich: Der zeitliche und organisatorische Aufwand ist überschaubar, da die Patienten oftmals nur kurz Rücksprache mit dem behandelnden Arzt halten müssen. Das finanzielle Grundrauschen generiert sich quasi wie von selbst. In Zukunft ergibt sich diesbezüglich jedoch eine Problematik. Denn mit gesetzlichen Neuheiten – wie dem ab 1.1.2021 eingeführten E-Rezept und dem wachsenden Angebot an Videocallcentern – könnte dieser Patientenstamm wegfallen. Wer würde sich nicht gerne den Weg in die Arztpraxis sparen und das Rezept ganz bequem durch ein schnelles Videotelefonat und eines anschließend ausgestellten E-Rezeptes bekommen? Die Kombination aus E-Rezept und Videosprechstunde ermöglicht es Patienten zukünftig, ihr Medikament ohne Fahrtwege und Wartezeit innerhalb weniger Stunden im Briefkasten zu haben. Eine Adaption an die digitalen Entwicklungen ist also vonnöten – und das am besten bald, denn die Konkurrenz schläft nicht.

Die Konkurrenz der internationalen Videocallcenter

Immer mehr unabhängige und private Videocallcenter nutzen die Chancen der Technologie, um die Digitalisierung auf den Bereich des Gesundheitswesens auszu-

weiten. Das Timing könnte nicht besser sein, denn die Entwicklungen deuten auf einen digitalen Wandel hin. Dies ist nicht zuletzt auf das kommende E-Rezept zurückzuführen, welches ab 2021 in das Gesundheitssystem eingeführt wird. Patienten werden es dann noch leichter haben, an ihr vierteljährliches Routinerezept oder die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung zu gelangen – und das ganz ohne den Weg in die Arztpraxis. Ein signifikanter Teil des gesundheitlichen Verkehrs wird sich also in naher Zukunft in der Online-Welt abspielen, und die Gefahr für die niedergelassene Ärzteschaft ist nicht auf die leichte Schulter zu nehmen. Die gesetzlichen Barrieren sind längst beseitigt, es heißt nun, rechtzeitig zu reagieren.

Die derzeit größten Anbieter sind Babylon Health und Kry. Babylon Health ist ein Gesundheitsdienstleister aus London, der über seine mobile Anwendung Fernkonsultationen mit Ärzten und Angehörigen der Gesundheitsberufe per Text- und Videomitteilung anbietet. Die Babylon-App enthält einen Chatbot zur Symptomprüfung, der darauf abzielt, Patienten anhand der beschriebenen Symptome relevante Gesundheitsinformationen zur Verfügung zu stellen. Im Januar 2016 erhielt Babylon mit 25 Millionen US-Dollar die bis dahin höchste eingeworbene Finanzierung für ein digitales Gesundheitsunternehmen in Europa. Zu den Investoren zählen Hoxton Ventures, Kinnevik AB sowie die Gründer von Google DeepMind. Im August 2019 wurden bei einer neuen Finanzierungsrunde 550 Millionen US-Dollar eingebracht, um die Fähigkeiten der künstlichen Intelligenz der Babylon Software weiterzuentwickeln. Der Aktiengegenwert entspricht einer Bewertung des Unternehmens von über zwei **Milliarden US-Dollar**. Nach Unternehmensangaben werden im Jahr 2019 rund **4.000 medizinische Konsultationen pro Tag** angeboten.

Seit Dezember letzten Jahres kann der Videodienst Kry (schwedisch, „gesund“, „munter“) auch von Privatpersonen in Deutschland genutzt werden. Das schwedische Unternehmen operiert seit 2015 und hat bereits einige Erfahrung in der digitalen Patientenversorgung sammeln können. Die Videosprechstunden können über die eigens entwickelte App in Anspruch genommen werden. Nutzer müssen sich die Anwendung lediglich herunterladen und sich unter der Angabe von Namen, Telefonnummer und E-Mail-Adresse registrieren. Sobald der erste Termin gebucht wird, werden weitere notwendige Patientendaten abgefragt. Diese beinhalten das Geschlecht, Geburtsdatum, die Adresse sowie die Art der Krankenversicherung. Alle Ärzte sind laut dem Unternehmen erfahrene Mediziner mit mindestens fünf Jahren Praxiserfahrung. Zusätzlich erhalten alle behandelnden Ärzte eine spezielle Schulung für die Videosprechstunden.

Überblick der Videodienste

In Deutschland ist die KBV-Zertifizierung von Videodiensten Pflicht, es sind also alle Anbieter qualitätsgesichert, jedoch unterscheiden sich die Videodienste in den Anwendungsvoraussetzungen. Viele Anbieter gehören zu PVS-Systemen oder zu Online-Terminkalendern und andere wiederum zu Patientenbewertungsportalen. In manchen Fällen ist die Videosprechstunde auch nur als Vertragsarzt eines Medical Callcenters zu verwenden. Unabhängige Videodienste ermöglichen eine schnelle und unkomplizierte Implementierung sowie die Erhaltung der Praxis-Unabhängigkeit. Auf der Webseite des Health Innovation Hub (<https://hih-2025.de/corona>) des Bundesministeriums für Gesundheit werden Empfehlungen ausgesprochen. Den ersten Platz belegt zurzeit die Videosprechstunde „sprechstunde.online“ von der Deutschen Arzt AG.

Behandelt werden dann in der Regel alle Symptome, die nicht zwangsläufig körperlich untersucht werden müssen. Dies kann eine Erkältung, eine Allergie oder auch eine Magen- oder Hauterkrankung sein. Momentan ist jedoch ganz eindeutig die Regelversorgung das von Kry erklärte Ziel ist jedoch ganz eindeutig die Regelversorgung. Noch in diesem Jahr will der Videocallcenter-Anbieter die digitalen Arztbesuche erstattungsfähig machen und zusätzlich das Angebot an Ärzten um Fachärzte erweitern. Privat- und Kassenpatienten werden so die Möglichkeit erhalten, einen Großteil ihrer Praxisbesuche, ohne jeglichen Nachteil durch Online-Konsultationen zu ersetzen. Finanziell wird Kry wohl kaum auf Probleme stoßen, denn der als europäischer Marktführer im Bereich „Digitaler Arztbesuch“ hat er? sich in einer Series C-Finanzierungsrunde **140 Millionen Euro** gesichert.

Schnelle Reaktion mit internem Videodienst

Es ist also eine schnelle Reaktion gefragt, um einen wichtigen Kundenstamm nicht durch externe Anbieter zu verlieren. Möglich ist dies durch das Anbieten einer eigenen Videosprechstunde in der Praxis. Mittlerweile gibt es zahlreiche Anbieter, von denen einige den Online-Dienst sogar unabhängig von Bewertungsportalen, dem Kalender oder der internen Verwaltungssoftware anbieten. Da die digitale Sprechstunde erst einmal implementiert werden muss und die Eingewöhnungszeit mit einberechnet werden sollte, müsste das Projekt möglichst zeitnah in Angriff genommen werden. Denn das E-Rezept ist auf dem Weg.

Quelle: Deutsche Arzt AG

Haltung zeigen: Webseite im Umbau



Die neue Webseite der Aktion Orthofit gliedert sich in zwei Schwerpunkte: Fußgesundheit und gesunde Haltung. Der BVOU hat seine Aktion Orthofit vor einem Jahr erweitert: „Haltung zeigen“ richtet sich ab neuerdings auch an Schulkinder der fünften und sechsten Klassenstufen. Hinzugekommen ist die Sensibilisierung und Prävention von Haltungsschäden. In Kürze werden zu dem Thema auch Informationen auf der bereits bekannten Homepage www.aktion-orthofit.de bereitgestellt.

Hierzu wird die Webseite neugestaltet und präsentiert sich noch in diesem Sommer in einem neuen Design. Kinder, Eltern und Lehrer können dann selbstständig auswählen, ob sie wie gewohnt Informationen und Übungen zum Thema Füße oder aber mehr zu Wachstum, Körperhaltung, Anatomie des Rückens und Rumpfes, Risikofaktoren im Alltag und Vorbeugung bei auftretenden Risikofaktoren erfahren möchten. Zudem werden acht Übungsvideos, die durch eine Forschungsgruppe unter der Leitung von Prof. Joachim Grifka (Universität Regensburg) erarbeitet wurden, auf der Homepage erklärt.

Tipps aus orthopädischer Sicht für Schüler und Lehrer zur Anwendung im Schulalltag gibt es zum Download. Die Dokumente enthalten Hinweise zur Vorsorge vor Rückenbeschwerden und Anleitungen zu regelmäßigen Übungen und körperliche Aktivitäten. Denn: In der Schule soll das Sitzen dynamisch durchgeführt werden, das bedeutet, die Sitzposition alle zehn Minuten zu verändern. Die Schultasche soll nicht schwerer als zehn Prozent des

Körpergewichtes sein. Die Rumpfmuskulatur braucht regelmäßig Training zur Kräftigung. Nur eine leistungsfähige und starke Muskulatur hält den Rücken gesund.

Daher müssen die Schulkinder von sich heraus die Einsicht zur Bedeutung der Rückengesundheit gewinnen. Eine aufrechte Körperhaltung vermittelt ein starkes Selbstbewusstsein. Somit hat dies auch Einfluss auf die Wahrnehmung der eigenen Persönlichkeit. So soll man sich die gesunde „Haltung bewahren“: Durch das Wissen des Körperaufbaus, der menschlichen Entwicklung und der Gefahren für eine Fehlentwicklung erwerben sich die Schulkinder ein Problembewusstsein. Dies führt zu anhaltender Verhaltensänderung und das regelmäßige Ausführen von Mobilisations- und Kräftigungsübungen.

Schulbesuche in diesem Jahr nicht planbar

Aufgrund der derzeitigen Lage, plant der BVOU in diesem Jahr keine zentrale Aktionswoche zu veranstalten. Mitglieder die dennoch vorhaben, Schulbesuche kurzfristig durchzuführen, wenden sich bezüglich der Aktionsmappen bitte an: service@bvou.net.

Dr. Arne-Björn Jäger, Janosch Kuno

Check My Back – Selektivvertrag zur Versorgung des Rückenschmerzes startet – Bundesweit kooperierende Ärzte gesucht

Die Allianz Private Krankenversicherungs-AG (APKV) und der BVOU haben einen Kooperationsvertrag mit dem Titel „Check my Back“ geschlossen. Ziel des Vertrages ist es die Versorgung der privat krankenversicherten Patienten im Bereich Rückenschmerz zu verbessern. Dies soll durch die Aufwertung der sprechenden Medizin, den Einsatz innovativer Webservices und mit Hilfe der BVOU Plattform „Orthinform“ geschehen.

Die APKV bietet für ihre Versicherten mit akut auftretenden Rückenschmerzen den neuartigen Webservice „Check my Back“ an. Dort werden mit Hilfe von 6 einfachen Fragen die sogenannten „red flags“ als Hinweis auf das Vorliegen spezifischer Rückenschmerzen ausgeschlossen.

Der Webservice wurde gemeinsam mit Prof. Grifka, Universität Regensburg, entwickelt. Er ist langjähriges BVOU-Mitglied und ehemaliger DKOU-Präsident.

Nach Ausschluss der „red flags“ kann in den meisten Fällen eine beruhigende Botschaft für den Ratsuchenden gegeben werden: Deine Rückenschmerzen sind schmerzhaft, aber nicht gefährlich. Die Versicherten erhalten einen auf die schmerzende Rückenregion angepassten Übungs- und Trainingsplan für die kontinuierliche Rückenstärkung zu Hause.

Bei den Fällen, wo ernsthafte Verläufe nicht ausgeschlossen werden können sowie bei länger persistierenden Schmerzen, will die Krankenversicherung ihren Versicherten ein bundesweites Netzwerk an Check my Back Experten bereitstellen, die bei Bedarf eine schnelle Terminvergabe sowie die leitliniengerechte Diagnostik und Therapie ermöglichen.

Teilnahmevoraussetzungen für Ärzte

Dieses bundesweite Netzwerk wird vom BVOU organisiert, der unter seinen Mitgliedern entsprechend qualifizierte und interessierte Fachärztinnen und Fachärzte als Vertragsärzte in der Praxis tätig sein, über eine elektronische Terminvergabe kurzfristig Termine für Allianz-versicherte anbieten und über ein aussagekräftiges Arztprofil im BVOU-Patientenportal Orthinform verfügen.

Teilnehmende Ärzte werden vorab in Webinaren und kontinuierlichen Fortbildungseinheiten auf eine leitliniengerechte Therapie beim unspezifischen und spezifischen Rückenschmerz geschult und halten entsprechende Standards in Diagnostik und Therapie ein. Die Allianz-Patienten können aber natürlich auch ganz klassisch per Telefon einen Termin bei einem Check-My-Back-Arzt ausmachen und diesen aufsuchen. Eine weitere Möglichkeit ist, dass sie über das Call Center MEDI 24, ebenfalls ein Kooperationspartner der Allianz, dorthin verwiesen werden. Bei der Vermittlung teilnehmender Ärzte, greift MEDI 24 auf das BVOU-Patienteninformations- und Arztsuchportal Orthinform zu.

Diagnose- und Therapiestandards

Den hilfeschuchenden Versicherten erwarten dann in den Sprechstunden keine Wunderheiler, sondern vor allen Dingen Ärzte, die sich eine leitliniengerechte Therapie auf die Fahnen geschrieben haben. Hierunter fällt neben einem ausführlichen Gespräch mit dem Versicherten, das auch psychosoziale Risikofaktoren umfassen soll, eine gründliche körperliche Untersuchung und eine Diagnostik und Therapie, die sich an wissenschaftlichen Kriterien orientiert.





© staras/Adobe Stock

Mit Check my Back erhalten die Versicherten einen auf die schmerzende Rückenregion angepassten Übungs- und Trainingsplan. Bei der Therapie können die Ärzte ihre Patienten auch auf Eigenübungen verweisen, die die Allianz diesen im Rahmen des Check my Back Programmes zur Verfügung stellt.

Durch all diese Maßnahmen erhoffen sich Vertragsparteien die Rückenschmerzversorgung klarer zu strukturieren und zu verbessern und insbesondere eine Chronifizierung zu vermeiden. Auch im Fall von rezidivierenden oder chronifizierten Rückenschmerzen werden die Aufwendungen der Ärzte für Koordination der Versorgung, Gesprächsleistungen, dem Einsatz von psychosozialen Risikofaktoren usw. entsprechend honoriert.

Expertenstimmen zum Start

Dr. Burkhard Lembeck, Mitinitiator des Vertrages, meint zum Check My Back Vertrag:

„Der BVOU hilft dabei, dass die Allianz Versicherten schneller an den richtigen Arzt kommen. Der BVOU ist schon viele Jahre im Bereich Selektivverträge unterwegs. Es freut uns außerordentlich, dass jetzt auch im Bereich der privaten Krankenversicherung mit der APKV ein Partner vorhanden ist, der innovative Wege bei der Ver-

sorgung geht. Wir erhoffen uns eine win-win-win Situation für Patient, Versicherung und Verband.“

Nina Klingspor, Vorstandsvorsitzende der Allianz Private Krankenversicherung AG, stellt fest:

„In Deutschland leiden Millionen Menschen an Schmerzen, aber nur zehn Prozent sind bei einem Spezialisten in Behandlung. Wir als Allianz wollen dabei helfen, dass Betroffene schnell die für sie beste Behandlung erhalten.“

Anmeldung

Der BVOU beginnt ab sofort, unter seinen Mitgliedern geeignete Kandidaten für das Programm „Check my Back“ zur Teilnahme am Vertrag zu rekrutieren.

Die Registrierung erfolgt wie bei anderen Selektivverträgen des BVOU über das Dashboard im Patientenportal Orthinform. Dieses Dashboard wird unmittelbar nach dem Login angezeigt. Hier erhalten Interessierte alle weiteren Informationen und haben Zugang zu den Vertragsunterlagen sowie ihrem persönlichen Arztprofil.

Für weitere Fragen steht Ihnen auch die BVOU-Geschäftsstelle zur Verfügung.

Dr. Burkhard Lembeck
Landesvorsitzender BVOU Württemberg
DKOU Präsident des BVOU 2020/21

BÄK-Abrechnungsempfehlungen: Situation für O und U unbefriedigend

Für Arztpraxen ist es aktuell mit großen Herausforderungen verbunden, ihre Patienten auch in der Corona-Pandemie flächendeckend und kontinuierlich gut zu versorgen. Daher hat sich der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) mit der Bundesärztekammer (BÄK) über Extravergütungen in der Corona-Krise geeinigt.

Etwas überraschend erreicht uns ein Schreiben der BÄK zur Honorierung der Aufwendungen für Hygiene-Maßnahmen im Rahmen der Corona-Pandemie. Die Regelungen gelten zunächst befristet bis zum 31.07.2020.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat sich mit dem PKV-Verband und den Beihilfekostenträgern an der Regelung für Zahnärzte orientiert. Letztere haben vor wenigen Wochen, wohl ohne Absprache mit der BÄK, einen entsprechenden Konsens mit den Kostenträgern getroffen. Dieser Konsens ist nach meiner Ansicht unbefriedigend und spiegelt nicht den erhöhten Aufwand für Organisation und Hygiene wider.

Die jetzt publizierte Empfehlung der BÄK empfiehlt eine Analogziffer Nr. 245 GOÄ, 2,3facher Satz (in Höhe von 14,75 €) je Sitzung. Bei Berechnung der in der Abrechnungsempfehlung der BÄK vorgesehenen Analogziffer (Nr. 245 GOÄ, 2,3facher Satz in Höhe von 14,75 € je Sitzung) ist eine zeitgleiche Überschreitung des 2,3-fachen Gebührensatzes für die in der Sitzung erbrachten ärztlichen Leistungen aufgrund des erhöhten Hygieneaufwandes nicht möglich. D. h. eine Steigerung kann zwar für einzelne Leistungen mit Begründung „erhöhter Hygieneaufwand“ bei Überschreiten des Schwellenwertes nach § 12 Abs. 3 GOÄ durchgeführt werden, dann ist aber diese Analogziffer nicht abrechenbar (Gefahr der Ablehnung durch PKK bleibt, gerade nach diesem „Konsens“).

Die Möglichkeit eine Steigerung einzelner Positionen mit individueller Begründung bleibt erhalten. Für diesen Fall sollte auf die Regelungen der GOÄ, insbesondere die Begründungspflicht bei Überschreiten des Schwellenwertes nach § 12 Abs. 3 GOÄ, geachtet werden (genaue Darstellung des Mehraufwandes notwendig – Gefahr der Ablehnung durch PKK bleibt, gerade nach diesem „Konsens“). Bei stationärer Behandlung in einem nach § 108 SGB V



Dr. Johannes Flechtenmacher, BVOU-Präsident

zugelassenen Krankenhaus, ist die Abrechnungsempfehlung nicht anwendbar, da in diesem Bereich eine Pauschale in Höhe von 50 EUR für Schutzausrüstungen nach § 21 Abs. 6 KHG gezahlt wird.

Zusammenfassend sehe ich die Situation, gerade für unser Fach Orthopädie und Unfallchirurgie mit direkter Leistungserbringung am Patienten und viel Assistenzpersonal, als unbefriedigend an. Wenn bestimmte Vertreter von Berufsgruppen im Gesundheitssystem vortreten um einen Konsens für ihre Berufsgruppe zu erzielen (und mir ist bekannt, dass es auch in dieser Berufsgruppe große Kritik an besagtem Konsens gibt), werden andere gezwungen sich solch einem Konsens (besser mit einem N am Anfang) anschließen. Eine klare Empfehlung wie im einzelnen Fall vorzugehen ist, kann somit nicht erfolgen und jede abrechnende Kollegin und jeder abrechnende Kollege sollte seine Entscheidung auf Grund der dargestellten Problematik selbst treffen.

Dr. Johannes Flechtenmacher,
BVOU-Präsident

Die BÄK-Abrechnungsempfehlungen finden Sie auf www.bvou.net, Stichwort:

»Abrechnungsempfehlungen«



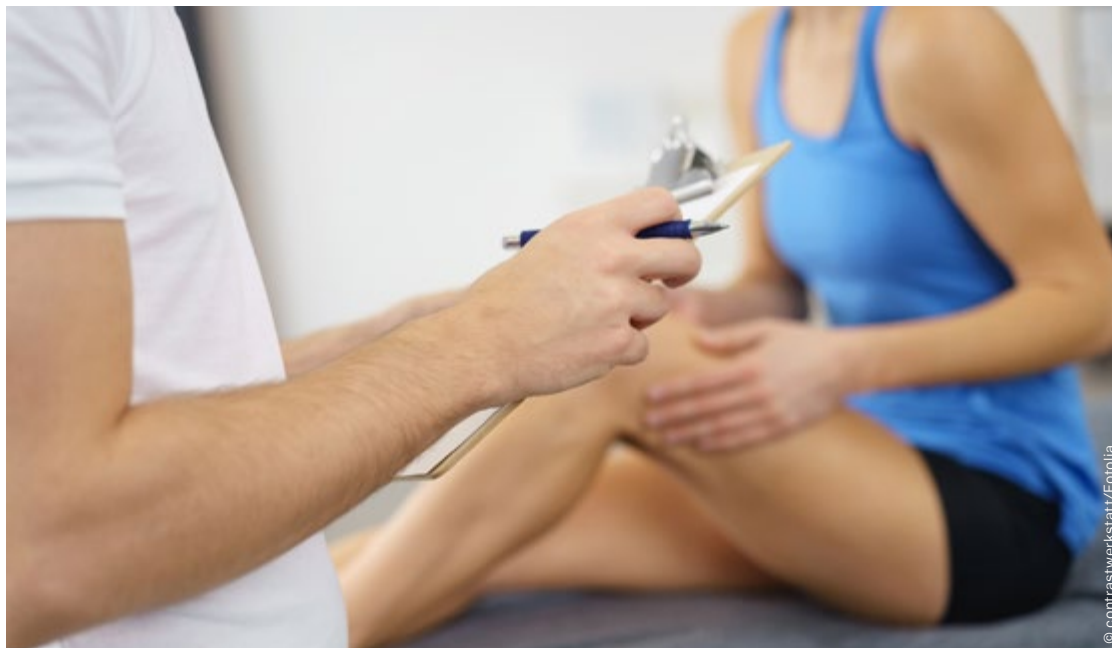
Kommentar zur neuen Heilmittel-Blankverordnung

Mit dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) wurde – unabhängig von der neuen Heilmittelrichtlinie 2020 – die Heilmittel-Blankverordnung eingeführt (§ 125a SGB V). Danach sollen Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden bei ausgewählten Indikationen über Auswahl, Dauer und Frequenz der Behandlung selbst entschieden. Diagnose- und Indikationsstellung erfolgt weiterhin durch den Vertragsarzt. Die Einzelheiten hat der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen mit den für den jeweiligen Heilmittelbereich verantwortlichen Spitzenorganisationen bis zum 15.03.2021 festzulegen und sind aktuell noch nicht bekannt.

Die „Blankverordnung“ war – weil aus deren Sicht nicht weitgehend genug – keineswegs von allen Physiotherapieverbänden gewünscht. Deren Verbänden wäre der „Direktzugang“ lieber gewesen, bei dem Patienten den Therapeuten ohne vorgeschaltete ärztliche Verordnung aufsuchen könnten. Wir Orthopäden und Unfallchirurgen schätzen unsere physiotherapeutischen Kooperationspartner bei der Behandlung gemeinsamer Patienten und sind offen für die Blankverordnung. Zu den eindeutig ärztlichen Aufgaben zählt jedoch, vor jeder Therapie eine Diagnose zu stellen und daran anschließend mit dem Patienten gemeinsam die individuell erforderliche, erfolgversprechende und sichere Therapie zu planen. In diesem Zusammenhang sind Heilmittel nur einer der möglichen und sinnvollen Therapiebausteine aus einem breiten, nur dem Arzt zur Verfügung stehenden Repertoire. Hierzu zählen neben Heilmitteln auch Gespräch und Beratung, Medikation, Injektionstherapie, komplementäre Verfahren, Operationen u. v. m. Diese Auswahl darf im Patienteninteresse nicht einseitig etwa zugunsten von Heilmitteln erfolgen. Auch ist funktionelle Diagnostik alleine – so gut sie Physiotherapeuten ohne Zweifel leisten können – nicht ausreichend. Denn es gibt einen Unterschied zwischen physiotherapeutischem Befund und ärztlicher Diagnose. Die Diagnosestellung als solche und die patientenindividuelle Auswahl aus dem therapeutischen Repertoire unter Abwägung von Nutzen, Risiken und Wirtschaftlichkeit ist ureigene ärztliche Kernkompetenz. Der Arztvorbehalt einer Blankverordnung macht insofern Sinn. Ein Direktzugang ohne vorherige ärztliche Diagnostik hingegen gefährdet potentiell Patienten.

Ein therapeutenseitig öfter erhobener Vorwurf an Ärzte, dass diese Heilmittel im bisherigen System fachlich nicht adäquat auswählen, greift nicht, da die Verordnungsauswahl im GKV-System in erster Linie nicht durch Kompetenzaspekte, sondern durch das enge Regulativ der bestehenden Heilmittelrichtlinie, zu verwendende Standardtexte auf Formularen und Regressandrohungen bei Richtgrößenüberschreitungen geprägt ist. Indikationsstellung, Überwachung, Dokumentation von Verordnungen der physikalischen Therapie, Frühmobilisation und Rehabilitation sind essentieller Ausbildungsbestandteil der MWBO zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Von 852 Orthopäden, die bei der Arztsuche der KVBW im Jahr 2020 gelistet werden, verfügen darüber hinaus 456 (53 %) über die Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin und 130 (15 %) über die Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie. Eine hinreichende Qualifikation liegt somit zumindest bei Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie sicher vor.

Im Teilbereich der Heilmittel lassen sich bei bestimmten Indikationen jedoch einzelne Entscheidungen sinnvoll an den Physiotherapeuten abgeben, wie es aktuell bei der neuen Möglichkeit der Blankverordnung geschieht. Ich denke dabei an ein Eingehen des Therapeuten auf den oft tagesaktuell unterschiedlichen Befund mit einer verlaufsadäquaten Wahl des jeweils geeigneten Therapieverfahrens aus dem breiten physiotherapeutischen Spektrum. Voraussetzung für kompetente Entscheidungen muss dabei eine hinreichende Qualifikation des Therapeuten sein. Diese ist noch näher zu definieren, denn die Mehrzahl der Patienten, die Physiotherapie benötigen, leidet an komplexen Erkrankungen.



Zu den ärztlichen Aufgaben zählt, vor jeder Therapie eine Diagnose zu stellen und daran anschließend mit dem Patienten gemeinsam die richtige Therapie zu planen.

Für uns Ärzte sehe ich Vorteile beim Abbau von Bürokratie und möglicher Zeitersparnis. Kritisch sehe ich eine je nach vorgesehener Vergütungsstruktur für die Blankoverordnung zumindest vorstellbare Ausweitung der Behandlungsmengen und der Behandlungskosten je Fall, da Fehlanreize gesetzt werden könnten. Fehlentwicklungen sind je nach Vergütungsstruktur bei der Blankoverordnung auch durch denkbare Rosinenpickerei „angenehmer“, wenig aufwändiger und kostengünstig behandelbarer Patienten vorstellbar. Genauso möglich ist ein für Patienten vielleicht nachteiliger Trend zu wenig personalintensiven und apparativen Behandlungen. Der ebenfalls vorstellbare benefit in Bezug auf das Wohlergehen der Patienten und sich sekundär in anderen Teilbereichen des Gesundheitswesens vielleicht ergebende Einsparungen müssen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten dagegen abgewogen und gegengerechnet werden. Dies wird und muss zwangsläufig mit sich bringen, dass Physiotherapeuten in die Verantwortung für die Wirtschaftlichkeit ihrer Behandlung einbezogen werden. Dies nimmt uns Ärzten etwas den Druck, dürfte aber für Physiotherapeuten eine ganz ungewohnte und vielleicht nicht immer leicht lösbare Belastung sein. Keinesfalls kann es sein, dass für Ärzte in deren Verantwortungsbereich weiterhin Budgetierung und entsprechende Kontrolle bei deren Abrechnung und Verordnungen gilt, für Physiotherapeuten jedoch nicht. Wir sind für eine Abschaffung jeglicher Budgets, dann aber selbstverständlich gleichermaßen für alle.

Ein weiterer kritischer Punkt könnten bei fehlgeschlagenen Behandlungen Fragen der juristischen Verantwortung und Haftung sein, die Physiotherapeuten bei mehr Entscheidungsfreiheiten infolge der Blankoverordnung

künftig wesentlich stärker treffen könnten als bisher. Solche Fälle sind erfreulicherweise sehr selten, aber letztlich nur eine Frage der Anzahl der behandelten Fälle. Hier erscheint mir eine klare diagnosebezogene Vorgabe wichtig, nach welchem Zeitintervall und beim Auftreten welcher yellow- oder redflags auf jeden Fall wieder eine Vorstellung beim verordnenden Arzt indiziert ist. Zu einer Patientengefährdung durch ausbleibende ärztliche Diagnostik darf es nicht kommen. Allgemein bekannt ist, dass die verordnete und tatsächlich verabreichte Behandlung auch derzeit oft diskrepant ist. Lenkung und Kontrolle von Therapie durch den verordnenden Arzt ist aber nur möglich, wenn auch transparent gemacht wird, wie genau behandelt wurde.

Generell muss auch physiotherapeutische Behandlung evidenzorientierter gestaltet werden. Ziel jedweder Änderungen bei Regelungen zur Verordnung muss immer sein, die Patientenversorgung im gesetzlichen Rahmen bürokratiearm und mit Offenheit für Erweiterungen beim Leistungskatalog zu verbessern. Die Blankoverordnung ist ein Schritt in diese Richtung. Ärzte, Physiotherapeuten und Patienten können so künftig gemeinsam Verantwortung für Patientenwohl und Wirtschaftlichkeit übernehmen. Wünschenswert wäre dabei ein deutlich zeitnäherer Zugang für Patienten zu physiotherapeutischen Leistungen als aktuell.

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

Aufklärung und Operation bei degenerativen Innenmeniskusschäden

Die Patientin litt unter einem degenerativen Innenmeniskus-schaden. Nach erfolgloser konservativer Therapie wurde arthroskopisch der Innenmeniskus teilreseziert. Aufgrund fortbestehender Beschwerden im Kniegelenk wurde vier Monate nach der Operation eine Magnetresonanztomografie vorgenommen und dabei der Verdacht auf einen Riss im Innenmeniskus geäußert. In einer erneuten Arthroskopie wurde der risstragende Teil des Innenmeniskus reseziert. Im weiteren Verlauf sind keine Risse dokumentiert.

Die Patientin geht aufgrund ihrer postoperativen Beschwerden und des Ergebnisses der Revisionsoperation von einer fehlerhaften Erstoperation aus. Die Erfolglosigkeit der konservativen Therapie habe den Verdacht auf eine Meniskusläsion nahegelegt. Deshalb sei eine Arthroskopie durchgeführt worden.

Aus dem Operationsbericht und der intraoperativen Fotodokumentation gehe hervor, dass Meniskusteile entfernt und der Meniskusrand geglättet worden seien. Die Fotodokumentation zeige eindeutig den Meniskusriss vor und nach seiner Teilresektion. Der Erstopera-teur behauptet, dass die Patientin präoperativ über die Möglichkeit eines erneuten Meniskusschadens informiert worden sei.

Der von uns beauftragte Gutachter, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, hat folgende Kernaussagen getroffen: Gegen geltende Standards sei nicht verstoßen worden. Aufgrund des Leidensdrucks der Patientin habe eine Operationsindikation für die zu überprüfende erste Operation bestanden.

Intraoperativ habe sich bei der Inspektion mit dem Tasthaken ein zu behandelnder Riss im Innenmeniskus gezeigt. Nach der Fotodokumentation sei bewiesen, dass nicht zu wenig und nicht zu viel Meniskusmaterial entfernt worden sei.

Der spätere Befund eines Risses im Innenmeniskus spreche nicht für ein fehlerhaftes Handeln, da nach einer arthroskopischen Behandlung eines degenerativen Meniskusschadens die Degenerationen weiter zunehmen und ein erneuter Riss auftreten könne. Die Schlichtungsstelle schloss sich dem Gutachten an.

Fazit

Vom Operateur kann nur der sichtbare Schaden beurteilt werden, intrameniskale Verletzungen bleiben dem Auge verborgen. Es gilt der Grundsatz, dass nur so viel wie nötig und so wenig wie möglich reseziert werden soll. Dieser Grundsatz ist vorliegend eingehalten worden.

Dieser aus medizinischer Sicht klare Fall wird aus folgenden Gründen von uns veröffentlicht: Es kommt immer wieder vor, dass Patienten einen Antrag stellen, weil ein paar Monate nach der Meniskusteilresektion erneut Risse im Meniskus operativ versorgt werden müssen.

Im vorliegenden Fall wurde ein standardisierter Aufklärungsbogen verwendet. Wenn man nunmehr prüft, ob das Aufklärungsgespräch auf Grundlage dieses Formulars und der vorgenommenen handschriftlichen Eintragungen ordnungsgemäß durchgeführt wurde, so ist hier festzustellen, dass die Patientin nicht darüber aufgeklärt wurde, dass nicht der gesamte Meniskus entfernt worden war. Es wurde lediglich Meniskusresektion angekreuzt. Außerdem wurden die Erfolgsaussichten abstrakt und nicht erkennbar auf die Situation dieser Patienten abgestimmt dargestellt.

Es wird daher empfohlen, Patientinnen und Patienten im Aufklärungsgespräch deutlich zu machen, dass und warum man nur so viel Gewebe wie nötig entfernt werde und dass es zu weiteren Rissbildungen kommen könne – mit der möglichen Folge weiterer Eingriffe. Dies sollte in den Standardaufklärungsbögen handschriftlich hinzugefügt werden. Auch sollte nach Operationen, bei denen es zu Vorwürfen durch Patientinnen und Patienten komme, im Gespräch versucht werden, die Zusammenhänge und Hintergründe zu erklären.

Dr. med. Peter Hoyer
Facharzt für Unfallchirurgie
Ärztliches Mitglied

Christine Wohlers
Rechtsanwältin

Professor Dr. med. Walter Schaffartzik
Vorsitzender der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflicht-
fragen der norddeutschen Ärztekammern

Berufsunterbrechungs-Versicherung für niedergelassene Ärzte (Ärzte-BU)

Für den niedergelassenen Orthopäden/Unfallchirurgen kann eine längere dauernde Unterbrechung des Praxisbetriebs durch z. B. Unfall, Krankheit oder die Unbenutzbarkeit der Praxisräume, etwa wegen eines Brandes, zu hohen finanziellen Aufwendungen führen. Denn während dem Unterbrechungszeitraum können keine Einkünfte erzielt werden, die Praxiskosten laufen weiter und es muss ggf. ein Praxisvertreter bezahlt werden.

Zur Abdeckung dieser Risiken unterhält der BVOU seit Jahren für seine Mitglieder einen Rahmenvertrag zur Berufsunterbrechungs-Versicherung (Ärzte-BU). In der Ärzte-BU können Tagegelder in entsprechender Höhe abgesichert werden, welche bereits ausgezahlt werden bei vorübergehender Berufsunterbrechung, verursacht durch Krankheit, Unfall und verschiedene Sachschäden in der Arztpraxis.

Ihr Mehrwert aus dem Versicherungskonzept

- ▶ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf die Berufsunterbrechungen, verursacht durch Krankheit, Unfall oder Quarantäne des versicherten Arztes sowie durch diverse Sachschäden an der Praxis.
- ▶ Versichert werden die fortlaufenden Betriebskosten (Gehälter etc.) sowie der entgehende Gewinn.
- ▶ Das versicherte Tagegeld beträgt 1/250 der Versicherungssumme für jeden leistungspflichtigen Unterbrechungstag (Werktag). Bei einer Versicherungssumme von beispielweise 125.000 € beträgt somit das versicherte Tagegeld pro Unterbrechungstag 500 €.
- ▶ Es können verschiedenen Karenztage für ambulante Behandlungen und stationären Aufenthalte vereinbart werden.
- ▶ Das Tagegeld wird solange gezahlt, wie die Berufsunterbrechung dauert, max. jedoch 12 Monate.



© contrastwerkstatt/Fotolia

**Haben wir
Ihr Interesse
geweckt?**

Fordern Sie hierzu nähere
Informationen bei unserem
Kooperationspartner an!

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



Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH Funk Ärzte Service
Sabine Stock
Valentinskamp 20 | 20354 Hamburg
T +49 40 35914-504
F +49 40 3591473-504
s.stock@funk-gruppe.de

Gesucht! – Mentoren für die Nachwuchsförderung: BVOU und Junges Forum schalten Mentorenprogramm frei

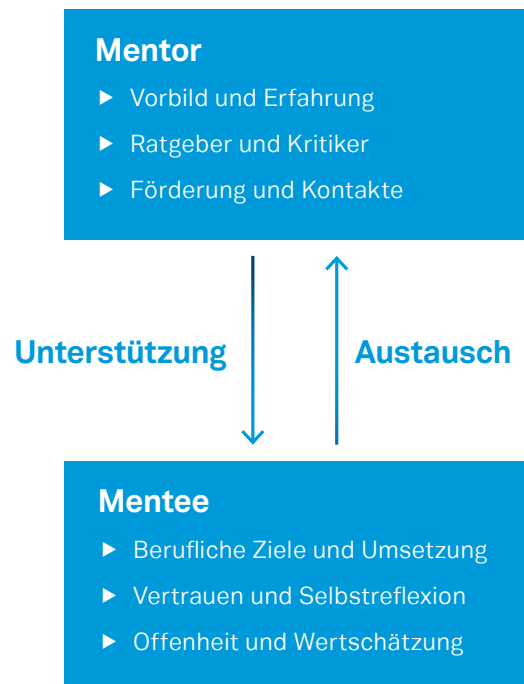
Das Junge Forum sucht ab sofort Mentoren aus dem stationären und niedergelassenen Bereich, die bereit sind, interessierte Kollegen für das Fach O und U zu gewinnen und sie auf dem Weg zum Facharzt sowie darüber hinaus in die Niederlassung oder in eine attraktive Endposition in der Klinik zu begleiten.

Mentorenprogramme sind heutzutage populär und unterscheiden sich vom klassischen Coaching. Tatsächlich handelt es sich beim Mentoring um eine Patenschaft zwischen einem jungen, vielversprechenden Mentee und einem berufserfahrenen Mentor. Beide Parteien gehen mit klaren Erwartungen an die Arbeit heran: Voraussetzungen für Mentoring-Kooperationen sind Freiwilligkeit, Respekt und Vertrauen. Zudem sollte das Mentoring außerhalb einer beruflichen Abhängigkeitsbeziehung erfolgen.

Das Mentoring kann in verschiedenen Formen ausgeführt werden. Es besteht beispielsweise die Möglichkeit einer 1:1-Betreuung. Es kann jedoch auch Vorteile bringen, ein sogenanntes „Peer-Mentoring“ zu etablieren. Hier wird eine Kleingruppe an Mentees mit gleichen/ähnlichen Interessen von einem Mentor betreut.

Mentoren erfüllen mehrere Aufgaben, wie Ratgeber, Coach, Kritiker und Vorbild zugleich. Die Erfahrungswerte eines Mentors sind dabei von unschätzbarem Wert. Im Fokus stehen der weitere berufliche Erfolg des Mentees, aber auch private Themen, die sich auf den Beruf auswirken: Sie können im Rahmen des Mentorings erörtert werden. Zu den typischen Fragen gehören:

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



Die wichtigste Voraussetzung für den Mentee ist das Eigenengagement – die Vorschläge für künftige Projekte sollten primär vom Mentee kommen und werden in der Folge natürlich mit dem Mentor diskutiert sowie geplant. Bei einem funktionierendem Mentoring profitieren sowohl der Mentee als auch der Mentor von dem gegenseitigen Austausch.

Mentoring sollte in keinem Fall erzwungen werden. Grundvoraussetzungen sind sowohl die Freiwilligkeit als auch Vertrauen. Zudem sollte das Mentoring außerhalb einer beruflichen Abhängigkeitsbeziehung stehen. So ist es als Mentee auch möglich, in Bereiche unseres großen Fachgebietes hineinzuschnuppern, die an der eigenen Weiterbildungsstätte nicht angeboten werden.

Mentoring kann auch dazu beitragen, die Sektorengrenzen im Rahmen der Weiterbildung zum Orthopäden und Unfallchirurgen zu überwinden.

Erfahrene Orthopäden und Unfallchirurgen sind aufgerufen, sich dieser Herausforderung zu stellen, junge Menschen auf ihrem Weg in das Berufsleben zu unterstützen und den medizinischen Nachwuchs zu fördern. Hier hat jeder Einzelne die Chance, der Gemeinschaft in O und U etwas zurückzugeben.

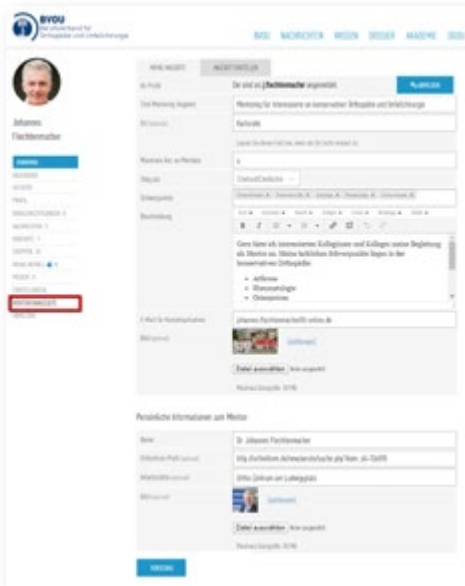


Abb. 1 Wenige Schritte bis zum persönlichen Mentoring-Angebot

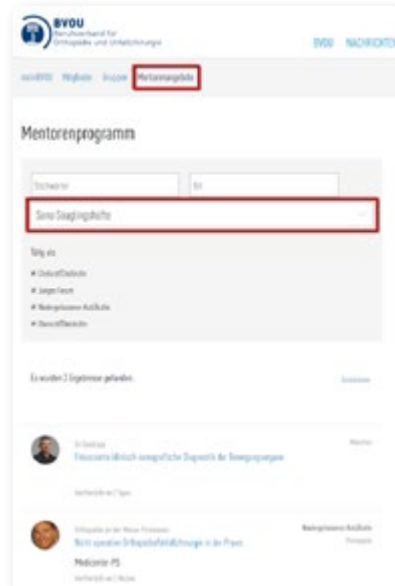


Abb. 2 Verfügbare Mentorenangebote sichten



Abb. 3 Formlos als Mentee bewerben

Mentoring-Angebot erstellen

Das Erstellen eines Mentoring-Angebotes erfolgt im Mitgliederbereich des BVOU.net. Klicken Sie dazu im Menü „Mein BVOU“ auf „Mentorenangebote“ und füllen Sie das Eingabeformular aus (Abb. 1). Wichtig sind nähere Informationen zu Ihrer Person, Ort, Tätigkeitsschwerpunkte sowie Ihr Angebot an die künftigen Mentees im Feld „Beschreibung“. Bitte beachten Sie die wenigen Pflichtfelder, beispielsweise die maximale Anzahl an Mentees, die Sie betreuen möchten, und vergessen Sie nicht, ein Bild Ihrer Einrichtung sowie ein persönliches Foto in das Angebot hochzuladen. Damit zeigen Sie im wahrsten Sinne des Wortes Gesicht und werden für Ihre künftigen Mentees auf den ersten Blick zum persönlichen Begleiter. Nach dem Ausfüllen der Maske klicken Sie unten auf das blaue Feld „Vorschau“. Anschließend sehen Sie Ihr erstelltes Angebot und haben die Wahl, dieses weiter zu bearbeiten oder abzusenden. Damit der Vorgang abgeschlossen wird, klicken Sie auf den Button „Inserat senden“.

Sich als Mentee bewerben

Interessierte, die einen Mentor suchen, klicken im BVOU.net auf den Menüpunkt „Mentorenprogramm“ im Menü BVOU. Es erscheint eine Liste mit allen verfügbaren Mentorenangeboten (Abb. 2). Über das Filterfeld kann die Trefferliste nach den eigenen Wünschen und Vorlieben eingeschränkt werden, beispielsweise nach Ort, fachlichen Schwerpunkten oder der Dienststellung des Mentors. In der Detailansicht kann man die Mentoren näher kennenlernen. Auch die Verlinkung auf das jeweilige persönliche Arztprofil in Orthinform ist hierbei hilfreich. Ein umfassendes Bild über die fachliche Expertise sowie die Arbeitsstätte und das betriebliche Umfeld erleichtern die Entscheidung.

In der Detailansicht gibt es ein kurzes Bewerbungsformular, über das sich Mentees formlos bewerben können. Ihr zukünftiger Mentor erhält eine Benachrichtigung per E-Mail und kann Sie kontaktieren (Abb. 3).

Die Mentoring-Angebote werden zukünftig auch auf der neuen Webseite des Jungen Forums verfügbar sein.



Annika Hättich
Hamburg
Junges Forum O und U



Dr. Marie Samland
Leipzig
Junges Forum O und U



Dr. Jörg Ansorg
Berlin
Geschäftsführer BVOU

Mehr Informationen

BVOU-Geschäftsstelle,
T 030.797 444 44
ansorg@bvou.net
www.bvou.net/mentoring

Facharztweiterbildung im ambulanten Bereich Wie sieht es der Klinikchef?

Drei der im Interview befragten Weiterbildungsassistenten stammen aus der orthopädisch unfallchirurgischen Klinik des Caritas-Krankenhauses Bad Mergentheim, eine Kollegin aus der dortigen Visceralchirurgie. Wenn irgendwie mit den eigenen Personalkapazitäten vereinbar, versucht Chefarzt Prof. Dr. Christoph Eingartner turnusmäßig einen seiner Weiterbildungsassistenten aus O&U für 6 Monate für die Weiterbildung in der Praxis freizustellen, bei garantierter Rückkehr in die Klinik danach. Während Assistenzärzte in der Praxis angestellt sind können diese – sofern gewünscht – zur Vermeidung finanzieller Nachteile in der Klinik weiterhin am Wochenenddienst teilnehmen.
Welches Fazit zieht der Chefarzt?

Herr Prof. Eingartner, Ihre Klinik unterhält schon seit mehreren Jahren Weiterbildungsrotationen für Ihre Weiterbildungsassistenten mit verschiedenen orthopädisch-unfallchirurgischen Praxen. Warum machen Sie das?

Prof. Dr. Christoph Eingartner: Das hat eine Reihe von Gründen. Der wichtigste davon ist, dass wir in der Klinik die konservativen Weiterbildungsinhalte nicht anbieten können, wir haben die Patienten nicht, wir dürfen sie nicht ambulant behandeln, und wir haben auch die Expertise nicht. Diese Weiter-

bildungsinhalte gehören aber zwingend dazu, nicht nur, weil sie in der Weiterbildungsordnung stehen, sondern weil sie für die Berufsausübung des Orthopäden und Unfallchirurgen notwendig sind. Ein weiterer wichtiger Grund ist, dass wir unseren Weiterbildungsassistenten die Gelegenheit geben wollen, das Arbeitsumfeld einer Praxis kennenzulernen. Fast die gesamte Ausbildung während des Studiums und in der Regel fast die gesamte Weiterbildung finden in Kliniken statt. Das ist aber nur ein Aspekt der ärztlichen Berufsausübung. Der bei weitem größte Teil der alltäglichen Medizin findet in den Praxen der



Prof. Christoph Eingartner ist seit 2006 Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Caritas-Krankenhauses Bad Mergentheim, akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg. Für seine Weiterbildungsassistenten gehört ein Weiterbildungsabschnitt in der Praxis zum festen Programm.

niedergelassenen Kollegen statt. Schon für manchen Mitarbeiter war die Praxiszeit übrigens wegweisend für die weiteren beruflichen Ziele, und einige der ehemaligen Rotationsassistenten haben sich inzwischen zur Niederlassung entschlossen oder sind bereits niedergelassen.

Das ist bestimmt nicht immer einfach zu realisieren. Welche Schwierigkeiten sind in diesen Jahren aufgetaucht und wie haben Sie versucht diese zu lösen?

Eingartner: Am Anfang hat es Überzeugungsarbeit gekostet, auch bei den Weiterbildungsassistenten. Nach wie vor ist die Weiterbildung ja sehr OP-lastig und man wollte einfach nicht ein halbes Jahr auf die Gelegenheit, operativ ausgebildet zu werden, verzichten. Die Regelung der administrativen Dinge hatte ebenfalls einige Anlaufschwierigkeiten,

aber inzwischen haben wir mit der Personalabteilung eine Regelung gefunden und das läuft völlig problemlos.

Was berichten Ihnen Ihre Assistentinnen und Assistenten über ihre Erfahrungen, wenn Sie nach Ende des Weiterbildungsabschnittes in der Praxis zu Ihnen zurückkommen? Wie wirkt das auf die Kolleginnen und Kollegen, die den ambulanten Weiterbildungsabschnitt noch nicht hinter sich haben?

Eingartner: Die Rückkehrer berichten davon, dass sie sehr vom Praxishalbjahr profitiert haben und sie ihren Horizont und ihre Kenntnisse und Fertigkeiten erweitern konnten. Außerdem, und da haben wir vielleicht auch Glück, erzählen die Assistentinnen und Assistenten, dass sie in der Praxis außerordentlich freundlich behandelt wurden und man sich ihrer sehr angenommen hat, auch im Hinblick auf die Vermittlung konservativer Weiterbildungsinhalte. Für die Kolleginnen und Kollegen, die die Weiterbildung in der Praxis noch vor sich haben, führte das dazu, dass inzwischen alle Widerstände weggeschmolzen sind und man der Weiterbildung in der Praxis mit gespannter Erwartung entgegenseht.

Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Rotationsabschnitt in der Praxis als echte Bereicherung oder eher als lästiges Übel empfinden?

Eingartner: Das ist eine echte Bereicherung und wird auch als solche empfunden.

Gibt es auch Weiterbildungsassistenten, die partout keinen Weiterbildungsabschnitt im ambulanten Bereich ableisten möchten? Wie gehen Sie damit um?

Eingartner: Bislang hatten wir niemand, der partout nicht wollte. Im Übrigen haben wir ein Weiterbildungscurriculum, in dem das Praxishalbjahr als verpflichtend aufgeführt wird. Das Curriculum ist im Internet unter den Bewerberin-

formationen verfügbar, in der Regel kennen das schon die Interessenten für eine Weiterbildungsstelle und wissen, dass das auf sie zukommt. Letztlich wird das Praxishalbjahr als Teil der auch sonst strukturierten Weiterbildung angesehen, wie wir sie anbieten.

Was halten Sie persönlich von einem verpflichtenden Weiterbildungsabschnitt im ambulanten Bereich, wie er immer wieder diskutiert wird?

Eingartner: Das halte ich aus den genannten Gründen für sinnvoll.

Welche Weiterbildungsinhalte, die in den Praxen vermittelt werden, halten Sie für besonders wichtig, weil sie die Klinik nicht vermitteln kann?

Eingartner: Konservative Orthopädie in ihrer ganzen Breite, erste Einblicke in manuelle Medizin, vor allem aber auch der ganz andere Ansatz der ambulanten Medizin: Patientenbetreuung im längerfristigen Verlauf, pragmatisches Zuwarten unter kritischer Beobachtung des Verlaufes, all diese Dinge, die im Durchlauferhitzer der Kliniken mit immer kürzeren Verweildauern nicht ansatzweise vermittelt und vor allem erlebt werden können.

Haben Sie den Eindruck, dass auch die Klinik von dem profitiert, was die jungen Kolleginnen und Kollegen für ihre tägliche Arbeit in den Praxen gelernt haben?

Eingartner: Ja klar, jede Erweiterung des Horizontes eines Einzelnen tut dem gesamten Team gut.

Wie gestalten Sie in Ihren Weiterbildungsverbänden die Regelungen mit der Beschäftigung der Weiterbildungsassistenten in den Praxen so, dass Sie nicht in Konflikt mit den Bestimmungen des Antikorruptionsgesetzes kommen?

Eingartner: Das ist gar kein Thema. Unsere Assistenten sind direkt in der

Praxis angestellt, der Arbeitsvertrag mit der Klinik wird in dieser Zeit ausgesetzt. Es fließt keinerlei Geld zwischen Klinik und Praxis oder umgekehrt. Weitergehende Vereinbarungen mit der Praxis gibt es nicht, insbesondere keinerlei Verpflichtung zur wechselseitigen Patientenzuweisung.

Das Interview führte
Dr. Karsten Braun

Serie „Weiterbildung im ambulanten Bereich“ in den Infobriefen 2020

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

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

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

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

Medikamentöse Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen

Eine frühe Diagnostik entzündlich-rheumatischer Erkrankungen, in Verbindung mit einer frühen entsprechenden Therapieeinleitung im „window of opportunity“, kann die Krankheitsaktivität unterbrechen und zu einer Remission führen. Hier sind der Facharzt für Orthopädie/Unfallchirurgie und der orthopädische Rheumatologe gefordert, die Krankheit frühzeitig zu erkennen, die Diagnose zu stellen und leitlinienkonform die entsprechende Therapie einzuleiten. Diese Forderung entspricht den Aussagen der interdisziplinären Leitlinie „Management der frühen RA“ von 2019.

Für die drei häufigsten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wie die **rheumatoide Arthritis**, die **Psoriasis-Arthritis** und die **axiale Spondylo-Arthritis**, haben die entsprechenden deutschen und internationalen Fachgesellschaften Therapieleitlinien erarbeitet, die für den Praxisalltag von besonderer Bedeutung sind. Die aktualisierte S2e-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) von 2018 zur „Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten“ bezieht sich auf den neuesten Stand der medizinischen Evidenz und wird für die nächsten Jahre bedeutsam für die therapeutischen Entscheidungen sein.

Die Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen hat sich durch innovative Therapieoptionen in den letzten 20 Jahren drastisch verändert. Seit der Einführung der Biologika im Jahr 1999 und die stetige Weiterentwicklung bis zu den aktuellen JAK-Inhibitoren, stehen den Behandlern inzwischen eine Vielzahl von Medikamenten zur Verfügung. Eine Remission ist heutzutage keine Utopie mehr, sondern in der Mehrzahl der Fälle bereits Realität.

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) spielen in der Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen lediglich zu Beginn eine Rolle, insbesondere als Analgetikum. Aufgrund der Vielzahl von Nebenwirkungen sollte eine länger anhaltende Therapie vermieden werden.

Glukokortikoide sind wegen ihrer antiphlogistischen Wirkung zu Beginn der Therapie von großer Bedeutung, insbesondere bei der RA, der PsA und der undifferenzierten Arthritis. Bei chronischen Verläufen sind sie zumindest bis zum Eintritt der Wirkung der Basistherapie unverzichtbar. Da auch diese Therapie bei

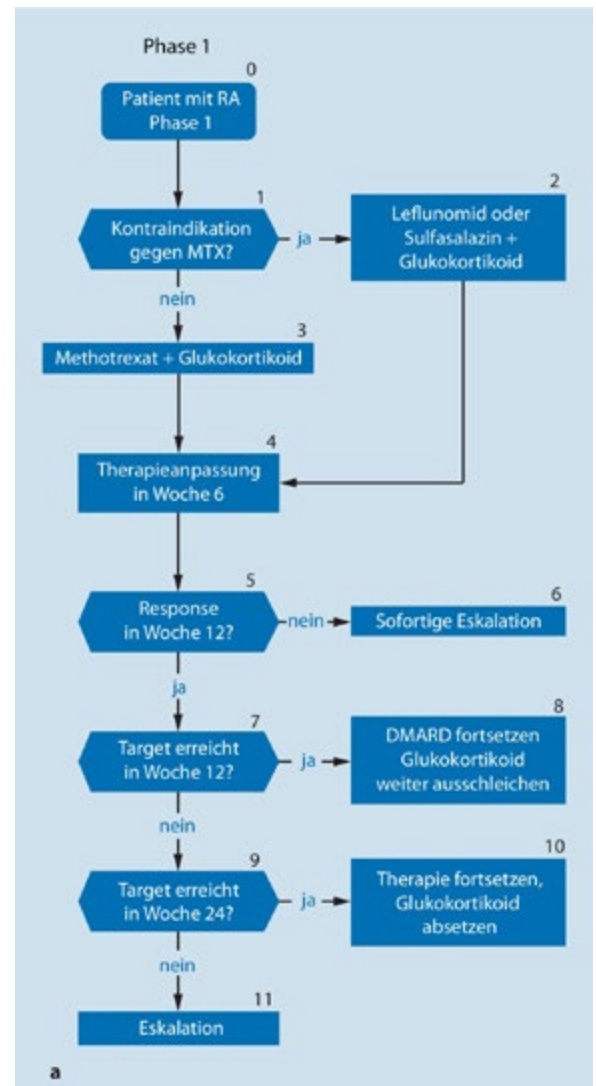


Abb 1: Therapiealgorithmen der RA, S2e-Leitlinie 2018

langfristiger Anwendung nebenwirkungsreich ist, wird eine möglichst niedrige Dosierung über einen möglichst geringen Zeitraum empfohlen.

Therapie mit konventionellen (synthetischen) DMARDs

Unter klassischen DMARDs (Disease Modifying Anti-Rheumatic-Drugs) wird eine Gruppe von Medikamenten zusammengefasst, die über symptomatische Effekte

hinaus krankheitsmodifizierende Eigenschaften besitzt. Sie sollen den Krankheitsverlauf verlangsamen und insbesondere einer Gelenkerstörung vorbeugen. Als Substanzen stehen seit vielen Jahren folgende csDMARDs zur Verfügung: **Methotrexat, Leflunomid, Sulfasalazin und Hydroxychloroquin**. Das Prinzip „Treat to Target“ steht für eine zielgerichtete Behandlung mit DMARDs. „Sobald die Diagnose einer RA gestellt ist, soll die Therapie mit einem DMARD begonnen werden. Der frühestmögliche Beginn einer DMARD-Therapie bei neu diagnostizierter RA (optimalerweise innerhalb von zwölf Wochen nach Symptombeginn) wirkt sich positiv auf die Parameter Remission, therapeutisches Ansprechen, Funktionsstatus und radiologische Progression aus. **Methotrexat (MTX)** ist der Goldstandard in der Therapie der RA. Aber auch bei der PsA spielt diese Substanz eine bedeutende Rolle, während sie bei der axSpA weitgehend unwirksam ist. Methotrexat soll als erstes csDMARD direkt nach der Diagnosestellung der RA eingesetzt werden. Diese Empfehlung folgt nicht nur der aktuellen deutschen S2e Leitlinie, sondern entspricht auch den europäischen (EULAR) und amerikanischen (ACR) Recommendations. „MTX hat eine gute Wirkung und gilt heute in allen Leitlinien unter den csDMARDs als Mittel der ersten Wahl. Es ist die innerhalb dieser Gruppe bestuntersuchte Substanz in Monotherapie sowie als Kombinationspartner mit anderen DMARDs“.

Biologika

Biologika (bDMARDs), im englischen auch „Biologicals“ genannt, sind eine Medikamentengruppe, die seit der Ersteinführung von Infliximab im Jahr 1999 bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen eine herausragende Rolle spielt. Sie haben die therapeutischen Möglichkeiten bei rheumatischen Erkrankungen, wie der RA, der PsA und der axSpA erheblich verbessert und sind insbesondere nach Versagen einer Therapie mit csDMARDs und bei schweren Verlaufsformen von immenser Bedeutung. Für die Therapie der RA sind fünf TNF-alpha-Inhibitoren (**Infliximab** seit 1999, **Etanercept** seit 2000, **Adalimumab** seit 2003, **Certolizumab** und **Golimumab** seit 2009) zugelassen. In den Folgejahren erfolgten weitere Zulassungen für die PsA und die ankylosierende Spondylitis. Seit vielen Jahren gibt es bereits Zulassungen mit alternativem Wirkprinzip für die RA. Abatacept seit 2007, mit Hemmung der T-Zell-Aktivierung, **Rituximab** seit 2006, mit Hemmung der B-Zell-Aktivierung sowie **Tocilizumab**, seit 2009 mit einer IL-6-Hemmung, sind etablierte Substanzen mit nachgewiesener Wirkung auf dem Niveau

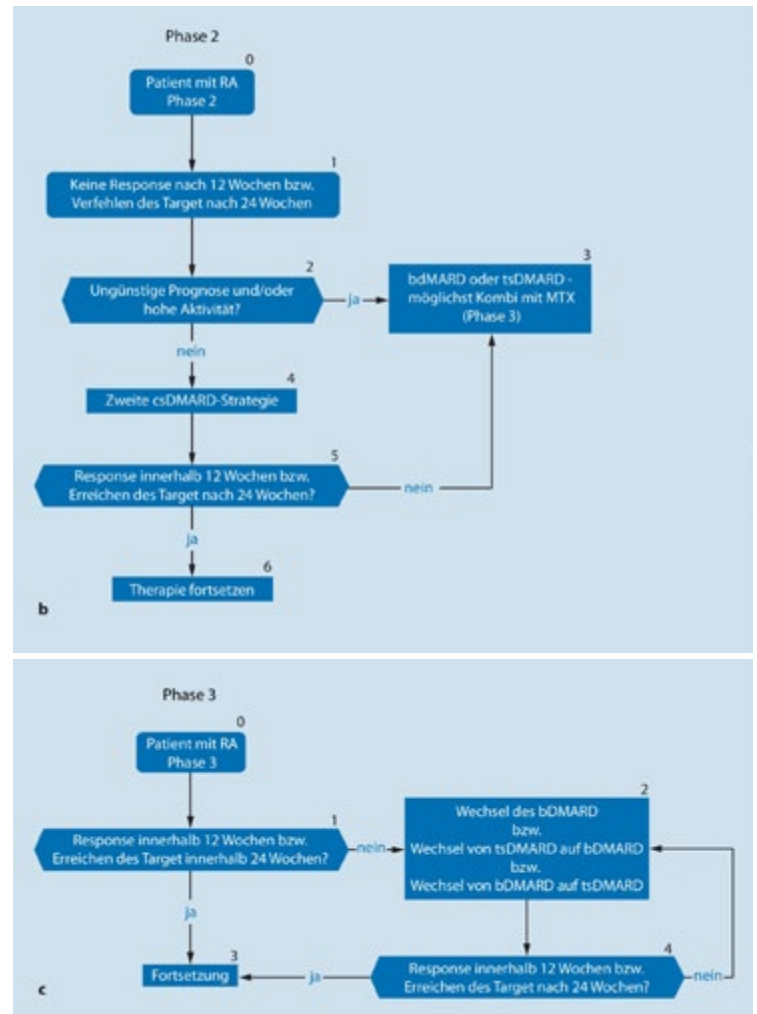


Abb 2: Therapiealgorithmen der RA, S2e-Leitlinie 2018

der TNF-alpha-Inhibitoren. **Ustekinumab** ist seit 2013 mit einer IL12/23 Hemmung lediglich für die Psoriasis-Arthritis zugelassen. 2015 folgten **Secukinumab** als IL 17A-Inhibitor für die ankylosierende Spondylitis, seit 2016 auch für die PsA, **Sarilumab** als IL-6-Rezeptor-Inhibitor für die RA sowie **Ixekizumab** als IL-17-A-Inhibitor für die PsA.

Biosimilars

„Biosimilars sind biologische Arzneimittel, deren wirksame Bestandteile mit Mitteln der Biotechnologie und gentechnisch veränderten Organismen hergestellt werden. Sie enthalten als arzneilich wirksamen Bestandteil Wirkstoffe, die eine strukturell hohe Ähnlichkeit mit einem in der EU bereits zugelassenen Referenzarzneimittel besitzen und eine identische pharmakologische Wirkung im menschlichen Körper ausüben“. Ihre Zulassung erfolgt erst nach Ablauf des Patentschutzes des Referenzarzneimittels, aber dann für alle Indikationen.

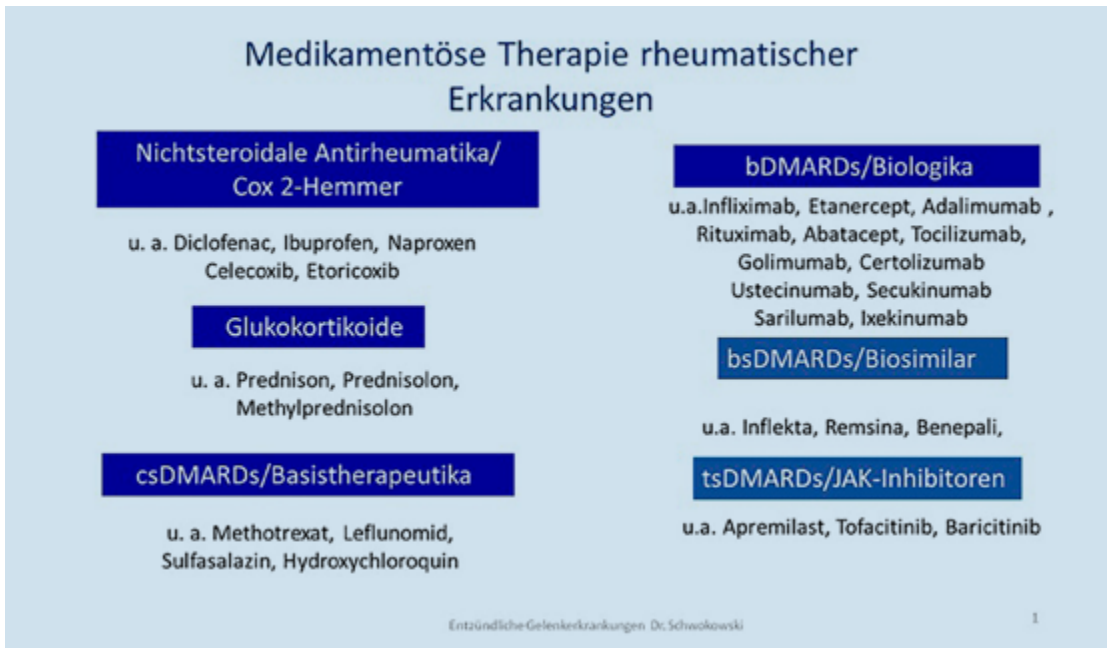


Abb 3: Medikamentöse Therapie

Targeted synthetic (ts) DMARDs

Unter den tsDMARDs werden herkömmlich synthetisch und zielgerichtet hergestellte DMARDs verstanden, die auf eine bestimmte Molekülstruktur abzielen. Sie sind eine Klasse von Wirkstoffen, die sich im Gegensatz zu den Biologika durch eine niedrige Molekülmasse auszeichnet (small molecules). Der PD-4-Inhibitor **Apremilast** wurde als erster Vertreter dieser Gruppe 2015 für die PsA zugelassen. Für die Therapie der RA folgten im Jahr 2017 die JAK-Inhibitoren **Tofacitinib** (für die PsA 2018) und **Baricitinib**. Eine weitere Zulassung in 2020 hat **Upadacitinib** für die Therapie der therapierefraktären RA erhalten



Dr. Uwe Schwokowski

Fazit

Die therapeutischen Optionen bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen haben sich in den letzten zwei Jahrzehnten durch eine Vielzahl innovativer Medikamente durchgreifend verändert. Dadurch sind auch die Therapieansprüche erheblich gewachsen. „Hit hard and early“ und „Treat to target“ sind die entscheidenden Behandlungsprinzipien und das Ziel ist eine Remission oder zumindest eine „Low disease activity“. Durch eine frühe Diagnose-sicherung und den frühen Therapiebeginn kann der Orthopäde dazu beitragen, dass das Versorgungsdefizit von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen in Deutschland deutlich abgebaut wird und die Patienten von den medizinischen Fortschritten profitieren.

Der Beitrag „Medikamentöse Therapie entzündlich rheumatischer Erkrankungen (Uwe Schwokowski; OUP 5/2019, S. 252–260)“ wurde zum besten Beitrag des Jahres 2019 in der Fachzeitschrift der VSOU „OUP“ für die orthopädische und unfallchirurgische Praxis gewählt.

Der OUP-Bestpreis ist ein Gemeinschaftspreis der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e. V. und dem Deutschen Ärzte-Verlag. Er wird anlässlich der Jahrestagungen der VSOU verliehen und ist mit 2.000 Euro dotiert. Eine persönliche Übergabe wird auf dem Kongress 2021 nachgeholt.

Die ausführliche Fassung der Arbeit kann bei der BVOU-Geschäftsstelle angefordert werden: presse@bvou.net.

Erste Online-Prüfungssimulation: „Von den technischen Möglichkeiten beeindruckt!“

Der 28. Facharztvorbereitungskurs (FAB) wurde wegen der Coronapandemie abgesagt. Der BVOU will junge O und Uler im Rahmen der Facharzt-Prüfungsvorbereitung trotzdem unterstützen und organisierte am 20. Mai 2020 erstmalig eine Online-Prüfungssimulation.

Herr Dr. John, zu welchem Zweck haben Sie die Online-Simulation einer Facharztprüfung organisiert?

Dr. Thilo John: Die Prüfungssimulation ist ein wichtiger und beliebter Teil unserer Facharztvorbereitungskurse, denn Prüfungen stellen immer eine neuartige Situation dar und bringen Nervosität mit sich. Der angehende Facharzt bzw. die angehende Fachärztin für O und U hat seit dem Staatsexamen keine weitere Prüfung von solcher Tragweite mehr abgelegt und ist somit seit Jahren ohne Übung. Hier wollten wir ansetzen und Unterstützung anbieten. Die Pandemie macht uns erfinderisch und so haben wir uns entschlossen, diesen FAB-Kurs teil als Videokonferenz anzubieten.

Wie haben Sie die Pilotveranstaltung selbst erlebt?

Dr. John: Vom organisatorischen Ablauf war ich positiv überrascht. Auch die Möglichkeit, die Teilnehmer direkt in die Prüfungssimulation einzubinden, war von großem Wert. Über die Chatfunktion konnten am Ende Fragen gestellt werden, die wir dann online beantworteten oder diskutieren konnten.

Was wurde denn in der begleitenden Chatrunde am häufigsten gefragt? Gab es Unterschiede bezüglich des Wissensstands der Teilnehmer?

Dr. John: Viele Fragen bezogen sich auf die Fraktur-Diagnostik sowie die Versorgungsmodalitäten. Es ging unter anderem darum, inwieweit eine Fraktur



Tatyana Sahabandu (links) und Dr. Thilo John ziehen ein positives Fazit.

Nächste interaktive
Prüfungssimulation
Montag, 22. Juni 2020
17:30–18:30 Uhr.

operativ oder gegebenenfalls auch konservativ versorgt werden kann. Auch operative Optionen wurden diskutiert. Es gab Teilnehmer, die ein sehr hohes Wissen auf bestimmten Gebieten haben, da hier die Schwerpunkte in der eigenen Klinik liegen. Dieser Punkt spiegelt das grundsätzliche Problem der Weiterbildung wider: Wie können wir die gesamte Bandbreite von O und U komprimiert darstellen? Das komplette Spektrum unseres Fachgebiets abzubilden fällt nicht leicht.

Wurde das Ziel, die Teilnehmer auf die Facharztprüfung vorzubereiten, erreicht?

Dr. John: In einer Prüfungssimulation ist es nicht einfach, die Teilnehmer systematisch auf die Facharztprüfung vorzubereiten. Dies gelingt nur als Gesamtkonzept. In der Kürze der Zeit, konnten wir nur partielle Konzepte anschneiden.

Trotzdem war das Feedback positiv und am 22. Juni gibt es eine Fortsetzung des Formats.

Fehlte Ihnen etwas im Vergleich zum klassischen Facharztvorbereitungskurs?

Dr. John: Was mir persönlich fehlt, ist der direkte Kontakt zum Teilnehmer. Das beinhaltet den Sichtkontakt und die zwischenmenschliche Interaktion. Ich denke aber, das ist Sache der Gewohnheit. In Kürze der Zeit können natürlich auch nicht alle Fragen ausführlich beantwortet werden. Manchmal habe ich bemerkt, dass hier und da noch Zweifel bestanden. Aufgrund der hohen Teilnehmerzahl von über 70 Zuschauern war es manchmal nicht möglich, tiefgreifende fachliche Verständnisschwierigkeiten auszuräumen. Aber insgesamt muss ich sagen, dass ich von den technischen Möglichkeiten beeindruckt bin und dass es auch möglich war, die Prüfungssimulation mit so einer großen Teilnehmeranzahl durchzuführen.

Herr Dr. John, vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Janosch Kuno, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

Novartis im Gespräch mit Prof. Dr. Braun: Einordnung des Krankheitsbegriffes axSpA und Bedeutung der Früherkennung

Die nicht-röntgenologische axiale Spondyloarthritis (nr-axSpA) und die klassische ankylosierende Spondylitis (AS) sind zwei Entitäten (für die Klassifikation) einer Erkrankung – der axialen Spondyloarthritis (axSpA). Um irreversible Schäden zu vermeiden, sollte die axSpA frühzeitig erkannt und behandelt werden. Für eine frühe Diagnose ist es wichtig, in der Primärversorgung die klinischen Symptome richtig zu deuten und bei begründetem Verdacht rechtzeitig an einen Rheumatologen zu überweisen.



Prof. Dr. med. Jürgen Braun
Lehrstuhl für Rheumatologie an der Ruhr-Universität
Bochum Ärztlicher Direktor des Rheumazentrum Ruhr-
gebiet, St. Elisabeth-Gruppe, Herne

Bei der nicht-röntgenologischen axialen Spondyloarthritis (nr-axSpA) und der klassischen ankylosierenden Spondylitis (AS) handelt es sich nach heutigem Verständnis um ein einziges Krankheitsbild – der axialen Spondyloarthritis (axSpA). Im Sinne einer besseren Frühdiagnostik zur Vermeidung von irreversiblen Schäden, ist es wichtig, in der Primärversorgung die klinischen Symptome richtig zu deuten und bei begründetem Verdacht rechtzeitig an einen Rheumatologen zu überweisen. Anlässlich der 5. Novartis Rheumatologentage vom 28.–29. Februar 2020 in Berlin sprach Novartis mit Prof. Dr. Jürgen Braun über die axiale Spondyloarthritis (axSpA) und über die Gründe für die zum Teil jahrelange Diagnoseverzögerung. Der Inhaber des Lehrstuhls Rheumatologie an der Ruhr-Universität Bochum und ärztlicher Direktor des Rheuma-

zentrum Ruhrgebiet erläuterte den Krankheitsbegriff axSpA und zeigte auf, wie eine Früherkennung in der Primärversorgung funktionieren könnte.

Herr Prof. Braun, die ‚Assessment of SpondyloArthritis International Society‘ (ASAS)-Klassifikationskriterien definieren die Erkrankung axiale Spondyloarthritis (axSpA), die in die nicht-röntgenologische axiale SpA (nr-axSpA) und die klassische ankylosierende Spondylitis (AS, jetzt auch röntgenologische axSpA) unterteilt ist.^{1,2} Können Sie kurz beschreiben, durch welche Hauptmerkmale sich die nr-axSpA von der AS abgrenzt?

Prof. Dr. Jürgen Braun: Im Prinzip handelt es sich bei der nr-axSpA und der AS um zwei Entitäten einer Erkrankung,

Zusammen Gesund

Infoportal für Fachkreise
www.zusammen-gesund.de

die anhand von röntgenologischen Veränderungen in den Kreuz-Darmbein-Gelenken unterschieden werden. Sind diese Veränderungen struktureller Natur, so dass sie in einem Röntgenbild eindeutig erkennbar sind und haben sie einen gewissen Schweregrad erreicht, spricht man von einer AS oder röntgenologischen axSpA, andernfalls von einer nr-axSpA. Für den klinischen Alltag ist diese Unterscheidung weitgehend irrelevant, entscheidend ist die Entzündungslast der Patienten. Dabei ist es relativ egal, ob bereits Strukturveränderungen vorliegen oder nicht. Zu beachten ist allerdings, ob das für die Behandlung vorgesehene Medikament für die Indikation nr-axSpA zugelassen ist.

Es vergehen im Schnitt 6 bis 8 Jahre bis die Diagnose axSpA gestellt wird. Was bedingt aus Ihrer Sicht diese Diagnoseverzögerung und welche Folgen entstehen daraus?

Prof. Braun: Aktuelle Krankenkassendaten haben gezeigt, dass sich die Diagnoseverzögerung auf etwa 5 Jahre verkürzt hat, was immer noch relativ lang ist. Wir würden die axSpA gerne früher erkennen und behandeln in der Hoffnung, dadurch irreversible Schäden vermeiden zu können. Verschiedene Faktoren tragen zu der unerwünschten Verzögerung bei: Einerseits musste man nach den alten New York-Kriterien für AS quasi auf Röntgenveränderungen warten, so dass eine Diagnose in der Frühphase der Erkrankung von vielen Kollegen gar nicht gestellt wurde. Auf der anderen Seite – und das ist ein viel wichtigeres Argument – leiden sehr viele Menschen an Rückenschmerzen, aber nur bei einem kleinen Teil ist die axSpA dafür ursächlich – ein Grund, warum in

der Primärversorgung oft nicht an diese Erkrankung gedacht wird. Die axSpA-Patienten aus diesem großen Pool der Patienten mit Rückenschmerzen herauszufiltern, ist das Problem, zumal die Diagnosestellung in der Frühphase nicht gerade trivial ist.

Was wären für Sie wichtige Schritte, um dieser Diagnoseverzögerung entgegenzuwirken bzw. welche Anzeichen sind besonders typisch für eine nr-axSpA?

Prof. Braun: Im Frühstadium hat die Magnetresonanztomografie (MRT) zwar an Bedeutung gewonnen, doch ich rate davon ab, in der Primärversorgung MRTs zu machen. Denn die Qualität ist oft schlecht und selbst ‚positive‘ MRT-Befunde sind nicht unbedingt beweisend für eine axSpA. Wir brauchen gute „Referral“-Programme, die klare und vor allem einfache Kriterien enthalten, welche Patienten der Primärversorger zum Rheumatologen schicken soll. Ein wichtiges Kriterium ist das Alter unter 45 oder sogar unter 35 Jahren bei Beginn der Rückenschmerzen. Ich bin der Meinung, dass nur ein einfaches System funktioniert, bei dem der Primärversorger seinem Patienten nicht viel mehr als 3 klinische Fragen stellen muss, u. a. nach (nur zum Teil wechselseitigen) Gesäßschmerzen und Besserung bei Bewegung. Falls die Angaben nicht eindeutig sind, sollte noch eine HLA-B27-Bestimmung durchgeführt und der Patient auf dieser Basis ggf. überwiesen werden.

Herr Professor Braun, haben Sie vielen Dank für dieses Gespräch!

Nach Informationen der
Novartis Pharma GmbH

Literatur

1. Rudwaleit M, et al. Ann Rheum Dis. 2009;68(6):770–6.
2. Rudwaleit M, et al. Ann Rheum Dis. 2009;68(6):777–83.

Kontakt

Medizinischer Infoservice
Bei medizinisch-wissenschaftlichen Fragen, Nebenwirkungsmeldungen oder Reklamationen zu unseren Produkten und Indikationen kontaktieren Sie bitte den **Novartis Pharma Infoservice**.

T 0911.273 12100
F 0911.273 12160
infoservice.novartis@novartis.com
www.chat.novartis.de

Der medizinische Infoservice ist
Montags bis Freitags
von 8:00 bis 18:00 Uhr erreichbar



Kursangebote der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

ADO-Kurse für Ärzte

Facharztvorbereitungskurse (FAB)					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
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
16.–17.10.2020	Qualifikationskurs Hygienebeauftragter Arzt (HBA)	Berlin	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	559 €	699 €
durchgehend	Refresherkurs Hygienebeauftragter Arzt (HBA)	E-learning	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	299 €	499 €
Kindertraumatologie für den D-Arzt					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
04.09.20	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
04.–05.12.2020	Gutachterkurs Basics	Potsdam	Prof. Michael Wich, Dr. Holm-Torsten Klemm	210 €	390 €
Rhefo - Kursreihe zum Zertifikat „Rheumatologisch fortgebildeter Orthopäde“					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
12.09.20	Rheuma I	Berlin	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €
23.10.20	Rheuma II	Berlin	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €
24.10.20	Rheuma III	Berlin	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €
Pflichtunterweisungen für das gesamte Klinik- und Praxisteam (Ärzte, Pflege, MFA)					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
1er Lizenz	Grundkurs Schweigepflicht, Dokumentation und Datenschutz	E-learning	Dr. Desirée Dahmen	16 €	20 €
10er Lizenz	Grundkurs Schweigepflicht, Dokumentation und Datenschutz 10er	E-learning	Dr. Desirée Dahmen	99 €	159 €
DS-Ordner	Datenschutzpaket für kleine und mittlere Praxen	E-learning		395 €	595 €
1er Lizenz	Grundkurs Allgemeines Gleich- behandlungsgesetz	E-learning		16 €	20 €
1er Lizenz	Grundkurs Basic Life Support	E-learning		16 €	20 €
10er Lizenz	Grundkurs Basic Life Support 10er	E-learning		99 €	159 €
1er Lizenz	Grundkurs Brandschutz	E-learning		16 €	20 €
10er Lizenz	Grundkurs Brandschutz 10er	E-learning		99 €	159 €
1er Lizenz	Grundkurs Arbeitsschutz	E-learning		16 €	20 €
10er Lizenz	Grundkurs Arbeitsschutz 10er	E-learning		99 €	159 €
Basispaket	Arbeitsschutz + Brandschutz + Hygiene + Basic Life Support (Volumenlizenzen auf Anfrage)	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer, Dr. Desirée Dahmen	50 €	60 €
Paket Plus	Basispaket + Datenschutz + Allg. Gleichbehandlungsgesetz (Volumenlizenzen auf Anfrage)	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer, Dr. Desirée Dahmen	60 €	70 €



ADO-Kurse für Medizinische Fachangestellte MFA

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

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

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

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

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

AOUC – Akademie für Orthopädie und Unfallchirurgie

Deutsche und Internationale Gesellschaft für extrakorporale Stoßwellentherapie (DIGEST): Fachkunde Stoßwellentherapie					
→ Sonderpreis für DIGEST-Mitglieder: 290 €					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
13.11.20	DIGEST-Fachkundekurs Modul 3 ESWT Tendopathien untere Extremitäten	Wien	Dr. med. Martin Ringeisen	310 €	330 €
14.11.20	DIGEST-Fachkundekurs Modul 6 ESWT Myofasziale Schmerztherapie	Wien	Dr. med. Martin Ringeisen	310 €	330 €

DVT Fachkunde - Digitale Volumetomographie					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
11.07.20	Spezialkurs Digitale Volumetomographie	Aschaffenburg	Dr. med. Markus Preis, Dipl.-Ing. Christian Stegmann	500 €	1.000 €
19.09.20	Spezialkurs Digitale Volumetomographie	Aschaffenburg	Dr. med. Markus Preis, Dipl.-Ing. Christian Stegmann	500 €	1.000 €
23.10.20	Spezialkurs Digitale Volumetomographie	Berlin	Dr. med. Markus Preis, Dipl.-Ing. Christian Stegmann	500 €	1.000 €
21.11.20	Spezialkurs Digitale Volumetomographie	Aschaffenburg	Dr. med. Markus Preis, Dipl.-Ing. Christian Stegmann	500 €	1.000 €



Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. (DAF)			
Termin	Kursthema	Ort	Leitung
31.07.–01.08.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Traumatologie	Münster	S. Ochman
28.–29.08.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Arthrodesen	Aachen	D. Frank, A. Prescher, C. Wingenfeld
18.–19.09.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Vorfußchirurgie	Greifswald	J. Lange
25.–26.09.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Sehnenchirurgie	Hannover	C. Stukenborg-Colsman
02.–03.10.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Rheumafuß	Hannover	H. Waizy
09.–10.10.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Sehnenchirurgie	Wien	R. Schuh, H.-J. Trnka
06.–07.11.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Vorfußchirurgie	Stuttgart	M. Gabel, U. Gronwald
13.–14.11.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Workshop Kinderfuß	Stuttgart	O. Eberhardt
20.–21.11.2020	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – Operationskurs Sehnenchirurgie	Augsburg	M. Jordan, M. Thomas

AE – Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik GmbH: www.ae-gmbh.com			
Termin	Kursthema	Ort	Leitung
02.–03.07.2020	AE-Masterkurs „Komplexe Revisionseingriffe in der Hüftendoprothetik“	Berlin	Prof. Dr.med. Klaus-Peter Günther, Univ.-Prof. Dr. med. Carsten Perka
03.–04.09.2020	AE-Basis-Kompaktkurs Hüfte und Knie anl. Kongress der Deutschen Chirurgischen Gesellschaft	Berlin	Univ.-Prof. Dr. med. Carsten Perka, Prof. Dr. med. Siegfried Hofmann, Univ.-Prof. Dr. med. Ulrich Stöckle
04.–05.09.2020	AE-Masterkurs Hüfte	Leipzig	Prof. Dr. med. Andreas Roth, Prof. Dr. med. Thomas Krüger, Prof. Dr. med. Geza Pap
17.–19.09.2020	AE-Basiskurs Knie	München	Prof. Dr. med. Rudolf Ascherl, Prof. Dr. med. Volkmar Jansson, Prof. Dr. med. Rüdiger von Eisenhart-Rothe, Dr. med. Thomas Mattes
18.–19.09.2020	AE-Masterkurs Knie	München	Prof. Dr. med. Rudolf Ascherl, Prof. Dr. med. Volkmar Jansson, Prof. Dr. med. Rüdiger von Eisenhart-Rothe, Dr. med. Thomas Mattes
25.09.2020	AE-Kompaktkurs Periprothetische Frakturen	Ulm	Univ.-Prof. Dr. med. Florian Gebhard, Prof. Dr. med. Heiko Reichel
25.–26.09.2020	AE-Masterkurs „Komplexe Revisions-eingriffe in der Hüftendoprothetik“	Köln	Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller, Prof. Dr. med. Thorsten Gehrke
08.–09.10.2020	AE-Masterkurs Hüfte	Köln	Dr. med. Holger Haas, Univ.-Prof. Dr. med. Dieter Christian Wirtz
08.–10.10.2020	AE-Basiskurs Hüfte	München	Prof. Dr. med. v. Eisenhart-Rothe, Prof. Dr. med. Volkmar Jansson, Prof. Dr. med. Rudolf Ascherl
09.–10.10.2020	AE-Masterkurs Hüfte	München	Prof. Dr. med. v. Eisenhart-Rothe, Prof. Dr. med. Volkmar Jansson, Prof. Dr. med. Rudolf Ascherl
15.–16.10.2020	AE/DKG-Masterkurs Knieendoprothetik	Braunschweig	Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller, Prof. Dr. med. Robert Hube
22.–23.10.2020	AE/DSVE-Masterkurs Schulterendo-prothetik	Berlin	Prof. Dr. med. Bernd Fink, Prof. Dr. med. Markus Scheibel, Dr. med. Falk Reuther, Prof. Dr. med. Ulrich H. Brunner
22.–23.10.2020	AE-Masterkurs Endoprothetik bei post-traumatischen Zuständen: Hüfte und Knie	Berlin	Univ.-Prof. Dr. med. Carsten Perka, Univ.-Prof. Dr. med. Ulrich Stöckle, Univ.-Prof. Dr. med. Siegfried Hofmann

Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH			
Termin	Kursthema	Ort	Leitung
29.–31.10.2020	34. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie e. V. (VKO)	Graz	Prof. Dr. Gerhardt Steinwender, PD Dr. Tanja Kraus, Dr. Michael Novak
08.–10.10.2020	22. Kurs zur Analyse und Korrektur von Beindeformitäten	Ulm	Priv.-Doz. Dr. med. Peter Keppler
02.–05.11.2020	13. Kompaktkurs Kinderorthopädie	Frankfurt	Univ.-Prof. Dr. med. Andrea Meurer

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
19.–20.11.2020	5. Alterstraumatologie Kongress 2020	München	Prof. Dr. med. univ. C. Kammerlander, Univ.-Prof. Dr. med. W. Böcker, Univ.-Prof. Dr. med. univ. M. Gosch

Deutsche Gesellschaft für Handchirurgie

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
08.–10.10.2020	60. Kongress der DGH & 24. Kongress der DAHTH	Münster	Univ.-Prof. Dr. med. Marcus Lehnhardt, Prof. Dr. med. Martin Langer

MWE – Ärzteseminar für Manuelle Medizin

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
15.08.–20.08.2020	Manuelle Medizin - Grundkurs I	Damp-Eckern- förde	Dr. med. Michael Fleischhauer
11.09.–13.09.2020 18.09.–20.09.2020	Manuelle Medizin - Grundkurs I	Karlsruhe	Dr. med. Michael Frey
18.09.–20.09.2020 25.09.–27.09.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Dresden	Dr. med. Uwe Ettrich
10.10.–15.10.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Isny	Dr. med. Florian Max-Josef Wagner M.D.O.-DGCO
13.11.–18.11.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Hannover	Dr. med. Peter Wittich
05.12.–10.12.2020	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Isny	Dr. med. Horst Moll

Pro Sympos GmbH

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
18.–19.09.2020	CoST OP-Kurs Schulter	Essen	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg Jerosch, Dr. med. Jochem Schunck, Dr. med. Theo Patsalis, Prof. Dr. Timm Filler
13.–14.11.2020	Spezialkurs QKG - Deutsche Knorpel- akademie	Essen	QKG-Vorstand
20.–21.11.2020	22. UpDate Orthopädie und Unfallchirurgie Thema: Arthrose	Neuss	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg Jerosch Dr. med. Jochem Schunck, Dr. med. Emanuel Ingenhoven
04.–05.12.2020	10. Niederrheinischer Kongress und OP- Kurs Hüft-Arthroskopie	Essen	Dr. med. Wolfgang Zinser

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
10.–12.12.2020	15. Deutscher Wirbelsäulenkongress	Berlin	Prof. Dr. med. Frank Kandziora

UniversitätsSpital Zürich

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
05.–06.11.2020	10. Interdisziplinärer Kurs Polytrauma- versorgung - Das Zürcher Paradigma in Kooperation mit ESTES	Zürich	Prof. Dr. Hans-Christoph Pape, Prof. Dr. Hans-Peter Simmen



**„WIR SIND
O UND U!“**

Jetzt BVOU-Mitglied werden

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

10 gute Gründe einer BVOU-Mitgliedschaft

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

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

