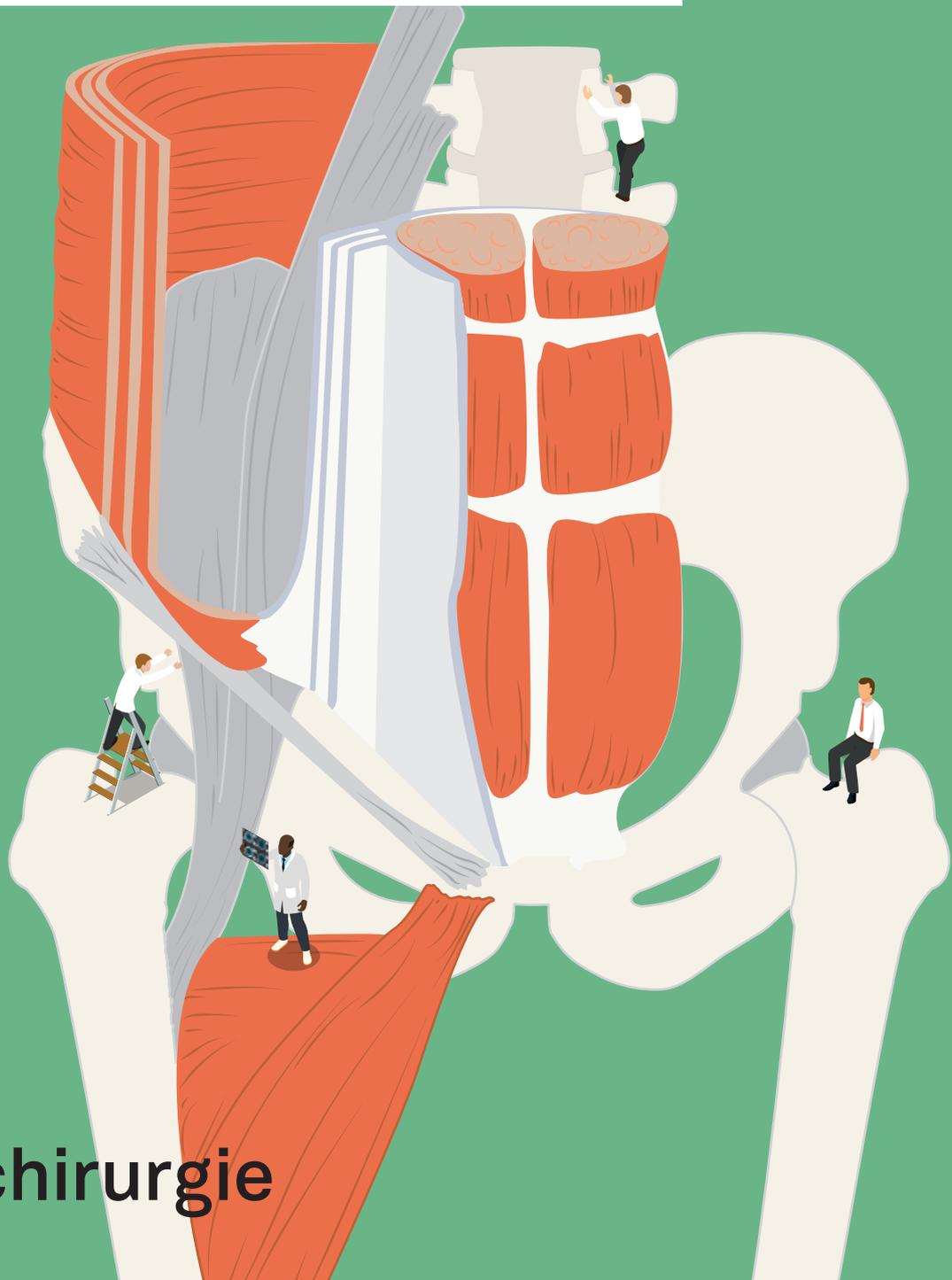


infobrief



Hüftchirurgie

37

Behandlungsfehler –
jeder Fall ist einer zu viel

60

Wann kann und darf ein Patient
fernmündlich aufgeklärt werden?

65

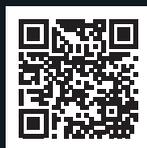
Digitale Woche O&U
vom 19.–23.10.2020
Jetzt kostenlos registrieren!



Ihr DVT für die Computertomographie
in der Orthopädie und Unfallchirurgie



Sophisticated Computertomographic Society
Von Ärzten für Ärzte



SCS Sophisticated Computertomographic Solutions GmbH · Wermbachstraße 50-52 · D-63739 Aschaffenburg
m +49 151 55148631 · f +49 6021 42943111 · info@myscs.com · Geschäftsführer: Dr. h.c. Markus Hoppe

Die abgebildeten Portraits zeigen Anwender des SCS MedSeries® H22

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Ich schreibe dieses Editorial zu einem Zeitpunkt, an dem darüber diskutiert wird, ob es in Deutschland eine zweite Coronawelle geben wird. Die Infektionszahlen steigen wieder an und viele Menschen halten sich nicht mehr an die Hygieneregeln. Die Gruppe derer wächst, die sich darüber empören oder in der Vermittlung von Infektionszahlen gar eine Verschwörung wittern. Dabei sind diese Maßnahmen das einzige was wir haben, um die Pandemie einzudämmen, solange es keine Impfung gibt. Es geht nur so! Wir sind gerade dabei, wieder zum Normalbetrieb zurückzugelangen und die elektiven Operationen und Untersuchungen, die wir auf der Höhe der Coronavirus-Pandemie ausgesetzt haben, abzuarbeiten. Wir dürfen diese Entwicklung nicht aufs Spiel setzen.

Die Coronavirus-Pandemie befeuert auch unseren Unmut über die Honorarsituation, denn wir werden auf der Basis von Zeit honoriert. Wegen der Pandemie ist dieses Zeitkorsett völlig aus den Fugen geraten, weil wir sehr viel mehr Aufwand treiben müssen, um die Leistungen zu erbringen. Deshalb muss man klipp und klar sagen: Die (Leistungs-)Zeiten haben sich geändert und deshalb muss sich auch das Honorar ändern. Auch hier wirkt die Krise wie ein Brennglas.

Ausgebremst hat uns das Coronavirus zudem bei der Umsetzung der DMP-Programme zum Rückenschmerz und zur Osteoporose. Die Zustimmung durch den GBA war lediglich der Startschuss. Die Umsetzung geht nur zusammen mit einer Gesetzlichen Krankenkasse, die die ausgehandelten Vereinbarungen beim Bundesamt für soziale Sicherheit (BAS) einreicht und sie damit zur Blaupause für weitere Verhandlungen macht. Wir sind gerade bei ersten Schritten, der uns allerdings wegen der Coronakrise mehr Zeit kostet als geplant, zumal die Krankenkassen diesen Programmen im GBA nicht zugestimmt haben und sie diese daher nicht auf ihren Wunschzetteln haben. Großer Dank an die Kollegen Lembeck, Kurth, Niedhart und die vielen anderen die sich besonders für diese Programme einsetzen.



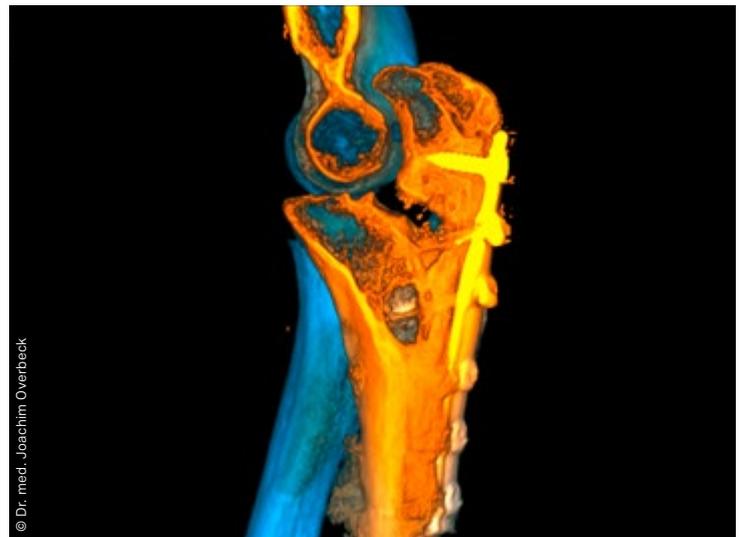
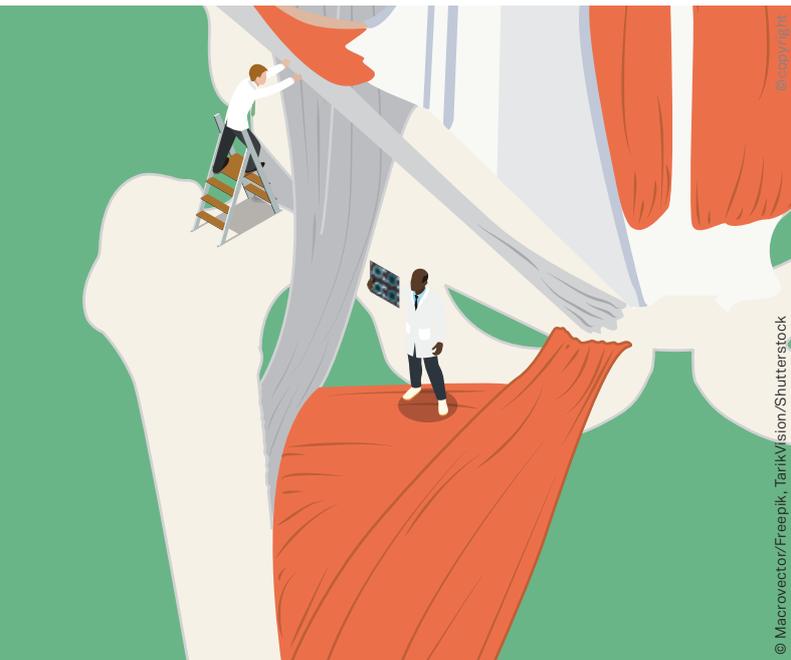
Ich freue mich sehr, dass wir trotz der Absage des DKOU mit unserer digitalen Veranstaltungswoche "#digitalOU2020" an den Start gehen können. Sie werden vom 19. bis 23. Oktober 2020 täglich die Gelegenheit haben, sich zwischen 17 und 21 Uhr auf der Plattform der AOUC Videosessions, Aufzeichnungen und Live-Streamings anzusehen. Dabei wird es an jedem Wochentag um ein anderes Schwerpunktthema gehen. Nutzen Sie diese digitale Veranstaltung, um sich zu informieren und auszutauschen. Im kommenden Jahr wird es dann wieder einen DKOU in Berlin geben.

Der medizinische Schwerpunkt dieses Infobriefs liegt bei der konservativen und operativen Versorgung der Coxarthrose. Zusammen mit der Deutschen Hüftgesellschaft informieren wir Sie über neue Entwicklungen. Damit setzen wir auch in diesem Infobrief die enge inhaltliche Zusammenarbeit mit den Sektionen der DGOU fort. Im BVOU stärken wir die organbezogene Entwicklung unseres Faches mit eigenen Referaten.

Wie immer möchte ich an dieser Stelle den Kolleginnen und Kollegen danken, die inhaltlich zu diesem Infobrief beigetragen haben. Weil sie bereit sind, ihr Wissen zu teilen, können wir unserem hohen Anspruch immer wieder gerecht werden. Ein Dank auch an die vielen helfenden Hände im Hintergrund.

Kommen Sie gut durch den Sommer!

Dr. Johannes Flechtenmacher
Präsident des BVOU



03 Editorial

06 Schwerpunkt: Hüftchirurgie

- 06 Die Deutsche Hüftgesellschaft e. V. (DHG) – eine Entwicklung hin zur gelenkbezogenen Spezialisierung!
- 07 Gebündelte Kompetenz im BVOU-Referat „Hüfte“
- 08 Leistenschmerz beim jungen Erwachsenen – präarthrotische Deformitäten immer ausschließen!
- 10 Neue Techniken der Bildgebung des Hüftgelenkes
- 12 Gelenkerhaltende Behandlungsoptionen der Hüfte – Strategie ist die Behandlung der präarthrotischen Deformität
- 16 Wann Gelenkerhalt, wann Gelenkersatz in der Hüftchirurgie – Wie kann ich entscheiden?
- 20 Moderne konservative Therapie der Koxarthrose
- 24 Update Hüftgelenkersatz – Was gibt es Neues, wo geht es hin?
- 26 Frakturen von Becken- und proximalem Femur: Was gibt es Neues?
- 28 Spezialisierte Hüft-Physio-Zentren als Zukunftsmodell?

31 Berufspolitik

- 31 Berufspolitik im Alltag des Arztes in O und U: Ein Appell
- 34 Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung: Lob und Kritik
- 37 Behandlungsfehler – jeder Fall ist einer zu viel

39 Aus den Landesverbänden

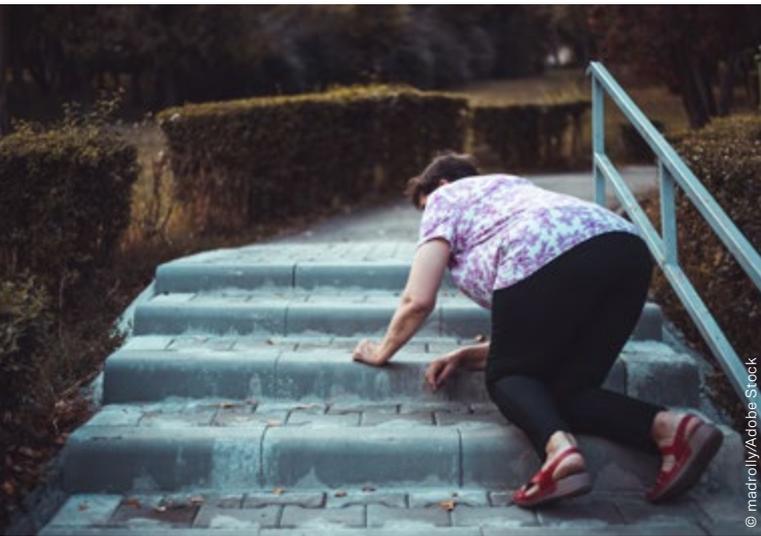
- 39 Podiumsdiskussion: Jens Spahn wünscht sich starke Berufsverbände

40 News und Service

- 40 Einladung zur ordentlichen BVOU-Mitgliederversammlung 2020 in Speyer
- 41 Schnelle Hilfe bei Rückenschmerzen: Check my Back
- 42 Ultraschallvereinbarung: Piktogramme auf Sonografie-Bilddokumentation seit 1. April 2020
- 42 Neue Arthroskopierichtlinie: Indikationsbegründungen für O und U
- 43 Umfrage: Erfahrungen und Einschätzungen zu den Auswirkungen von COVID-19
- 46 Interview: „Nicht übers Kniebrechen!“
- 48 Eigenständige SCS-3-D-Bildgebung im Kontext der BG aus Sicht eines D-Arztes, Anwenders und Gutachters

50 O und U Digital

- 50 Interview: Unsere Mitglieder stehen der Digitalisierung offen gegenüber!
- 53 Ärzte sind keine „Digitalisierungsassistenten“
- 53 Mehr telefonische Beratungen und Videokonsultationen im März 2020
- 54 Internet-Check „Cookies und Tracking im Datenschutz“



© madrolly/Adobe Stock

55 Honorar und Abrechnung

- 55 Neue Heilmittelrichtlinie: Änderungen ab 1. Oktober
- 57 Aktuelle Abrechnungshinweise für Orthopäden und Unfallchirurgen

59 Recht und Versicherung

- 59 Berufsunterbrechungs-Versicherung für niedergelassene Ärzte (Ärzte-BU)
- 60 Wann kann und darf ein Patient fernmündlich aufgeklärt werden?
- 63 Absolute Operationsindikation: Aus der Praxis der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen

65 Weiter- und Fortbildung

- 65 #digitalOU2020: Best of O und U – komprimiert und kostenlos!
- 67 Marktplatz des Zusammenseins fällt aus
- 69 Neu im BVOU Study Club: Webinar-Reihe Technische Orthopädie
- 70 Update Strahlenschutz – Komplett online in der Corona-Pandemie
- 72 Facharztweiterbildung im ambulanten Bereich – Wie sieht es die Kassenärztliche Vereinigung?
- 74 Smart Learning: Zusatzqualifikationen in der Coronakrise komplett online erwerben

75 Kursangebote der ADO

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

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

Autoren dieser Ausgabe

Dr. jur. Manfred Andreas, Dr. Jörg Ansorg,
Dr. Heiner Austrup, Alexander Baillou, Dr. Hartmut Bork,
Dr. Karsten Braun, PD Dr. Lorenz Büchler,
Prof. Dr. Christoph E. Heyde, PD Dr. Stefan Fickert,
Dr. Johannes Flechtenmacher, Dr. Christian Gatzka,
Prof. Dr. Hans Gollwitzer, Niklas Hennecke,
Dr. Andreas Höch, Prof. Dr. Dr. Reinhard, Hoffmann,
Prof. Dr. Bernd Kladny, Janosch Kuno, Dr. Burkhard
Lembeck, Dr. Lutz Mahlke, Dr. Joachim Overbeck,
Prof. Dr. Dietmar Pennig, Univ.-Prof. Dr. Carsten Perka,
Prof. Dr. Michael J. Raschke, Dr. Gerd Rauch,
Prof. Dr. Dr. Stefan Rehart, Dr. Alexander Rübberdt,
Prof. Dr. Michael Schädel-Höpfner,
Prof. Dr. Walter Schaffartzik, Dr. Michael Schönberger,
Antje Thiel, Dr. Steffen Thier, Prof. Dr. Kolja Thierfelder,
Prof. Dr. Dieter Wirtz, Christine Wohlers

Redaktionsschluss

25.08.2020

Konzept und Gestaltung

Rhowerk GmbH – www.rhowerk.de

Druck

Das Druckteam Berlin

Titelbild (Seite 1)

© Macrovector/Shutterstock & Freepik,
TarikVision/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

Die Deutsche Hüftgesellschaft e. V. (DHG) – eine Entwicklung hin zur gelenkbezogenen Spezialisierung!



Weltweit zeigt sich bereits seit Jahrzehnten eine zunehmende Spezialisierung auf einzelne Gelenke. Im europäischen Verbund hat sich die European Hip Society als Fachgesellschaft rund um das Thema Hüfte prominent etabliert, wobei sowohl die gelenkerhaltenden Therapieformen, als auch die Traumatologie und die Endoprothetik des Hüftgelenkes umfassend vertreten sind.

Um dieser internationalen Entwicklung auch in Deutschland Rechnung zu tragen, wurde 2015 die Deutsche Hüftgesellschaft e. V. (DHG) gegründet, in welcher Kompetenzen im Hinblick auf das Hüftgelenk gebündelt werden. Dabei wurden die unterschiedlichen Bereiche der Orthopädie, Unfallchirurgie und Rehabilitationsmedizin in einer wissenschaftlichen Fachgesellschaft zusammengeführt. Durch Expertengruppen sollen die einzelnen Bereiche wie die konservative Therapie und Rehabilitation, die gelenkerhaltende Hüftchirurgie und Arthroskopie, die Endoprothetik, die septische Chirurgie, die Traumatologie, die Kinderorthopädie, als auch die Tumororthopädie mit spezifischem Fokus auf die Hüfte vertreten werden.

Die DHG wurde gegründet mit dem Ziel, die Versorgungsqualität in Deutschland im Bereich der Erkrankungen und Verletzungen des Hüftgelenks und Beckens im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter weiter zu verbessern. Unser Ziel ist es ferner, eine interdisziplinäre Plattform zu schaffen, um den Informationsaustausch und die Koordination von Aktivitäten in Fort- und Wei-

terbildung sowie von geplanten und bereits existierenden Forschungsvorhaben zu vereinfachen. Ferner sollen qualitätssichernde Maßnahmen, wie beispielsweise eine Zertifizierung zum Hüftchirurgen oder die Vergabe von Qualitätssiegeln für Fortbildungsveranstaltungen und Kongresse, initiiert und koordiniert werden.

Die Maßnahmen werden in enger Zusammenarbeit mit den anderen Fachgesellschaften umgesetzt werden. Die DHG soll ganz bewusst nicht in Konkurrenz zu bereits existierenden Gesellschaften treten, bei denen das Hüftgelenk im Fokus steht, sondern soll als Bindeglied für alle Entwicklungen in der Prävention, Diagnostik und Therapie von Hüfterkrankungen dienen.

Gerne können Sie Ihre geplanten Veranstaltungen und (Forschungs-)Aktivitäten rund um das Thema Hüfte zur Bekanntgabe an die DHG weiterleiten oder sich auf der Webseite der DHG über Veranstaltungen zur Hüfte informieren.

Der vorliegende Infobrief wurde in enger Zusammenarbeit zwischen BVOU und DHG erstellt. Wir wünschen Ihnen ein informatives Studium des Themenheftes zur Hüfte und viel Freude bei der Lektüre!

Prof. Dr. Hans Gollwitzer
Präsident der Deutschen Hüftgesellschaft e. V.

Deutsche Hüftgesellschaft e. V.,
Geschäftsstelle
Straße des 17. Juni 106–108, 8. OG
10623 Berlin
T 030.340 60 36 70
F 030.340 60 36 71
info@deutschehueftgesellschaft.de

Gebündelte Kompetenz im BVOU-Referat „Hüfte“

Der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie hat vor einiger Zeit mit der Etablierung gelenkspezifischer Referate begonnen. Mit der Referatestruktur reagiert der BVOU auf die wachsenden und sich rasch wandelnden Herausforderungen des Fachgebietes. In den Referaten wird Kompetenz gebündelt und konkrete Aufgaben in aktiven Arbeitsgruppen abgearbeitet. Dies folgt einem sich langsam entwickelnden Trend der sich bereits in der Gründung eigener gelenkspezifischer Sektionen unter dem Dach der DGOU abzeichnet hat (u.a. Deutsche Wirbelsäulengesellschaft, Deutsche Hüftgesellschaft und Deutsche Kniegesellschaft). Bisläng konnten sich im BVOU eigenständige Referate für die „Wirbelsäule“, das „Knie“ und die „Schulter“ (hierüber wurde im letzten Heft berichtet) zusammenfinden. Seitens des Präsidiums wurde nun auch das Referat „Hüfte“ im BVOU etabliert. Diesen Gedanken möchten wir daher in diesem Heft mit einigen auf das Hüftgelenk bezogenen Beispielbeiträgen aufgreifen. Ziele unseres Referates sind in einer koordinativen Schnittstellenfunktion zwischen den verschiedenen Gesellschaften (unter anderem DGOU, BVOU, AGA, AE und AO), einer Mitarbeit bei der Verzahnung ambu-

lanter und stationärer Leistungen, einer Weiterentwicklung des Facharztcurriculums und einer repräsentativen Öffentlichkeitsarbeit zu fungieren. Gerne werden wir Sie im weiteren Verlauf auf dem Laufenden halten und stehen für Fragen „rund um das Hüftgelenk“ jederzeit und gerne zur Verfügung.



Berufsverband für
Orthopädie und Unfallchirurgie



Dr. Christian Gatzka
Hamburger Hüftmanufaktur
(HHM)



Prof. Dr. Hans Gollwitzer
ECOM München



Dr. Alexander Rübberdt
Klinikum Bielfeld

Leistenschmerz beim jungen Erwachsenen – präarthrotische Deformitäten immer ausschließen!



Abb. 1

Abb. 1
Klassifikation der Leistenschmerzen in die verschiedenen häufigsten Schmerzorgane (aus: Weir A, et al. Br J Sports Med 2015;49:768–774.)

Leistenschmerzen bei jungen Erwachsenen – und insbesondere bei Sportlern – sind eine häufige Ursache für eine Vorstellung in der orthopädischen Praxis. Dabei gilt es für den behandelnden Arzt zwischen funktionellen Beschwerden, strukturellen Pathologien und ausstrahlenden Beschwerdebildern zu unterscheiden.

Um Leistenschmerzen systematisch aufzuarbeiten, kann eine 2015 publizierte Konsensusklassifikation (Doha Agreement) als Leitfaden zur Differenzierung der möglichen Schmerzorgane dienen:

- 1 Spezifische Pathologien für Leistenschmerzen (Adduktoren, Iliopsoas, Leistenkanal, Schambein),
- 2 Hüftgelenksbezogene Schmerzen, und
- 3 andere Ursachen (z. B. ausstrahlende Schmerzen der LWS, etc.)

Eine frühzeitige korrekte Diagnose ist insbesondere auch deshalb bedeutend, damit langfristige Schäden vermieden werden können. Muskulär-tendinöse Beschwerden wie die Ansatz-tendinosen der Adduktoren sind häufig, können chronifizieren und sind dann langwieriger zu therapieren. Hüftgelenksbezogene Pathologien sind bei jungen Erwachsenen meist durch präarthrotische Deformitäten bedingt, welche unbehandelt zu Knorpelschäden und im späteren Verlauf zur Hüftarthrose führen können.

Die häufigsten Ursachen der präarthrotischen Deformitäten sind das femoroazetabuläre Impingement (FAI) sowie die Hüftdysplasie. Knöcherne Deformitäten im Sinne einer Impingement-

Morphologie sind besonders häufig und treten bei etwa 20% der jungen Männer auf, wovon ein relevanter Anteil im Laufe des Lebens eine Coxarthrose entwickelt. Für den Erfolg gelenkerhaltender Operationen ist dabei eine rechtzeitige Therapie entscheidend. Gerade Patienten mit einem symptomatischen FAI werden auch heute noch in vielen Fällen erst einige Jahre nach Schmerzbeginn diagnostiziert, mit dann häufig bereits vorliegenden arthrotischen und irreversiblen Veränderungen.

Schmerzen meist erst bei Gelenkschäden!

Sowohl die knöchernen Deformitäten beim FAI als auch die Hüftdysplasie sind primär asymptotische Erkrankungen des Hüftgelenkes. Die Erfahrungen der letzten Jahrzehnte haben gezeigt, dass Schmerzen in der Regel erst dann auftreten, wenn es bereits zu einer intraartikulären Schädigung gekommen ist. Eine entsprechende Schmerzsymptomatik stellt somit immer ein Warnsignal für bereits vorliegende Gelenkschäden dar! Gelenkbedingte Leistenschmerzen sollten bei jungen Erwachsenen somit immer ernst genommen und weiter abgeklärt werden.

Leitsymptom (schmerzhaft) eingeschränkte Innenrotationsfähigkeit in Beugung!

Gelenkbedingte Schmerzen äußern sich anamnestisch in der Regel durch belastungsabhängige Schmerzen, welche in die Leiste und in den Oberschenkel ausstrahlen und auch nach Belastung anhalten können. Auch Ruhe- und Nachtschmerzen sowie Anlaufschmerzen können auftreten. Gerade bei einer Hüftdysplasie kann zudem eine Überlastung der Abduktoren mit typischen belastungsabhängigen seitlichen Hüftschmerzen auftreten. Diese gelenkbedingten Beschwerden unterscheiden sich wesentlich von den typischen muskulär-tendinös-bedingten Beschwerden der Adduktor- und Iliopsoaspathologien beziehungsweise den in der Regel nur während der körperlichen Belastung auftretenden Schmerzen bei Pathologien des Leistenkanals (z. B. Sportlerleiste).



Abb. 2a–d

Bei der körperlichen Untersuchung können die möglichen Schmerzursachen durch Palpation weiter eingegrenzt werden. Leitsymptom für hüftgelenksbedingte Beschwerden ist jedoch die (schmerzhaft) eingeschränkte Innenrotationsfähigkeit des Hüftgelenkes in Beugung, beziehungsweise der Schmerz bei tiefer Flexions-/Adduktions- und Innenrotationsbewegung (sog. FADIR-Test). Um ein standardisiertes Screening durchführen zu können, haben Leunig und Mitarbeiter einen speziellen Untersuchungsstuhl entwickelt. Die eingeschränkte Innenrotationsfähigkeit kann jedoch auch valide durch die standardisierte körperliche Untersuchung verifiziert werden.

Die Innenrotation kann durch verschiedene Pathologien am Hüftgelenk eingeschränkt sein. Zu den häufigsten Ursachen zählen neben der Koxarthrose vor allem Veränderungen beim FAI, wie eine Endrundung am Übergang vom Hüftkopf zum Schenkelhals (cam-Deformität), ein weit übergreifender knöcherner Pfannenrand (Pincer-Deformität) sowie eine Retroversion der Hüftpfanne mit dadurch bedingter Prominenz des vorderen Pfannenrandes (**Abb. 2a–d**). Ferner kann die Rotationsfähigkeit auch durch Torsionspathologien am Femur verändert sein, eine verminderte femorale Antetorsion führt beispielsweise zu einer verminderten Innenrotationsfähigkeit der Hüfte bei gleichzeitig vermehrter Außenrotationsfähigkeit. Hier spielt insbesondere auch die Rotationsmessung in Bauchlage eine wichtige Rolle, da damit vor allem die femorale Torsion abgeschätzt werden kann.

Schmerzhafte Rotationspathologien weiter abklären!

Neben der eingeschränkten Innenrotationsfähigkeit sollte bei der körperlichen Untersuchung insbesondere auf Rotationsasymmetrien ein Augenmerk gelegt werden. Differenzen in der Innen- zur Außenrotation von mehr als 20° sind ein wichtiger Hinweis auf mögliche Drehfehler der unteren Ext-

remität. Auch eine übermäßige Innenrotationsfähigkeit beziehungsweise eine übermäßige globale Rotationsfähigkeit und Beweglichkeit kann einen Hinweis auf eine präarthrotische Deformität bei Hüftdysplasie oder globaler Laxizität mit Mikroinstabilität des Hüftgelenkes darstellen.

Kann der typische gelenkbedingte Flexions-/Innenrotationsschmerz ausgelöst werden und liegt eine der oben genannten Veränderungen der Hüftgelenksbeweglichkeit vor, sollte frühzeitig eine weitere Röntgen Beckenübersicht sowie eine seitliche Aufnahme zum Ausschluss einer präarthrotischen Deformität durchgeführt werden. Intraartikuläre Pathologien können dann mittels hochauflösender Hüft-MRT und radiären Rekonstruktionen um die Schenkelhalsachse sowie ggf. begleitender MR-Arthrographie weiter abgeklärt werden. Für die Bestimmung der femoralen und azetabulären Torsion wird zumeist ein Torsions-MRT mit Abbildung von Hüfte und Knie durchgeführt. Alternative Verfahren sind die CT sowie die ultraschallbasierte Torsionsmessung.

Fazit

Bei einem Patienten mit Leistenschmerzen sollte bei der körperlichen Untersuchung immer auch eine hüftgelenkbezogene Pathologie ausgeschlossen werden. Leitsymptome sind eine (schmerzhaft) eingeschränkte Innenrotationsfähigkeit, asymmetrische Rotationsfähigkeiten sowie eine übermäßige Beweglichkeit des Hüftgelenkes als Hinweis auf zugrunde liegende präarthrotische Deformitäten oder Instabilitäten. Bei einer positiven Schmerzprovokation sowie einer pathologischen Beweglichkeit sollte frühzeitig die weitere Abklärung mittels entsprechender Bildgebung und ggf. Überweisung an einen Hüftspezialisten erfolgen.

Abb. 2a–d

Röntgenbilder bei verschiedenen präarthrotischen Deformitäten der Hüfte:
a Hüftdysplasie,
b FAI vom cam-Typ (Pfeil),
c FAI vom pincer-Typ durch weit übergreifenden Pfannenrand (Pfeil),
d Pfannenretroversion mit Überkreuzen des vorderen (weiß) und hinteren (grau) Pfannenrandes.

Prof. Dr. Hans Gollwitzer
ECOM – Excellent Center of Medicine
Arabellastraße 17, 81925 München
prof.gollwitzer@ecom-muenchen.de

Neue Techniken der Bildgebung des Hüftgelenkes

Die technischen Fortschritte in der Bildgebung haben in den letzten Jahren das radiologische Verständnis von Hüftanatomie, Biomechanik und pathologischen Zuständen deutlich erweitert. Der Radiologe kann durch einen individuell angepassten Einsatz des konventionellen Röntgen, des Ultraschalls, der Computertomographie (CT) und der Magnetresonanztomographie (MRT) Orthopäden und Unfallchirurgen bei der möglichst frühzeitigen Diagnose und der adäquaten Therapie maßgeblich unterstützen. Vielversprechende Forschungsergebnisse gibt es vor allem im Bereich der Knorpelbildung.

Das primäre bildgebende Verfahren bleibt in den allermeisten Fällen die konventionelle Röntgenuntersuchung in zwei Ebenen (Beckenübersicht a.p. und betroffene Hüfte seitlich). Bleibt diese Untersuchung – etwa beim chronischen Hüftschmerz – unauffällig, empfiehlt das American College of Radiology (ACR) die MRT. Diese ist die Untersuchungstechnik der Wahl zur Evaluation des Knochens und des Weichgewebes. Zu den besonderen Stärken der MRT der Hüfte zählt die Möglichkeit, durch einen einzigen Scan gleich zu mehreren Pathologien Stellung beziehen zu können. So können beim Sportler gleichzeitig ossäre Verletzungen (z. B. Stressfraktur des Femurs, Apophysenverletzung) sowie extra- (z. B. Muskel- und Sehnenverletzungen) und größere intraartikuläre Pathologien (z. B. Labrumriss, Gelenkkörper) ausgeschlossen werden. Bei Verdacht auf eine Fraktur und unauffälligem Röntgen wird hingegen die CT bevorzugt. Diese kann sehr kleine Frakturen detektieren und auch komplexe Dislokationen präzise darstellen. Der Ultraschall kommt zur Beurteilung (oberflächlicher) Muskel- und Sehnenpathologien am Hüftgelenk zum Einsatz und kann zur Unterstützung therapeutischer Interventionen dienen. Zudem ist er ein dynamisches Verfahren, das Pathologien aufdecken kann, die nur bei bestimmten Bewegungen auftreten (z. B. Schnappende Hüfte).

Noch genauer: MR- und CT-Arthrographie

Wird eine intraartikuläre Pathologie im Hüftgelenk vermutet, hat die direkte MR-Arthrographie die höchste diagnostische Aussagekraft (**Abb. 1**). Bei dieser Technik wird zur künstlichen Distension des Gelenkraumes vor der MRT unter Durchleuchtung (seltener mittels Ultraschall) Kontrastmittel direkt in das Hüftgelenk gespritzt. Optional kann zusätzlich ein Lokalanästhetikum gespritzt werden. Eine etwaige Schmerzlinderung nach der Verabreichung kann einen Hinweis auf den intraartikulären Ursprung des Schmerzes geben. Im Anschluss werden in der MRT hochauflösende Sequenzen in schräg axialer, schräg koronarer und sagittaler Schichtführung des betroffenen Hüftgelenks angefertigt. In der Regel wird zusätzlich eine Sequenz vom gesamten Becken angefertigt. Dies dient dem Vergleich zur Gegenseite und dem Ausschluss extraartikulärer Schmerzursachen wie der Osteitis pubis.

Da Knorpel- und Labrumläsionen sehr klein und damit schwer zu detektieren sein können, muss die Bildqualität der MR-Arthrographie (ebenso wie die der konventionellen MRT) besonders hoch sein. Eine Feldstärke von 3 Tesla ist aufgrund des hohen Signal-zu-Rausch-Verhältnisses insbesondere zur Differenzierung von acetabulärem und femoralem Knorpel vorteilhaft. Bei Patienten mit Kontraindikationen für eine MRT kann eine CT-Arthrographie durchgeführt werden. Diese weist zudem eine etwas höhere Ortsauflösung als die MR-Arthrographie auf.

Was ist neu?

Vor dem Hintergrund des zunehmenden Fokus auf Hüfte-erhaltende Operationstechniken und Cartilage-Repair-Ansätze wurden in den letzten Jahren eine Reihe innovativer Knorpelbildgebungstechniken entwickelt. Diese Techniken sind in der klinischen Routine noch nicht weit verbreitet, werden in Zukunft jedoch wahrscheinlich an Bedeu-

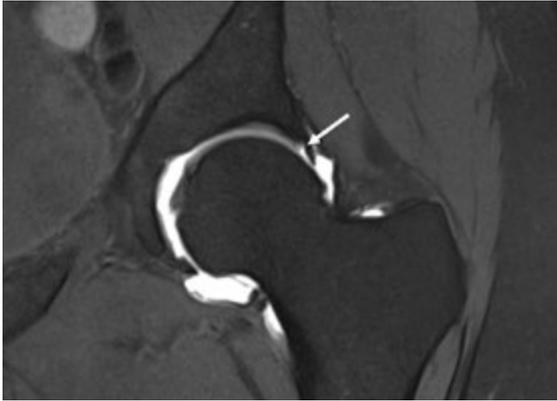


Abb. 1

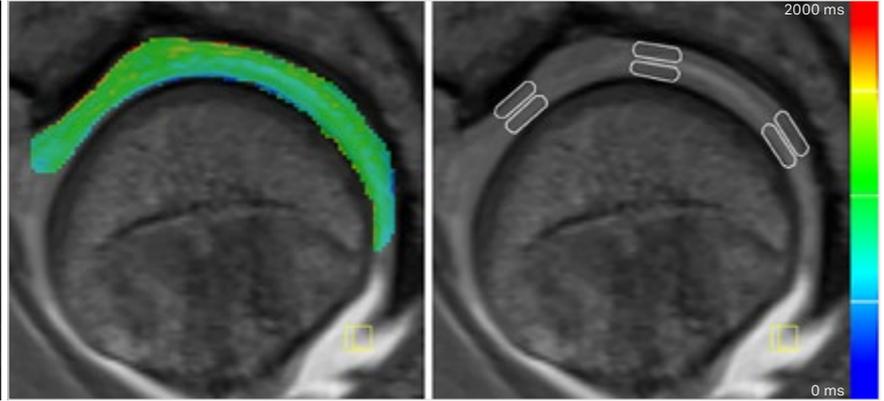


Abb. 2

tung gewinnen, insbesondere bei sportlich aktiven Patienten. Ziel ist die möglichst frühzeitige Darstellung von Knorpelschäden, um rechtzeitig therapeutische Maßnahmen einleiten zu können. An der Hüfte gilt die Knorpelbildgebung allerdings aufgrund der tiefen Lage im Becken, der kugelförmigen Gelenkfläche und aufgrund des relativ dünnen Knorpels als besonders anspruchsvoll.

Zu den neuen Techniken der Knorpelbildgebung gehören T2- und T2*-Mapping, dGEMRIC (delayed gadolinium-enhanced MRI of cartilage), T1rho-Bildgebung, gagCEST (glycosaminoglycan chemical exchange saturation transfer) und die Natrium-Bildgebung. Besonders vielversprechend sind die Daten für T2-Mapping und dGEMRIC.

Das T2-Mapping ermöglicht ohne Kontrastmittelgabe eine quantitative Beurteilung der Integrität des Kollagennetzwerkes und des Wassergehaltes des Knorpels. Erhöhte T2-Relaxationszeiten sprechen für eine Reduktion des Wassergehaltes und damit für eine Störung der Integrität des Knorpels, ohne dass diese Veränderungen bereits in der konventionellen MRT oder der MR-Arthrographie sichtbar sein müssen. Ein interessanter Anwendungsbereich ist z. B. die Beurteilung präarthrotischer Veränderungen des Knorpels beim Cam-Type-FAI. Dreidimensionale Mapping-Sequenzen stellen die T2-Relaxationszeiten farblich dar und können mit vergleichsweise kurzen Scanzeiten, einem hohen Signal-Rausch-Verhältnis und einer hohen Bildauflösung akquiriert werden. Darüber hinaus ist das T2-Mapping relativ einfach in der klinischen Routine zu implementieren, ohne dass spezielle Hardwarekomponenten erforderlich sind.

Bei der dGEMRIC-Technik (**Abb. 2**) wird anders als beim T2-Mapping zunächst ein Gadolinium-basiertes Kontrastmittel appliziert. In der Regel erfolgt die Kontrastmittelgabe intravenös, es gibt jedoch auch erfolgreiche Studien nach intraarti-

kulärer Injektion. Da sowohl das Gadolinium als auch die im gesunden Knorpel vorliegenden Glykosaminoglykan (GAG)-Ketten negativ geladen sind, reichert sich das Kontrastmittel vermehrt in den Bereichen des Knorpels an, in denen der GAG-Gehalt bereits vermindert ist. Dies ist in frühen Stadien der Arthrose der Fall. Die vermehrte Kontrastmittelanreicherung in bereits vorgeschädigten Bereichen führt zu einer Verkürzung der T1-Relaxationszeiten. Diese kann ähnlich wie beim T2-Mapping farbcodiert dargestellt oder quantitativ erfasst werden (**Abb. 2**). Trotz guter Ergebnisse bleibt festzuhalten, dass die dGEMRIC-Technik gegenüber dem T2-Mapping vergleichsweise aufwändig ist, da die MRT-Untersuchung erst 30–90 Minuten nach intravenöser bzw. 15–30 Minuten nach intraartikulärer Kontrastmittelgabe durchgeführt werden kann.

Fazit

Die Bildgebung des Hüftgelenks ist anspruchsvoll, bei sinnvoller Indikationsstellung und sorgfältiger Durchführung jedoch sehr aussagekräftig. Wird eine intraartikuläre Pathologie vermutet, ist die MR-Arthrographie das aussagekräftigste Verfahren. Ein besonderer wissenschaftlicher Fokus liegt derzeit auf der Knorpelbildgebung. Hier zeigen das T2-Mapping und die dGEMRIC-Technik derzeit die vielversprechendsten Ergebnisse.

Abb. 1

3-Tesla-MR-Arthrographie (koronare fettgesättigte T1-Sequenz) nach intraartikulärer Gabe von 18 ml Gadolinium-haltigem Kontrastmittel mit einer Konzentration von 2,5 mmol/l) der linken Hüfte eines symptomatischen 49-jährigen Patienten mit femoroacetabulärem Impingement. Das Labrum zeigt bei 12 Uhr eine artikuläre Ablösung von der acetabulären Anheftung (Pfeil).

Abb. 2

dGEMRIC (delayed gadolinium-enhanced MRI of cartilage) eines gesunden Probanden. Links: Die T1-Relaxationszeiten werden farbcodiert und mit der morphologischen Sequenz (hier eine 3D-Sequenz, die besonders gut die Knorpeldicke zeigt) überlagert. Rechts: Definition von Regions of Interest zur quantitativen Bestimmung der T1-Relaxationszeit.



Prof. Dr. Kolja Thierfelder
Institut für Diagnostische und Interventionelle
Radiologie, Kinder- und Neuroradiologie,
Universitätsmedizin Rostock
kolja.thierfelder@med.uni-rostock.de

Gelenkerhaltende Behandlungsoptionen der Hüfte – Strategie ist die Behandlung der präarthrotischen Deformität

Die Ursache von chondrolabralen Schäden der Hüfte sind überwiegend präarthrotische Deformitäten wie das femoroacetabuläre Impingement (FAI), die Dysplasie oder Torsionspathologien des proximalen Femurs. Die Dysplasie und femorale Torsionspathologien werden durch Korrekturosteotomien am Acetabulum oder proximalen Femur behandelt. Die Therapie des FAI ist die Domäne der Hüftarthroskopie, ein Verfahren, dass sich vor allem in den letzten 10–15 Jahren hinsichtlich Verständnis und technischer Ausführung stetig weiterentwickelt hat.

Die Behandlung der Folgeschäden an Labrum und Knorpel sind technisch herausfordernd, insbesondere das Ausmaß der Knorpeldegeneration nimmt direkten Einfluss auf das postoperative Ergebnis. Behandlungsoptionen sind stadienabhängig die Refixation von chondrolabralen Ablösungen („SCART“), knochenmarkstimulierende Verfahren mit oder ohne Biomaterialien, „Minced Cartilage“ oder die matrixassoziierte autologe Chondrozytentransplantation (ACT). Die über das Ergebnis vor allem entscheidende Therapie von Knorpel- und Labrumschäden ist jedoch die vollständige Korrektur der zugrundeliegenden Deformität.

Femoroacetabuläres Impingement

Die Hüftarthroskopie hat sich durch das zunehmende Verständnis des FAI zu einem standardisierten und komplikationsarmen Eingriff entwickelt, der jedoch eine flache Lernkurve hat. In jüngst publizierten randomisiert kontrollierten Studien zeigte sich die arthroskopische Therapie des FAI der konservativen Behandlung signifikant überlegen. Dies scheint logisch, da die Therapie einer

strukturellen Deformität funktionell nur unzureichend erfolgen kann oder nur geringgradige Deformitäten funktionell kompensiert werden können. Bei der orthopädischen Abklärung ist die pathologische Ante- bzw. Retroversion der Gelenkpfanne sowie die zu ausgeprägte Torsion des proximalen Femurs als Impingementursache auszuschließen. Diese Deformitäten sind am Ort der Pathologie, d. h. über die Beckenosteotomie bzw. Derotationsosteotomie zu korrigieren. Auch im Rahmen der Hüftarthroskopie muss die fokale Cam- oder Pincer-Deformität obligat korrigiert werden.

Das FAI zeigt eine hohe Inzidenz von chondrolabralen Schäden der Hüfte in den Registerdaten.

Beim Pincer-Impingement (Beisszangenimpingement) kommt es ferner meist zu einer Schädigung des Labrum acetabulare mit dessen Fibrosierung und im weiteren Verlauf zur Ossifikation/Degeneration mit labralen Zysten und Ganglien. Rupturen des Labrum acetabulare sollten soweit möglich refixiert werden, da hierdurch die Abdichtung des Gelenkes mit besserer Druckverteilung erhalten wird und das klinische Outcome signifikant besser ist.

Insbesondere das Cam-Impingement (Nockenwellenimpingement) ist mit großen acetabulären Knorpelschäden hauptsächlich im anterosuperioren Anteil des Acetabulums (Zone 2 und 3 nach Ilizaliturri) assoziiert. Bei einer verzögerten Diagnosefindung des FAI von über 9,5 Monaten sind Knorpelschäden zu erwarten, bei über 23,5 Monaten ist das klinische Ergebnis nach Hüftarthroskopie signifikant schlechter.

Bei koexistierenden chondrolabralen Schäden ist das klinische Ergebnis überwiegend von der Therapie des Knorpelschadens abhängig. Die Lokalisation, Größe und Morphologie des Knorpelschadens bestimmt letztlich, welches Therapieverfahren Anwendung findet, wobei die im Folgenden aufgeführten zur Verfügung stehen.

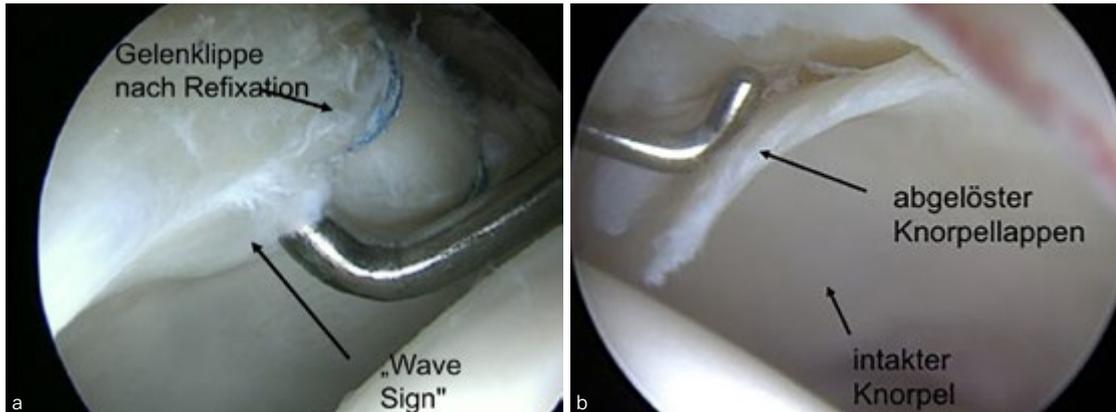


Abb. 1a & b

Abb. 1a & b

Knorpelschädigung durch ein Cam-Impingement;
a Frühstadium eines Knorpelschadens sogenanntes „Wave Sign“, d. h. ein Ablösen des Knorpel von der subchondralen Grenzlamelle durch Scherkräfte
b Typischer, tapetenartiger Knorpelschaden

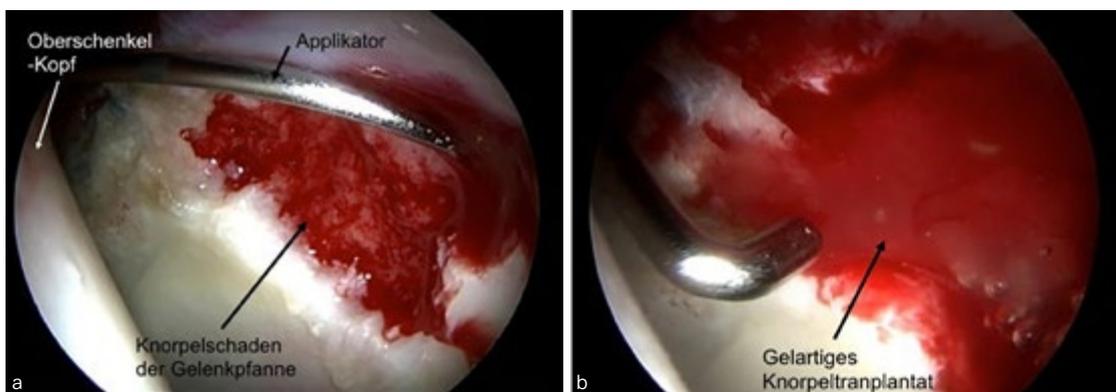


Abb. 2a & b

Abb. 2a & b

Ablauf einer matrixgekoppelten autologen Chondrozytentransplantation der Hüfte;
Knorpelschaden nach Transplantation eines gelartigen Knorpeltransplantates

Knochenmarkstimulierende Verfahren mit und ohne Biomaterial (MFx, AMIC, Abrasion, SCART)

Die Mikrofrakturierung (MFx) und die Abrasion waren bei vollschichtigen Knorpelschäden bis ca. 2 cm² die klassischen Therapieoptionen. Bei der Abrasion bleibt die subchondrale Grenzlamelle erhalten, bei der Mikrofrakturierung wird sie perforiert. Wie am Kniegelenk zeigt die Mikrofrakturierung auch am Hüftgelenk eine zunehmende Verschlechterung der Ergebnisse über die Zeit und sollte daher keine Anwendung mehr finden. Mehrere Arbeiten wiesen eine signifikant höhere Reoperationsrate sowie Konversionsrate zur Hüft-TEP im Vergleich zur autologen matrixinduzierten Chondrogenese (AMIC) nach. Bei der AMIC wird die MFx mit einem Biomaterial (z. B. Membran oder Gel) kombiniert. Das Biomaterial scheint den sog. „Superclot“ (Blutkoagel aus subchondralem Blut) gegen biomechanische Einflüsse zu schützen und soll eine Mikroumgebung schaffen, die der Adhäsion, dem Zellwachstum und der Zelldifferenzierung zuträglich ist. Eine aktuell publizierte Studie zeigt gute bis sehr gute Ergebnisse der AMIC bei Knorpelschäden >2cm² 8 Jahre nach Operation.

Im Rahmen des Cam-Impingements kommt es aufgrund von Scherbelastungen zum tapetenartigen Ablösen des Knorpels vom subchondralen Knochen oder im Frühstadium zu einem „Wave Sign“ (Abb. 1). Bleibt hierbei der Knorpel-Labrum-Komplex intakt und lässt sich dieser mit Aussicht auf Erfolg refixieren, kann dies durch eine „subchondral cartilage regeneration therapy“ (SCART) erfolgen. Es handelt sich dabei um eine Therapieoption, die weiterer wissenschaftlicher Evaluation bedarf. Wegen geringer Erfolgschance ist bei vollständiger Knorpelablösung, chondrolabraler Separation oder avitalen Knorpelsequestern eher Abstand davon zu nehmen. Eine Refixation von tapetenartigen Knorpellappen mit Fibrinkleber ist nicht zu empfehlen.

Autologe Chondrozytentransplantation

Durch die Weiterentwicklung der autologen Chondrozytentransplantation zu injizierbaren Transplantaten der 3. Generation der ACT (polymerisierende Hydrogele als Träger oder kultivierte Chondrozyten in Form von dreidimensionalen Sphäroiden, MACT) sind die technischen Voraussetzungen für die arthroskopische Anwendung an der Hüfte gegeben (Abb. 2).

Tab. 3 Übersicht über negative Prädiktoren, welche eine Hüfttotalprothese nach PAO vorherzusagen		
Prädiktoren für eine Hüfttotalprothese	Risikoquantifizierung	Referenz
Alter	8 % Risikozunahme pro Jahr	[18]
Präoperativer Merle-d'Aubigné-Score	31 % Risikozunahme pro Punkt tiefer	[18]
Präoperativer Arthrosegrad nach Tönnis	3,4-fach erhöhtes Risiko nach 20 Jahren	[18]
Hinken präoperativ	2,8-fach erhöhtes Risiko nach 20 Jahren	[18]
Positiver anteriorer Impingementtest präoperativ	6,2-fach erhöhtes Risiko nach 20 Jahren	[18]
Postoperativer Extrusionsindex	11 % Risikozunahme pro Prozent weniger	[18]
Lateraler Zentrum-Eck-Winkel unter 0° präoperativ	4,7-fach erhöhtes Risiko nach 9 Jahren	[25]
Exzessive laterale und proximale Dislokation des Femurkopfes präoperativ	4-fach erhöhtes Risiko nach 9 Jahren	[25]
Postoperative Breite der Sklerosezone < 2,5 cm	6-fach erhöhtes Risiko nach 9 Jahren	[25]
Vorhandenes Os acetabuli	3,6-fach erhöhtes Risiko nach 9 Jahren	[25]
Azetabuläre Anteversion unter 10°	4,3-fach erhöhtes Risiko nach 9 Jahren	[25]

Tab. 3
Negative Prädiktoren die die Notwendigkeit einer Hüft-TEP nach PAO vorherzusagen (aus Lerch et al. 2016).

Die MACT stellt einen zweizeitigen Eingriff dar und sollte nach Empfehlung der Arbeitsgemeinschaft „Klinische Geweberegeneration“ der DGOU und des Hüftkomitees der AGA ab einer Defektgröße von 1,5–2 cm² angewendet werden. Im Vergleich zum einfachen Debridement ist die ACT im 5 Jahresergebnis bei einer Defektgröße von 2,6 cm² signifikant überlegen. Im gleichen Nachuntersuchungszeitraum ergaben sich zwischen einem Transplantat der 2. ACT- Generation und der AMIC bei 2,8 cm² Defektgröße keine Unterschiede im postoperativen Ergebnis. Studien im Vergleich zu anderen Knorpelersatzverfahren bei größeren Defekten stehen noch aus.

Minced Cartilage

Unter „Minced Cartilage“ versteht man die einzeitige mechanische Zerschneidung und Transplantation ortstypischer Knorpelzellen in den Knorpeldefekt. Ein interessantes Verfahren, zu dem an der Hüfte aktuell jedoch noch keine Studien vorliegen.

Dysplasie und Torsionsfehler des proximalen Femurs

Trotz Screeninguntersuchungen im Säuglingsalter ist die Dysplasie neben dem FAI weiterhin eine der häufigsten Ursachen der sekundären Coxarthrose. Etwa 50% der unbehandelten Dysplasien zeigen im Alter von 50 Jahren eine fortgeschrittene Coxarthrose, bei vorzeitiger Subluxation ist eine

sekundäre Coxarthrose in 100% vorherzusagen. Die mangelhafte Überdachung (Containment) des Hüftkopfes führt zur Überlastung des Pfannenrandes mit sekundärer chondrolabraler Schädigung („acetabular rim syndrome“). Die physiologisch kompensatorische Hypertrophie des Labrums kann der lokalen Überbelastung nicht langfristig standhalten, es degeneriert und rupturiert. In 40% der Fälle liegt begleitend zur Dysplasie noch eine Aspherizität des Kopf-Schenkelhalses vor. Rotationsfehlstellungen des proximalen Femurs koexistieren sogar in 60–80% der Fälle und müssen in der Therapieplanung berücksichtigt werden.

Die Korrektur der Dysplasie sollte unter Erhaltung des Drehzentrums erfolgen. Moderne Beckenosteotomien wie die Dreifach Beckenosteotomie nach Tönnies und Kalchschmidt (DFO, „Triple“ OT) und die periacetabuläre Osteotomie nach Ganz („PAO“) gewährleisten eine dreidimensionale Reorientierung der Pfanne (Überdachung und Pfannenversion). In geübter Hand sind die Komplikationsraten gering und die langfristigen Ergebnisse der Beckenosteotomie (bis 30 Jahre) exzellent. Die Beratung zum „watchful waiting“ mit Endstrecke einer Hüft-TEP sollte daher überdacht werden. Viele negative Prädiktoren sind hervorragend wissenschaftlich aufgearbeitet, so dass unter entsprechender präoperativer Beachtung die Erfolgsaussichten und Patientenzufriedenheit hoch ist.

Neben der korrekten acetabulären Überdachung spielt auch die korrekte Einstellung der

	Increased Femoral Version ($> 25^\circ$)	Normal Femoral Version ($10 - 25^\circ$)	Decreased Femoral Version ($< 10^\circ$)	Sum
Increased Acetabular Version ($> 25^\circ$)	6%	10%	2%	18%
Normal Acetabular Version ($10 - 25^\circ$)	22%	32%	16%	70%
Decreased Acetabular Version ($< 10^\circ$)	2%	6%	4%	12%
Sum	30%	48%	22%	

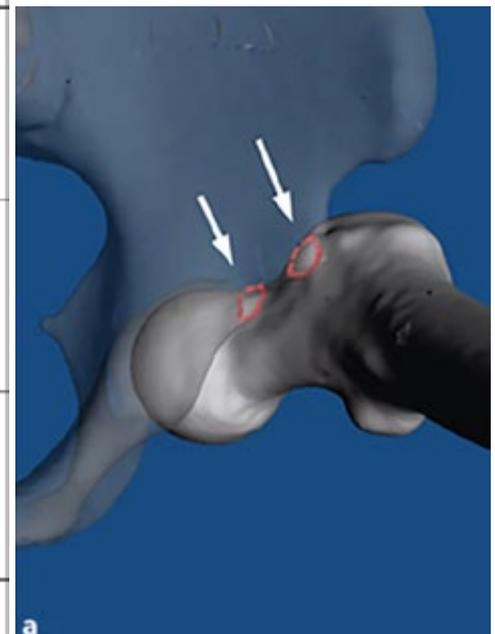


Abb. 4

Abb. 5

Pfannenversion in Abstimmung mit der Schenkelhalsdrehung eine entscheidende Rolle für den Operationserfolg. Der McKibbin Index (Summe von acetabulärer Anteversion und femoraler Anteversion) gilt als verlässlicher Prädiktor für gute Ergebnisse.

Eine gleichzeitige Offsetverbesserung bei additiver Cam-Deformität mit eingeschränkter Innenrotation nach acetabulärer Reorientierung verbessert die Langzeitprognose relevant. Die vermehrte femorale Anteversion scheint einen signifikanten Risikofaktor für das Auftreten einer Koxarthrose bei Hüft dysplasie darzustellen und ist von der Cam-Deformität zu unterscheiden.

Häufig tritt sie auch als eigene Entität auf. Genauere dreidimensionale Analysen sowie dynamische 3-D-Rekonstruktionen bestätigen, dass bei etwa jedem sechsten Patienten mit einer Hüftpathologie eine relevante femorale Torsionspathologie vorliegt.

Pathomorphologisch führt eine reduzierte femorale Anteversion zu einem Impingement vom Pincer-Typ. Neben einem intraartikulären Impingement verursachen relevante femorale Rotationspathologien auch extraartikuläre Impingementformen, wie das ischiofemorale Impingement, welches zunehmend Beachtung findet.

Hierdurch ist eine Renaissance der Derotationsosteotomien des proximalen Femurs zu beobachten. Bei der Indikations-

stellung bedarf es viel Erfahrung, inwieweit die Pathologie durch eine klassische subtrochantäre und intertrochantäre Osteotomie oder durch eine intraartikuläre Korrektur der Aspherizität des Hüftkopfes und des Kopf-Schenkelhals-Übergangs erfolgen kann. Die Entwicklung sicherer Klingensetzinstrumentarien bzw. winkelstabiler Plattensysteme im Vergleich zur klassischen Winkelplatte werden dazu beitragen, die Durchführung der intertrochantären Osteotomie sicherer zu machen, insbesondere bei zusätzlich varisierenden oder valgusierenden Korrekturen.

Abb. 4

Häufigkeit kombinierter Fehlförmigkeiten durch acetabuläre Versions- bzw. femoraler Torsionsfehler aus Tannast et al. 2018

Abb. 5

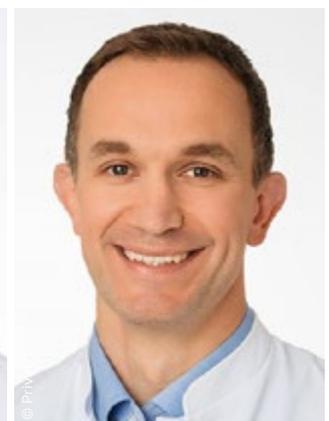
Graphische Darstellung eines anterioren intra- und extraartikulären Impingements aus Lerch et al. 2020



PD Dr. Stefan Fickert
sporthopaedicum straubing,
Universitätsmedizin Mannheim,
Medizinische Fakultät Heidelberg



Prof. Dr. Hans Gollwitzer
Excellent Center of Medicine
München



Dr. Steffen Thier
Sportchirurgie Heidelberg in
der ATOS-Klinik Heidelberg

Wann Gelenkerhalt, wann Gelenkersatz in der Hüftchirurgie – Wie kann ich entscheiden?

Die Entscheidungsfindung für oder gegen operative Maßnahmen am Hüftgelenk gestaltet sich vielfach nicht einfach. Bei jüngeren Patienten mit symptomatischen Veränderungen der Hüftgelenksmechanik (u. a. Dysplasie, FAI, acetabuläre Versions- und femorale Torsionsfehler) zeigen sich die Vorzüge der gelenkerhaltenden operativen Techniken zwischenzeitlich nahezu ebenso deutlich, wie die sehr guten Ergebnisse des Gelenkersatzes beim älteren Patienten mit fortgeschrittener Arthrose.

Als besonders anspruchsvoll gestaltet sich die Indikation zur gelenkerhaltenden Operation im Kollektiv der jungen -zum Teil nur mäßig schmerzgeplagten- Patienten, der stetig wachsenden Gruppe der hochaktiven „best ager“ (Alter um die 50) sowie in Grenzfällen (Borderline-Dysplasie) bzw. Kombinationspathologien. Hier gilt es, die Effekte gelenkerhaltender Verfahren in Hinblick auf die Invasivität des Eingriffs, der erwartbaren langfristigen Beschwerdefreiheit und den möglichen Komplikationen, gegenüber rein konservativen Maßnahmen bzw. dem primären Gelenkersatz sorgfältig abzuwägen.

Zwischenzeitlich liegen einige guten Arbeiten zu gelenkerhaltenden operativen Verfahren mit einem **Langzeit „follow-up“** von bis zu 30 Jahren vor (**Abb. 1 & 2**). Diese lassen durchaus Rückschlüsse auf die Erfolgsaussichten gelenkerhaltender Eingriffe zu. Grundsätzlich fällt auf, dass sich die **prognoserelevanten Faktoren** für oder gegen den Gelenkerhalt weniger in den zugrundeliegenden Indikation (z. B. Dysplasie, FAI) und/oder der Operationstechnik (Osteotomien vs. Hüftarthroskopie) finden lassen, sondern vielmehr in Fragen **zum aktuellen Zustand des schmerzenden Gelenkes** verbergen.

Als prognoserelevant haben sich hierbei u. a. das **Patientenalter**, die **Dauer** und die **Intensität des Schmerzes**, der **Bewegungsumfang** sowie

die **Funktion des Gelenkes**, **prä-operative funktionelle Scores**, der **Degenerationsgrad** bei den bildgebenden Verfahren (konventionelles Röntgen/MRT) sowie individuelle **patientenspezifischen Faktoren** (u. a. Geschlecht, Gewicht, Nebendiagnosen) erwiesen.

Hinsichtlich der **Operationsindikation** nimmt das **Femoroacetabuläre Impingement (FAI)** -neben der klassischen **Dysplasie-** bei den gelenkerhaltenden Operationsindikationen eine immer größere Rolle ein. Bei den operativen Techniken hat, neben den klassischen Osteotomien, die Hüftgelenksarthroskopie zwischenzeitlich einen festen Stellenwert zur Behandlung intraartikulärer Pathologien erlangt.

Folgende Tendenzen lassen sich in Bezug auf **prädiktive Faktoren** für oder gegen einen gelenkerhaltenden Eingriff angeben:

Das **Patientenalter** zum OP Zeitpunkt scheint einen maßgeblichen Einfluss auf die Resultate gelenkerhaltender Maßnahmen zu haben. Unabhängig von OP Indikation und OP Technik, sinken mit steigendem Patientenalter die Erfolgsaussichten gelenkerhaltender Verfahren teilweise sehr deutlich. Zwar können vielfach durchaus Besserungseffekte gesehen werden, die „Erfolgsdauer“ des Eingriffs (Endpunkte: Konversion zur Endoprothese oder erneute Symptome) sinkt jedoch mit zunehmendem Alter merklich. Ein gewisses „cut-off“ Alter scheint hier zwischen dem 40. und

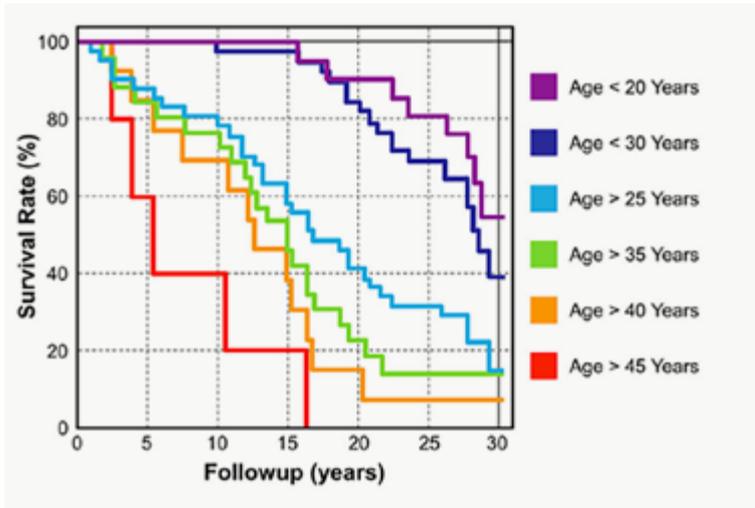


Abb. 1

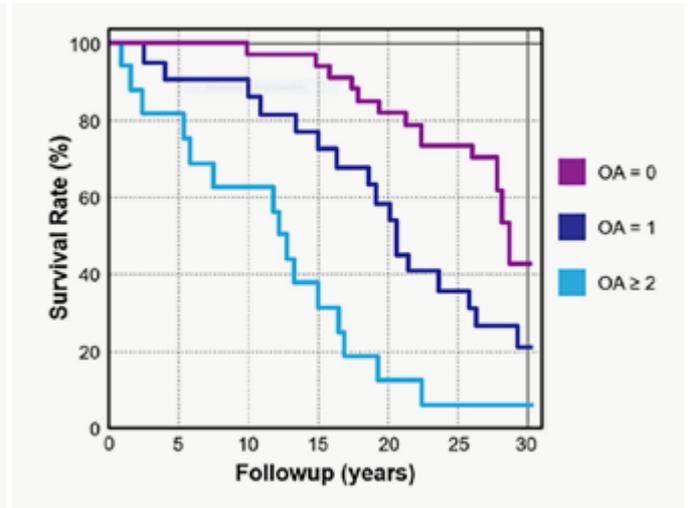


Abb. 2

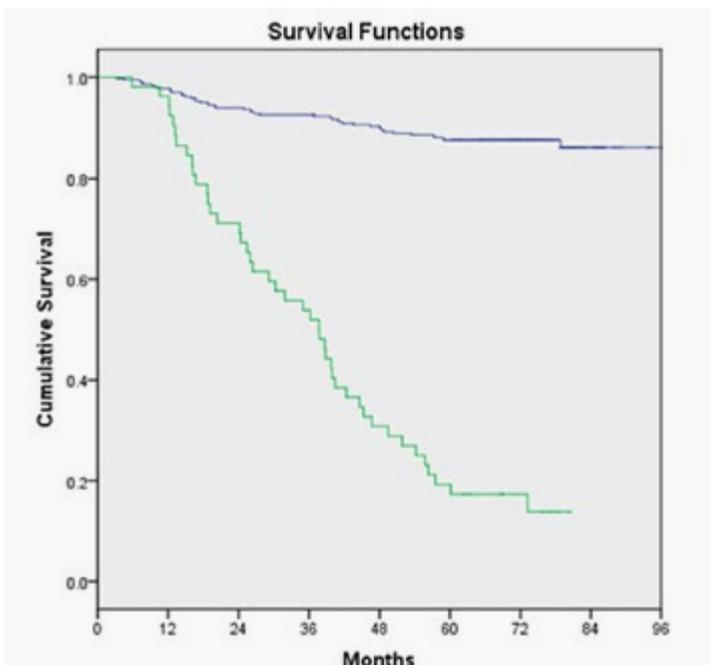


Abb. 3

50. Lebensjahr zu liegen. Je höher die Invasivität, umso zurückhaltender sollte die Indikation gewählt werden. Ab dem 55. Lebensjahr erscheinen gelenkerhaltende operative Eingriffe nur im Einzelfall gerechtfertigt, insbesondere auch im Hinblick auf die exzellenten Langzeitergebnisse der Hüftprothetik. In Einzelfällen wurden bei höherem Patientenalter auch negative Effekte gelenkerhaltender Maßnahmen beschrieben.

Die **Dauer und Intensität der prä-operativ vorhandenen Schmerzen** stellt ein negatives prognostisches Kriterium dar. Übereinstimmend zeigen entsprechende Studien, daß eine sehr lange

Beschwerdedauer (über mehrere Jahre) und eine prä-operativ hohe Schmerzintensität zu deutlich schlechteren Ergebnissen nach gelenkerhaltenden Eingriffen führen. Auch die Angabe von **Anlauf-, und/oder Nachtschmerz** gilt als prognostisch eher ungünstiger Faktor, da die Ursache der Beschwerden in diesem Fall oft nicht rein mechanisch bedingt ist.

Ist prä-operativ die „Steifheit“ des Gelenkes im „roll Test“ deutlich erhöht und liegt zudem ein konsekutiv stark verminderter Bewegungsumfang vor (z.B. pos. Drehmann Zeichen), finden sich eher ungünstige follow-up Ergebnisse. Als ein möglicher

Abb. 1 & 2

Erhalt des Hüftgelenkes (keine Hüftprothese, guter klinischer Score und keine Progression von Arthrosezeichen) von Patienten mit symptomatischer residueller Hüftgelenkdsplasie in Abhängigkeit von Alter und Gelenkdegeneration zum Zeitpunkt der Operation nach reorientierender Beckenostetomie (hier PAO) im 30 Jahres follow-up – Arbeit von Lerch et al. Clin Orthop Relat Res (2017) 475:1154–1168

Abb. 3

Konversionsraten zu Totaler Hüftprothese von Patienten nach Hüftarthroskopie in Abhängigkeit von der Gelenkspaltweite im konventionellen Röntgenbild zum Zeitpunkt der Operation (grüne Kurve zeigt Patienten mit einer Gelenkspaltweite von kleiner/gleich 2mm) – Arbeit von Skendzel et al. The American Journal of Sports Medicine, Vol. 42, No. 5, 2014

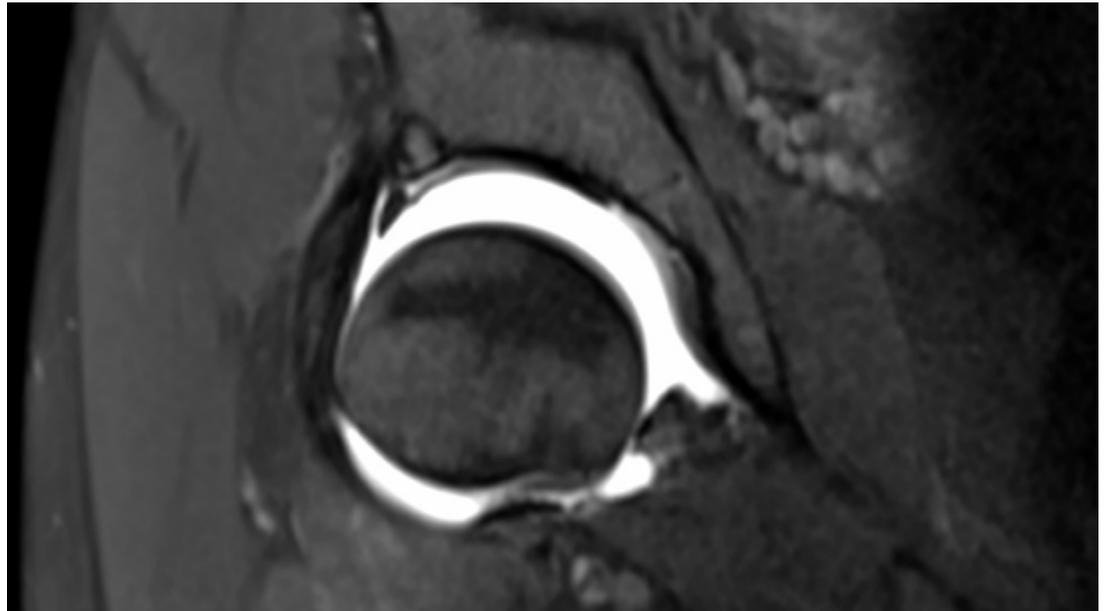


Abb. 4

Abb. 5

Abb. 4
39-jähriger Patient mit Schmerzen seit 1–2 Jahren und deutlicher CAM Deformität. Das Faux Profile nach Lequesne zeigt eine Dezentrierung des Hüftkopfes nach superolateral und eine Gelenkspaltverengung unter 2 mm im ventralen Gelenkbereich.

Abb. 5
Teppichphänomen mit Ablösung des Knorpels vom Knochen im Traktions-Arthro MRT (courtesy Dr. Meiners; Lübeck)

Grund wird hier eine bereits fortgeschrittene Entzündungsreaktion des Gelenkes mit Verdickung und Kontraktur der Gelenkkapsel angenommen.

Die prognostische Wertigkeit der klassischen **Röntgenbildgebung**, welche idealerweise eine **korrekt zentrierte Beckenübersicht im Liegen**, **eine seitliche Aufnahme (Lauenstein, Dunn, cross table) und ggf. ein Faux Profile nach Lequesne** umfasst, ist hoch. Ein Gelenkspalt kleiner/gleich 2 mm stellt ein ungünstiges prognostisches Kriterium dar (**Abb. 3**). Ab einem Arthrosegrad über 1 in der Klassifikation nach Tönnis ist eine Zurückhaltung bei gelenkerhaltenden Eingriffen angezeigt.

Eine vor allem im Faux Profile nach Lequesne darstellbare Dezentrierung des Hüftkopfes ist als ungünstiges prognostisches Kriterium zu werten (**Abb. 4**). Ist der Hüftkopf bereits dezentriert und in die knorpelige Defektzone migriert sind gelenkerhaltende Maßnahmen in der Regel nicht mehr erfolgversprechend.

Lässt sich im normalen **MRT** der acetabuläre Gelenkknorpel nicht sicher beurteilen, kann ein **subchondrales Ödem** ein Hinweis für einen höhergradigen Knorpelschaden sein. Hier zeigen aktuelle Studien den vorteilhaften Effekt des **Traktions-Arthro-MRT** des Hüftgelenkes auf. Durch Herausziehen des Hüftkopfes aus der Pfanne kann die acetabuläre Knorpeldicke vielfach besser beurteilt werden und zusätzliche Pathologien (Labrum- und abrisse, acetabuläre Knorpelschäden mit (**Abb. 5**) und ohne Teppichphänomen, Lig. capitis Rupturen) kommen ebenfalls besser zur Darstellung.

Bei den **patientenspezifischen Faktoren** ergibt sich ein eher uneinheitliches Bild. Einige Studien berichten von schlechteren Ergebnissen bei übergewichtigen Patienten, andere Arbeiten zeigen tendenziell schlechtere Ergebnisse bei schlanken Frauen. Frauen scheinen insgesamt etwas schlechtere Ergebnisse aufzuweisen als Männer, wobei die Ursachen bislang nicht geklärt sind. Wie in den meisten Arbeiten im orthopädisch/unfallchirurgischen Fachgebiet, erhöht ein Nikotinabusus die Komplikationsraten vor allem bei den Osteotomien erheblich.

Die Ergebnisse bei der Behandlung der symptomatischen residuellen **Hüftgelenkdysplasie** sind in den letzten Jahren durch eine präzisere Diagnostik, Zentrenbildung und Anwendung standardisierter, moderner Techniken weiter verbessert worden. In Deutschland hat sich neben der Dreifachbeckenosteotomie nach Tönnis auch die periacetabuläre Osteotomie nach Ganz zur operativen Behandlung der Dysplasie zwischenzeitlich etabliert.

Beim **FAI** sind die Behandlungsergebnisse der isolierten CAM-Deformität deutlich günstiger einzuschätzen als die operative Intervention bei der globalen Pincer-Deformität. Offene OP Techniken (chirurgische Hüftgelenksluxation) zeigen bei der Behandlung des FAI im Langzeitverlauf vergleichbare Ergebnisse zu minimalinvasiven Techniken (Hüft-Arthroskopie), jedoch sind die Rehabilitationszeit und die Komplikationsrate im direkten Vergleich höher.

Kriterien	Pro Gelenkerhalt	Contra Gelenkerhalt
Alter	< 40 Jahre	Alter über 45–50, relevante Nebendiagnosen
Beschwerdedauer /-intensität	Kurz/mittelgradig, wenn dann nur einzelne Schmerzspitzen	Lang, vielfach stark undulierend/hoch
Anlaufschmerz	Kein	Häufig
Funktionsscore	Gute Werte	Niedrige Ausgangsscores
Röntgenbildgebung	Keine oder nur diskrete Gelenkspaltverschmälerung, keine Dezentrierung, Tönnis Grad 0/1	Subchondrale Sklerosierung und Zystenbildung, Osteophyten (ab Tönnis Grad 2)
MRT	Kein- oder nur fokaler/isolierter Knorpelschaden	Flächige und große freiliegende Areale ohne Knorpelüberzug, Subchondrales Ödem, Zysten, Knorpelschäden am Femurkopf, Osteophyten
Aktivitätslevel	Hohes Aktivitätsniveau (Sportler)	Niedriges Aktivitätsniveau, wenig Motivation zur postoperativen REHA/Physio
Gewicht	Schlank	stark Übergewichtig

Tab. 1

In der **Ergebnisevaluation** hat sich gezeigt, dass dem Labrumerhalt bzw. der Rekonstruktion beim symptomatischen FAI ein hoher Stellenwert zukommt. Zumindest mittelfristig angelegte Arbeiten konnten zeigen, dass der Labrumerhalt der Labrumresektion klar überlegen ist.

Knorpelchirurgische Techniken (Mikrofraktur, AMIC, MACT, ACT) kommen, vergleichbar zum Knie- und Sprunggelenk, zwischenzeitlich auch im Hüftgelenk zum Einsatz und werden im Knorpelregister der DGOU wissenschaftlich ausgewertet. Für eine abschließende Einschätzung ist die Studienlage noch nicht ausreichend.

An **konservativen Behandlungsmethoden** bei fehlender Indikation zur gelenkerhaltenden operativen Intervention finden sich aktuell keine wegweisenden neuen Behandlungsformen. Angewendet werden die Patientenaufklärung mit Aktivitätsmodifikation, oral analgetisch/antiphlogistische Medikation, physikalische und physiotherapeutische Maßnahmen (Traktion, Abduktionstraining) und die Applikation intraartikulärer sogenannter „knorpelprotektiver“ Substanzen (z. B. Hyaluron, PRP). Die **diagnostisch/therapeutische Infiltration des Gelenkes** kann in unklaren Fällen wertvolle Hinweise zur Ätiologie von Beschwerden geben. Von einer rein therapeutischen der Injektion mit Kortikoiden beim arthrotischen Gelenk ist abzuraten. Das Intervall zwischen einer Kortikoid-Injektion und dem Zeitpunkt einer endoprothetischen Versorgung wird je nach Studie mit bis zu 3 Monaten angegeben.

Literatur: Beim Verfasser

Tab. 1

Pro/Contra Indikation zur Gelenkerhaltene Hüftchirurgie



Dr. Christian Gatzka
Hamburger Hüftmanufaktur (HHM)
Hamburg
kontakt@dr-gatzka.de



PD Dr. Lorenz Buechler
Klinik für Orthopädie –
Kantonsspital Aarau
lorenz.buechler@ksa.ch

Dienstag, 20.10.2020

BECKEN/HÜFTE

DHG Session
Aktuelle Kontroversen in der
gelenkerhaltenden
Hüftchirurgie

Dienstag, 20.10.2020

Thementag Hüfte und Becken
17–18 Uhr

Session Dt. Hüftgesellschaft
Aktuelle Kontroversen in der
gelenkerhaltenden Hüftchirurgie

<https://digitalou.org/>

Moderne konservative Therapie der Koxarthrose

Es ist davon auszugehen, dass in den westlichen Industrieländern ca. 15 bis 20% der Menschen über 65 Jahren an einer Koxarthrose leiden. Im Rahmen des demographischen Wandels wird dieser Anteil noch deutlich zunehmen. Aktuelle Aspekte zu Diagnose und Therapie finden sich in der Leitlinie Koxarthrose⁷ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC).

Diese Leitlinie stellt wie andere internationale Leitlinien^{3, 4, 6} die nicht-operativen Behandlungsoptionen in den Vordergrund und betont die Einbeziehung des Patienten in therapeutische Entscheidungen im Sinne der partizipativen Entscheidungsfindung. Zu den nicht-operativen Verfahren zählen Patientenschulung, nicht-medikamentöse Therapiemaßnahmen und die medikamentöse Behandlung.

Patientenschulung

Leitlinien^{3, 4, 6, 7} messen der Schulung und Information des Patienten über Krankheit, den Krankheitsprozess, Behandlungsoptionen und Notwendigkeit von Bewegung unter Vermeidung von Überlastung einen hohen Stellenwert bei. Die Motivation zur Gewichtsreduktion bei übergewichtigen Patienten wird im Hinblick auf die Koxarthrose anders als bei der Gonarthrose nicht einheitlich empfohlen.

Bewegungstherapie

Neben einem günstigen Nutzen-Risiko-Profil konnten in den letzten Jahren in mehreren randomisierten, kontrollierten Studien klinisch relevante Effekte insbesondere für aktive Therapieansätze nachgewiesen werden.^{1, 5, 8, 9} Insbesondere bewegungstherapeutische Interventionen in Form von Kraft-, Ausdauer-, Beweglichkeits- und Aquatraining haben sich in der Behandlung degenerativer Gelenkerkrankungen als Kernelement konservativer Behandlungsstrategien etabliert. Mit ihrer vielfältigen funktionell-somatischen, aber auch psychosozialen Wirkung wird die Bewegungstherapie dazu eingesetzt, die Pathophysiologie und

Symptomatik geschädigter Körperfunktionen und -strukturen positiv zu beeinflussen, Bewegungsfertigkeiten zu verbessern und eine nachhaltige Gesundheitskompetenz durch Bindung an regelmäßige und angepasste körperliche Aktivität aufzubauen. Das Training sollte zunächst durch einen bewegungstherapeutisch erfahrenen Therapeuten angeleitet werden, um für weitere selbständig durchgeführte Maßnahmen eine hohe Compliance zu erzielen. Gerade bei einer Koxarthrose kommt es im Krankheitsverlauf häufiger zu einer Abnahme der allgemeinen körperlichen Belastungsfähigkeit, was für die Bewältigung alltäglicher Aufgaben und die Selbständigkeit vor allem älterer Menschen eine grundlegende Bedeutung hat. Aktive Therapien beugen hier nicht nur einem Funktionsverlust vor, sondern fördern die soziale Teilhabe und Lebensqualität und können den Zeitpunkt für einen operativen Gelenkersatz hinauszögern.

Bei der Auswahl und Trainingsintensität der einzelnen Therapieverfahren sollten immer nachfolgende Faktoren berücksichtigt werden:

- ▶ Ursache
- ▶ Schweregrad und Symptomatik der Erkrankung
- ▶ Alter und Aktivitätsgrad des Patienten
- ▶ Begleiterkrankungen und Allgemeinzustand
- ▶ Lebensqualität, berufliche Situation und Erwartungshaltung.

Obwohl körperliches Training nach jetzigem Wissensstand zwar keinen direkten Einfluss auf die pathophysiologischen Veränderungen der Hüftarthrose hat und eine weitere Schädigung des hyalinen Knorpels nicht aufhalten kann, hat Bewegung einen nachweisbaren positiven Einfluss auf die Schmerzsymptomatik, Gelenkbeweglichkeit, Kraft, Gleichgewichtsfähigkeit und die allgemeine Aktivität mitsamt der von Patienten hierdurch selbst wahrgenommenen Behinderung. So können auch Low Impact Sportarten Schmerzen bei begin-



Abb. 1

nender Arthrose reduzieren, Beweglichkeit und Kraft der gelenkstabilisierenden Muskulatur verbessern und den Gelenkstoffwechsel ökonomisieren.

Da es etwa ab der sechsten Lebensdekade zu einer beschleunigten Abnahme der Maximalkraft kommt, die sich in der achten Dekade nochmals steigert, ist zum Erhalt der Mobilität und auch der Fähigkeit, sich im Alltag selbst zu versorgen neben koordinativen und kardiopulmonal wirksamen Trainingsinhalten ein angepasstes muskuläres Krafttraining sinnvoll. Je inaktiver der Lebensstil, desto frühzeitiger zeigen sich altersbedingte degenerative Veränderungen. Krafttraining führt gerade auch bei älteren Menschen durch Erhöhung des Muskelvolumens zu einer Zunahme der Muskelkraft und Optimierung der Rekrutierung motorischer Einheiten, wodurch sich die Gangsicherheit und Ganggeschwindigkeit verbessert. Das Ausmaß der Anpassung bei älteren Menschen über 60 Jahre ist dabei mit dem von Jüngeren durchaus vergleichbar.

Systematische Untersuchungen und Aussagen zur Dosierung der Häufigkeit, Dauer, Intensität und Bewegungsform körperlicher Aktivität bei Arthrose gab es in der Vergangenheit allerdings nur wenige. Unabhängig davon stellen eine selbst gewählte moderat-intensive Belastungsintensität und langsame Belastungssteigerung verbunden

mit einer schmerzfreien Bewegungsausführung die wichtigsten Trainingsprinzipien dar. Häufigere kürzere Trainingseinheiten (3 × 30 Minuten/Woche) scheinen sinnvoller zu sein als längere wenige Einheiten und werden von der WHO empfohlen. Einzelne Therapiearten weisen gegenüber anderen keine Überlegenheit auf, so dass die Therapien anhand individueller Präferenzen zusammen mit den Therapeuten ausgewählt und aktive Behandlungsverfahren durch passive Therapiemaßnahmen (Thermotherapie, Manuelle Therapie, physikalische Anwendungen) ergänzt werden können. Der Einsatz alternativer Therapieverfahren wie Magnetfeld, Phyto- und Aromatherapie kann nicht generell empfohlen werden, da die Studienlage aufgrund der mangelnden Qualität zu inkonsistent ist. Akupunktur kann einen zusätzlich positiven Einfluss auf Funktion und Lebensqualität haben, obwohl die Studienlage auch hier nicht einheitlich ist.

Medikamentöse Therapie

Zur Reduktion von Schmerz und Entzündung stellt die medikamentöse Therapie einen wichtigen Bestandteil im konservativen Behandlungsregime der Arthrose dar. Bei der Auswahl der Schmerzmedikation müssen aber mit zunehmendem Alter immer mehr individuelle Risiken durch die mitunter bestehende Multimorbidität (wie z. B. Leber- und Niereninsuffizienz, Herzinfarkt, Schlaganfall, Allergien etc.) berücksichtigt werden. Eine oftmals vorhandene Co- und Multimedikation kann zusammen mit der im Alter veränderten Pharmakodynamik und -kinetik zu einem deutlich erhöhten Risiko für das Auftreten unerwünschter Arzneimittelwirkungen (UAW) führen.

Der orale Einsatz von tNSAR und Coxiben bei der Arthrose ist weit verbreitet. Er sollte sich aber auf Schmerz- und Entzündungsperioden beschränken, d. h. so kurz und niedrig dosiert wie möglich erfolgen. Mitunter kommen größere Schwankungen in der individuellen Verfügbarkeit und Halbwertszeit vor, so dass sich die einzelnen Substanzen interindividuell in Bezug auf ihren Wirkeffekt und das Nebenwirkungspotential unterscheiden. Im Vordergrund der UAW stehen vor allem gastrointestinale, kardiovaskuläre, hepatische und renale Komplikationen sowie Wirkungen auf das Gerinnungssystem mit einem erhöhten Blutungsrisiko. Daher sollte die Indikation für eine Behandlung mit tNSAR bei älteren Patienten immer streng gestellt werden. Zum Schutz des oberen Gastrointestinaltraktes ist eine begleitende Therapie mit einem Protonenpumpeninhibitor indiziert. Ein erhöhtes Blutungsrisiko zeigt die Kombination von tNSAR und Antidepressiva aus der Gruppe der

Abb. 1

Bewegungstherapie hat in allen Leitlinien zur Arthrose der großen Gelenke einen hohen evidenzbasierten Stellenwert

Tab. 1

Zusammenfassung von Empfehlungen aktueller Leitlinien Koxarthrose zur konservativen Therapie;^{3, 6, 7}
 OARSI = Osteoarthritis Research Society International;
 DGOOC = Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie;
 ACR = American College of Rheumatology

	OARSI (2019)	DGOOC (2019)	ACR (2019)
Patientenschulung/Selbstmanagement	+++	+++	+++
Gewichtsabnahme	+ (BMI > 30)	unklar	+++
Gehhilfen/Entlastung	+++	+++	+++
Kräftigung	+++	+++	+++
Ausdauertraining	+++	+++	+++
Akupunktur		+ / ++	+ / ++
Elektrotherapie		+ / ++	---
orale NSAR	+++	+++	+++
Opioide		+ / ++	+ / ++
Glukosamine		+	---
Steroide i. a. (Kontrolle Bildgebung)		unklar	+++

selektiven Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (SSRI). Die Kombination von Ibuprofen und ASS führt bei zeitgleicher Einnahme zu einem Ausbleiben der irreversiblen thrombozyten-aggregationshemmenden Wirkung von ASS, da beide Substanzen um die Rezeptorbindung an den Thrombozyten konkurrieren. Unter der Therapie mit tNSAR sollte besonders auch der Effekt auf die Nierenfunktion beachtet werden. Speziell die gemeinsame Verordnung von tNSAR und ACE-Hemmern bzw. Sartanen ist problematisch, da beide Substanzgruppen die Autoregulation der Nieren beeinflussen und ein Nierenversagen induzieren können. Die Einnahme von tNSAR und Coxiben kann zu einer Blutdrucksteigerung und einer verminderten Wirkung antihypertensiver Substanzen wie β -Blocker und Diuretika führen. TNSAR können zudem in Kombination mit Sulfonylharnstoffen das Risiko einer Hypoglykämie steigern.

Der Einsatz von Paracetamol war vor Jahren noch Goldstandard, hat aber heute keine wesentliche Bedeutung mehr. Insgesamt wird von der Anwendung sogar eher abgeraten.

Metamizol hat zwar eine gute analgetische und antipyretische, aber keine antiphlogistische Wirkung und ist für die Behandlung einer Arthrose nicht zugelassen. Soweit aber Kontraindikationen gegenüber anderen Substanzen bestehen, kann Metamizol bei akuten oder chronischen starken Schmerzen versuchsshalber eingesetzt werden. Haupt-UAW ist die Agranulozytose, die auch von der Dosis und zeitlichen Einnahme sowie genetischen Faktoren abhängt und besondere Anforderungen an eine dokumentierte Aufklärung stellt. Bei gleichzeitiger Einnahme von ASS können Interaktionen im Hinblick auf die thrombozytenaggregationshemmende Wirkung von ASS bestehen.²

Eindeutige Studien mit Opioiden zur schmerztherapeutischen Behandlung der Arthrose fehlen. Opioide sollten daher nur kurzfristig und in der niedrigsten Dosierung dann zum Einsatz kommen, wenn andere Maßnahmen wie die Gabe von NSAR nicht möglich sind oder Komorbiditäten keine andere Wahl lassen. Ihr Einsatz ist gerade bei älteren Patienten aufgrund von Nebenwirkungen nicht unumstritten. Nachteilig sind vor allem die zentralnervösen Effekte mit der Gefahr für Schwindel, Gleichgewichtsstörungen und eines damit erhöhten Sturzrisikos. Für Opioide gibt es keine Standarddosierungen, daher gilt das Motto: start low (schwache Opioide), go slow. Prophylaktisch sollte gegen eine opioidinduzierte Obstipation für die Dauer der Therapie eine osmotisch wirksame Substanz und gegen eine opioidinduzierte Nausea oder Übelkeit ein Antiemetikum gegeben werden. Bei gleichzeitiger Einnahme von Benzodiazepinen, Antidepressiva, Phenothiazinen, Hypnotika und Antihistaminika mit sedativer Wirkung kann die sedierende Wirkung verstärkt werden. Einige Opioide (Tapentadol, Fentanyl, Buprenorphin) können ein Serotoninsyndrom (paradoxe Unruhe- oder gar Angstzustände) verursachen, vor allem in Kombination mit Medikamenten aus der SSRI-Gruppe und z.B. Triptanen und CYP-3A4-Inhibitoren

wie Verapamil, Diltiazem, Amiodaron, Erythromycin oder Cimetidin, da diese ebenfalls Einfluss auf den Serotoninspiegel haben. Bei eingeschränkter Nierenfunktion und fortgeschrittener Leberinsuffizienz sollte Hydromorphon bevorzugt werden.

Die Datenlage für eine chondroprotektive bzw. analgetische und funktionsverbessernde Wirkung der sogenannten SYSADOA (Symptomatic Slow Acting Drugs in OsteoArthritis: Glucosaminsulfat, Glucosamin-Hydrochlorid und Chondroitinsulfat) ist in der Literatur aufgrund methodischer Unzulänglichkeiten der einzelnen Studien widersprüchlich. Liegen Anwendungsbeschränkungen bzw. Kontraindikationen für den Einsatz anderer Medikamente vor (höheres Lebensalter, Begleiterkrankungen) kann die Gabe von Glucosamin gemäß deutscher Leitlinie aber in Erwägung gezogen

werden. Auch Hyaluronsäurepräparate werden zur Behandlung symptomatischer Arthrosen eingesetzt. Trotzdem ist die Wirksamkeit weiter umstritten, so dass in internationalen Leitlinien unterschiedliche Empfehlungen für den Einsatz gegeben werden, zumal sich die einzelnen Hyaluronsäure-Substanzen erheblich voneinander unterscheiden. Auch die Datenlage zu intraartikulär applizierten Corticosteroiden ist different, so dass die Injektion auf den individuellen Fall beschränkt sein sollte. Gleiches gilt für die Behandlung mittels PRP, zumal Wirkmechanismus und Beeinflussung der arthrotischen Veränderungen sich auch aufgrund unterschiedlicher Herstellungsverfahren und damit möglicherweise einhergehender differenter Produkteigenschaften nicht beurteilen lassen.



Dr. Hartmut Bork
Chefarzt Reha-Zentrum am
St. Josef-Stift Sendenhorst



Prof. Dr. Bernd Kladny
Chefarzt Fachklinik
Herzogenaurach

Literatur

- Abbott JH, Robertson MC, Chapple C et al. Manual therapy, exercise therapy, or both, in addition to usual care, for osteoarthritis of the hip or knee: a randomized controlled trial. 1: clinical effectiveness. *Osteoarthritis Cartilage* 21: 525–534; 2013
- Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft: „UAW-News International“, Kann Metamizol die Wirkung von ASS auf die Thrombozytenaggregation behindern? – hinsichtlich klinischer Relevanz und Empfehlungen bleiben Fragen offen, *Dt Ärzteblatt* 115: A897–A898; 2018
- Bannuru RR et al., OARSI guidelines for the non-surgical management of knee, hip, and polyarticular osteoarthritis, *Osteoarthritis and Cartilage* 27: 1578-1589; 2019
- Geenen R et al., EULAR recommendations for the health professional's approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis, *Ann Rheum Dis* 77: 797–807; 2018
- Geidl W, Hendrich S, Hofmann J et al. Entwicklung evidenzgesicherter Konzepte für die Bewegungstherapie in der Rehabilitation. 2012; <https://www.sport.fau.de/lehrstuehle-und-fachgebiete/bewegung-und-gesundheit/abgeschlossene-forschungsprojekte/evidenzgesicherte-konzepte-fuer-die-bewegungstherapie/>
- Kolasinski SL et al., 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for Management of Osteoarthritis of the hand, Hip, and Knee, *Arthritis Rheumatology* 72: 149-162; 2020
- Leitlinie Koxarthrose, AWMF-Registernummer 033-001 (www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/033-001I_S2k_Koxarthrose_2019-07_1.pdf)
- Pinto D, Robertson MC, Abbott JH et al. Manual therapy, exercise therapy, or both, in addition to usual care, for osteoarthritis of the hip or knee. 2: economic evaluation alongside a randomized controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage* 21: 1504–1513; 2013
- Vad V, Adin D, Solomon J. Knee osteoarthritis. Critical reviews in physical and rehabilitation medicine. *Rehabilitation Medicine* 16: 211–212; 2004

Update Hüftgelenkersatz – Was gibt es Neues, wo geht es hin?

Moderne Hüftgelenksendoprothetik ist durch weit überwiegend gute und sehr gute Ergebnisse gekennzeichnet, so dass Änderungen der OP-Technik oder der verwendeten Implantate im Regelfall zu prozentual nur noch geringfügigen Verbesserungen führen und Marketingaspekte häufig im Vordergrund stehen. Folgende aktuelle Trends sind hervorzuheben.



Im perioperativen Management ist die lediglich einmalige präoperative Antibiotikagabe inzwischen Standard. Zusätzlich etabliert hat sich die Applikation von Tranexamsäure. Strittig ist dabei lediglich die Art der Gabe der Tranexamsäure. Im Moment gibt es keinen eindeutigen Beleg, ob die orale, die lokale oder die parenterale Gabe überlegen sind. Die Eigenblutspende spielt heute keine Rolle mehr, da der Blutverlust weitestgehend reduziert werden konnte. Sie wird nur noch in Einzelfällen durchgeführt. Die Thromboseprophylaxe wird in Deutschland im Gegensatz zu den meisten europäischen Ländern und den weltweiten Trends weiterhin entsprechend der Leitlinie für 35 Tage mit einem niedermolekularen Heparin oder zunehmend mit einem oralen Antikoagulans (NOAK) durchgeführt. International etabliert ist mittlerweile die Verwendung von ASS auch in der Thromboseprophylaxe aufgrund der Eigenschaft als Thrombozytenaggregationshemmer. Der Einsatz von Robotern spielt in der Hüftendoprothetik aktuell keine Rolle.

Bezüglich des operativen Zugangs wird national und auch international in den letzten Jahren der direkt vordere Zugang verstärkt beworben und eingesetzt. Die klinischen Daten zeigen bisher keine generelle Überlegenheit dieses Zugangs. Überwiegend wird über eine schnellere Rehabilitation berichtet, wobei dieser Zugang oftmals in sog. „Rapid recovery-Konzepten“ eingesetzt wird.

Andererseits zeigen einige Studien eine etwas höhere Infektionsrate, was möglicherweise mit der verstärkten bakteriellen Besiedelung im Bereich der Leiste im Gegensatz zum seitlichen und hinteren Oberschenkel zusammenhängt. Am häufigsten verwendet wird in Deutschland noch der anterolaterale Zugang (OCM-Zugang), weltweit der hintere Zugang. Die Zugänge existieren gleichberechtigt nebeneinander. Reduziert worden im letzten Jahrzehnt ist lediglich die Anwendung des transglutealen Zugangs aufgrund der Gefahr der Schädigung des M. gluteus medius.

Die Pfannenkomponente wird weltweit inzwischen nahezu ausschließlich als Press fit-Variante verwendet. Schraubpfannen spielen keine Rolle mehr. Wesentliche Unterscheidung im Aufbau der Implantate ist, dass für die Verwendung von Keramikinlays dickwandigere Pfannen verwendet werden müssen, deren primäre Fixation etwas schwieriger ist. Die zusätzliche Verschraubung der Pfanne, die insbesondere in Nordamerika und Großbritannien üblich ist, spielt in Deutschland dagegen keine Rolle. Im Gegensatz zu den Prothesenschäften haben sich Hydroxylapatitbeschichtungen an der Pfanne nicht durchgesetzt.

Bezüglich der Gleitpaarung wird in Deutschland heute weit überwiegend ein Keramikkopf mit einem hochvernetzten Polyethylen verwendet. Die in vielen Ländern sehr viel häufiger angewendete Keramik-Keramik-Gleitpaarung spielt in

Deutschland aktuell nur eine geringe Rolle (kleiner 10% der Anwendungen), was im Wesentlichen durch den deutlich höheren Preis zu erklären ist. Klinische Probleme mit Keramik-Keramik-Gleitpaarungen werden weltweit kaum noch berichtet. Die Eigenschaften von Keramik-Keramik-Gleitpaarungen lassen sie für junge Patienten optimal erscheinen. Stark zurückgegangen und immer kritischer diskutiert wird die Anwendung von Metallköpfen. Neben der erhöhten Korrosionswahrscheinlichkeit zwischen Metallkopf und Implantatkonus ist das Problem der Metallionenfreisetzung zu sehen. Möglicherweise beeinflusst dies auch die Infektionsrate. In Deutschland werden aktuell weniger als 10% der Hüfttotalendoprothesen mit einem Metallkopf versorgt. Die aktuellen Zahlen des deutschen Endoprothesenregisters (EPRD) zeigen zudem eine deutlich erhöhte Revisionswahrscheinlichkeit, wenn Metallköpfe eingesetzt werden. Die Ursachen dafür sind jedoch wahrscheinlich multifaktoriell und nicht nur auf das Material zurückzuführen, dennoch bedarf dieses Ergebnis der weiteren Auswertung. Nicht nur in Risikosituationen wird jedoch immer häufiger auf den Einsatz von sog. Double mobility-Implantaten (tripolaren Pfannen) zurückgegriffen. Sie stellen heute in immer mehr Kliniken die erste Wahl bei allen Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen, Gangunsicherheiten, Versteifungen des Wirbelsäulen-Becken-Übergangs und anderen Luxationsrisiken dar. Ihr Anteil ist jährlich ansteigend, zumal auch die potentiellen Komplikationen bisher de facto nicht beobachtet werden konnten.

Bei der Schaftkomponente nehmen zementfreie Prothesenschäfte in Deutschland einen immer größeren Raum ein. Der Anteil zementfreier Implantate übersteigt prozentual den weltweit verwendeten Anteil deutlich. Ein zunehmender Anteil von zementfreien Schäften ist heute mit einer Hydroxylapatitverbindung oder Hydroxylapatit-Titan-Auflage beschichtet. Grund dafür ist die einfache Handhabbarkeit und die mit modernen Implantaten mögliche hohe Primärstabilität mit der Umsetzung der Sofortbelastung. Bevorzugt werden dabei insbesondere Implantate, welche eine kurvige Einführung des Prothesenschaftes zum Schutz der Muskulatur und des Trochanter major ermöglichen, insbesondere zu nennen sind hier auch Kurzschaftprothesen. Deren Anteil mit etwas über 15% ist in Deutschland weit höher als in anderen Ländern der Welt. Es existieren mittlerweile gute mittelfristige Daten, und auch die in Deutschland verwendeten Kurzschaftprothesen zeigen im Endoprothesenregister keinerlei Auffälligkeiten. Eine Zunahme des Einsatzes dieser einfacher zu implan-

tierenden Prothesen erscheint daher wahrscheinlich. Zementierte Prothesen werden überwiegend bei der Versorgung von Schenkelhalsfrakturen und bei älteren Patienten (auch über 80 Jahre) eingesetzt. Die immer wieder diskutierte Gefahr einer durch das Zementieren bedingten Embolie wird in Einzelfällen diskutiert, der generelle Nachweis dafür kann jedoch nicht erbracht werden. Im deutschen Endoprothesenregister ist die Morbidität und Mortalität nach zementierten Eingriffen nach ½ Jahr erhöht, die genaue Ursachenevaluation fehlt jedoch an dieser Stelle noch.

Gegenstand der aktuellen Diskussion ist weiterhin die optimale Pfannenpositionierung. Hier haben aktuelle Arbeiten gezeigt, dass selbst wenn die Pfanne sich in der sog. Safe zone nach Lewinnek befindet (Inklination ca. 40°, Anteversion ca. 15°), dennoch eine Luxation resultieren kann. Deshalb wird diese Zone heute als „target zone“ (Zielzone) bezeichnet. Eine individuellere Anpassung der Pfanneneingangsebene wird empfohlen, wobei insbesondere die intraoperative Funktionstestung eine Rolle spielt. Im Zweifelsfall sollte hier die tripolare Pfanne ebenfalls zum Einsatz kommen.

Ebenfalls diskutiert wird die Möglichkeit der schnellen postoperativen Rehabilitation. Während dies von einigen Kliniken stark forciert wird, erscheint die Mehrzahl der Patienten in Deutschland derzeit noch nicht bereit, diesen Weg zu gehen. Hauptursache ist hier, dass die in skandinavischen Ländern oder auch in den Niederlanden verfügbaren Möglichkeiten der krankenhaushaften Pflege und ambulanten Rehabilitation in diesem Umfang in Deutschland nicht existieren. Der Weg über eine postoperative Anschlussheilbehandlung stellt daher immer noch den am häufigsten gewählten Behandlungspfad dar.



Univ.-Prof. Dr. Carsten Perka
Centrum für Muskuloskeletale
Chirurgie (CMSC), Charité,
Universitätsmedizin Berlin

Frakturen von Becken- und proximalem Femur: Was gibt es Neues?

Während die Behandlungsstrategien von hochenergetischen Becken- und proximalen Femurfrakturen beim jungen Unfallverletzten in den letzten Jahren wenig gänzlich neue Aspekte aufzeigen, werden die Versorgungs- und Algorithmen des häufig niedrigerenergetischen „Bagateltraumas“ beim älteren Patientenkollektiv durchaus kontrovers diskutiert.

Eine große Bedeutung kommt hierbei vor allem dem perioperativen Management zu. Mit steigender Tendenz sind bereits jetzt über 95% der Patienten älter als 60 Jahre und mehr als die Hälfte aller Patienten über 80 Jahre alt. Dieses selektive Patientenkollektiv weist regelhaft Begleiterkrankungen auf, die vielfach ein umfangreiches präoperatives Management erfordern. Zu nennen sind hierbei vor allem die präoperative Gerinnungsoptimierung bei wachsender Frequenz zur „multi“-Antikoagulation und/oder die vielfach notwendige kardiale Konditionierung bei einem hohem Anteil kardialer Vorerkrankungen. Nicht unproblematisch stellt sich hier die vom Gesetzgeber eingeforderte operative Versorgung innerhalb von 24 Stunden dar.

Alterstraumazentren

Der Problematik der Multimorbidität wird aktuell mit einer wachsenden Zahl von Alterstraumazentren begegnet, in denen eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Geriatrie und Unfallchirurgie stattfindet. So können chronische Nebenkrankungen besser mitbehandelt, Medikamente optimal angepasst und häufig auftretende Komplikationen vermieden werden.

Überarbeitung der AO-Klassifikation

Die operative Therapie der per- und vor allem der subtrochantären Frakturen ist die klare Domäne der osteosynthetischen Versorgung, wobei sowohl intra- wie auch extramedulläre Verfahren ange-

wendet werden. Als Neuerung ist hier eine Überarbeitung der AO-Klassifikation von 2018 zu nennen, die auch geringe Änderungen bei der Einteilung der proximalen Femurfrakturen erbracht hat. Dies betrifft vor allem die Bewertung der lateralen Wand als Klassifikationskriterium. Konsequenterweise wird die ehemalige AO 31 A2.1 Fraktur nunmehr als „einfachere“ AO 31 A1.3 Fraktur klassifiziert.

Bei stabilen A1 Frakturen ist die dynamische Hüftschraube (DHS) das Verfahren der Wahl. Teilweise kontrovers wird die Anwendung der extramedullären Verfahren im Vergleich zum Marknagel bei pertrochantären A2 Frakturen diskutiert. In der Regel wird hier der Marknagel bevorzugt. Kommt die DHS zur Anwendung sollten ausgeprägte Frakturzonen am Trochanter major oder laterale Wandfragmente immer mit einer additiven Trochanterabstützplatte versorgt werden.

Petrochantäre A3 und subtrochantären Frakturen werden mit klarer Empfehlung intramedullär versorgt. Die primär endoprothetische Versorgung ist nur bei unkomplizierten A1 Frakturen mit begleitender Koxarthrose zu empfehlen. Bei A2 Frakturen gestaltet sich diese Versorgungsstrategie vielfach durchaus anspruchsvoll. Bei zum Teil extrem geminderter Knochenqualität – gerade des hochbetagten Patientenkollektivs – oder nicht mehr sinnvoll zu reponierenden Frakturen, bleibt eine primäre Endoprothese vielfach eine gute mögliche „Rettungsoption“ auch bei sehr komplexen Frakturmustern. Die Komplikationsrate kann bei dieser Versorgungsart jedoch nicht unerheblich ansteigen.

Aufgrund der Altersverteilung der Patienten mit Schenkelhalsfrakturen dominiert hier die primär endoprothetische Versorgung. Auch bei biologisch deutlich vorgealterten Patienten mit dislozierter Schenkelhalsfraktur (Garden 3+4) sollte der endoprothetische Ersatz der Vorzug gegenüber der Osteosynthese gegeben werden. Gleichwohl muss hier diskutiert werden, welcher Patient von einer Hüfttotalendoprothese (HTEP) und welcher von einer Duokopfprothese profitiert. Untersuchungen haben gezeigt, dass vor allem „aktive Senioren“ von einer HTEP profitieren. Bei über 80-jährigen Patienten sollte hingegen der Duokopfprothese der Vorzug gegeben werden, da die funktionellen Ergebnisse besser, die Luxationsrate niedriger und die Mortalitätsraten vergleichbar zur HTEP sind. Bei den unter 80-jährigen liegen die Komplikationsraten der Duokopfprothese in vergleichbarer Weise wie bei der HTEP etwas höher, jedoch erreichen die mit einer HTEP versorgten Patienten im Verlauf ein deutlich besseres funktionelles Ergebnis.

Im Fall von jungen Patienten und/oder nicht dislozierten Frakturen (Garden 1+2) wissen wir, dass die Osteosynthese mittels DHS der 3-fach-Verschraubung überlegen ist. Es muss hierbei jedoch bedacht werden, daß die Mehrzahl der Schenkelhalsfrakturen durch Sinterung in Verkürzung ausheilen und entsprechende funktionelle Einschränkungen damit einhergehen können.

Bei den Azetabulumfrakturen besteht eine gute Evidenz zur osteosynthetischen Versorgung junger Patienten über etablierte Standardzugänge (mod. Stoppa, Ilioinguinal, Kocher-Langenbeck). Ziel ist es immer eine möglichst anatomische Rekonstruktion zu erreichen, da hierdurch die funktionellen Ergebnisse deutlich steigen und die Rate an posttraumatischen Arthrosen sinkt. Zunehmende Beliebtheit erlangt aktuell der Pararectus Zugang, da dieser verschiedene Vorteile der vorderen Zugänge vereint und eine gute Alternative zu den Standardzugängen darstellt.

Da auch bei den Azetabulumfrakturen das Durchschnittsalter der Patienten kontinuierlich steigt und sich dadurch sowohl die Frakturtypen wie auch die Knochenqualität ändern, rückt auch hier die primär endoprothetische Versorgung in den Fokus. Bei der Kombination verschiedener altersspezifischer radiologischer Zeichen (imprimierte Domfragmente, Frakturen der quadrilateralen Fläche, schlechte Knochenqualität) wissen wir, dass das Risiko der rasant progredienten Koxarthrose (<12 Monate) nach Osteosynthese sehr hoch ist. Hinzu kommt, dass eine notwendige Teilbelastung von betagten Patienten häufig nicht umgesetzt werden kann. Verschiedene Ansätze unter Verwendung von Systemen der Revisionsendoprothetik (Abstützschalen, Zapfen, Augmente) – mit oder ohne additive Osteosynthese – oder die Kombination aus Osteosynthese und press-fit Pfannen werden diskutiert und zunehmend wissenschaftlich ausgewertet. Für valide Aussagen sind die bisherigen Untersuchungszeiten jedoch noch zu kurz.

Waren die Beckenringfrakturen des jüngeren Patientenkollektivs über Jahrzehnte der Inbegriff der Hochrasanzverletzungen und als sogenannte „killing-fractures“ gefürchtet, finden sich diese heutzutage zunehmend bei einem geriatrischen Patientenkollektiv mit eher niedrigenergetischen Traumamechanismus. Aus diesem Grund findet die von Rommens und Hofmann vorgestellte Klassifikation der „Fragility Fractures of the Pelvis“ (FFP) eine zunehmende Verwendung. Einigkeit besteht zwischenzeitlich darin, bei den sogenannten „Fragilitätsfrakturen“ in der Diagnostik direkt auf das CT zurückzugreifen. Hierbei kann vor allem die

vollständige Frakturmorphologie am hinteren Beckenring erfasst und eine geeignete Therapie-strategie festgelegt werden.

Immobilisation vermeiden

Bei den Behandlungsstrategien muss immer die Vermeidung einer Immobilisation zielführend sein, da es gilt assoziierte Komplikationen bestmöglich zu verhindern. Ist die Indikation zur operativen Versorgung gestellt (ca. 25% der betreffenden Patienten in der Datenbank der AG Becken III DGU) variieren die verwendeten Verfahren teilweise doch recht deutlich und die Evidenz zur „optimalen“ operativen Therapie ist gering. Verschiedenste Ansätze werden diskutiert und zwischenzeitlich auch publiziert: Zu nennen sind die „360° Versorgung“ (Stabilisierung des vorderen und hinteren Beckenrings), die möglichst perkutane Versorgung (Kriechschrauben, transsakral, transiliosakral, supraazetabuläre LC-Schrauben, lumbopelvine Stabilisierungen, ilioiliakale Verfahren, ggf. Augmentation der Implantate, sowie interne und externe Fixateure. Ziel der operativen Versorgung sollte immer die mögliche zügige und schmerzreduzierte Vollbelastung sein.

Nachbehandlungsschema sowie Kontrolluntersuchungen

Einen nicht unwesentlichen Teil der erfolgreichen Therapie stellen definierte Nachbehandlungsschema sowie Kontrolluntersuchungen dar. Gerade Fragilitätsfrakturen des Beckenrings können vor allem bei konservativer, aber auch nach operativer Therapie durchaus noch höhere Instabilitäten entwickeln. Ausbleibende Frakturheilung oder zusätzliche Insuffizienzfrakturen an anderen Stellen des Beckens müssen rechtzeitig detektiert und konsequent behandelt werden. Bei persistierenden oder progredienten Beschwerden sollte die Indikation zur erneuten Bildgebung mittels CT daher eher großzügig gestellt werden.

Allen Faktoren vor allem des geriatrischen Patienten ist eine verminderte Knochenqualität und die entsprechend notwendige adäquaten Abklärung und Therapie nach den Leitlinien der DVO gemein. Ebenfalls essentiell ist eine gute Rehabilitation der Patienten mit ausreichender physiotherapeutischer Beübung. Zu empfehlen ist in den meisten Fällen eine stationäre geriatrische Komplexbehandlung. Ein besonderes Augenmerk sollte immer auch auf eine adäquate Patientenschulung hinsichtlich einer Sturzprophylaxe gelegt werden, um das Risiko weiterer Frakturen zu minimieren.



Dr. Andreas Höch
Universitätsklinik Leipzig



Dr. Alexander Rübberdt
Klinikum Bielefeld



PD Dr. Johannes Karl
Maria Fakler
Universitätsklinik Leipzig

Spezialisierte Hüft-Physio-Zentren als Zukunftsmodell?

Neue Erkenntnisse und immer differenziertere Behandlungsalgorithmen haben auch im Bereich der Hüft- und Leistenpathologien zu Zentrumsbildungen geführt. International haben sich diese Modelle bereits erfolgreich etabliert.



So wird die Hüft- und Leistenschmerzsprechstunde der Sportklinik „Aspetar“ in Doha von einem multidisziplinären Team bestehend aus Orthopäde, Leistenchirurg und Physiotherapeut durchgeführt. Spezialisierte Hüft-Physiozentren wie z. B. das englische „Physio cure“ (Leeds) haben sich in der Versorgungslandschaft Großbritanniens bereits etabliert. Interdisziplinäre Kooperationen wie z. B. das „Wiener Hüftnetzwerk“ gewinnen zunehmend an Bedeutung. In Deutschland wird vergleichbaren Modellen bisher (noch) recht wenig Beachtung geschenkt. Gründe können hier sowohl in einer vielfach „veralteten“ Ausbildungsstruktur der Physiotherapie zu suchen sein, wie auch in einer häufig noch verbesserungswürdigen Kooperation zwischen Orthopädie/Unfallchirurgie und der Physiotherapie.

Ein Aufbau derartiger Kompetenzzentren in Deutschland könnte die nationale Versorgungsqualität von Hüftpatienten möglicherweise spürbar verbessern. Im Folgenden werden die Chancen dieser Modelle aufgezeigt.

Synergismen zwischen Arzt und Physiotherapeut

Mit wachsender Erfahrung und Expertise auf dem Gebiet der Hüft- und Leistenchirurgie werden die operativen Indikationsstellungen immer differenzierter. Ein verlässlicher physiotherapeutischer Qualitätsstandard ist dabei von nicht zu unterschätzender Bedeutung. So ist die Wertigkeit einer erfolgten physiotherapeutischen Intervention in der ärztlichen Sprechstunde häufig schwer einzuschätzen. Frage: „Ist der Patient wirklich konservativ austherapiert?“. Andersherum besteht bei einigen Physiotherapeuten eine gewisse Skepsis gegenüber operativen Therapieoptionen. Frage: „Ist die Entscheidung zur OP nicht doch zu schnell gefallen? Kennt der Operateur überhaupt alle konservativen Behandlungsalternativen?“.

Ein spezialisiertes Hüft-Physiozentrum erleichtert einen interdisziplinären Austausch und etabliert verbindliche Ansprechpartner. Dieses kann eine gewisse Anonymität abbauen und Transparenz zwischen allen Beteiligten schaffen. Nur so wird eine überzeugende und klare Kommunikation



gegenüber dem Patienten möglich. Das resultierende Vertrauen wird zu einer besseren Therapieadhärenz und höheren Therapieergebnissen führen.

Inhaltliche Aspekte:

Einer der größten Vorteile stellt der inhaltliche Wissens- und Erfahrungsaustausch zwischen spezialisierten Ärzten und Physiotherapeuten dar. Gleiche Krankheitsbilder werden zum Teil aus sehr unterschiedlichen Perspektiven beurteilt. Aus der Erfahrung der Autoren wird dabei häufig unterschätzt, wie differenziert die Herangehensweise der jeweils anderen Seite tatsächlich ist.

Die interdisziplinäre Diskussion der verschiedenen Ansätze verbessert die klinischen Fähigkeiten aller Beteiligten. Davon profitiert letztendlich wiederum der Patient. Der fachliche Austausch setzt allerdings eine ehrlich interessierte und wertschätzende gegenseitige Kommunikation zwischen beiden Berufsgruppen voraus. Einen wichtigen Meilenstein stellte die Einladung von

entsprechenden Experten zur aktiven Mitarbeit in den jeweiligen Fachgesellschaften dar.

Berufspolitische Aspekte:

Auch aus berufspolitischer Sicht bietet eine „gelebte“ Kooperation zwischen spezialisierten Physio-Zentren und Ärzten große Chancen.

Allen voran sollte die Ärzteschaft das „Zuweisungs-Potential“ eines solchen Zentrums nicht unterschätzen. Ein spezialisiertes Zentrum sieht ein großes Volumen vorselektierter Patienten. Zudem entwickelt sich zwischen Patient und Physiotherapeut im Laufe der Zeit ein großes Vertrauensverhältnis und der Empfehlung des Physiotherapeuten kommt oftmals eine besondere Bedeutung zu. Anders herum profitiert die Physiotherapie vielfach von einer ärztlichen Empfehlung.

All diese Aspekte lassen die verschiedenen Versorgungsbereiche (ambulante und klinik-tätige Operateure, Physiotherapeuten, konservative Orthopäden und Rehamediziner) enger zusammenwachsen.

Optimierung der physiotherapeutischen Expertise

Ein spezialisiertes Hüft-Physiozentrum gewährleistet eine hohe fachliche Expertise und stellt somit eine optimale physiotherapeutische Behandlung der betroffenen Patienten sicher.

Die meisten Physiotherapeuten verfügen in der Nachbehandlung von klassischen orthopädischen Eingriffen (z. B. Rekonstruktionen der Rotatorenmanschette) über viel Routine. Im Gegensatz dazu fehlt vielen Therapeuten die Erfahrung im Umgang mit den modernen und immer differenzierteren Behandlungsstrategien von Hüftpathologien. Dieses gilt insbesondere für Patienten mit einem hohen Leistungsanspruch. Die aktuell unkoordinierte Verteilung der betroffenen Patienten auf diverse Praxen und Zentren erschwert die Entwicklung einer klinischen Expertise zusätzlich.

Aus physiotherapeutischer Sicht führt dieses häufig zu einer Verunsicherung im Umgang mit diesen Krankheitsbildern, welche sich auch auf den Patienten übertragen kann. Die eingeschränkte klinische Erfahrung führt schnell zu Unter- oder Überforderungen in der Rehabilitation. Verzögerte

Heilungsverläufe und schlechtere klinische Outcomes sind mögliche Konsequenzen.

Ein entsprechend spezialisiertes Kompetenzzentrum würde auch als Anlaufpunkt für Komplexpatienten mit therapieresistenten Beschwerden dienen. Aspekte wie „Yellow Flags“ und Chronifizierung setzen besondere „Softskills“ im Management dieser Patienten voraus.

Die Physiotherapie verbringt viel Zeit mit dem Patienten, daher kommt ihr bei der Patientenführung eine besondere Rolle zu. Diese Anforderungen können insbesondere nicht-spezialisierte Therapeuten an Ihre Grenzen bringen.

Wissenschaftliches Arbeiten

Klar strukturierte physiotherapeutische Zentren ermöglichen eine engmaschige prä- und postoperative Anbindung der Patienten. Dieses stellt eine Grundvoraussetzung für eine wissenschaftliche Evaluation verschiedener Therapieansätze dar.

Standardisierte Behandlungsregime ermöglichen die Durchführung klar definierter Nachbehandlungskonzepte einschließlich einer kriterien-basierten Rehaprogression sowie eines regelmäßigen Monitoring (Fragebögen, klinische Untersuchungen und funktionelle Testungen).

Renommiertere internationale Kliniken nutzen derartige Synergien um Ressourcen zu bündeln und die klinische Patientenversorgung mit der Forschung zu verbinden. Der wissenschaftliche Output dieser Zentren (z. B. „Sports Surgery Clinic“ in Dublin oder „Aspetar“ in Doha) spricht dabei für sich selbst.

Welche Patienten profitieren von diesen Kompetenzzentren?

Der therapeutische Schwerpunkt eines derartigen Zentrums umfasst das gesamte Spektrum der akuten und chronischen Hüft- und Leistenpathologien einschließlich der Rehabilitation nach entsprechenden operativen Eingriffen. Dazu zählen unter anderem:

- ▶ Symphysisitis/„Weiche Leiste“/Osteitis pubis
- ▶ Greater Trochanteric Pain Syndrome
- ▶ Impingement-Syndrome (Cam, Pincer, Subspine, Ischiofemoral)
- ▶ Hüftarthroskopische Eingriffe und Mini-Open OPs
- ▶ Hüftdysplasie
- ▶ Korrigierende Osteotomien (z. B. PAOs, Derotationsosteotomien)

- ▶ Coxarthrose
- ▶ Hüftendoprothetik und Wechseloperationen
- ▶ Proximale Femur- und Beckenfrakturen
- ▶ Hüftgelenksnahe Muskelverletzungen (z. B. proximale Hamstringavulsionen, Adduktorenverletzungen)
- ▶ Coxa Saltans interna und externa
- ▶ Hüfterkrankungen des Kindes- und Jugendalters
- ▶ Unklarer Leistenschmerz
- ▶ Kombinierte Pathologien in der Lenden-Becken-Hüftregion

Das Patientenkontinuum erstreckt sich somit vom Kind über den Leistungssportler bis hin zum Senioren. Dieses ermöglicht perspektivisch die jahrzehntelange Begleitung eines Patienten und seiner Hüftgelenkserkrankung.

Fazit

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass spezialisierte Physiotherapiezentren und interdisziplinäre Hüftkompetenzzentren viele Vorteile bieten. Sie erhöhen die fachliche Expertise und bündeln Synergismen zwischen Ärzten und Physiotherapeuten. Zusätzlich schaffen sie interessante Rahmenbedingungen für wissenschaftliche Projekte. Insgesamt wird die Versorgungsqualität der Patienten verbessert und die Ressourcenverteilung im Gesundheitssystem optimiert. Perspektivisch könnte eine Zertifizierung für interdisziplinäre Hüftzentren einen nationalen Qualitätsstandard gewährleisten.



Niklas Hennecke, ARGON Praxis



Alexander Baillou, MSc
www.physio-baillou.at

Dr. Christian Gatzka
Hamburger Hüftmanufaktur (HHM)

Berufspolitik im Alltag des Arztes in O und U: Ein Appell

Der Beruf des Arztes ist ein freier Beruf, ein Privileg, das sowohl Rechte als auch Pflichten mit sich bringt. Unsere Profession blickt auf eine mehrtausendjährige Entwicklung zurück und steht auf starken ethischen Fundamenten. Diese sind niedergelegt unter anderem in der Überarbeitung des Genfer Gelöbnisses in Chicago durch den Weltärztebund 2017, in der Deklaration der Menschenrechte der UNO, in der Deklaration von Helsinki, in den gesetzlichen Grundlagen, in einer neuen Muster-Berufsordnung, in immer wieder neu gefassten Leitsätzen der Ärzteschaft und allgemeinen ethischen sowie fachlichen Vorgaben.

Unabhängig von der stetigen fachlichen Weiterentwicklung und der Diskussion ethischer Fragen im jeweiligen zeitlichen Kontext, hat sich in den letzten Jahrzehnten eine intensive Diskussionskultur entfaltet, die Bereiche betrifft, die über die bisherigen berufsspezifischen Themen deutlich hinausgehen und gleichzeitig von höchster Wichtigkeit für unseren Arztberuf sind. Schlaglichtartig seien hier nur die Begriffe „Verrechtlichung der Medizin“, „Ökonomisierung der Medizin“, „Bewältigung des steigenden Wissenszuwachses“, „Digitalisierung“, „Künstliche Intelligenz“ und „Feminisierung der Medizin“ genannt. All das sind Trends, die unserer Zeit, unserem Zeitgeist entsprechen. Sie haben damit ihre Berechtigung, aber für sie muss auch der richtige gesamtgesellschaftliche Stellenwert gefunden werden. Erforderlich dazu ist ein Diskurs aller beteiligten Akteure auf Augenhöhe.

Diese nur angerissenen umfangreichen Diskussionen haben zu einer Reihe von Fragen geführt, wie „Was ist heute machbar?“, „Was ist von dem Machbaren sinnvoll?“,



„Was will sich die Gesellschaft das Sinnvolle kosten lassen?“ und „Was kann jeder einzelne dazu beitragen?“. Es ergab sich also zwangsläufig, dass daraus eine neue Wertediskussion entstand, die schon über mehrere Jahre in beeindruckender Qualität in zahlreichen Organen unserer Fächer (unter anderem im Deutschen Ärzteblatt) geführt wird.

Im Alltag stellt sich die Frage, wie relevant diese Entwicklungen für unsere ärztliche Tätigkeit sind, und ob wir uns an den Diskussionen nicht nachhaltiger beteiligen müssen. Um Beispiele dafür anzuführen, sei auf eine Reihe von Gesetzen und Gesetzentwürfen des Gesundheitsministeriums der letzten Jahre hingewiesen, welche die Optimierung medizinischer Versorgung und Pflege im Blickpunkt haben, aber häufig die andere Seite der Medaille nicht auf den ersten Blick offenbaren.

Gesetze zur Reform der Notfallversorgung (Referentenentwurf), das MDK-Reformgesetz, die Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung und das Pflege-

personal-Stärkungsgesetz sind natürlich dazu gedacht, Qualität zu erhöhen. Andererseits haben sie aber auch das Ziel, strukturelle Veränderungen anzustoßen und klar gesprochen, die Krankenhausdichte zu reduzieren. Auch das Patientenrechte- sowie das Bundesdatenschutzgesetz sind nachvollziehbar im Zeitalter der Globalisierung und Digitalisierung, führen aber zu einem stetig wachsenden Dokumentationsaufwand mit vielen Einschränkungen und Unsicherheiten hinsichtlich des Datengebrauchs im klinischen Alltag, in der Lehre und in der Forschung.

Umbruch der Rahmenbedingungen

Diverse Entwicklungen haben bereits und werden weiter zu deutlichen Veränderungen der Rahmenbedingungen (Fremdbestimmung, Reglementierungen, Leistungsdruck, Zunahme arztferner Tätigkeiten etc.) bei der Ausübung unseres Arztberufes führen.

Krankenhäuser werden reduziert, politisch gewollt und nicht in jedem Fall unberechtigt. Hier wäre jedoch ein kontrollierter und konsentierter Weg wünschenswerter. Die ambulante Versorgungslandschaft wird sich durch den gezielten Aufkauf von Praxen durch private Investoren und der Ausweitung der MVZ verändern. Was auf der einen Seite von einigen Kollegen als positiv empfunden wird (Angestelltenverhältnis, kein unternehmerisches Risiko, Abnahme der Abrechnungsmodalitäten), beeinflusst auch unsere Entscheidungsfreiheit, die Präsenz der einzelnen Fachrichtungen und kann Kernpunkte der Freiberuflichkeit berühren. Zu erwähnen sind in diesem Zusammenhang die Diskussionen über Änderungen des Vergütungssystems (DRG, EBM, GOÄ), der Versicherungsstrukturen (siehe Bertelsmann- und KOMV-Gutachten), die zunehmende Privatisierung von Krankenhäusern, die sich in Arbeit befindliche Studienreform, die neue Muster-Weiterbildungsordnung sowie viele fachliche Standards und Qualitätsoffensiven.

Selbst wenn in Zeiten der COVID-19-Pandemie die Stringenz der Umsetzung genannter Entwicklungen zeitweilig in den Hintergrund gerückt, aufgeschoben oder temporär aufgeweicht worden ist, sollte man sich nicht der Illusion hingeben, dass dies nach der erhofften und erwarteten Rückkehr zum Berufsalltag so bleiben wird. Denn einerseits liegen all diesen Entwicklungen in der Regel politisch als positiv empfundene Intentionen zur Verbesserung der Versorgung und Qualität im Gesundheitswesen, der Verbesserung der Patientensicherheit und der Optimierung der Aus- und Weiterbildung zugrunde. Andererseits greifen sie nachhaltig in das tägliche Leben des Arztes, seinen Arbeitsalltag und die Rahmenbedingungen seiner Berufsausübung ein.

Was können wir tun?

Vorneweg darf erst einmal hervorgehoben werden, dass bisher schon viel getan wird, dass hoch engagierte Kollegen tagtäglich auf diesem Gebiet in den Gremien der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und Landesärztekammern, der Berufsverbände und Fachgesellschaften berufspolitisch aktiv sind und viel freie Zeit und Engagement einbringen, um alle Entwicklungen möglichst weit mitzugestalten. Trotzdem besteht Unsicherheit darüber, ob wir genug dafür tun, dass unsere Stimme gehört wird. Wir haben eine Reihe von Gremien, die uns dazu Möglichkeiten geben, wie beispielhaft die KVen, die Ärztekammern, der Ärztetag als beschlussfassendes Organ, die Berufsverbände und deren Spitzenverband sowie die Fachgesellschaften. Nicht unterschätzen sollte man die klinikinternen Gestaltungsmöglichkeiten und ebenso nicht die der Fakultäten an den Universitäten, mit denen man sich in Diskussionen gut einbringen kann.

Der Blick auf die reinen Zahlen ergab Ende 2018 10.611 Fachärzte für O und U, 5.517 für Orthopädie und 2.340 für Unfallchirurgie. Doppelnennungen sind dabei nicht auszuschließen, sodass die Gesamtsumme etwas schwierig zu ermitteln ist. Unsere größte gemeinsame Fachgesellschaft, die DGOU, hat 10.600 Mitglieder, die Zahlen der DGU und die der DGOOC liegen im vierstelligen Bereich. Als eine der ältesten und stärksten Fachgesellschaften im Bereich der „schneidenden Fächer“ hat die DGCH 17.500 und der BVOU als starke politische Kraft etwas über 7.000 Mitglieder. Insgesamt gab es Ende 2018 – entsprechend den Statistiken der Bundesärztekammer – 392.402 berufstätige Ärzte in Deutschland und noch zusätzlich circa 123.000 nicht berufstätige Ärzte. Rechnet man nun die Zahl der in der DGOU engagierten Ärzte auf die Gesamtärzteschaft hoch, entspricht das 2,7 %, im BVOU 1,8 %, bezogen jeweils nur auf die berufstätigen Ärzte in Deutschland.

Hier ergibt sich die Frage, wie gut die Stimmen der Mitglieder fachbezogen wahrgenommen werden können. Diese Frage haben wir auch in einer klinikinternen Fortbildung allen Mitarbeitern – den leitenden Ärzten bis hin zu den bei uns tätigen PJlern – gestellt. Das Ganze wurde im Nachgang dann auch intensiv diskutiert. Im Ergebnis zeigten sich im Wesentlichen zwei Möglichkeiten, die auf die Schlagworte „Information“ und „Engagement“ zu reduzieren wären.

Alle Kollegen, insbesondere die jungen, finden sich heute in einem gewandelten ärztlichen Arbeitsumfeld wieder, das unter anderem durch stringente Arbeitszeitregelungen, hohe Arbeitsverdichtung und umfangreiche Tätigkeiten gekennzeichnet ist, die sich von den eigentlichen Kernaufgaben unseres Berufes wegbewegen. Gerade hier müssen wir das Bewusstsein für die Notwendigkeit eines über die umfangreich fordernde Berufstätigkeit hinausgehenden berufspolitischen Engagements wecken.

Informationskanäle nutzen

Es ist aus unserer Sicht eine der grundlegenden Voraussetzungen im Arztberuf sich berufspolitisch zu informieren. Das Deutsche Ärzteblatt, die Ärzteblätter der Landesärztekammer, OUMN, Infobriefe, Webseiten und Informationen der Berufsverbände sowie der Fachgesellschaften, KV-Nachrichten und nicht zuletzt der direkte Austausch bieten endlose Möglichkeiten. Es ist erstaunlich, auf welchem hohem Niveau und wie intensiv Diskussionen in den verschiedenen Organen geführt werden. Man hat nur manchmal den Eindruck, dass sie zu wenig vernommen werden.

Mitgestaltendes Engagement

Der zweite Schritt – und das ist perspektivisch der entscheidende – sollte ein mitgestaltendes Engagement sein. Hierzu seien nur beispielhaft einige der vielen Optionen aufgezeigt.

- ▶ Eine nachhaltige Maßnahme wäre die einfache Mitgliedschaft in den aktiven Verbänden wie dem BVOU und den Fachgesellschaften. Neben zahlreichen Vorteilen, die solche Mitgliedschaften per se bieten, verleiht die Erhöhung der Stimmenzahl diesen Institutionen allein schon ein deutlich höheres Gewicht.
- ▶ Die Fachgesellschaften bieten über das umfangreiche fachliche Angebot hinaus sehr viele Gremien, die zum Teil auch gesellschaftsübergreifend tätig sind, die sich mit verschiedensten berufspolitisch relevanten Fragen, wie beispielsweise der Ausbildung, der Weiterbildung, der Ethik, der Digitalisierung etc. befassen, und sich über engagierte Mitarbeit freuen.
- ▶ Alle Fachgesellschaften einschließlich der Berufsverbände bieten „Junge Foren“, in denen sich junge Kollegen engagieren können und sollen. Dieses Engagement wird nicht nur wahrgenommen, sondern auch ausdrücklich gefördert.
- ▶ Wichtig ist, die Mitgliederversammlung auf den Kongressen zu besuchen und hier die Entscheidungen mit zu beeinflussen. Einmal durch das Einbringen von Vorschlägen, was jederzeit möglich ist, und auch durch die Abstimmung in den laufenden Entscheidungsprozessen.
- ▶ Weiterhin gilt der Appell, die Möglichkeiten der Ärztekammern und der KVen mit all ihren Gremien und Arbeitsmöglichkeiten nicht zu unterschätzen. Man muss versuchen, sich soweit es geht einzubringen beziehungsweise auch wählen zu lassen, denn nur wo Fachvertreter vertreten sind, können die Fachspezifika auch begriffen werden.

Es soll hier noch einmal klar herausgestellt werden, dass es bereits viele Kollegen gibt, die sich mit unermüdlichem Eifer auf all den genannten Gebieten einbringen. Ihnen ist nicht genug zu danken für die oft lang andauernden und manchmal auch frustrierten Bemühungen, die aber auch die erhofften Erfolgsergebnisse vermitteln können. Trotzdem muss es unsere Aufgabe sein, uns immer wieder daran zu erinnern und insbesondere unseren jungen Kollegen am Beginn ihrer medizinischen Laufbahn zu vermitteln, dass wir in einer Zeit eines tiefgreifenden Umbruchs leben, in der die medizinische Profession von verschiedensten Seiten beeinflusst und nicht zuletzt auch bedrängt wird. Bei allen berechtigten Veränderungen muss aufmerksam darauf geachtet werden, dass wir unser höchstes Gut, unsere Selbstbestimmung und Freiberuflichkeit sowie die Spezifika unseres Berufes einschließlich derer unseres Faches bewahren müssen. Dies ist aber nur möglich, wenn wir unsere Stimme als Vertreter unseres Faches hörbarer machen sowie aktiv und gestaltend mitwirken.

Vielleicht bietet das erzwungene Innehalten im Rahmen der Pandemie dabei auch die Chance, den Schwung des Neustarts nicht nur für fachliches, sondern auch für berufspolitisches Engagement mitzunehmen. Und sicher ist: Bei sich und mit sich selbst anzufangen ist dabei immer der erste und oft auch der wichtigste Schritt.



© Universität Leipzig
Prof. Dr. Christoph E. Heyde
Klinik für Orthopädie,
Unfallchirurgie und
Plastische Chirurgie,
Universität Leipzig AöR
DKOU-Präsident
für den BVOU 2022

Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung: Lob und Kritik

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Notfallversorgung (Referentenentwurf, Bearbeitungsstand vom 8.1.2020) vorgelegt.¹ Dabei handelt es sich um das Zusammenwirken der neu zu schaffenden gemeinsamen Notfallsysteme (GNL) und integrierten Notfallzentren (INZ) mit dem Rettungsdienst und dem ärztlichen Bereitschaftsdienst. Ziel des Gesetzentwurfs ist es laut der Begründung, die bisher weitgehend getrennt organisierten Versorgungsbereiche der ambulanten, stationären und rettungsdienstlichen Notfallversorgung zu einem System der integrierten Notfallversorgung weiter zu entwickeln.

Eine enge Verzahnung dieser Versorgungsbereiche soll zu mehr Orientierung für Patientinnen und Patienten, zu kürzeren Wartezeiten, zu einem sinnvollen und effizienten Einsatz personeller und finanzieller Ressourcen und damit zu einer Verbesserung der Gesamtqualität der medizinischen Notfallversorgung führen.²

Gemeinsames Notfallsystem

Das gemeinsame Notfallsystem soll erstmalig in § 133b SGB V geregelt werden. Mit dem Ziel, Patientinnen und Patienten in dringenden medizinischen Fragestellungen einen jederzeit erreichbaren qualifizierten Ansprechpartner zu bieten und in die richtige Versorgungsstruktur zu steuern, sollen Anreize für die Bildung von GNL als verbindliche Kooperationen von Rettungsleitstellen und Kassenärztlichen Vereinigungen gesetzt werden. GNL sollen keine allgemeinen Serviceleistungen, wie z. B. die Vergabe von Arztterminen erbringen.³

Integrierte Notfallzentren

- ▶ 123 SGB V – E regelt die Errichtung und den Betrieb integrierter Notfallzentren.
- ▶ 123 Abs. 1 SGB V – E lautet:
„Integrierte Notfallzentren erbringen als zentrale,

jederzeit zugängliche Anlaufstellen der Notfallversorgung auf der Grundlage des bundeseinheitlichen Verfahrens nach Abs. 3 eine qualifizierte und standardisierte Ersteinschätzung des medizinischen Versorgungsbedarfs der Hilfesuchenden sowie die aus medizinischer Sicht erforderliche notdienstliche Versorgung. Soweit dies medizinisch erforderlich ist, sind sie zur Weiterleitung in die stationäre Versorgung des Krankenhauses berechtigt und verpflichtet. Die Kooperationsvorgaben nach § 133b Abs. 4 sind zu beachten.“

Rettungsdienst

Gemäß § 11 Abs. 1 Nr. 5 in Verbindung mit § 60 SGB V – E wird die medizinische Notfallrettung, wozu die Versorgung am Notfallort und die Rettungsfahrten zählen, eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Leistungen der medizinischen Notfallrettung werden gemäß § 133 Abs. 1 SGB V – E von den nach den Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehenen Trägern des Rettungsdienstes oder den beauftragten Einrichtungen oder Unternehmen erbracht.

Finanzierung

Für die Leistungen, die im Rahmen eines gemeinsamen Notfallsystems erbracht werden, schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den zuständigen Landesbehörden oder den nach den Landesrettungsdienstgesetzen vorgesehenen Trägern der Rettungsleitstellen – ausgehend von einer zu vereinbarenden Pauschale je Hilfeersuchen – Verträge (§ 133b Abs. 5 SGB V – E).

Die Errichtung von GNL und die digitale Vernetzung wird gemäß § 133b Abs. 6 SGB V – E durch die gesetzliche Krankenversicherung mit einer Summe von 25 Mio. € für die einmalige Finanzierung der Anschaffungskosten von Softwarelösungen für die Rettungsleitstellen der Rufnummer 112 und die Leistungserbringer der medizinischen Notfallrettung gefördert.

Gesetzgebungsverfahren

Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes ergibt sich aus Artikel 74 Abs. 1 Nr. 12 des Grundgesetzes.⁴ Die Zustimmung des Bundesrats ist nicht erforderlich. Das Gesetz soll bis Ende 2020 verabschiedet werden.⁵ Anschließend regelt zunächst der Gemeinsame Bundesausschuss die Details innerhalb von 18 Monaten (§ 329 Abs. 1 SGB V – E). Die neue Rechtslage tritt gemäß Artikel 4 Abs. 1 des Gesetzentwurfs nach einer weiteren Frist von vier Monaten in Kraft.⁶



Der Gemeinsame Bundesausschuss begrüßt die ihm zugeordnete Regelungskompetenz, auf der Grundlage des § 92 Abs.1 Satz 2 Nr. 16 SGB V und § 123 Abs. 3 SGB V Planungsvorgaben für die INZ sowie Qualitätsanforderungen für die Leistungserbringung in den INZ zu bestimmen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen macht der Gemeinsame Bundesausschuss diesbezügliche Änderungsvorschläge.⁹

Kritik der Verbände



Der Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands e.V. (VLK) fürchtet eine Reduktion der Notfallstandorte auf ca. 50% der derzeitigen Kapazitäten durch Beschränkung der Behandlung auf Kliniken mit einem angegliederten Integrierten Versorgungszentrum (INZ). Der VLK zeigt sich entsetzt über diesen Vorschlag, der unter dem Deckmantel der Verbesserung der Notfallversorgung vor allem das Ziel eines Ausschlusses möglichst vieler Kliniken aus der Notfallversorgung im Auge habe. Diese Kliniken bildeten aber derzeit das Rückgrat der Notfallbehandlung, nachdem der ambulante Sektor in der Erfüllung seines Sicherstellungsauftrags seit langem versagt habe. Angesichts dieses Szenarios der Kassenärztlichen Vereinigung die fachliche Leitung der INZ übertragen zu wollen, sei grotesk.⁷



Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) begrüßt den Referentenentwurf. Dies gilt insbesondere für die Betonung der starken Rolle des KV-Systems bei der notdienstlichen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland. So bleibe vor allem der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die ambulante notdienstliche Versorgung erhalten und eine neue Struktur – mit damit notwendigerweise verbundenen Schnittstellenproblematiken – werde vermieden.

Einzelne Regelungen bedürfen aus Sicht der KBV noch einer Überarbeitung und Klarstellung. Klärungsbedarf bestehe vor allem noch im Hinblick auf eine vollständige Finanzierung der Leistungsangebote im Rahmen der notdienstlichen Versorgung und der Beibehaltung von regionalen Spielräumen. Wenn die Notfallreform gelingen soll, müssten für die Akteure vor Ort ausreichende Kompetenzen und Gestaltungsspielräume verbleiben.⁸



Die Deutsche Krankenhausgesellschaft stellt zusammenfassend fest, dass die im Referentenentwurf vorgesehene Ausgestaltung der INZ und damit der Kernbereich der Reform der Notfallversorgung aus Sicht der Krankenhäuser absolut inakzeptabel seien. Der Aufbau solcher Strukturen führe lediglich zu ineffizienten Doppelvorhalten und zu komplexen, hochbürokratischen Parallelstrukturen. Der Referentenentwurf werde hier den Belangen der Krankenhäuser in keinsten Weise gerecht. Zu begrüßen seien hingegen alle Maßnahmen, die durch eine gezielte Patientensteuerung im Vorfeld der Behandlung zu einer Entlastung der Notaufnahmen der Krankenhäuser führen.

Die vorgeschlagene Begrenzung der ambulanten Notfallversorgung auf Integrierte Notfallzentren (INZ) hätte eine deutliche Ausdünnung medizinischer Versorgung im Notfall zur Folge: Würde die Anzahl der rund 1.200 ambulanten Notfallstandorte in den Kliniken auf etwa die Hälfte der aktuellen Standorte reduziert werden, wie dies die erklärte Absicht der KBV sei, bedeute dies für die Patienten längere Wege und noch höhere Belastungen und Wartezeiten an den zentralen Standorten.

Die Überführung der heute an den Krankenhäusern bestehenden Notaufnahmen in gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung getragene INZ als eigenständiger Betrieb und unter medizinischer Leitung der KV sei völlig inakzeptabel.

Es sei nicht nachvollziehbar, dass der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen, den diese ganz offensichtlich in der Vergangenheit zu keinem Zeitpunkt eigenständig hätten erfüllen können, nun auch noch auf die 11 Millionen Behandlungsfälle der Krankenhäuser und auf die zentralen Notaufnahmen der Krankenhäuser erstreckt werden solle.

Es werde vollkommen außer Acht gelassen, dass zwei Drittel aller in den Notaufnahmen der Krankenhäuser behandelten ambulanten Notfälle der diagnostischen und therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser auch zwingend bedürften. Der vorliegende Referentenentwurf sehe demgegenüber vor, dass alle

ambulanten Notfälle in den INZ zu versorgen seien bzw. dieses eine Weiterleitung zur stationären Aufnahme veranlasse. Hier werde die gesetzlich vorgesehene Überprüfung der stationären Behandlungsmöglichkeit durch die Krankenhäuser ad absurdum geführt – mit der Folge, dass es zu mehr stationären Aufnahmen komme und bei der Prüfung stationärer Fälle durch den Medizinischen Dienst das Krankenhaus für eine Entscheidung des KV-geleiteten INZ haften müsse.

Die durch die erweiterten Landesausschüsse festgelegten INZ-Standorte zwingen den Krankenhausträger, mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung einen Betreibervertrag zu schließen. Die vorgesehene Errichtung einer gemeinsamen Betreibergesellschaft mit der Kassenärztlichen Vereinigung sei für die Krankenhäuser inakzeptabel.

Völlig abwegig sei die Vorgabe, dass Krankenhäuser, die erforderliche Leistungen für Notfallpatienten erbringen, ohne dass sie eine INZ-Zulassung haben, nur noch die Hälfte der Vergütung erhalten sollen. Auch in Zukunft würden Patienten in Notfällen Krankenhäuser aufsuchen. Diese Patienten könnten nicht einfach weggeschickt werden, auch weil die gesetzlichen Regelungen dies nicht zuließen. Es sei absolut unverständlich, dass ein Gesetzentwurf der Bundesregierung Krankenhäuser, die in solchen Fällen Nothilfe leisten, mit der Halbierung der Vergütung bestrafe. Auch habe die Kassenärztliche Bundesvereinigung bereits signalisiert, dass sie an lediglich der Hälfte der bisherigen Standorte, die ambulante Notfälle versorgen, INZ einrichten wolle.

Die Auswahl von Krankenhausstandorten mit INZ solle laut Gesetzentwurf auf Grundlage von Kriterien des Gemeinsamen Bundesausschusses, in dem Kassen und Vertragsärzte zusammen die Stimmenmehrheit haben, und durch um Krankenhausvertreter erweiterte Landesausschüsse über Mehrheitsentscheidung erfolgen. Durch die vorgesehenen Mehrheitsentscheidungen bei der Kriterien-Bestimmung sowie Zuordnung würden Kassen und Kassenärztliche Vereinigungen maßgeblich

über die Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen in Deutschland entscheiden können. Das stehe jedoch im absoluten Widerspruch zur verfassungsrechtlichen Zuordnung der Zuständigkeit der Länder für die Krankenhausplanung. Die Planungshoheit der Länder stehe über allen strukturverändernden Maßnahmen und dürfe keinesfalls über indirekte Eingriffe ausgehöhlt werden.¹⁰



Der GKV-Spitzenverband hat sich folgendermaßen geäußert: Mit dem derzeit diskutierten Gesetzentwurf bestehe die große Chance, die Akut- und Notfallversorgung der Menschen deutlich zu verbessern. Die neuen Integrierten Notfallzentren an den Krankenhäusern würden für klare Verhältnisse sorgen: Gleich bei der Ankunft werde ein Patient in die richtige Versorgungsebene geleitet: Leichtere Fälle würden von ambulant tätigen Ärzten direkt vor Ort behandelt, ernste Notfälle sofort in die Krankenhaus-Notaufnahme geleitet.

Für die bessere Versorgung sei allerdings die Verknüpfung der Notrufnummer 112 und der Nummer des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes 116 117 eine wichtige Bedingung. Das Problem: Während die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Kooperation mit den Notfallleitstellen der 112 verpflichtet seien, sei dies umgekehrt für die Träger der Notfallleitstellen eine freiwillige Regelung. Hier liege der Keim für eine weiterhin uneinheitliche Versorgung kranker Menschen, die auf die gute Zusammenarbeit der verschiedenen Glieder der Rettungskette angewiesen seien.¹¹

Dr. jur. Manfred Andreas
Karlsruhe
Erschienen: ArztRecht 5/2020

Der ausführliche Beitrag ist online veröffentlicht unter:
bit.ly/3dVn3G6

Literatur

1 https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/N/Referentenentwurf_zur_Reform_der_Notfallversorgung.pdf

2 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/notfallversorgung.html>

3 Ref.-Entwurf S. 2 und S. 20/21

4 Ref.-Entwurf S. 44

5 Begründung Ref.-Entwurf S. 23

6 <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/notfallversorgung.html> – am Ende

7 <https://vlk-online.de/verband-der-leitenden-krankenhausaerzte-deutschlands-e-v-vlk-entruestet-ueber-referentenentwurf-zur-ambulanten-notfallversorgung-unverantwortliche-angebotsverknappung-der-notfallversorgung>

8 https://www.kbv.de/media/sp/KBV_Stellungnahme_Referentenentwurf_Notfallreform.pdf

9 https://www.g-ba.de/downloads/17-98-4956/2020-02-07_PA-BMG-G-BA-Stellungnahme-Reform-Notfallversorgung.pdf

10 https://www.dkgev.de/fileadmin/default/Mediapool/1_DKG/1.3_Politik/Stellungnahmen/2020-02-10_DKG-Stellungnahme_Referentenentwurf_Gesetz_zur_Reform_der_Notfallversorgung.pdf

11 https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/pressemitteilungen/2020/PM_2020-02-17_Referentenentwurf_Reform_Notfallversorgung.pdf

Behandlungsfehler – jeder Fall ist einer zu viel



© BGU Frankfurt am Main

Alle Jahre wieder: Statistiken von vorgeworfenen und nachgewiesenen medizinischen Fehlern landen zuverlässig auf den Titelseiten der Medien. Und natürlich sind die Zahlen wieder gestiegen.

Der MDK (Medizinische Dienst der Krankenkassen) hat 2019 rund 14.500 Gutachten zu vermuteten Behandlungsfehlern erstellt. In einem Viertel davon bestätigte sich der Verdacht einer Fehlbehandlung, in jedem fünften Fall habe der Fehler den erlittenen Schaden auch verursacht. Die Zahlen der Gutachter- und Schlichtungsstellen der Ärztekammern liegen meistens deutlich niedriger und im Vergleich zu allen durchgeführten Behandlungen im niedrigen Promillebereich. Aber: jeder Fall einer nachgewiesenen Fehlbehandlung ist ein Fall zu viel. Es ist daher erfreulich, dass sich in den vergangenen Jahren in der

Medizin eine „Fehlerkultur“ entwickelt hat. Gravierende Fehler lassen sich durch aktive Qualitätsmaßnahmen zum großen Teil vermeiden. Aus einer „Fehlerkultur“ wird somit zunehmend eine „Fehlervermeidungskultur“.

Warum nehmen tatsächliche oder vermeintliche Fehler zu?

In einer zunehmend aufgeheizten öffentlichen Atmosphäre und Debatte nimmt die Bereitschaft Behandlungsergebnisse, die nicht den persönlichen Erwartungen entsprechen, auf fehlerhafte Behandlungen zurückzuführen, stetig zu. Komplikationen werden nicht mehr akzeptiert, auch wenn über ihr mögliches Auftreten sach- und fachgerecht aufgeklärt wurde. Durch Arbeitszeitkorsette aufgezwungene Arbeitsteilung, ständige Arbeitsverdichtung und ausufernde Dokumentationspflichten leidet zudem das persönliche Arzt-/Patientenverhältnis. Der Arzt muss für alles Zeit haben – außer für seine Patienten. Aus einem sehr persönlichen Verhältnis entwickelt sich eine Kundenmentalität, die nicht nur eine fachgerechte ärztliche Behandlung einfordert, sondern auch massiv das gewünschte Behandlungsergebnis. Diese Kundenmentalität wird durch die immer stärker propagierte Ökonomisierung des Gesundheitswesens mit gleichzeitig zunehmendem Marginalisierungsdruck auf die Leistungserbringer unterstützt. Es resultieren Spannungsfelder, die eine höhere Klagebereitschaft, mehr Begutachtungen und folglich mehr entdeckte „Fehler“ generieren. Das Wort Ärztepfeusch ist dann schnell zur Hand – und unterstellt durch diese Wortwahl bewusst Vorsatz oder mindestens Fahrlässigkeit. Der ärztliche Berufsstand wird dadurch zunehmend diskreditiert und das für jeden Behandlungserfolg erforderliche Vertrauen a priori unterminiert.

Unter Generalverdacht

Gibt es also immer mehr Behandlungsfehler oder werden sie durch die genannten Entwicklungen nur häufiger aufgedeckt? Und: Sehen wir nur die Spitze eines Eisbergs? Orthopädie und Unfallchirurgie standen und stehen konstant im Fokus. In der Orthopädie geht es schließlich um einen gesteigerten Lebenskomfort, in der Unfallchirurgie um die Erreichung mindestens des „status ante“. Das heißt, die Erwartungen sind gewaltig. Die Heilungsversprechen aber auch! Viele der bahnbrechenden, innovativen und medial gehypten Operationstechniken oder Implantate der vergangenen Jahre sind schon wieder vom Markt oder irrelevant geworden. Die „Kunden“ lechzen nach immer neuen Heilmethoden – und diese Wünsche werden nicht nur erfüllt, sondern von Industrie, Ärzten und Auflage steigernden Presseberichten auch noch geschürt. Meist ohne nachgewiesene Evidenz. Klassisches Marketing eben – nicht selten unseriös und in erster Linie marktorientiert. Nur, dass das Produkt bei Versagen nicht einfach verschrottet werden kann. Versprechen und Erwartungen werden so häufig nicht erfüllt.

Behandlungsfehler? Wer die Medizin konsequent durchökonomisiert, muss sich über solche Entwicklungen nicht wundern. Hippokratischer Eid und Ökonomie? – Da ist Spannung vorprogrammiert!

Spitze des Eisberges?

Sehen wir also gar nur die Spitze eines Eisbergs? Vermutlich nicht. Gravierende Fehler werden heute meist sicher erkannt und zu Recht beklagt. Dazu sind sie gerade in O und U in der Regel zu offensichtlich. Gleichzeitig steigen aber auch die Schadensansprüche und -summen. Haftpflichtversicherer reagieren und steigen aus oder erhöhen die Prämien massiv. Aber auch schicksalshafte Verläufe werden inzwischen in jahrelangen, für alle Parteien zermürbenden Prozessen mit zahlreichen Gutachten und Gegengutachten aufgearbeitet. Hier böten gegenseitige Kompromissbereitschaft und Entschädigungsfonds häufig schnellere Verfahren und akzeptable Kompensationen. Helfen anonymisierte Fehlermeldesysteme weiter oder helfen sie lediglich einen „Schnüffelstaat“ zu reanimieren? Zu einer Fehlerkultur gehört ein offenes und ehrliches Bekenntnis zu echten Fehlern. Whistleblower haben hier nichts verloren! Sie würden Misstrauen, Angst und einem Trend zur Defensivmedizin Vorschub leisten. Die gegenwärtigen Instrumente zur Aufklärung vermeintlicher

Behandlungsfehler sind völlig ausreichend – mit den Gutachtern und Schlichtungsstellen der Ärztekammern an der Spitze. Wer bei Google sucht, findet unter dem Begriff Behandlungsfehler über 450.000 Treffer. An Information und Möglichkeiten mangelt es also nicht.

Wer Behandlungsfehler vermeiden will, muss neben Strukturen, Prozessen und dem Arbeitsumfeld auch die Qualifikation der Ärzte im Auge haben. Nicht umsonst müssen Piloten kontingentierte Flugstunden erfüllen und hart trainieren. Dies kann dort unter geregelten Bedingungen geschehen. In der Unfallchirurgie passieren Unfälle ungeplant. Wer also durch zum Beispiel zu starre, gesetzliche Arbeitszeitregulierungen und andere Ausfallszeiten den erforderlichen operativen „Caseload“ in der Primetime der chirurgischen Weiterbildung zwischen dem 30. und 40. Lebensjahr nicht erreichen kann, wird zukünftig in seinem Handwerk zwangsläufig schlechter performen als die Generationen vor ihm. Die alte Binsenweisheit „Was Hänschen nicht lernt, lernt Hans nimmermehr“ kommt nicht von ungefähr und bedarf keiner randomisierten Studien. Die frühe Flucht in die Superspezialisierung bietet hier nur einen scheinbaren und systemökonomisch betrachtet, fraglichen wie teuren Ausweg.

Die Etablierung weiterer – auch persönlicher – Mindestmengenregelungen und eine Konzentrierung von Eingriffen auf topspezialisierte Einrichtungen, werden sich unter diesen Bedingungen nicht vermeiden lassen.

Wo Menschen arbeiten, passieren Fehler, auch Behandlungsfehler. Eine Betrachtung reiner Zuwachszahlen ohne eine differenzierte Analyse der genannten Umfeldbedingungen steht allerdings in der Gefahr, unseriös zu wirken.



Prof. Dr. Dr. Reinhard Hoffmann
Frankfurt am Main
BVOU-Vizepräsident

Podiumsdiskussion: Jens Spahn wünscht sich starke Berufsverbände



Christian Ernst und Dr. Torsten Hemker (Facharztambulanz Hamburg), Dr. Dietrich Wersich und Jens Spahn (CDU) bei der Podiumsdiskussion im UKE-Hörsaal (v.l.n.r.)

Im Februar war das Coronavirus zwar schon in der öffentlichen Wahrnehmung angelangt, doch es bestimmte noch nicht den Tagesablauf von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn. Und so kam er tatsächlich zu einer Podiumsdiskussion am 19. Februar 2020 nach. Für die Gastgeber von der Facharztambulanz Hamburg war Spahns Besuch eine gute Gelegenheit, den Hamburger Belegärzten über eine Stunde ungeteilte ministerielle Aufmerksamkeit verschaffen.

Der ärztliche Leiter der Facharztambulanz, der niedergelassene Orthopäde und Vorsitzende des Landesverbandes Hamburg des BVOU Dr. Torsten Hemker, erzählte die Erfolgsgeschichte der seit 2008 auf dem UKE-Gelände ansässigen Belegambulanz, die von über 80 niedergelassenen Fachärzten getragen wird: „Die Patienten werden von ihrem persönlich bekannten Arzt operiert, dieses Vertrauensverhältnis und die lückenlose Nachbehandlung machen den besonderen Qualitätsfaktor unserer Arbeit aus.“ Auch das UKE profitiere von der Kooperation mit der Facharztambulanz, die sich als wichtiger Faktor für die Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses etabliert habe: „Bei uns sind die Operationen so rasch getaktet, dass es für Ärzte in der Weiterbildung mehr Möglichkeiten gibt, die vorgeschriebenen OP-Zahlen zu absolvieren“, erklärte Dr. Hemker.

Der kaufmännische Geschäftsführer der Facharztambulanz, Christian Ernst, ergänzte: „Was wir hier machen, ist die Urform der Integrierten Versorgung, denn es gibt keine Schnittstellenverluste zwischen den Sektoren.“ Doch obwohl das belegärztliche Operieren sämtliche politischen Forderungen nach sektorenübergreifender Versorgung erfülle, werde es von Jahr zu Jahr wirtschaftlich

unattraktiver. Ernst kritisierte insbesondere die Rahmenbedingungen des honorarärztlichen Belegarztwesens, das 2009 ins Gesetz aufgenommen wurde. Dabei würden Belegärzte in der Klinik mit einem Honorarvertrag angestellt, blieben rechtlich aber Belegärzte und würden aus der HauptabteilungsDRG bezahlt – allerdings mit einem Abschlag von 20 Prozent. „Herr Minister, streichen Sie diesen ungerechtfertigten und nicht nachvollziehbaren Abschlag“, forderte Ernst unter dem Beifall des Publikums.

Welcher Sinn hinter dem 20prozentigen Abschlag beim belegärztlichen Operieren steckt, vermochte Spahn zwar nicht zu beantworten: „Diese 20 Prozent haben sicher einen guten Grund, den ich aber gerade nicht nennen kann. Ich kenne nicht alle Regelungen bis ins kleinste Detail – vor allem nicht, wenn sie aus einer Zeit stammen, als ich noch nicht Gesundheitsminister, sondern Staatssekretär im Finanzministerium war“, sagte der Minister. „Doch Sie können sich sicher sein, dass wir im BMG nicht morgens aufstehen und uns überlegen, wie wir Sie heute am besten ärgern könnten.“ Spahn sicherte deshalb zu, das Thema im Ministerium auf die Agenda zu setzen: „Ich nehme das mit, denn wir wollen schließlich die Belegärzte und das Ambulante Operieren stärken. Das ist mir enorm wichtig, denn ich möchte das Verhältnis zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor von Grund auf reformieren.“

Bei grundsätzlichen Fragen dieser Art wünschen sich viele Ärzte, dass sie intensiver in die Debatte einbezogen werden. So meldete sich der Leiter eines ambulanten OP-Zentrums im Publikum mit den Worten: „Wir sind ein mittelständisches Unternehmen außerhalb der Krankenhausstrukturen. Doch in der aktuellen Diskussion werden wir überhaupt nicht gefragt – wie sollen wir da einen Beitrag zur Kosteneinsparung leisten?“ Spahns Antwort auf diese Frage war ein klares Plädoyer für die politische Interessenvertretung durch ärztliche Berufsverbände: „Es gibt in Deutschland über 100.000 Arztpraxen. Mich erreichen jeden Tag mindestens zehn Einladungen, mir dieses oder jenes Konzept anzusehen. Das ist schon allein aus Zeitgründen nicht machbar. Bündeln Sie Ihre Interessen in Verbänden, die Sie politisch vertreten! Es heißt zwar so oft, das seien alles böse Lobbyisten, doch wir in der Politik brauchen die Verbände als Ansprechpartner!“

Antje Thiel

erschienen in: Chirurgen Magazin + BAO Depesche 2.2020, <https://vmk-online.blog/2020/05/29/chirurgen-magazin-bao-depesche-heft-2-2020-mit-dem-schwerpunkt-kinderchirurgie-erschienen/>

Einladung zur ordentlichen BVOU-Mitgliederversammlung 2020 in Speyer



Gemäß Satzung des BVOU laden der Präsident, Dr. Johannes Flechtenmacher, und der geschäftsführende Vorstand des BVOU zur Mitgliederversammlung 2020 ein. Der Zutritt ist nur Mitgliedern vorbehalten.

Gemäß Satzung ist die Mitgliederversammlung unabhängig von der Zahl der erschienenen Mitglieder beschlussfähig. Hinsichtlich der diesjährigen Ausnahmesituation ist eine Teilnehmervoranmeldung erforderlich. Die geplanten Änderungen in Satzung und Beitragsordnung sind ausführlich unter dem angegebenen Link zu finden und wurden Mitgliedern per E-Mail zugesandt. Auf Wunsch sendet der BVOU interessierten Mitgliedern diese Informationen auch per Post zu.

Kontakt

BVOU-Mitgliederverwaltung
T 030.797 444 49
F 030.797 444 45
mv@bvou.net

Anmeldung und
weitere Informationen unter:
www.bvou.net/mv2020



Samstag, 26. September 2020

15:00 Uhr — 16:30 Uhr

Hotel Lindner & Spa Binshof

Raum Forum Slevogt

Binshof 1, 67346 Speyer

- ▶ **TOP 1**
Begrüßung und Feststellung der Ordnungsmäßigkeit der Ladung zur Mitgliederversammlung
- ▶ **TOP 2**
Beschluss der Tagesordnung
- ▶ **TOP 3**
Berichte aus dem geschäftsführenden Vorstand
- ▶ **TOP 4**
Bericht aus der Geschäftsstelle
- ▶ **TOP 5**
Ehrungen (Beschluss der MV für Ehrungen auf DKOU 2020/21)
- ▶ **TOP 6**
Beschlüsse Änderung Satzung:
 1. Anpassung Beitrittsprocedere und Entfall von Bürgen,
 2. Einladung zu Versammlungen per eMail und Web,
 3. Ergänzung der Referate in der Satzung,
 4. Kandidatenvorstellung bei Vorstandswahlen
- ▶ **TOP 7**
Beschlüsse Änderung Beitragsordnung
 1. Beitragssatz für Ärzte im Ruhestand
 2. SEPA Lastschrift
- ▶ **TOP 8**
Verschiedenes
- ▶ **TOP 9**
Termine

Schnelle Hilfe bei Rückenschmerzen: Check my Back

Allianz und Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) kooperieren für zielgerechte Vermittlung an passenden Facharzt. Teilnehmende BVOU-Mitglieder sind ab jetzt auf einer interaktiven Deutschlandkarte auf Ortinform zu finden. Melden auch Sie sich an und werden CheckMyBack-Experte!



Die Allianz Private Krankenversicherung (APKV) und der Berufsverband Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) haben eine Kooperation geschlossen, um Menschen mit Rückenschmerzen schneller und noch zielgerechter zu helfen. Dazu wird der BVOU in das Allianz-Onlinetool „Check My Back“ eingebunden.

Was genau ist „Check My Back“? „Check My Back“ ist ein Onlinetool, das die APKV zusammen mit Prof. Joachim Grifka, Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Regensburg Bad Abbach und Autor eines Patientenratgebers, auf wissenschaftlicher Basis entwickelt hat. Es hilft dabei, bei Rückenschmerzen schnell und jederzeit Orientierung zu geben, was man als Betroffener tun kann.

Das Tool funktioniert sehr einfach: In einem Online-Schnelltest beantwortet der Patient ein paar wenige Fragen zu seinen Beschwerden. Mit diesen Angaben empfiehlt ein Algorithmus ein passendes Übungsprogramm. Denn was im Rücken zerrt und zieht, ist zwar oft sehr schmerzhaft, aber meist ungefährlich. Die gute Nachricht: In den meisten Fällen reichen gezielte Übungen, um Linderung zu verschaffen. Richtig angeleitet können sich Betroffene oft gut selbst helfen. Die Übungen sind leicht in den Alltag zu integrieren. 10 bis 15 Minuten täglich reichen.

Das Tool ist für jeden mit Rückenproblemen sinnvoll – auch bei ausgeprägten Schmerzen oder Vorerkrankungen. Denn ergibt sich bei den Fragen im Schnelltest eine erhöhte Risikostufe, kann der Betroffene über „Check My Back“ einen Anruf durch einen medizinischen Experten veranlassen. Dieser meldet sich dann zu der vereinbarten Zeit, um weitere Fragen und die Dringlichkeit einer Behandlung zu klären. Bei ernsteren Problemen, wird dem Betroffenen empfohlen, zum Arzt zu gehen. Auch hier hilft das Tool: bei der schnellen Vermittlung an

einen passenden Spezialisten. Dafür stehen kooperierende Ärzte des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie bereit – die Zahl der angebotenen Ärzte wird über die nächsten Monate immer weiter erhöht.

Der BVOU ist die größte berufspolitische Organisation in Deutschland für Ärzte der Fachgebiete Orthopädie und Unfallchirurgie mit über 7.000 Ärzten. Prof. Joachim Grifka, Mitentwickler von „Check My Back“, rät: „Wer Schmerzen hat, sollte nicht lange aushalten, sondern schnell etwas unternehmen. Hierbei hilft „Check My Back“ – mit einer Anleitung zu passenden Übungen oder der Vermittlung an einen spezialisierten Arzt.“

Dr. Burkhard Lembeck, zuständig beim BVOU für Strukturverträge und Landesvorsitzender in Baden-Württemberg, sagt: „Die Kooperation mit der Allianz bringt uns einen Schritt weiter, hin zu einer strukturierteren, hochwertigen Versorgung. Wir freuen uns über Versicherungen, die nicht nur Payer sondern auch Player sind. Mit der Allianz hat der BVOU einen Premiumpartner an der Seite, mit dem es gelingen kann, die Versorgung noch ein Stück besser zu machen.“

Nina Klingspor, Vorstandsvorsitzende der Allianz Privaten Krankenversicherung, betont: „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.“ Da „Check My Back“ onlinebasiert arbeitet, ist es bei Rückenschmerz jederzeit nutzbar.

Quelle: Allianz

➔ Weitere Informationen und Anmeldung:
www.bvou.net/check-my-back



Ultraschallvereinbarung: Piktogramme auf Sono- grafie-Bilddokumentation seit 1. April 2020

Zum 1.4.2020 sind Änderungen der Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V in Kraft getreten. Für Orthopäden und Unfallchirurgen ist dabei bundesweit in Bezug auf die Stichprobenprüfungen der Qualitäts-sicherungskommissionen von Relevanz, dass neuerdings auf der sonografischen Bilddokumentation auch am Bewegungsapparat, an der Säuglingshüfte und bei Duplexsonografien der Gefäße immer ein sichtbares Piktogramm erforderlich ist, aus welchem die Schallkopf-position und -orientierung hervorgeht. Je nach ver-wendetem Ultraschallgerät können fehlende Piktogramme ggf. softwareseitig nachgerüstet werden. Die neuen Auflagen zur Bilddokumentation ergeben sich aus Kapitel D, § 10 Abs. 4 Nr. 1 und Anlage III Nr. 6 der AK 10.1, 10.2, 11.1 und 20.8 der Ultraschallvereinbarung vom 31.10.2008 in der ab 01.04.20 geltenden Fassung (<https://www.kbv.de/media/sp/Ultraschallvereinbarung.pdf>). Die sonstigen bisher schon geltenden Anforderungen an die Bild-dokumentation gelten weiterhin fort. Die übrigen Änderun-gen der Ultraschall-Vereinbarung betreffen apparative Voraussetzungen, das neu eingeführte aber für Ortho-päden und Unfallchirurgen nicht genehmigungsfähige Verfahren der Nerven- u. Muskelsonografie im Duplexver-fahren, Flexibilisierung der Bestimmungen zu Ultraschall-kursen, Klarstellungen zur Dokumentation von Normal-befunden und Anpassungen von EBM-Gebührenpositio-nen. Diese sind für die Sonografie in O&U im laufenden Betrieb nicht von Relevanz. Hinsichtlich der apparativen Änderungen gilt für bereits genehmigte Ultraschall-systeme unbefristeter Bestandsschutz. Für den Einsatz von mechanischen Annular-Array-Schallköpfen wurde der Bestandsschutz bis zum 31.03.2030 befristet.

Dr. med. Karsten Braun
BVOU Referat Presse/Medien

Neue Arthroskopiericht- linie: Indikationsbegrün- dungen für O und U

Die neue KBV-Qualitätsrichtlinie für die Arthroskopie gilt seit dem 1. Juli 2020. Aus diesem Grund haben PD Dr. Ralf Müller-Rath (Berufsverband für Arthroskopie) und Dr. Gerd Rauch (BVOU-LV Hessen) Hinweise für alle nieder-gelassenen arthroskopisch tätigen Ärztinnen und Ärzte entworfen, damit sie sich zeitnah darauf einstellen können.

Für die Liste der Indikationsbegründungen wurde ein Wordformat gewählt, damit Ärzte die Datei besser in ihre Praxissoftware einpflegen können. Dr. Gerd Rauch: „Das Ganze ist übrigens auch für die Kliniken interessant, insbesondere mit angeschlossenen MVZ.“

Hintergrund ist die neue Qualitätsbeurteilungsrichtlinie Arthroskopie (QBA-RL), die für alle niedergelassene Ärztinnen und Ärzte gilt, die arthroskopisch tätig sind. Die entschiedene Neuerung dieser Richtlinie besteht darin, dass aus den vorgelegten Unterlagen die Operations-indikation und die Auswahl des OP-Verfahrens nach-vollziehbar dokumentiert sind muss.

Aus diesem Grund haben die Autoren wir eine List für mögliche Indikationsbegründungen aller gängigen arthro-skopischen Eingriffe an Knie und Schulter im Anhang mitgesandt. Selbstverständlich ist die Liste nicht abschließend und nur Beispiel, dies bedeutet, eine Anpassung auf die jeweils individuelle Situation ist unbedingt notwendig.

Die Auswahl des gewählten arthroskopischen Ein-griffes sollte so dokumentiert sein, dass sie sich dem fachkundigen Kollegen in der KV-Kommission erschließt. Insbesondere bei Abweichungen vom medizinischen Standard, sollten entsprechende Erläuterungen zum Verfahren dokumentiert werden.

Quelle: Anschreiben Dr. Gerd Rauch



➔ Weitere Informationen unter bvou.net
Stichwort:

»Arthroskopierichtlinie«



Umfrage: Erfahrungen und Einschätzungen zu den Auswirkungen von COVID-19

Der Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen e.V. (VLOU) hat seine Mitglieder zu ihren Erfahrungen bezüglich der Auswirkungen von COVID-19 auf Orthopädie und Unfallchirurgie befragt.

Die durch das Coronavirus SARS-CoV-2 ausgelöste und im Jahr 2019 entdeckte Lungenkrankheit COVID-19 wurde nach weltweiter Verbreitung am 11. März 2020 von der Weltgesundheitsorganisation WHO als Pandemie eingestuft. Das Robert-Koch-Institut (RKI) bewertete das Risiko für die deutsche Bevölkerung am 28.2.2020 noch als „gering bis mäßig“, seit dem 26.3.2020 dann aber als „sehr hoch“ für Risikogruppen. Die Bundesregierung handelte entsprechend und am 27.3.2020 trat das „Bundesgesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite“ in Kraft. Die offizielle Anzahl der täglichen Neuinfektionen erreichte laut RKI bereits am 28.03.2020 mit 6.294 Fällen ihren Höhepunkt und ist seitdem über drei Monate kontinuierlich gefallen. Seit Mitte Juli werden wieder mehr Neuinfektionen registriert und die Fallzahlen nähern sich nunmehr 1.000 pro Tag.

Die in Deutschland zur Beherrschung der Pandemie ergriffenen Maßnahmen waren umfangreich und einschneidend, auch und vor allem im medizinischen Bereich. Das deutsche Gesundheitssystem konnte die durch COVID-19 bedingten medizinischen Herausforderungen meistern, die mittelfristigen und langfristigen Folgen der gegen die Pandemie gerichteten Maßnahmen sind aber schwer absehbar.

Die Online-Umfrage fand in der Zeit vom 5. Mai bis 26. Juni 2020 statt. Alle VLOU-Mitglieder wurden zweimal per Email angeschrieben und um ihre Teilnahme gebeten. Für die Beantwortung der 29 Fragen wurden maximal 10 Minuten veranschlagt. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte anonymisiert und deskriptiv.

Teilnehmer

Über den Zeitraum von drei Wochen gingen 183 Fragebögen ein, die meisten unmittelbar nach Start der Umfrage, was für ein hohes Interesse an dem Thema

spricht. 98% der Teilnehmer waren Männer, 50% gaben eine Berufserfahrung von 30 oder mehr Jahren an (7% 10–20 Jahre, 43% 20–30 Jahre). Die übergroße Mehrheit der Befragten waren Chefarzte (87%), deutlich weniger Sektionsleiter/Leitende Ärzte (9%) oder Oberärzte (3%). Bei der Art des Krankenhauses überwogen Häuser der Grund- und Regelversorgung (33%) und der Schwerpunktversorgung (34%) gegenüber Maximalversorgern (14%) und Universitätskliniken (6%). Die Krankenhausträger wurden vorwiegend als kommunal (47%) beschrieben, gefolgt von kirchlichen (28%) und privaten Trägern (19%) sowie (nur) zwei BG-Kliniken (1%). Die meisten Teilnehmer kamen aus den Bundesländern Nordrhein-Westfalen (28%) und Bayern (23%), gefolgt von Baden-Württemberg (13%), Niedersachsen (11%) und Hessen (8%). Bezüglich des Spektrums wurde für 38% der Kliniken eine ausgewogene Verteilung von Orthopädie und Unfallchirurgie angegeben, 27% hatten einen unfallchirurgischen und 20% einen orthopädischen Schwerpunkt, rein orthopädische Kliniken waren mit 9% seltener vertreten.

Hoher Anteil von betroffenen Kliniken

Mehr als vier Fünftel der repräsentierten Krankenhäuser behandelten Patienten mit COVID-19-Infektionen, 75% auf Intensiv- und Normalstation, 7% nur auf Normalstation. Allerdings wurden nur in der Hälfte (51%) der orthopädisch-unfallchirurgischen Kliniken/Abteilungen mit COVID-19 infizierte Patienten betreut. In 56% der OU-Kliniken waren keine ärztlichen Mitarbeiter betroffen, 28% berichteten über infizierte und 19% über erkrankte Ärztinnen und Ärzte (1 bis 20 pro Klinik).

Umsetzung der Vorgaben des Bundes und der Länder

Gemäß des Beschlusses der Bundesregierung und der Regierungschefs der Länder vom 12.3.2020 sollten „soweit medizinisch vertretbar, grundsätzlich alle plan-

baren Aufnahmen, Operationen und Eingriffe in allen Krankenhäusern ab dem 16.3.2020 auf unbestimmte Zeit verschoben und ausgesetzt werden“. Die Umfrage ergab allerdings, dass nur in 61% der Häuser der ambulante elektive Operationsbetrieb völlig eingestellt wurde, der stationäre sogar nur in 54%. Die Notfallversorgung wurde überwiegend (79% der Häuser) unverändert fortgesetzt, aber immerhin 3% gaben an, auch diese völlig eingestellt zu haben.

Bewertung der Pandemie-Bewältigung vor Ort

Die überwiegende Zahl der Krankenhäuser war auf die Versorgung der COVID-19-Patienten sehr gut (41%) oder ausreichend (43%) vorbereitet, immerhin 12% empfanden sich aber als nur unzureichend und 4% sogar überhaupt nicht gerüstet. Zwar gaben 35% der Befragten an, dass in ihren Häusern keine kritische Verknappung von Materialien vorgelegen habe, häufig berichtet wurde aber über einen zeitweisen Mangel an Atemschutzmasken (32%), Schutzkleidung (17%) und Desinfektionsmitteln (5%). Um die nötigen Kapazitäten für die erwarteten hohen Patientenzahlen zu schaffen, wurden an den meisten Krankenhäusern vielfältige, umfangreiche, zum Teil drastische Maßnahmen ergriffen. Dazu gehörten neben der Aussetzung bzw. Reduzierung des Elektivbetriebes auch die Schaffung zusätzlicher Intensivkapazitäten, die Schließung von Funktionseinheiten und die hausinterne Umsetzung von überwiegend pflegerischem Personal. Rückblickend schätzten zwar 85% der Befragten die von in ihrem Krankenhaus ergriffenen Maßnahmen, gemessen an den Vorgaben der Bundesregierung und der erwarteten Pandemie-Welle, als angemessen ein. Angesichts des tatsächlichen Aufkommens an vor Ort behandelten COVID-19-Patienten kamen aber 56% zu der Einschätzung, dass die Maßnahmen in ihrem Krankenhaus übertrieben waren und nur noch 41% empfanden die Maßnahmen als angemessen (**Abb. 1**). Die Rückkehr zum medizinischen „Normalbetrieb“ erfolgte bzw. erfolgt voraussichtlich zu ganz unterschiedlichen Zeitpunkten im Jahr 2020: bei 5% zum 1.5., bei 25% zum 15.5., bei 18% zum 1.6., 9% zum 15.6., bei 22% in den Monaten danach, bei 2% erst in 2021, bei 7% war der Zeitpunkt noch ungewiss. Eine vorbeugende Abstrichuntersuchung von asymptomatischen Patienten auf COVID-19 erfolgte zum Zeitpunkt der Befragung: in 30% vor geplanten stationären operativen Eingriffen, in 6% bei stationären Notfall-Aufnahmen, in 17% bei allen stationären Aufnahmen, in 9% bei allen stationären Aufnahmen und allen elektiven ambulanten Eingriffen sowie in 36% nur bei klinischem Verdacht oder positiver Risikoanamnese.

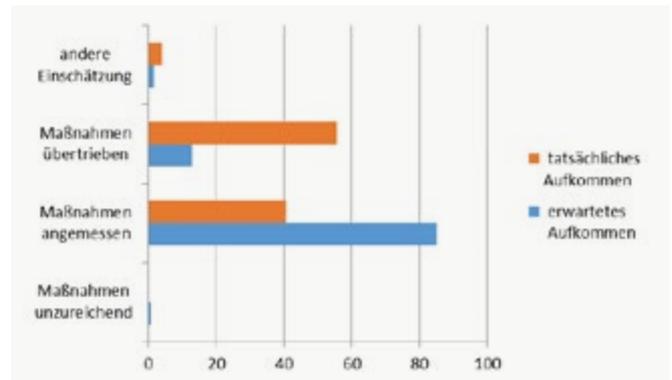


Abb. 1: Bewertung der im eigenen Krankenhaus ergriffenen Maßnahmen gemessen am erwarteten und tatsächlichen Aufkommen von Patienten mit COVID-19

Erwartungen und Ausblick

Bezüglich der wirtschaftlichen Folgen für die eigene Klinik wichen die Einschätzungen stark ab. Die Ausgleichszahlung in Höhe von 560 € pro Tag und nicht belegtem Bett wurden zwar in 53% als unzureichend beurteilt, aber in immerhin 25% als angemessen und in 11% sogar als vorteilhaft. Von hohem Interesse ist auch, welche Auswirkungen die bisher gelungene Bewältigung der Pandemie auf die weitere Entwicklung der Krankenhauslandschaft hat, schließlich waren die existierenden, zuletzt aber wiederholt in Frage gestellten Strukturen ein wesentlicher Garant für den Erfolg in der Krise. In der Einschätzung der VLOU-Mitglieder überwiegt hier Pessimismus. Zwar vertreten 41% die Auffassung, dass der Abbau verlangsamt und differenzierter betrieben wird, weil sich gezeigt hat, dass die bestehenden Krankenhausstrukturen die Voraussetzung für die effektive Beherrschung der Pandemie in Deutschland waren. 33% erwarten keine Änderung und die Fortsetzung des Abbaus. Noch negativer ist die Beurteilung von 14% der Befragten, die davon ausgehen, dass der Abbau beschleunigt wird, weil sich gezeigt hat, dass angesichts vieler unter COVID-19-Bedingungen leerstehender Betten der tatsächliche Bedarf viel geringer ist, als angenommen.

Die bemerkenswerten Ergebnisse dieser Umfrage sind zur Bewertung der Folgen der COVID-19-Pandemie für das Fach Orthopädie-Unfallchirurgie äußerst relevant. Sie stellen jedoch nur eine momentane Einschätzung dar. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten – epidemiologisch, medizinisch und wirtschaftlich. Der VLOU steht hierbei nicht nur als aufmerksamer Beobachter, sondern vor allem als Interessenvertreter für seine Mitglieder ein. Der Vorstand wird auch weiter alle berufspolitisch relevanten Entwicklungen aufgreifen, aufarbeiten und kommunizieren.

Der Vorstand des VLOU
 Prof. Dr. Michael Schädel-Höpfner, Neuss
 Prof. Dr. Dr. Stefan Rehart, Frankfurt
 Dr. Heiner Austrup, Winsen
 Dr. Lutz Mahlke, Paderborn



bis zu
35%
Rabatt

 **OUTDOORCHEF**
SWISS GRILL INNOVATION

Die einfache Philosophie der reinen Grillfreude: Grillgut drauflegen, Deckel schliessen und mit den Gästen geniessen. Denn alles weitere macht der OUTDOORCHEF. Purer Grillspass.

**JOCHEN
SCHWEIZER**
Du bist, was du erlebst.

Genug geträumt, jetzt wird erlebt! Wir zeigen Ihnen den Weg raus aus dem Alltag! Entdecken Sie über 2.200 Geschenkideen und kommen Sie in den Genuss außergewöhnlicher Erlebnisse.



14%
Rabatt



bis zu
35%
Rabatt

SONY

Wo immer Sie gerade sind und egal, was passiert, mit einer Kamera von Sony erfassen Sie die besonderen Momente stets mit Präzision, Stil, Komfort und ganz nach Ihrem Geschmack. Kameras für großartige Fotos in kompakten Formaten.

GARMIN[™]

Ganz gleich ob beim Sport, im Job oder im Alltag. Ganz gleich in welchem Tempo und in welchem Umfang. Setzen Sie sich neue Ziele – mit Unterstützung der Produkte von Garmin: vom Fitness-Tracker, Smartwatches bis zum High-End Fahrradcomputer.



bis zu
30%
Rabatt

Interview: „Nicht übers Knie brechen!“



© Becker Joest Volk Verlag

Prof. Dr. med. Hanno Steckel, geboren 1972 in Oldenburg, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Rheumatologie ist ärztlicher Leiter des MVZ-VITALIS „orthoXexperts“ in Berlin und außerplanmäßiger Professor an der Universität Göttingen.

Die Zahl der Knieoperationen steigt in Deutschland drastisch: 170.000 künstliche Kniegelenke pro Jahr – eine erschreckende Zahl. Wie erklären Sie sich diese Zahl und den Zuwachs?

Prof. Dr. Hanno Steckel: Der Anstieg und die hohe Fallzahl bei den künstlichen Kniegelenken haben verschiedene Gründe. Zum einen lässt sich dies durch den demographischen Wandel erklären, denn Deutschland hat weltweit mit den höchsten Altersdurchschnitt in der Bevölkerung. Zum anderen sind die Ergebnisse der Endoprothetik, also der künstlichen Gelenke, im Schnitt so gut, dass viele Patienten ein neues Gelenk fordern, um nicht weiter eingeschränkt zu sein. Eine konservative Therapie liefert hier oft nicht einen vergleichbaren Erfolg. Richtig ist aber auch, dass die konservative Therapie in Deutschland

Was hilft gegen Schmerzen? Wann ist eine Operation sinnvoll? Orthopäde und Hochschullehrer Prof. Dr. Hanno Steckel im Interview zu seinem neuen Buch „Nicht übers Knie brechen – Die kritische Zweitmeinung zur Knie-OP“

nicht angemessen honoriert wird, so dass diese nicht in der nötigen Intensität und Qualität angeboten werden kann. Abschließend gibt es sicher auch zu viele Einrichtungen, die Endoprothetik anbieten, dies oft in einer sehr geringen Fallzahl.

Sie lehnen jede dritte OP ab. Ist eine Zweitmeinung zur Knie OP für den Patienten unerlässlich?

Prof. Steckel: Nein, nicht jede Operation bedarf einer Zweitmeinung. Es gibt oft klare Operationskriterien, die unstrittig sind. Dies ist z. B. das instabile Kniegelenk nach einem Riss des vorderen oder hinteren Kreuzbandes. Auch wenn man ein gutes Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt oder Ärztin hat und bereits eine konservative Therapie ohne Erfolg durchlaufen hat, stellt sich meist nicht die Frage nach einer Zweitmeinung. Lebensverändernde Operationen wie der Einbau eines künstlichen Kniegelenkes bedürfen hingegen doch häufig einer Zweitmeinung. Egal ob ein Teil oder das komplette Gelenk ersetzt werden, so ist dies doch der Einstieg in ein Leben mit einem künstlichen Gelenk und kann somit nicht wieder rückgängig gemacht werden. Fragen nach Standzeit, späteren Prothesenwechseln, Infektionsschutz bei chirurgischen Eingriffen und individuelle Erfolgsaussichten stehen dann zur Diskussion.

Verstehen wir ihr Buch richtig: drei gleiche Befunde bei drei verschiedenen Menschen können drei unterschiedliche OPs bedingen?

Prof. Steckel: Das ist richtig! Nehmen Sie als Beispiel einen Patienten, bei dem in einer magnetresonanztomographischen Untersuchung (MRT) ein Meniskusriss diagnostiziert wurde. Hier stellt sich dem Orthopäden die Frage, was die Ursache für den Meniskusriss ist und wie man diesen behandelt. Liegt beispielsweise als Ursache eine Instabilität des Gelenkes bei geschädigtem Kreuzband vor, so macht es keinen Sinn den Meniskus isoliert zu versorgen, ohne die Instabilität zu korrigieren. Ist der Meniskusriss eher ein Teilaspekt einer Arthrose des Kniegelenkes, so wird man versuchen hier eine konservative Arthrosetherapie durchzuführen. Ist hingegen im jüngeren Alter wirklich nur der Meniskus gerissen, so sollte möglichst schnell versucht werden, diesen mit einer Naht zu retten. Es gibt also immer eine individuelle Abwägung und Entscheidungsfindung.

Warum ist der richtige Termin für ein Gelenkersatz so wichtig?

Prof. Steckel: Die Hauptproblematik der künstlichen Gelenke ist die Standzeit, d. h. wie lange hält ein künstliches Gelenk. In der Orthopädie gibt es dafür

den Begriff der 10-Jahresüberlebensrate. Künstliche Kniegelenke haben eine 10-Jahresüberlebensrate von 95 Prozent, d.h. 95 Prozent aller eingebauten Kniegelenke sind nach zehn Jahren noch voll funktionsfähig im Körper. Dabei gibt es einen großen Unterschied, ob die Patienten bei der Operation jünger oder älter als 60 Jahre sind. Patienten unter 60 Jahren belasten ihr künstliches Gelenk im Alltag und beim Sport deutlich mehr als ältere Patienten und haben daher eine schlechtere Standzeit für ihre Kunstgelenke als Patienten über 60 Jahren. Deshalb gilt die Empfehlung, dass künstliche Gelenke nach Möglichkeit nicht vor einem Alter von 60 Jahren eingebaut werden sollten. Dies ist in der Realität natürlich nicht immer umsetzbar, aber eine gute Leitlinie. Werden Kunstgelenke sehr früh eingesetzt, so hat der Patient auch immer ein erhöhtes Risiko, das sein Kunstgelenk im Laufe seines Lebens nochmal gewechselt werden muss.

Sie sagen, die 70-Jährigen wollen heute keinen Gehstock mehr wie früher, sondern Ski fahren und Joggen. Wie gehen Sie damit um?

Prof. Steckel: Zunächst freue ich mich natürlich als Arzt und Sportler über solch aktive Patienten. Fakt ist aber auch, dass diese neue Patientengruppe einen immensen Funktionsanspruch hat, der nicht immer einfach zu begegnen ist. Galt früher in dieser Altersklasse eine gute Alltagsfunktion als Zielvorstellung, so ist es jetzt die Sportfähigkeit auch mit 70+. Mein Vater ist dafür ein gutes Beispiel: mit 81 Jahren und zwei künstlichen Hüftgelenken ist es für ihn essentiell weiter Tennis zu spielen, Rad zu fahren oder auch zu schwimmen. Diesen Anspruch sehe ich vermehrt in der jetzigen Rentnergeneration, die niemals fitter war als heutzutage.

Was hat man eigentlich gemacht bevor es neue Kniegelenke gab?

Prof. Steckel: Das ist eine interessante Frage. Die künstlichen Gelenke haben ihren Siegeszug in den neunziger Jahren

flächendeckend angetreten. Davor haben sich ältere Menschen mit schlimmen Kniegelenken zwangsweise selber einschränken müssen. Zum einen war damals die Sport- und Reiseaktivität eine ganz andere und zum anderen war man als Rentner zu dieser Zeit medizinisch gesehen auch wirklich alt. Wenn ich an meine Großeltern denke, so wirkten die mit 70 älter als so mancher 80-Jährige heute. Diese Generation hat mit Gehstock oder Rollator ihre notwendigen Besorgungen gemacht und hatte wenig Anspruch darüber hinaus.

Welche drei bis fünf Fragen sollten Teil des Fragenkatalogs eines jeden Patienten im Arztgespräch zu einer möglichen Knie OP sein?

Prof. Steckel: Für mich sind die wichtigsten Fragen im OP-Beratungsgespräch: Was sind die Alternativen zur OP, Was sind die Risiken einer OP und Wann ist der richtige Zeitpunkt für eine Operation. Auch die Frage, wie oft der Operateur diese OP bereits durchgeführt hat, halte ich für wichtig und legitim.

„Wir Orthopäden operieren Patienten und keine MRT-Bilder“ – erläutern Sie diese Aussage kurz?

Prof. Steckel: Oft kommen Patienten mit Zufallsbefunden zu mir. Als Beispiel bekommen sie als Patient eine MRT, um einen Knorpelschaden genau beurteilen zu können. Auf dieser MRT sieht man dann zufällig einen Meniskusriss, der aber keine Probleme verursacht. Dies führt häufig zu einer Verunsicherung bei Patienten, ob dieser Befund nun zu operieren sei. Im Vordergrund steht aber immer die klinische Untersuchung und nicht das MRT Bild.

Sie sagen, dass nach einer Operation der Operateur immer zufriedener ist als der Patient – wieso ist das so?

Prof. Steckel: Es gibt Studien, die genau dies zeigen. Der Operateur überprüft nach einer Operation Kriterien wie Stabilität, Beweglichkeit und das Röntgen-



Hanno Steckel: Nicht übers Knie brechen: Die kritische Zweitmeinung zur Knie-OP, ISBN 3954531828

bild. Sind alle diese Parameter perfekt, so ist auch der Operateur in der Regel zufrieden. Dem Patienten ist das perfekte Röntgenbild aber egal, diesbezüglich kann alles krumm und schief sein, er will beschwerdefrei sein und nicht länger daran erinnert werden, dass er ein künstliches Gelenk hat. Daher hat die Wissenschaft zunehmend neue Kriterien zur Beurteilung der Operationen eingeführt. Diese heißen PROMs, für ‚Patient Reported Outcome Measures‘ und sollen vermehrt die Patientenperspektive berücksichtigen.

Wie häufig gibt es das beschriebene „forgotten knee“, also das vergessene, weil beschwerdefreie Knie nach einem Gelenkersatz?

Prof. Steckel: Das ‚forgotten knee‘ ist das ultimative Ziel für Patient und Chirurg. Bei den künstlichen Kniegelenken, weiß man, dass 20% der Patienten nicht hundertprozentig glücklich mit ihrem neuen Knie sind. Dies ist ganz anders bei den künstlichen Hüftgelenken, wo wir eine viel größerer Zufriedenheit beobachten. Nach derzeitiger Studienlage beobachten wir das ‚forgotten knee‘ bei 40–50% der Kniegelenkersatzoperationen.

Quelle: Becker Joest Volk Verlag

Eigenständige SCS-3-D-Bildgebung im Kontext der BG aus Sicht eines D-Arztes, Anwenders und Gutachters

Berufsgenossenschaften (BG) haften im Rahmen der Erstversorgung sowie der Befunderhebung und erwarten daher vom D-Arzt eine umfassende, genaue und zeitnahe Diagnostik, um den Unfallschaden genau aufzuzeigen und eventuelle Vorschäden abtrennen zu können. Dabei kann die BG nur auf Basis entsprechender Befundqualität des D-Arztes sicher bewerten, ob Leistungen an den Unfallverletzten zu gewähren oder zu versagen sind. Diese Anforderung impliziert häufig den Bedarf an eine unmittelbar zur Verfügung stehende Schnittbild diagnostik mit hoher Bildinformation.

Moderne Schnittbild-diagnostik ist unabdingbar

Die ärztliche Tätigkeit kann heutzutage nicht mehr verantwortlich erfolgen, wenn nicht auf moderne diagnostische Möglichkeiten zurückgegriffen wird. So ist jeder D-Arzt dazu berechtigt und aufgefordert, bei Bedarf eine Überweisung zum CT oder MRT auszustellen.

CT-Termine sind jedoch in aller Regel erst nach zwei oder mehr Wochen verfügbar (MRT-Termine oft nicht einmal innerhalb eines Monats), was bei der Notwendigkeit für eine unverzügliche Diagnostik von Verletzungen nicht tragbar ist. Dieser Umstand führte zu dem Bedarf innerhalb der Orthopädie und Unfallchirurgie (O&U), ein CT-System eigenständig in der Praxis anwenden zu dürfen, was jedoch ausschließlich Radiologen vorbehalten war.

Revolution in der orthopädischen Bildgebung

Mit der Schaffung einer 3-D-Schnittbildgebung für die O&U durch die Firma SCS Sophisticated Computertomographic Solutions GmbH (Aschaffenburg) änderte sich jedoch genau dieser Umstand. Mit dem digitalen Volumentomografen, auch Cone Beam CT bzw. CBCT bezeichnet, SCS MedSeries® H22 (nachfolgend H22 genannt), besteht erstmals die juristisch eindeutig geklärte Möglichkeit, dass ein modernes Schnittbildgebungssystem von Chirurgen und Orthopäden bei fundierter Indikation und mit vorliegender Fachkunde nach Rö9.2 eigenständig betrieben und unter Anwendung der CT-Ziffern nach GOÄ mit der PKV

und nach UV-GOÄ mit der BG abgerechnet werden darf. Das H22, das Aufnahmen wahlweise unter Belastung oder Entlastung ermöglicht, erzeugt auf einer zirkulären Bahn eine hohe Anzahl Projektionsaufnahmen, aus welchen 0,2 mm-dünne Schnittbilder rekonstruiert werden (CT und MRT typischerweise 2–3 mm, selten 1,5 oder gar 1,0 mm) und stellt sie innerhalb weniger Sekunden in multiplanarer Ansicht samt 3-D-Rekonstruktion zur Verfügung.

Niedrigere Energiedosis als 2-D-Röntgen

Dabei ist die Strahlenbelastung des H22 um bis zu 92 % ggü. einem klassischen CT reduziert und kann in der resultierenden Energiedosis sogar unterhalb der des 2-D-Röntgen eingestellt werden. Nachdem das seit dem 31.12.2018 geltende Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) das Verfahren mit der geringsten Strahlenbelastung und dem höchsten Nutzen für den Patienten fordert und die Schnittbildgebung mit dem H22 eine hohe Bildinformation mit geringer Strahlenbelastung vereint, ist dessen Einsatz als Primärdiagnostik indiziert. Vor diesem Hintergrund verbietet sich bspw. eine Untersuchung des Kniegelenks in zwei Ebenen zzgl. weiterer tangentialer Patellaufnahmen aus Strahlenschutzgründen. Aus diesem Grund rät der Medizinphysik-Experte Prof. Dr. Martin Fiebich, TH Mittelhessen, Institut für Medizinische Physik und Strahlenschutz: „Aufgrund der geringen effektiven Dosis sollte die Anwendung des SCS MedSeries® H22 DVT im SULD-Protokoll aufgrund der besseren Diagnosemöglichkeiten dem 2-D-Projektionsröntgen in 2 Ebenen vorgezogen werden.“

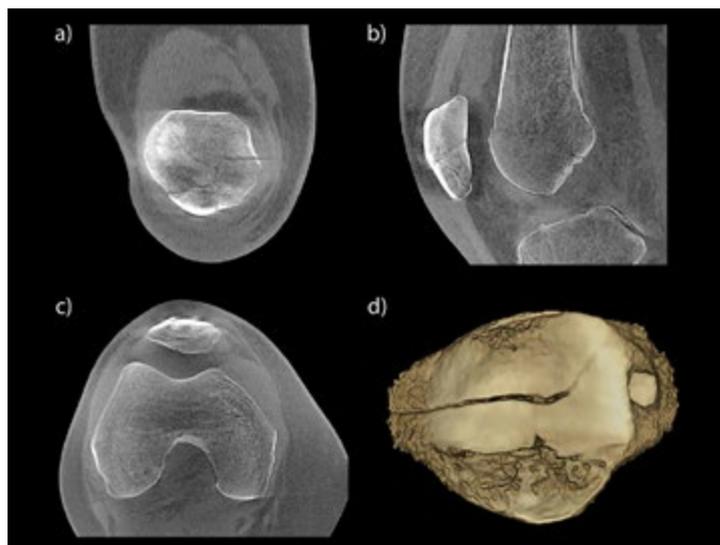


Abb. 1a)–d)

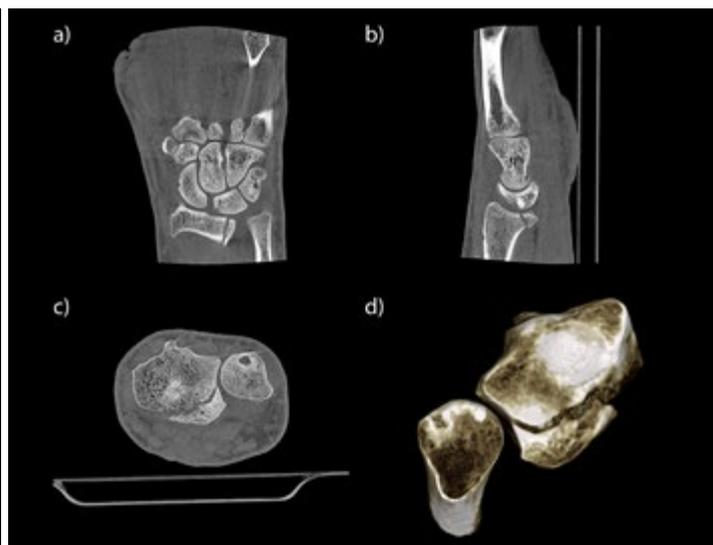


Abb. 2a)–d)

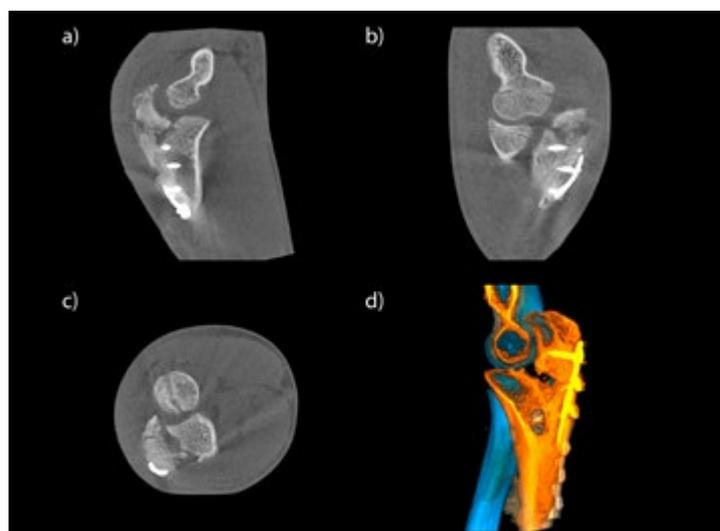


Abb. 3a)–d)

Hieraus folgt, dass mit der Möglichkeit zum Einsatz des H22, Ärzte aufgrund des StrlSchG die o.g. Untersuchung des Knies nicht mit dem 2-D-Röntgen oder dem herkömmlichen CT vornehmen dürfen, sondern das H22 selbst anwenden müssen. Forderte man bisher bei einer Handverletzung „Röntgen des Handgelenks in zwei Ebenen zzgl. einer Kahnbeinserie“, heißt es jetzt: „CB CT des Handgelenks/der Handwurzel, einschließlich Basis der MHK“. Mit dem H22 führt der D-Arzt nun die komplette Röntgendiagnostik unmittelbar und eigenständig durch. Im Folgenden sind 3 Fallbeispiele aufgeführt, die den Einsatz und die Wertigkeit des H22 bei der Versorgung von bei Arbeitsunfällen verletzten Patienten aufzeigen.

Dr. J. Overbeck,
Deggendorf

Dieser Beitrag ist Teil einer Publikationsserie.

Abb. 1a)–d)

46-jährige Pat., Sturz auf d. re. Knie.

a), b), c), d): CB CT, Klärung Ausmaß, Entscheidung für/gegen OP.

a) Sternförmiger Frakturverlauf.

b) & c) Keine OP-pflichtigen Stufen- oder Spaltbildungen.

d) 3-D-Rekonstruktion, Blick auf Patellarückseite, plastisch und übersichtliche Frakturdarstellung, Ausschluss knöcherner freier Gelenkkörper bis zur Größe von 0,1 mm nur mittels CB CT möglich.

Abb. 2a)–d)

58-jähriger Pat., Sturz mit dem Fahrrad auf die re. Hand – klinisch distale Radius- u./o. Scaphoidfraktur. a), b), c), d): CB CT zeigt eine palmare distale intraartikuläre Radiusfraktur (AO: 2R3B1.3).

a) Coronare Ansicht zeigt senkrecht im dist. Radius nahe der Gelenkfläche zum DRUG verlaufende Fraktur.

b) Sagittales Bild zeigt die Fraktur palmar.

c) Axialer Schnitt, die palmare Fraktur mit Beteiligung der Fossa lunata und Einstrahlung in das DRUG.

d) 3D-Ansicht zeigt plastisch und übersichtlich das Ausmaß der Fraktur mit Einbeziehung der o.g. Gelenkbereiche (zentrale Spaltung der Fossa lunata, Spaltbildung in der Incisura ulnaris radii).

Abb. 3a)–d)

14-jähriger Pat., Sturz beim Snowboarden, Olecranonrümmerfraktur rechts mit ausgeprägten Gelenkflächendefekten bei Z.n. offener Reposition und Plattenosteosynthese.

a) Sagittale Ansicht, große Stufenbildung mit Defekt sowie Teilverkipfung der Olecranongelenkfläche

b) Das Speichenköpfchen läßt sich in 0,2 mm Schichten sicher als unverletzt darstellen.

c) Zunächst bestand postoperativ ein Streckdefizit von 75°.

Dadurch kommt es auch zum Anschnitt von Knochen und Bildern, die es so bei korrekter Lagerung in Streckstellung nicht geben könnte. Hier besteht jetzt der Eindruck, daß eine alte Radiusköpfchenfraktur mit Pseudarthrosenbildung (sklerosierte Frakturänder) vorliegt. Es handelt sich aber in Wahrheit um den Anschnitt der radialen Humeruscondyle (die Unverletztheit des Radiusköpfchens zeigen die o.g. sagittalen Schnitte). Das Schnittbild des Olecranons weist einen großen und tiefen Frakturspalt nach. Auf Grund des schrägen Anschnitts ist die Stellung der Frakturstücke zueinander schwer einzuordnen.

d) Erst die 3D-Ansicht offenbart das wahre Ausmaß des Schadens. Der große Defekt in der Gelenkfläche, der zudem weit in das Olecranon hineinreicht, ist so auf den einzelnen Schnittbildern nicht nachzuvollziehen. Auch die Fehlstellung der beiden zueinander in einem zu kleinen Winkel zueinanderstehenden Olecranongelenkflächen fällt jetzt viel besser ins Auge.

Interview: Unsere Mitglieder stehen der Digitalisierung offen gegenüber!

Die Digitalisierung ist eines der wiederkehrenden Kernthemen im Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie. Oft ist es kaum möglich, Visionen und Pilotprojekte von konkreten und nutzbaren Angeboten zu unterscheiden, die bereits in den Alltag Einzug gehalten haben. Für eine rasche Digitalisierung der ambulanten Versorgung machen sich seit der Jahrtausendwende alle Gesundheitsminister stark. Seit dem „Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ aus 2003 ist auch die ärztliche Selbstverwaltung aus Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer (BÄK) in dieses gigantische Projekt eingebunden. Nach 20 Jahren Projektarbeit und Milliardeninvestitionen sollen hier die wesentlichen Projekte und deren Status reflektiert werden. BVOU-Geschäftsführer Dr. Jörg Ansorg über Chancen und Möglichkeiten der Digitalisierung im Gesundheitssystem.

„Digitalisierung“ ist in aller Munde findet in jeder Ecke des Gesundheitssystems statt. Was waren die großen Anwendungsfelder in den letzten Jahren, die unsere Mitglieder beschäftigten?

Dr. Jörg Ansorg: Als erstes ist hier ganz klar die Telematikinfrastruktur (TI) zu nennen. Die TI wurde mit großen Visionen angekündigt und wird gemeinsam mit der ersten Version der elektroni-

schen Gesundheitskarte seit 2005 von der gematik entwickelt. Die Einführung erfolgt nach 15-jähriger Entwicklungszeit schrittweise und ist noch lange nicht abgeschlossen. Alle Vertragsarztpraxen sollten per Gesetz ursprünglich bis Mitte 2019 an die TI angeschlossen sein. Die Frist wurde danach aus verschiedenen Gründen wiederholt verschoben. Vertragsärzte und Praxen, die sich nicht an die TI anschließen, werden per Gesetz mit Sanktionen belegt.



Dr. Jörg Ansorg

Wie wurde das Projekt TI im BVOU aufgenommen?

Dr. Ansorg: Mit sehr gemischten Gefühlen. Neben Lieferengpässen war die Einführungsphase von Verunsicherung und Sicherheitsbedenken auf Seiten unserer Mitglieder geprägt. Für viele Praxen und Inhaber war es aufgrund suboptimaler Informationspolitik von gematik und Selbstverwaltung unklar, wie die Konnektoren und der Anschluss an die TI funktionieren und wie die Risiken bei Datenverlusten verteilt sind.

Es gab viele Gerüchte und Mutmaßungen, die auf unbekanntem Terrain regelhaft zu einer massiven Verunsicherung führen. Wir erleben das gerade in ähnlicher Weise in der Bevölkerung beim Umgang mit Coronaschutzmaßnahmen, z. B. der Maskenpflicht. Von totaler Ablehnung bis zu übervorsichtigen Autofahrern, die mit selbstgebasteltem Mundschutz allein im Wagen sitzen ist alles dabei.

Bei Anschluss der TI kam vor allem auf, dass die Praxis-IT in vielen Praxen erhebliche Sicherheitsmängel aufweist

und der Anschluss an die TI nicht entsprechend den Empfehlungen der gematik erfolgte. Wir haben den Prozess aktiv begleitet und über unsere Kommunikationskanäle Infobrief, Webseite und Newsletter informiert und mit einem Themendossier Hilfestellung gegeben.

Erst nachdem die gematik Mitte 2019 klar dargelegt hat, dass bei korrektem Anschluss der Praxis-IT an die TI der Arzt nicht für Datenpannen oder -verluste „hinter dem Konnektor“ haftet, hat der BVOU-Vorstand empfohlen, sich an die TI anzuschließen.

Die Vorsicht war gewiss nicht unge-rechtfertigt: Fehlkonfigurationen von Routern sowie die unverschlüsselte Datenhaltung auf praxisinternen Servern führten 2019 in einer orthopädisch-unfallchirurgischen Praxis in Celle sogar dazu, dass 30.000 Patientendaten frei im Netz verfügbar waren. Diese Panne ist dem IT-Dienstleister der Praxis anzulasten, für dessen Bestellung und sach-gerechte Arbeit letztlich der Praxisinhaber verantwortlich ist. Betonen muss man aber, dass dieser Datenschutz-GAU nichts mit dem Anschluss der Praxis an die TI zu tun hatte.

Wer haftet denn generell für die Sicherheit, beziehungsweise wie ist die Sicherheit gegeben?

Dr. Ansorg: Für die Sicherheit der TI trägt die gematik die Verantwortung und hat Ärzte und Psychotherapeuten von der Haftung freigestellt, sofern die Anbindung an die TI vorschriftsgemäß erfolgt ist.

Was bedeutet vorschriftsgemäß?

Dr. Ansorg: Höchste Sicherheit für eine Praxis bietet der Reihenanschluss, bei dem die gesamte Praxis-IT ausschließlich über den Konnektor ans Internet angeschlossen wird. Sollen parallel normale Internetdienste und E-Mail genutzt werden, wird eine komplette Netztrennung für diese Anwendungen empfohlen. Dieser Mehraufwand ist aufgrund der verarbeiteten sensiblen Gesundheitsdaten erforderlich und schützt letztlich auch den Praxisbetrei-

ber vor Regressforderungen bei Daten-schutzpannen.

Die erste Anwendung der TI in Kombination mit den elektronischen Gesundheitskarten (eGK) der Patienten ist das Versicherten-datenmanagement (VSDM). Wozu dient es?

Dr. Ansorg: Das VSDM dient dazu, die Stammdaten auf der Versicherungskarte aktuell zu halten. Das VSDM ist seit Einführung der TI und Anschluss der Praxen die einzige verfügbare Anwendung. Sie hat für Praxen jedoch keinen wirklichen Wert und ist wesentlicher Grund für die geringe Akzeptanz der gesamten TI unter unseren Mitgliedern und der Ärzteschaft.

Bei so viel Kritik: Welche sinn-vollen Anwendungsszenarien sehen Sie denn bezüglich der TI?

Dr. Ansorg: Das ist schwer zu sagen, denn sämtliche für den Praxisablauf und die Effizienzsteigerung der ärztlichen Kommunikation sinnvollen Anwendungen von TI und elektronischer Gesundheitskarte sind nach 15 Jahren Entwicklungszeit aktuell nicht verfügbar und lediglich angekündigt. Hier geht es z. B. um den eArztbrief, das eRezept, die eAU und die elektronische Patientenakte.

Diese Anwendungen werden jedoch erst nach einem mehrere 100 € teuren Software-Update des Konnektors auf den sog. eHealth-Konnektor.

Außerdem ist für diese sinnvollen Anwendungen ein neuer elektronischer Heilberufausweis (eHBA 2. Generation) erforderlich. Dieser muss bei der zuständigen Ärztekammer neu beantragt werden. Kosten ca. 500 €.

Wegen des fehlenden Nutzens für die Praxen hat die TI bislang mit erheblichen Akzeptanzproblemen zu kämpfen und wirkt selbst für Enthusiasten wie ein zahnloser Tiger. Dass die in den vergangenen 2 Jahren eingeführten Geräte und Karten für den Einsatz sinnvoller Anwendungen gar nicht taugen und nun erneut erhebliche Investitionen auf die Ärzteschaft zukommen, ist ein Skandal.

Und welche Anwendungen sind im Gespräch?

Dr. Ansorg: Beispiele für sinnvolle Anwendungen von TI und eGK sind die qualifizierte elektronische Signatur (QES), das Notfalldatenmanagement (NFDM) auf der eGK, der elektronische Medikationsplan (eMP), elektronische Arztbriefe (eArztbrief, KIM), die elektronische AU-Bescheinigung (eAU), das elektronische Rezept (eRezept) und nicht zuletzt die elektronische Patientenakte (ePA).

Die Infrastruktur für all diese Anwendungen steht auch nach 15 Jahren Entwicklungsarbeit noch nicht, zunächst müssen Konnektoren und Karten nachgerüstet werden. Erst wenn diese Anwendungen für jeden Arzt und für die sektorübergreifende und interprofessionelle Kommunikation zwischen den Leistungserbringern zur Verfügung stehen, wird sich das Potential der Digitalisierung im Gesundheitssystem zeigen und die Akzeptanz zum Anschluss an die TI auf breiter Basis erhöhen.

Sie haben die elektronische Patientenakte erwähnt. Da gibt es mittlerweile kreative Alternativ-lösungen, oder?

Dr. Ansorg: Jenseits der nur auf dem Reißbrett verfügbaren zentralen Patientenakte der TI existieren seit Jahren nutzbare Ansätze für elektronische Patientenakten. Vitabook, DoctorBox, Vivy & Co. haben Potential und tragen dem Wunsch, bereits heute digitale Patientendaten in Teilen der Versorgung einzusetzen, Rechnung.

Sie werden im Rahmen von besonderen Versorgungsverträgen und sektorübergreifenden Versorgungsnetzwerken bereits heute erfolgreich eingesetzt. Andere werden von Krankenkassen genutzt, um der gesetzlichen Auflage nachzukommen, ab dem 01.01.2021 jedem Versicherten eine digitale Patientenakte anzubieten.

Schade, dass das Potential der Digitalisierung erst wieder über Insel-lösungen aufgezeigt werden muss. Hier besteht die Gefahr eines Flickentep-

pichs verschiedener ePAs. Hinzu kommt die Unklarheit, ob die aktuell eingesetzten Konnektoren technisch überhaupt in der Lage sind, große Dateien, z. B. aus der bildgebenden Diagnostik, zu ver- und entschlüsseln. Hier könnte vor dem voll funktionsfähigen Einsatz ein kompletter Tausch der Geräte anstehen.

Gefragt ist ein kompetenter Moderator, der diese Insellösungen über standardisierte Schnittstellen orchestrieren kann. Die KBV hat hier vom Gesetzgeber einen klaren Auftrag bekommen und sollte diese Moderatorenrolle nicht als Bürde, sondern als Chance für die aktive Mitgestaltung der Digitalisierung annehmen.

Bei diesem doch eher schleppenden Projekt der TI: Schwindet auch die Bereitschaft unter den BVOU-Mitgliedern sich mit der Digitalisierung näher zu befassen?

Dr. Ansorg: Unabhängig von den sich nur langsam durchsetzenden Digitalisierungsprojekten von Gesundheitsministerium und Selbstverwaltung sehen viele Ärzte und Praxen in der Digitalisierung erhebliches Potential. Unsere Mitglieder stehen einer Digitalisierung offen gegenüber.

Wichtig für die Akzeptanz ist eine adäquate Honorierung sowie erkennbare Vorteile gegenüber den bisherigen Praxisabläufen. Digitalisierung wirkt nur über die Veränderung und Optimierung der Prozesse. Unsere Mitglieder erwarten sinnstiftende Veränderung durch die Digitalisierung.

Viele Kolleginnen und Kollegen wollen nicht mehr warten und nehmen die Digitalisierung der eigenen Abläufe und Angebote selbst in die Hand.

Der BVOU bietet seinen Mitgliedern zahlreiche Vorteile bei Digitalisierungsprojekten an. Welche Beispiele können Sie hier nennen?

Dr. Ansorg: Zur Entlastung des Empfangstresens nutzen mittlerweile viele Praxen ein Online-Terminvergabetool (OTV). Hierbei gehen einige Tools weit über die simple Vergabe eines Sprech-

stundentermins hinaus. Hinzu kommen Komfortfunktionen für den Patienten wie die SMS-Benachrichtigung oder die digitale Abfrage von Anamnese und Vorbefunden. So können Prozesse in der Praxis optimiert und Ressourcen effizient genutzt werden.

Wir haben seit vielen Jahren eine Kooperation mit samedi, einem renommierten Anbieter der online-Terminvergabe. BVOU-Mitglieder erhalten durch diese Zusammenarbeit viele Vergünstigungen.

Hinsichtlich der andauernden Corona-Pandemie „boomt“ die Videosprechstunde. Wie hat der BVOU auf diesen Trend reagiert?

Dr. Ansorg: Nachdem der Deutsche Ärztetag 2018 das Fernbehandlungsverbot deutlich gelockert hat, konnten Anbieter ihre Softwarelösungen bei der KBV zur Nutzung im ambulanten Versorgungsbereich zertifizieren lassen.

Der BVOU arbeitet hier seit Jahren eng mit der Deutschen Arzt AG zusammen. Sogar eine kostenfreie Nutzung der Software sprechstunde.online während der Krise konnte zum Schutz von Ärzten, Praxisangestellten und Patienten ausgehandelt werden.

Es bestehen noch Zweifel bezüglich der Vergütung der Videosprechstunde. Welche sind das?

Dr. Ansorg: Erste Vergütungsansätze wurden im EBM bereits verankert, sind aber noch verbesserungswürdig. Das Ziel sollte bei Einhaltung der Indikation und Machbarkeit eine äquivalente Vergütung der Videosprechstunde im Vergleich zur Patientenberatung in der Praxis sein. Im Rahmen von Selektivverträgen konnten solche Modelle bereits in die Versorgungsrealität eingeführt werden.

Sehen Sie für die Videosprechstunde auch außerhalb von Corona-Zeiten langfristige Anwendungen?

Dr. Ansorg: Die Videosprechstunde hat erhebliches Potential für die Unterstüt-

zung der sektorübergreifenden und interprofessionellen Versorgung. In unserem Fachgebiet ist das vor allem die Zusammenarbeit zwischen Orthopäde und Unfallchirurg mit Physiotherapie oder ambulanter Reha.

Auch im Rahmen von Zweitmeinungsverfahren ist die Videosprechstunde eine interessante Option, mehrere Experten zu Fallkonferenzen zusammenzubringen. Grundbedingung für den Erfolg wird sein, dass alle relevanten Befunde den Experten während der Online-Fallkonferenz digital zur Verfügung stehen. Erst die Verfügbarkeit von Videokonferenz und elektronischer Patientenakte schaffen hier das Potential für eine Disruption in der Patientenversorgung.

Um es auf den Punkt zu bringen: Was braucht ein Digitalisierungsprojekt um auf Akzeptanz zu stoßen?

Dr. Ansorg: Die eingesetzten Lösungen müssen praktikabel und leicht anwendbar sein und sollten den Anwendern, sprich Ärzten und Patienten einen klaren Mehrwert bieten. Mit dem Einsatz von Videosprechstunden und der Online-Terminvergabe wird der Einstieg in die Digitalisierung leicht gemacht und ebnet den Weg zum digitalen Praxis- und Ressourcenmanagement sowie eine enge Verzahnung mit der digitalen Patienten- und Befundverwaltung im PVS.

Im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie wird der Einstieg in die Digitalisierung mit einer Reihe von Selektivverträgen erleichtert, die zusätzlich eine extrabudgetäre und adäquate Honorierung versprechen. Sie führen in O und U auch zu einer erhöhten Wahrnehmung der Teilnehmer im Netz durch Integration in das Patienteninformationsportal Orthinform - unser hauseigenes Leuchtturmprojekt der Digitalisierung.

Herr Dr. Ansorg, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Janosch Kuno

Ärzte sind keine „Digitalisierungsassistenten“

Anlässlich der Anhörung im Bundestag äußert sich der SpiFa e.V. zum geplanten Patientendaten-Schutz-Gesetz. Das Gesundheitswesen soll weiter digitalisiert werden. Das ist das Ziel des Patientendatenschutz-Gesetzes, das morgen im Bundestag auf der Tagesordnung steht.

Der SpiFa e. V. begrüßt grundsätzlich, dass die Bundesregierung sich mit dem vorliegenden Kabinettsentwurf mit den Themen der Verantwortlichkeiten für den Datenschutz sowie die Sicherheit von IT-Strukturen im deutschen Gesundheitswesen befasst.

Allerdings ist klar herauszustellen, dass Vertragsärzte nicht als freundliche Unterstützung der Krankenkassen mit den Patienten die Verarbeitung von medizinischen Daten in einer elektronischen Patientenakte der gesetzlichen Krankenkassen zu besprechen haben, um die Versicherten als „Digitalisierungs- und Datenverarbeitungsassistenten“ zu unterstützen. Ärzte werden ärztlich tätig und ihre ärztliche Leistung darf nicht zu einer bloßen digitalen Assistenzleistung degradiert werden. „Die Förderung oder Erlangung digitaler Kompetenzen ist nicht Aufgabe der

Ärztinnen und Ärzte in Deutschland.“, so Lars F. Lindemann, Hauptgeschäftsführer des SpiFa e. V. in Berlin.

Deutlich abzulehnen ist auch das Vorhaben der Bundesregierung, erneut mit Zwang und Sanktionen bei der nun gewünschten Einführung einer versichertenbezogenen Patientenakte zu arbeiten. Es ist verständlich, dass der Gesetzgeber bei der Umsetzung seiner Vorhaben vorankommen will, jedoch ist der Weg über die Sanktionierungen bei Abverlangen von Mehraufwand wenig nachvollziehbar.

Die Einführung ist im Interesse der gesetzlichen Krankenkassen und sie ist darum auch in deren Verantwortung und zu deren Lasten vorzunehmen. Ärztinnen und Ärzte verweigern sich der Digitalisierung nicht, lehnen es jedoch strikt ab, neben ihrer ärztlichen Tätigkeit unentgeltlich die Wünsche der gesetzlichen Kassen zu erfüllen. Deshalb schlägt der SpiFa e. V. ein Anreizsystem vor, nach dem die Vorreiter belohnt werden.

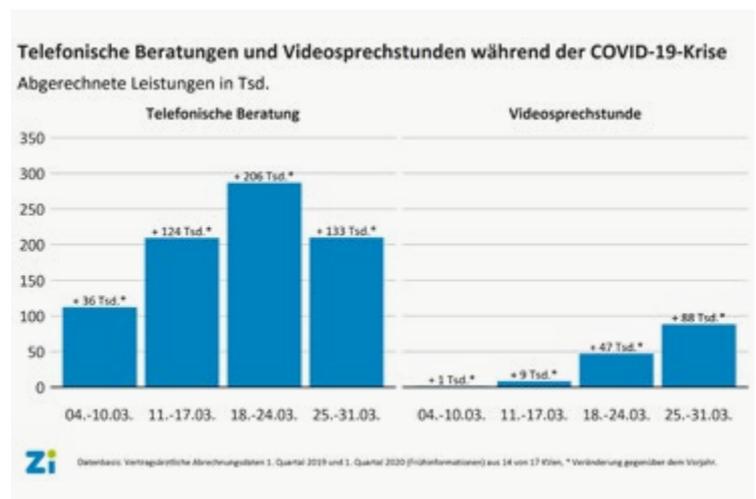
Quelle: SpiFa, Mai 2020

Mehr telefonische Beratungen und Videokonsultationen im März 2020

Die COVID-19-Pandemie hat sich im März 2020 stark auf die vertragsärztliche Versorgung ausgewirkt. Mit Beginn der Kontakteinschränkungen ab dem 16. März sind Patienten zunehmend konsequent zuhause geblieben, medizinische Maßnahmen mussten auf das Notwendigste reduziert und neue Wege, etwa im Bereich der Telekonsultation, gesucht werden.

Aus den Abrechnungsfrühinformationen von 14 der 17 Kassenärztlichen Vereinigungen ist zu erkennen, dass im Zeitraum vom 4. bis 31. März 2020 insgesamt rund 500.000 telefonische Beratungen mehr abgerechnet wurden als im Vorjahreszeitraum. Die stärkste Zunahme ist im Zeitraum vom 18. bis 24. März zu beobachten – also kurz nach Schließung der Schulen und mit Beginn der weiteren Kontakt- und Mobilitätsbeschränkungen. Auch bei den Videosprechstunden zeigt sich im Laufe des März 2020 ein deutlicher Zuwachs – im Vergleich zur telefonischen Beratung hat sie aber eine nachgeordnete Bedeutung. Trotz dieser Entwicklung bleibt der persönliche Kontakt wesentlich für die medizinische Beurteilung einer gesundheitlichen Beschwerde.

Quelle: Zi



Internet-Check „Cookies und Tracking im Datenschutz“



Die Webseite Ihres Unternehmens ist nicht nur Ihre virtuelle Visitenkarte, sie kann auch ein wichtiger Marketing- und Vertriebskanal sein. Somit kann sie erheblich zum Unternehmenserfolg beitragen. Vorausgesetzt, sie erfüllt die erforderlichen gesetzlichen Richtlinien.

Es gibt etliche Gesetze und Richtlinien, die in Puncto Webseite zu beachten sind. Kennen Sie sie? Keine Sorge, selbst versierte Digital-Agenturen bewegen sich zum Teil auf rechtlich unsicherem Terrain. Kein Wunder. Cookies, Tracking, Consent- Management, ePrivacy, DSGVO, TMG, EuGH, BGH – all diese Schlagworte können große Auswirkungen auf Ihre Webseite haben. Die Profis der PROTEKTO DATA FUSE helfen Ihnen dabei, den Durchblick zu behalten.

Neue Regelungen

Am 28.05.2020 entschied der Bundesgerichtshof (BGH) in Bezug auf Tracking und Cookies, dass Besucherinnen und Besucher der Nutzung von Cookies und dem damit verbundenen Tracking aktiv zustimmen müssen und dieser Einwilligung jederzeit widersprochen werden kann. Zum Ablauf Ihrer individuellen Prüfung Wir helfen Ihnen dabei, Ihren Internetauftritt hinsichtlich der neuen Anforderungen und datenschutzrechtlichen Vorgaben zu prüfen und ggf. Aktualisierungen vorzunehmen.

Im „alles inklusive“-Paket der PROTEKTO sind für eine URL folgende Maßnahmen im Internet-Check „Cookies + Tracking im Datenschutz“ enthalten:

- ▶ ein technischer Cookie-Scan Ihrer Website mit ausführlichem Report
- ▶ die Opt-In Prüfung (Einwilligung)
- ▶ die Opt-Out Prüfung (Widerruf)
- ▶ die Erstellung eines rechtskonformen Cookie-Banners
- ▶ die Erstellung einer neuen und/oder angepassten Datenschutzerklärung
- ▶ eine ausführliche Video-Online-Beratung zur Umsetzung

Quelle: Protekto

Der Internet-Check „Cookies + Tracking im Datenschutz“ kostet im „alles inklusive“-Paket für eine Internet-URL 398,00 € netto zzgl. MwSt. Wenn Sie bis zum 30.09.2020 buchen, kostet er sogar nur 238,80 € netto.

➔ Weitere Informationen und Angebot: bvou.net, Stichwort:

»Cookies«



Neue Heilmittelrichtlinie: Änderungen ab 1. Oktober

Im Gemeinsamen Bundesausschuss wurde am 19. September 2019 die überarbeitete Heilmittel-Richtlinie beschlossen. Die Änderungen gelten ab 1. Oktober 2020. Nachfolgend sind wesentliche Neuerungen und damit verbundene Vorteile aufgeführt.

Abschaffung der Regelfallsystematik:

Nur Verordnungsfall und orientierende Behandlungsmenge Die komplizierte Regelfallsystematik wird abgelöst: Es wird künftig nicht mehr unterschieden in Erstverordnung, Folgeverordnung und Verordnung außerhalb des Regelfalls. Stattdessen gibt es einen Verordnungsfall und daran geknüpft eine sogenannte orientierende Behandlungsmenge. Die Formulierung „orientierende Behandlungsmenge“ soll deutlich machen, dass sich der Arzt bei der Heilmittelverordnung an dieser Menge orientiert, aber je nach medizinischem Bedarf des Patienten davon abweichen kann.

✔ **Vorteil:** Die Anfälligkeit, eine ungenaue oder fehlerhafte Verordnung auszustellen, sinkt. Es besteht nicht mehr die Gefahr, dass eine Folgeverordnung ausgestellt wird, obwohl der Regelfall bereits überschritten ist. Die Vereinfachung trägt dazu bei, Rückfragen zwischen Arzt- und Heilmittel-Praxis zu vermeiden.

Bürokratieabbau: Wegfall des Genehmigungsverfahrens für Verordnungen außerhalb des Regelfalls

Mit dem Wegfall der Verordnung außerhalb des Regelfalls entfällt auch das entsprechende Genehmigungsverfahren, das einige Krankenkassen verlangten. Somit sind auch für Verordnungsfälle, bei denen die orientierende Behandlungsmenge überschritten wird, keine Begründungen mehr auf der Verordnung erforderlich. Der Arzt dokumentiert lediglich in der Patientenakte die Gründe für den höheren Heilmittelbedarf.

✔ **Vorteil:** Ärzte müssen keine Begründung mehr auf der Verordnung angeben. Auch Patienten und Therapeuten werden entlastet, da sie kein Genehmigungsverfahren mehr zu berücksichtigen haben.

Mehr Verordnungssicherheit: Verordnungsdatum ist entscheidend, nicht ein „behandlungsfreies Intervall“

Derzeit ist ein „behandlungsfreies Intervall“ von zwölf Wochen definiert, erst danach handelt es sich um einen neuen Regelfall und es ist möglich, eine neue Erstverordnung auszustellen. Allerdings bringt das mehrere Schwierigkeiten mit sich: Weil Ärzte nicht wissen können, wann genau der letzte Behandlungstermin bei einem Heilmittelerbringer stattgefunden hat, können sie das behandlungsfreie Intervall nicht rechtssicher bemessen. Zudem suggeriert die Formulierung „behandlungsfreies Intervall“, dass eine Pause von zwölf Wochen erforderlich ist, bevor eine erneute Heilmittelverordnung erfolgen darf. Dabei ist das Intervall nur dafür maßgeblich, ob ein neuer Regelfall ausgelöst wird oder der alte gilt. Künftig ist das Datum der letzten Heilmittelverordnung entscheidend:

- ▶ Liegt es noch keine sechs Monate zurück, wird der bisherige Verordnungsfall fortgeführt. Die „orientierende Behandlungsmenge“ gilt ebenfalls fort, wobei auch darüber hinaus verordnet werden kann, wenn es medizinisch erforderlich ist.
- ▶ Liegt das Datum sechs Monate oder länger zurück, wird ein neuer Verordnungsfall ausgelöst.

✔ **Vorteil:** Das letzte Verordnungsdatum ist im Praxisverwaltungssystem (PVS) des Arztes gespeichert. Damit können die Zeiträume jederzeit eingesehen oder vom PVS automatisch bemessen werden.

Klarheit: Schlucktherapie ist ein eigenes Heilmittel

Ärzte können Schlucktherapie als eigenes Heilmittel verordnen. Bisher ist sie in die Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie integriert. Dieser Heilmittelbereich heißt künftig: Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie.

☑ **Vorteil:** Mehr Klarheit für Ärzte, Patienten und Therapeuten. Eine Behandlung mittels Schlucktherapie kann eindeutig auf der Verordnung kenntlich gemacht werden.

Übersichtlichkeit: Diagnosegruppen werden zusammengefasst

Die Diagnosegruppen im Heilmittel-Katalog werden vor allem im Bereich Physiotherapie zusammengefasst (von 22 auf 13) und insgesamt übersichtlicher: Innerhalb der Diagnosegruppen wird nicht mehr zwischen kurz-, mittel- und längerfristigem Behandlungsbedarf unterschieden. Die sogenannte Aufrechnung der Verordnungsmengen von Vor-Verordnungen für verwandte Diagnosegruppen entfällt. Auch ein Wechsel zwischen verwandten Diagnosegruppen ist nicht mehr nötig (z. B. von WS1 zu WS2). Darüber hinaus muss künftig nur noch zwischen „vorrangigen“ und „ergänzenden“ Heilmitteln unterschieden werden, da die optionalen in die vorrangigen Heilmittel integriert wurden.

☑ **Vorteil:** Der Heilmittel-Katalog wird überschaubarer.

Mehr Therapieoptionen und Entscheidungsfreiheit: Flexiblere Angaben zur Leitsymptomatik

Die Angaben zur Leitsymptomatik werden wesentlich flexibler. So können künftig mehrere unterschiedliche Leitsymptomatiken auf einer Verordnung angegeben werden. Außerdem kann der Arzt künftig alternativ eine patientenindividuelle Leitsymptomatik formulieren. Dabei müssen die individuellen Angaben die Leitsymptomatik des Heilmittel-Katalogs „widerspiegeln“. In solchen Fällen brauchen Ärzte nicht zusätzlich die Leitsymptomatik nach dem Heilmittel-Katalog auf der Verordnung anzugeben.

☑ **Vorteil:** Mehr Flexibilität und Entscheidungsfreiheit für Ärzte Gleichzeitiges Verordnen mehrerer Heilmittel möglich In den Heilmittelbereichen der Physiotherapie beziehungsweise der Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie können künftig mehrere vorrangige Heilmittel gleichzeitig verordnet werden – konkret sind bis zu drei möglich. Im Bereich der Ergotherapie ist dies bereits heute schon möglich. Während der Laufzeit einer Verordnung können dann beispielsweise passive und aktive Maßnahmen der Physiotherapie kombiniert werden.

☑ **Vorteil:** Erweiterung der Therapieoptionen.

Weniger Rücksprachen, Abstimmungen oder Änderungswünsche: Verordnungsfall ist immer arztbezogen

In der Heilmittel-Richtlinie wird klargestellt, ab wann ein Arzt von einem neuen Verordnungsfall ausgehen kann: Ein Verordnungsfall bezieht sich immer auf den verordnenden Arzt. Somit erfolgt auch die Bemessung der orientierenden Behandlungsmenge immer arztbezogen.

☑ **Vorteil:** Ärzte müssen keine Verordnungsmengen von anderen Ärzten berücksichtigen, entsprechende Recherchen und Rücksprachen bleiben Ärzten künftig erspart. Behandlungsfrequenz kann flexibler angegeben werden. Die Frequenzempfehlungen des Heilmittel-Katalogs werden einheitlich als Frequenzspannen hinterlegt, zum Beispiel „1–3 x wöchentlich“. Das verringert Bürokratie, denn bisher muss der Therapeut Abweichungen von der Frequenzangabe mit dem Arzt abstimmen. Durch die Vorgabe einer Frequenzspanne können die Behandlungstermine je nach Bedarf flexibler zwischen Heilmittel-Therapeut und Patient vereinbart werden.

☑ **Vorteil:** Keine zeitaufwändigen Abstimmungen zwischen Ärzten und Heilmittelerbringern bei Änderungen der Behandlungsfrequenz.

Längere Frist für Beginn der Heilmitteltherapie

Der späteste Behandlungsbeginn wird von bisher 14 auf künftig 28 Tage erweitert. Damit hat der Patient mehr Zeit, die Therapie zu beginnen. Gleichzeitig wird damit den längeren Wartezeiten bei den Heilmittelerbringern Rechnung getragen. Zudem soll ein Feld für einen dringlichen Behandlungsbedarf (innerhalb von 14 Tagen) auf der Verordnung geschaffen werden. Ärzte kreuzen es an, wenn die Erkrankung einen früheren Behandlungsbeginn erfordert.

☑ **Vorteil:** Weniger nachträgliche Änderungswünsche von Patienten oder Therapeuten in Arztpraxen.

📌 **Hinweis**

Künftig nur noch ein Verordnungsformular

Zur weiteren Vereinfachung soll es voraussichtlich ab 1. Oktober 2020 nur noch ein Verordnungsformular für alle Heilmittel geben (Physiotherapie, Podologie, Ergotherapie, Ernährungstherapie, Stimm-, Sprech-, Sprach- sowie Schlucktherapie). Dazu befinden sich die KBV und der GKV-Spitzenverband als Partner des Bundesmantelvertrages für Ärzte derzeit in Verhandlungen, die bis Ende 2019 abgeschlossen sein sollen.

Quelle: KBV

Aktuelle Abrechnungshinweise für Orthopäden und Unfallchirurgen



Verlängerung Covid-19-Zuschlag PKV/GOÄ

Für die GOÄ-Abrechnung hatte die Bundesärztekammer am 7.5.2020 in Abstimmung mit Bundespsychotherapeutenkammer, PKV-Verband und Beihilfekostenträgern eine gemeinsame Analogabrechnungsempfehlung mit der Zuschlagsziffer A245 für die Erfüllung aufwändiger Hygienemaßnahmen im Rahmen der COVID-19-Pandemie eingeführt. Die Abrechenbarkeit dieser GOÄ-Ziffer wurde nun rückwirkend ab 9.4.2020 ermöglicht und bis zum 30. September 2020 verlängert. Die Analogziffer kann neben den sonstigen Leistungsziffern nur bei unmittelbarem, persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt einmal je Sitzung mit dem 2,3-fachen Satz in Höhe von 14,75€ berechnet werden, auch in Kombination mit GOP 3. Bei Berechnung der A245 kann ein erhöhter Hygieneaufwand nicht zeitgleich durch Überschreiten des 2,3-fachen Gebührensatzes für die in der Sitzung erbrachten ärztlichen Leistungen berechnet werden. Eine Steigerung der anderen in derselben Sitzung erbrachten Leistungen über den Schwellenwert ist nur aufgrund sonstiger Erschwerungsgründe zulässig. Je nach Bewertung der am Behandlungstag abgerechneten GOP kann es unter

Umständen aber sinnvoll sein, auf den Ansatz der A245 zu verzichten und stattdessen die GOP mit unmittelbarem Kontakt am Patienten mit unterschiedlichen, verständlichen und nachvollziehbaren hygienebasierten Begründungstexten adäquat zu steigern. Einzelheiten siehe: bit.ly/2P70ltz

Verlängerung Covid-19-Pauschale DGUV/UV-GOÄ

Für die BG-Abrechnung hatte die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung in Absprache mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 18.5.2020 rückwirkend ab 16.3.2020 eine „Covid-19-Pauschale“ für Mehraufwendungen für Infektionsschutz eingeführt. Der Betrag wurde als Pauschale in Höhe von 4,00 € festgelegt. Sie kann einmal am Behandlungstag in der Spalte der besonderen Kosten zusätzlich zu den erbrachten Leistungen in die Rechnung aufgenommen werden. Eine eigene spezielle UV-GOÄ Ziffer ist nicht anzugeben. Auch die Abrechenbarkeit dieser Pauschale wurde bis zum 30.9.2020 verlängert. Eine Nachberechnung für schon versandte Rechnungen ist möglich. Einzelheiten siehe bit.ly/3gbWvm8

Arztgruppe	Ab 1.7.2020*	Ab 1.7.2021*	Ab 1.7.2022*
Orthopäden	150,66€	103,68€	25,92€
Chirurgen	115,02€	79,38€	19,44€
Ermächtigte Ärzte, Institute u. Krankenhäuser	34,83€	23,49€	5,67€

*Erstattungsfähige Portokosten

EBM: Portokosten und elektronischer Arztbriefversand

Arztbriefschreibung ist ein wichtiger Bestandteil fachärztlicher Leistung. Im GKV-Bereich sind hinsichtlich der Kostenpauschalen für Post- und Faxversand ab 1.7.2020 folgende Neuregelungen wichtig: Kostenerstattungen für Porto- und Kopierkosten (40120-40126, 40144) entfallen. Stattdessen können Portokosten für Briefe mit der neu eingeführten GOP 40110 (0,81€) und Faxversand mit der neu eingeführten GOP 40111 (0,10€, ab 1.7.2021: 0,05€) abgerechnet werden. Beide Ziffern unterliegen jetzt aber bundesweit festgelegten arztgruppenspezifischen Höchstwerten je Arzt und Quartal:

Hinsichtlich der Höhe der erstattungsfähigen Portokosten liegen Orthopäden damit leider weit hinter Radiologen (445,50€), Nuklearmedizinern (405,81€) und diversen Teilgebieten der Inneren Medizin (367,74€–126,36€). Die Logik dahinter erschließt sich nicht. Die bescheidenen Höchstwerte dürften in den meisten orthopädischen Praxen bei Weitem nicht zur Deckung der beim Briefversand anfallenden Portokosten ausreichen. Hingegen wird ein Festhalten an der bisherigen Praxis des Arztbriefversands mit einem spürbaren Umsatzverlust verbunden sein. Durch die Degression der Höchstwerte soll die Digitalisierung des Arztberichtswesen vorangetrieben werden. Der im Rahmen der Telematik-Infrastruktur hierfür vorgesehene TI-Fachdienst „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM) ist aktuell jedoch noch gar nicht verfügbar. Für die Nutzung von KIM ist darüber hinaus ein elektronischer Heilberufsausweis der zweiten Generation Voraussetzung, der derzeit aufgrund fehlender Zertifizierung der Dienstleister noch nicht im Bereich aller Landesärztekammern ausgestellt werden kann. Praxen, die aktuell bereits einen elektronischen Kommunikationsdienst wie KV-Connect nutzen, sind hier klar im Vorteil: Sie können diesen Dienst übergangsweise noch für 6 Monate weiter nutzen und bereits jetzt die neuen EBM Ziffern für den elektronischen Arztbriefversand berechnen: Für den Versand eines eArztbriefs kann die EBM-Ziffer 86900 (0,28€) und für den Empfang eines

eArztbriefs die EBM-Ziffer 86901 (0,27€) angesetzt werden. Für beide Ziffern gemeinsam gilt jedoch ebenfalls ein Höchstwert von 23,40€ je Arzt und Quartal. Ab 1.7.2020 bis 30.6.2020 wird eine von der KV zugesetzte EBM-Ziffer 01660 als Zuschlag zur 86900 in Höhe von „stolzen“ 0,1099€ als Strukturförderungspauschale eingeführt. Diese unterliegt nicht dem Höchstwert von 23,40€. Einzelheiten zu diesem Musterbeispiel für Arbeitsbeschaffung und Bürokratie im Gesundheitswesen für Centbeträge siehe bit.ly/2CU2spv

Facharztpraxen sollten daher unter Beachtung der Berichtspflicht bei bestimmten EBM-Leistungen rasch Strategien zur Reduktion von Portokosten entwickeln. Alternativ zur Deutschen Post sind andere Versanddienstleister oft kostengünstiger. Ebenso könnten Briefe weniger häufig geschrieben, gesammelt und nur in größeren zeitlichen Intervallen verschickt werden. Der datenschutzrechtlich problematische Faxversand stellt – wenngleich weit verbreitet und leicht praktikabel – ein Problem dar. An der zeitnahen Teilnahme an KIM wird man kaum vorbeikommen. Praxen sollten daher darauf achten, dass sie selbst – genauso wie deren regelmäßigen Zuweiser – sobald wie möglich die Voraussetzungen zum digitalen Arztbriefversand und -empfang schaffen. Dazu gehört auch der Antrag auf einen monatlich kostenpflichtigen elektronischen Arztausweis der zweiten Generation, sobald verfügbar. Dessen Kosten werden im Rahmen der laufenden Zahlungen der TI-Betriebskostenpauschalen von der KV erstattet. Alle Praxen erhalten bereits ab 1.4.2020 eine pauschale Erstattung der laufenden Kosten für KIM in Höhe von 23,40€ je Quartal, unabhängig davon, ob der Dienst in der Praxis bereits eingerichtet wurde oder nicht. Für die nachgewiesene Ersteinrichtung erhält man eine zusätzliche Einrichtungspauschale in Höhe von 100,00€. Für bereits an die TI angeschlossene Praxen ist ein Konnektor-Update erforderlich, welches mit 530,00€ gefördert wird. Nur mit dem Konnektor-Update und einer entsprechenden Anzahl von Kartenlesegeräten sind dann auch weitere abrechenbare TI-Leistungen wie Anlage, Überprüfung, Aktualisierung oder Löschung eines Notfalldatensatzes und Erstellung oder Aktualisierung eines elektronischen Medikationsplans auf der elektronischen Gesundheitskarte sinnvoll nutzbar und abzurechnen.

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

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

Wann kann und darf ein Patient fernmündlich aufgeklärt werden?



In der aktuellen Ausnahmesituation durch die Corona-Pandemie ist die Fernaufklärung sinnvolle Alternative, um Arztbesuche und verstärkten Personenverkehr zu minimieren. Der Gesetzgeber verlangt jedoch eine mündliche Aufklärung, damit diese wirksam ist. Über Möglichkeiten und Grenzen klärt BVOU-Verbandsjurist Dr. Jörg Heberer auf.

Herr Dr. Heberer, können Video-Konferenzen und Telefonate als ordnungsgemäße Aufklärung gelten?

Dr. Jörg Heberer: In § 630e Abs. 2 Nr. 1 BGB ist normiert, dass die Aufklärung mündlich zu erfolgen hat. Dies entspricht auch der ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die Aufklärung setzt damit jedenfalls ein ausführliches Gespräch zwischen Arzt und Patient voraus. Allerdings ist im BGB zivilrechtlich bislang nicht eindeutig geregelt, ob dieses Gespräch auch über Fernkommunikationsmittel wirksam geführt werden kann.

Der Bundesgerichtshof hat mit Urteil vom 15.06.2010 – VI ZR 204/09 zumindest die Anforderungen an eine wirksame Aufklärung per Telefon festgelegt. Danach ist zum einen Voraussetzung, dass es sich um einen einfach gelagerten Fall handelt. Im entschiedenen Fall war eine Leistenhernien-Operation streitgegenständlich, die als einfacher Fall eingestuft wurde. Wann von einem einfachen Fall auszugehen ist, muss stets aus medizinischer Sicht durch den behandelnden Arzt entschieden werden.

Zum anderen muss sich der Arzt davon überzeugen können, dass der Patient die entsprechenden Hinweise

und Informationen verstanden hat, was aus Sicht des BGH in einfach gelagerten Fällen grundsätzlich bei einem telefonischen Aufklärungsgespräch gegeben wäre.

Des Weiteren muss der Arzt die Möglichkeit haben, auf individuelle Belange des Patienten einzugehen und eventuelle Fragen zu beantworten. Auch dies ist in einem Telefongespräch möglich. Zudem muss der Patient sich mit einer telefonischen Aufklärung einverstanden erklären, denn es bleibt sein gutes Recht, ein persönliches Gespräch zu fordern. Vom BGH wird abschließend noch ausdrücklich festgestellt, dass eine telefonische Aufklärung regelmäßig unzureichend sein wird, wenn es sich um komplizierte Eingriffe bzw. Behandlungen mit erheblichen Risiken handelt. Diese Rechtsprechung gilt mangels anderer gesetzlicher Regelung oder entgegenstehender höchstrichterlicher Rechtsprechung nach wie vor.

Zusammenfassend ist damit festzustellen, dass eine Aufklärung per Telefon oder meiner Auffassung nach auch per Videokonferenz derzeit eben nur in medizinisch einfach gelagerten Fällen zulässig ist, wenn auch die übrigen vorgenannten Voraussetzungen erfüllt werden. Denn ein erheblicher Unterschied zwischen einem Gespräch

am Telefon oder einer Videokonferenz ist mir aktuell nicht ersichtlich. Im Gegenteil ist bei telemedizinischen Verfahren, wie beispielsweise der Videotelefonie, gerade ein persönlicher (Sicht-)Kontakt gegeben, sodass die Grundsätze der BGH-Rechtsprechung meiner Ansicht nach hierauf übertragen werden können. Inwieweit aufgrund der digitalen Entwicklung die zukünftige Rechtsprechung eine Aufklärung insbesondere mittels Videotelefonie, bei der aufgrund des persönlichen (Sicht-)Kontakts das Charakteristikum des persönlichen Gesprächs ja gerade nahezu unterschiedslos erfüllt werden kann, auch bei komplizierten Behandlungsfällen mit erheblichen Risiken als zulässig beurteilt wird, bleibt mit Spannung zu erwarten.

Unter welchen Voraussetzungen kann und darf ein Patient fernmündlich aufgeklärt werden?

Dr. Heberer: Zum einen sind die unter Frage 1 genannten zivilrechtlichen Voraussetzungen für die Wirksamkeit der Aufklärung zu erfüllen. Zum anderen gibt es aber auch berufsrechtliche Vorgaben, die einzuhalten sind. § 7 Abs. 4 Satz 1 MBO-Ä stellt zunächst das Gebot auf, dass die Beratung und Behandlung von Patienten im persönlichen Kontakt erfolgt. Dies setzt damit grundsätzlich die gleichzeitige körperliche Anwesenheit von Arzt und Patient voraus. Dabei können jedoch gemäß § 7 Abs. 4 Satz 2 MBO-Ä Kommunikationsmedien unterstützend eingesetzt werden. Allerdings setzt dies nach Ansicht der Bundesärztekammer voraus, dass dem behandelnden Arzt bzw. mindestens einem an der Behandlung beteiligten Arzt der Patient sowie der krankhafte Zustand bzw. die Beschwerden aufgrund einer persönlichen Untersuchung bekannt sind (vgl. Bundesärztekammer, Hinweise und Erläuterungen zu § 7 Abs. 4 MBO-Ä, Seite 3, Stand 22.03.2019, unter Hinweis Erläuterungen Fernbehandlung).

Hiervon zu unterscheiden ist der Ausnahmefall der ausschließlichen Fernbehandlung bzw. Fernaufklärung. Bei der ausschließlichen Fernaufklärung

besteht und bestand zu keinem Zeitpunkt ein persönlicher Kontakt zwischen Arzt und Patient. Eine ausschließliche Fernaufklärung ist nach § 7 Abs. 4 Satz 3 MBO-Ä jedoch nur im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt, insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation, gewahrt wird. Zudem muss der Patient auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt werden. Will der Arzt somit bei einem Patienten eine solch ausschließliche Fernaufklärung durchführen, kommt ihm zunächst eine Prüfpflicht unter Berücksichtigung sämtlicher Umstände im Einzelfall zu, ob dieser konkrete Fall sich auch für eine Fernaufklärung eignet oder ob nicht doch die Aufklärung in einem persönlichen Gespräch geboten ist. Dies richtet sich nach der ärztlichen Vertretbarkeit der Aufklärung ohne vorherigen Patientenkontakt und damit abermals nach einer rein medizinischen Beurteilung. In diesen Entscheidungsprozess sind u. a. miteinzubeziehen, ob der Arzt über die erforderliche, funktionstüchtige und dem aktuellen technischen Standard entsprechende technische und apparative Ausstattung verfügt und mit deren Anwendung vertraut ist, die etwaigen sich aus einem fehlenden unmittelbaren Kontakt ergebenden Einschränkungen bei Untersuchungsmöglichkeiten, die Eignung der Informationen und Beschwerden für eine fernmündliche Aufklärung/Behandlung sowie deren Überprüfbarkeit mittels der eingesetzten Medien, die Fähigkeit des Patienten zur Kommunikation mit dem gewählten Medium und auch, ob die ärztliche Vertretbarkeit durch die eingesetzten Medien ausreichend überprüft werden kann. Die Entscheidung über die ärztliche Vertretbarkeit der ausschließlichen Fernaufklärung ist nicht lediglich zu Beginn, sondern vielmehr kontinuierlich auch im Laufe des Gesprächs zu bewerten.

Des Weiteren ist bei der Fernaufklärung natürlich genauso die erforderliche ärztliche Sorgfalt stets zu wahren,

d. h. sowohl die Aufklärung muss dem medizinischen Standard entsprechen als auch die Befunderhebung, Diagnostik etc. Zu beachten gilt jedoch die berufsrechtlich erweiterte Aufklärungspflicht dahingehend, dass auch über die Besonderheiten der ausschließlichen Fernaufklärung bzw. Fernbehandlung aufzuklären ist. Dies erfordert im Besonderen einen Hinweis auf die Unterschiede zwischen der Fernaufklärung im konkreten Fall und der Aufklärung im persönlichen Gespräch. Ein solcher Unterschied kann aus Sicht der Bundesärztekammer beispielsweise bestehen in der Abhängigkeit der Fernaufklärung von der Qualität der Daten- bzw. Informationsübermittlung des verwendeten Mediums.

Im Fall einer ausschließlichen Fernbehandlung muss des Weiteren über deren Risiken sowie über die Alternative einer persönlichen Aufklärung und Behandlung in der Praxis aufgeklärt werden, wenn die ärztliche Vertretbarkeit der ausschließlichen Fernaufklärung/-behandlung noch gegeben ist, aber wesentlich abweichende Belastungen, Risiken oder Heilungschancen gegenüber der Aufklärung und Behandlung vor Ort zeigt, z. B. weil bestimmte Behandlungsmethoden als Fernbehandlung nicht zur Verfügung stehen (vgl. Bundesärztekammer, a. a. O., S. 4).

Ebenso gehört zur ärztlichen Sorgfalt eine ordnungsgemäße Dokumentation, die in diesem Fall die Besonderheiten der ausschließlichen Fernaufklärung natürlich zusätzlich berücksichtigen muss. Demzufolge sind vom Arzt zum einen ergänzend die Gründe für die ärztliche Vertretbarkeit der ausschließlichen Fernaufklärung im jeweiligen Einzelfall zu dokumentieren und zum anderen die gesonderte Aufklärung über die Besonderheiten der ausschließlichen Fernaufklärung. Im Übrigen muss auch jeder Arzt stets prüfen, ob und unter welchen Voraussetzungen die ausschließliche Fernbehandlung in seinem Bundesland durch die für ihn konkret geltende Berufsordnung zugelassen ist. Denn die Vorschriften aus der MBO-Ä müssen durch die jeweiligen Landesärztekammer umgesetzt werden,

wobei hier auch Veränderungen im Wortlaut vorgenommen werden können. Die meisten Bundesländer haben mittlerweile die ausschließliche Fernbehandlung durch Übernahme des § 7 Abs. 4 MBO-Ä zugelassen. Allerdings war beispielsweise bislang in Baden-Württemberg die ausschließliche Fernbehandlung untersagt, wird aber nunmehr durch die Änderung des § 7 Abs. 4 BO ab 01.06.2020 erlaubt. In Brandenburg ist meiner Kenntnis nach die ausschließliche Fernbehandlung nach wie vor noch berufsrechtlich verboten.

Welche juristischen Bedenken sehen Sie bezüglich der Fernaufklärung? Wie könnte man diesen begegnen bzw. sie möglichst minimieren?

Dr. Heberer: Mit einer Fernaufklärung können diverse rechtliche Problematiken einhergehen. Vordergründig sind hier an den Datenschutz sowie eine Haftung des Arztes zu denken. Selbstverständlich muss die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben gewährleistet werden können, da der Einsatz neuer Technologien wie der Telemedizin in der Regel ein hohes Risiko mit sich bringt, sodass eine Datenschutzfolgeabschätzung als auch die Bestellung eines Datenschutzbeauftragten notwendig sein können. Ebenso muss fortwährend sichergestellt werden können, dass unberechtigte Dritte nicht auf den vertraulichen Kommunikationsinhalt zugreifen können. Zum anderen bestehen natürlich zivil- und strafrechtliche Haftungsrisiken im Hinblick auf einen Behandlungsfehler durch etwaige Informationsdefizite oder – verluste aufgrund der eingesetzten Kommunikationsmedien und der eingeschränkten Erkenntnismöglichkeiten, d. h. also im wahrsten Sinne des Wortes, dass der Arzt etwas übersieht oder überhört. Folge einer unwirksamen Fernaufklärung ist die Unwirksamkeit der Einwilligung des Patienten, sodass hierdurch die Behandlung rechtswidrig wird. In diesem Zusammenhang sollte insbesondere darauf geachtet werden, dass die Berufshaftpflichtversicherung die Fernbehandlung mitabdeckt.

Zur Minimierung dieser Risiken muss aus meiner Sicht zum einen die ärztliche Vertretbarkeit der Fernbehandlung in jedem Einzelfall genauestens und kontinuierlich geprüft werden. Denn diese liegt allein in der Verantwortung des Arztes. Hierbei spielen, wie gesagt, nicht nur rechtliche Aspekte, sondern auch die Qualitätssicherung, die eingesetzten Kommunikationsmedien und – techniken, die individuellen Umstände des Patienten und des Behandlungsfalls als auch vor allem die medizinische Frage, ob ohne unmittelbaren klinischen Eindruck eine lege artis Aufklärung und Behandlung möglich ist, eine Rolle. Zum anderen ist auch in diesem Bereich auf eine äußerst sorgfältige Dokumentation der gesamten Durchführung der Aufklärung und gerade auch der Besonderheiten der Fernaufklärung zu achten.

Ist es dem Arzt erlaubt, mit der Durchführung ausschließlicher Fernbehandlung zu werben?

Dr. Heberer: Dem Arzt ist berufsrechtlich eine sachliche berufsbezogene Werbung erlaubt, sodass eine sachliche Information über das Angebot ausschließlicher Fernbehandlung nach der Berufsordnung meiner Auffassung nach grundsätzlich zulässig wäre.

Zwischenzeitlich wurde durch das Digitale-Versorgungs-Gesetz (DVG) auch § 9 Heilmittelwerbe-gesetz (HWG) geändert, der noch bis Mitte Dezember 2019 die Werbung für die Erkennung oder Behandlung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden, die nicht auf eigener Wahrnehmung an dem zu behandelnden Menschen beruht (Fernbehandlung) als unzulässig ansah. Nun ist seit 19.12.2019 in § 9 Satz 2 HWG ausdrücklich geregelt, dass dies nicht gilt für die Werbung für Fernbehandlungen, die unter Verwendung von Kommunikationsmedien erfolgen, wenn nach allgemein anerkannten fachlichen Standards ein persönlicher ärztlicher Kontakt mit dem zu behandelnden Menschen nicht erforderlich ist.

Der Gesetzgeber weist jedoch in der Gesetzesbegründung darauf hin, dass auch nach dem neuen Satz 2 nur

solche Fernbehandlungen bei Menschen beworben werden dürfen, bei denen die Einhaltung anerkannter fachlicher Standards gesichert ist. Dies sei aus Sicht des Gesetzgebers dann der Fall, wenn nach dem anerkannten medizinischen Stand der Erkenntnisse eine ordnungsgemäße Behandlung und Beratung unter Einsatz von Kommunikationsmedien grundsätzlich möglich ist (vgl. BT-Drs. 19/13438, S. 78).

Die Beurteilung des medizinischen Standards bedarf jedoch wiederum einer ausschließlich medizinischen Betrachtung, sodass aus meiner Sicht die Frage der wettbewerbsrechtlichen Zulässigkeit der Werbung nach § 9 Satz 2 HWG hiervon abhängt. In einem Gerichtsverfahren, beispielsweise auf Unterlassung wegen wettbewerbsrechtlich unzulässiger Werbung, müsste dies durch einen medizinischen Sachverständigen beurteilt werden. Es bleibt damit abzuwarten, wie diese Vorschrift zukünftig durch Fachgesellschaften, Kammern, die Literatur und vor allem die Rechtsprechung ausgestaltet werden wird.

Derzeit kann somit aufgrund der noch nicht abschließend geklärten Rechtslage aus juristischer Sicht nur der rechtssicherste Weg empfohlen werden, nämlich dass berufs- und wettbewerbsrechtlich eine Werbung nur dann erfolgen sollte, wenn lediglich eine sachliche Information über das Angebot ausschließlicher Fernbehandlung stattfindet und die ausschließliche Fernbehandlung gesichert dem medizinischen Standard entspricht.

Herr Dr. Heberer, vielen Dank für das Gespräch.

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

Unentgeltliche Rechtsberatung für BVOU-Mitglieder
Kontakt: office@bvou.net

Absolute Operationsindikation: Aus der Praxis der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen

Eine 63-jährige Patientin verletzte sich bei einem Sturz den rechten Oberarm. Im Rahmen der ärztlichen Erstversorgung im Krankenhaus wurde kein Funktionsausfall der Streckmuskulatur diagnostiziert. Röntgenologisch wurde ein Oberarm-Schaftbruch festgestellt, der vier Tage nach dem Unfall im selben Krankenhaus offen zurechtgestellt und mit einer Platte osteosynthetisch stabilisiert wurde.



Postoperativ wurde eine Radialisparese diagnostiziert, die zwei Tage später neurologisch bestätigt wurde. Von Seiten der Krankenhausärzte wurden ein Zuwarten und eine Verlaufskontrolle vereinbart.

Im Elektromyogramm und bei der Messung der Nervenleitgeschwindigkeit vier Wochen später wurde ein Funktionsausfall der Nervenfasern des Nervus radialis dokumentiert (Axonotmesis) und nach weiteren neun Wochen erfolgte anderenorts eine operative Revision und die Versorgung der Defektstrecke des Stammnerven bei Neurotmesis mit einem Nervus suralis-Interponat vom rechten Unterschenkel. Postoperativ kam es nur zu einer initialen Innervation des Musculus brachioradialis. Die Patientin kann die Hand weiterhin kaum heben.

Beanstandung der ärztlichen Maßnahmen

Die Patientin nimmt an, dass bei der Operation ein Nerv fehlerhaft unter die Platte gelangt und dadurch verletzt worden sei.

Stellungnahme des Krankenhauses

Auf den Vorwurf fehlerhaften Handelns wurde mit einer eigenen Darstellung des Sachverhaltes reagiert. Behandlungsfehler wurden in Abrede gestellt.

Gutachten

Der unfallchirurgische Gutachter trifft folgende Kernaussagen: Es habe eine Indikation für einen operativen Eingriff am rechten Oberarm bestanden. Allerdings sei dabei fehlerhaft der Radialisnerv nicht dargestellt worden.

Die Nachbehandlung in der Verantwortung des Krankenhauses sei auch fehlerhaft gewesen, da ein Abwarten auf neurophysiologische Ergebnisse nur in den Fällen empfohlen sei, bei denen der Schaden primär durch das Trauma entstanden sei. Man hätte direkt nach der postoperativ bekannten Radialisparese revidieren müssen. Die verbliebenen Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen am rechten Arm würden für eine fehlerhafte operative Primärversorgung und eine fehlerhafte Nachbehandlung sprechen.

Nach einer Frührevision des Nervens wäre es zu einer vorübergehenden Funktionsstörung für einen deutlich kürzeren Zeitraum gekommen. Fehlerbedingt seien langanhaltende Schmerzen und Funktionsbeeinträchtigungen des rechten Armes eingetreten. Die Chancen einer Wiederherstellung der Nervenfunktion wären bei einer direkten Druckentlastung deutlich größer gewesen.

Bewertung der Haftungsfrage

Die Schlichtungsstelle schließt sich dem Gutachten im Ergebnis an. Das ärztliche Vorgehen war fehlerhaft, weil intraoperativ keine Nervendarstellung erfolgte und die iatrogene Schädigung des Nervus radialis nicht zeitnah postoperativ korrigiert wurde. Bei einer intraoperativen Nervendarstellung wäre es hinreichend nicht zu der Einklemmung des Nerven gekommen, weil der Verlauf des Nerven bekannt gewesen wäre.

Durch das fehlerhafte Vorgehen ist es zu der Notwendigkeit einer Revisionsoperation mit Nerveninterponat inklusive der dadurch entstehenden Beschwerden und einem deutlich verlängerten Behandlungsverlauf gekommen. Auch der fortbestehende schwere Radialisschaden ist als fehlerbedingt zu bewerten.

Fazit

Durch das Anpralltrauma des rechten Oberarmes kam es primär nicht zu einer Parese des Nervus radialis (TNRP), sondern iatrogen im Zusammenhang mit der Plattenosteosynthese. Die postoperative Läsion des Nervus radialis war sekundär Folge der fehlerhaften Verplattung, bei der der Nerv zwischen Platte und Knochen geriet. Dies wurde beim Revisionseingriff bestätigt.

Aufgrund der anatomischen Disposition besteht die Gefahr, den Nervus radialis iatrogen zu schädigen. Der Nervus radialis windet sich schraubenförmig in Begleitung der tiefen Oberarmarterie eng am Knochen anliegend um das mittlere Drittel des Humerus.

Der Operateur hatte den Nerven in seinem Verlauf nicht sicher identifiziert. Das Gefäß-Nervenbündel muss im Schaftbereich als Ganzes unterfahren, angezügelt und nach lateral weggehalten werden. Die Mobilisation darf nur so weit erfolgen, wie sie für die Reposition der Fraktur und Verplattung erforderlich ist. Hakendruck sollte vermieden werden. Der intraoperativ entstandene Radialisschaden führte zu einer kompletten Lähmung der radialen Handstrecker und zum klassischen Bild einer Fallhand mit sensiblen Ausfällen.

Bei der zeitgleich mit der Osteosynthese aufgetretenen Radialisparese bestand eine absolute Indikation für eine operative Revision. Eine schnellstmögliche Versorgung der schlaffen Lähmung war angezeigt.

Es musste in diesem Fall nicht darüber entschieden werden, ob bei einer früheren Revision die Radialisparese erfolgreich behandelt worden wäre, da der Operationsbericht und der Befund bei der Revisionsoperation die fehlerhafte Operationsdurchführung bewiesen und für den Gutachter und die Schlichtungsstelle die notwendige Gewissheit bestand, dass durch die fehlerhafte Durchführung der Radialisnerv verletzt wurde.

Dr. med. Michael Schönberger
Facharzt für Chirurgie/Handchirurgie/Unfallchirurgie
Ärztliches Mitglied

Christine Wohlers
Rechtsanwältin

Prof. Dr. med. Walter Schaffartzik
Vorsitzender Schlichtungsstelle
für Arzthaftpflichtfragen
der norddeutschen Ärztekammern

Literatur

1. Schacher, B. et al.: Paresen des N. radialis bei Humerusschaftfrakturen; Obere Extremität; 2015

#digitalOU2020: Best of O und U – komprimiert und kostenlos!

Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen,

Fortbildung, Berufspolitik, Kollegen treffen, Feiern, Berlin – das ist der DKOU!

Für fast jeden Orthopäden und Unfallchirurgen war dafür die letzte Oktoberwoche reserviert. Diese Kombination ist einmalig und kann nur in einem Präsenzkongress erlebt werden. In diesem Jahr klafft dort eine Lücke, die auch niemand schließen kann.

Leider verhindert Corona einen solchen Präsenzkongress zurzeit. Es bleibt: Der Hunger nach Fortbildung, die Lust auf Debatten, schlichtweg das Bedürfnis, in seinem Fach dranzubleiben zu wollen.

Als DKOU-Präsidenten war es uns daher ein dringendes Anliegen, dem, so gut es geht, nachzukommen. So haben wir mit unserer gemeinsamen Akademie für Orthopädie und Unfallchirurgie, der AOUC, die Digitale Woche O&U erschaffen. In der letzten Oktoberwoche, vom 19.10. bis zum 23.10.2020, von jeweils 17.00 bis 21.00 Uhr, dürfen Sie spannende Sessions, Livediskussionen, den Science Slam und andere Formate live im Internet erleben. Best of O und U sozusagen, komprimiert und kostenlos.

Jeder Tag hat einen wissenschaftlichen Schwerpunkt: Obere Extremität, Wirbelsäule, Becken, untere Extremität und Hüfte. Berufspolitische Diskussionen zu den Hot Topics IT und Datensicherheit, zu Video-Apps, zu Patientensteuerung durch die Kasse usw. ergänzen die wissenschaftlichen Formate. Wir haben uns bemüht, die besten Köpfe für die wichtigsten Themen zu bekommen.

Teilnehmen ist einfach: Sie laden die O&U Events-App herunter oder besuchen die Webseite digitalOU.org, registrieren sich und können mit dem Smartphone, PC



oder Laptop vom Sofa, vom Schreibtisch oder im Ferienhaus alles verfolgen. Mehr noch: Sie können sich einbringen, Fragen stellen, mitdiskutieren, abstimmen! Und das Beste: CME-Punkte erwerben Sie noch nebenbei.

Wir Kongresspräsidenten sind uns darüber im Klaren, dass nichts und niemand einen DKOU im Oktober ersetzen kann. Wir hoffen daher auch sehr, dass wir uns im Jahr 2021 wieder in Berlin persönlich begegnen dürfen. Für dieses Jahr haben wir die Anstrengung auf uns genommen, ein digitales Format zu schaffen, das es trotz Corona vielen Kollegen ermöglicht, in ihrem Fach „dranzubleiben“, sich fortzubilden, sich zu präsentieren und auszutauschen.

Gleichzeitig ist es für unsere gemeinsame Akademie, die AOUC, eine weitere Gelegenheit zu beweisen, dass wir Orthopäden und Unfallchirurgen DIGITAL können.

Auf eine interessante Digitale Woche O&U im Oktober freuen sich

Ihre wissenschaftlichen Leiter

Prof. Dr. Dieter C. Wirtz

Prof. Dr. Michael J. Raschke

Dr. Burkhard Lembeck

DIGITALE WOCHEN O&U

Programm vom 19. bis 23. Oktober 2020

		Montag, 19.10.2020	Dienstag, 20.10.2020	Mittwoch, 21.10.2020	Donnerstag, 22.10.2020	Freitag, 23.10.2020	
Uhrzeit	Slotformat	OBERE EXTREMITÄT	BECKEN/HÜFTE	VERSCHIEDENES	UNTERE EXTREMITÄT	WIRBELSÄULE	
16:00–17:00	Welcome	Welcome Session					
17:00–18:00	Session I	DVSE Session Schulterendoprothetik 2020 – Relive	DHG Session Aktuelle Kontroversen in der gelenkerhaltenden Hüftchirurgie	BVOU Session Osteoporose: Neue Medikamente und neuer Nutzen? Oder lediglich neue Kosten?	DKG Session Komplikationen in der Kniechirurgie	DWG Session Wirbelkörperosteotomien versus mehrsegmentale Osteotomien	
18:00–18:30	Breakout I	Parallele Workshops Satellitensymposien, Reingeschaut etc.	Parallele Workshops Satellitensymposien, Reingeschaut etc.	Parallele Workshops Satellitensymposien, Reingeschaut, Science Slam etc.	Parallele Workshops Satellitensymposien, Reingeschaut etc.	Parallele Workshops Satellitensymposien, Reingeschaut etc.	
18:30–19:30	Session II	AGA Session Meine OP-Technik: Gelenk- und Arthroskopie-Experten berichten	AO Session Proximale Femurfrakturen: Alles klar? Interaktive Falldemonstrationen	BVOU Session Vorbei an der orthopädischen Praxis? Patientensteuerung durch Apps und Videosprechstunde	D.A.F. Session Komplikationen in der Fuß- und Sprunggelenkchirurgie	Sektion Wirbelsäule Challenge osteoporotische Fraktur – Was geht? Was muss?	
19:30–20:00	Breakout II	Parallele Workshops Polytrauma Channel, Satellitensymposien, Paper OUtube	Parallele Workshops Polytrauma Channel, Satellitensymposien, Paper OUtube	Parallele Workshops Polytrauma Channel, Satellitensymposien, Paper OUtube	Parallele Workshops Polytrauma Channel, Satellitensymposien, Paper OUtube	Parallele Workshops Polytrauma Channel, Satellitensymposien, Paper OUtube	
20:00–21:00	Session III	Session Handchirurgie Besondere Problemlösungen bei distalen Radiusfrakturen	AE Session Komplikationsmanagement und Komplikationsvermeidung in der Hüftendoprothetik	VKO/SEK Session Interaktive Fallbesprechung: Kinderorthopädie und Kindertraumatologie	Junges Forum/Forum Mittelbau Life-Long-Learning ... raus aus der Komfort-Zone!	BVOU Session TI: Fahren wir die Digitalisierung an die Wand?	
21:00–22:00	Abschluss						Verabschiedung

- **Session**
 - OU Elefantenrunde (Podiumsdiskussion)
 - High nOU (Diskussionsduell)
 - OU Live@work (Videosession)
- **Breakout** (verschiedene Formate)
 - Reingeschaut (Videos aus der Praxis),
 - Science Slam (Wissenschaft einmal anders präsentiert inkl. Voting)
 - Paper OUtube (Abstract Discussion mit Voting)
 - Satellitensymposien

#digitalOU2020

Jetzt kostenfrei registrieren auf
digitalOU.org

Marktplatz des Zusammenseins fällt aus



© Intercongress

Volle Messehallen wird es in diesem Jahr leider nicht geben.

Der DKOU gilt als größter Kongress für unser Fachgebiet in Europa mit mehr als 10.000 Teilnehmern aus über 60 Nationen weltweit. Etwa zwei Jahre vor dem eigentlichen Ereignis beginnen die Planungen mit Festlegung der Kongressthemen, der Ausgestaltung des wissenschaftlichen Programms und der Rahmenveranstaltungen. Für den DKOU 2020 waren Anfang März alle Vorbereitungen abgeschlossen: 382 Sitzungen waren im Detail organisiert, davon 24 internationale Sitzungen mit Zusagen von mehr als 100 internationalen Referenten. Aber die COVID-19-Pandemie machte einen Strich durch die Rechnung.

Der Corona-Lockdown kam am 9. März in ganz Italien, am 13. März in Deutschland und am gleichen Tag erklärte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die COVID-19-Erkrankung zur globalen Pandemie. Am 16. März schloss Deutschland seine Grenzen zu den Nachbarstaaten. Das gesellschaftliche Leben kam vollständig zum Erliegen. Nach mehreren Wochen des Kontaktverbotes und „Social Distancings“ entschied die Bundesregierung, dass ab 20. April kleine Geschäfte wieder öffnen dürfen.

Ein mehrstufiger Zeitplan für den Weg aus dem Corona-Lockdown wurde mit zum Teil unterschiedlichem Vorgehen in den einzelnen Bundesländern vorgestellt.

Absage aufgrund höherer Gewalt

Für die Ausrichtung des DKOU vom 20. bis 23. Oktober in den Messehallen Berlins war der Berliner Senat als Ordnungsgeber maßgeblich. Dieser entschied mit Veröffentlichung am 21. April 2020, dass in Berlin alle Großveranstaltungen mit mehr als 5.000 Teilnehmern bis zum 24. Oktober 2020 untersagt sind. Obwohl der DKOU mit den Teilnehmerzahlen der vergangenen Jahre über alle vier Kongresstage gerechnet eindeutig in diese Regelung hineinfällt, wurde vonseiten der Messe Berlin Klärungsbedarf hinsichtlich der Teilnehmerzahl pro Tag und der juristischen Bewertung des DKOU als wissenschaftlicher Kongress versus einer Großveranstaltung gesehen. Dabei wären gegebenenfalls Stornierungsgebühren im hohen sechsstelligen Bereich vom Kongressveranstalter (Intercongress GmbH) an die Messe Berlin zu zahlen gewesen. Am 6. Mai 2020 erfolgte dann die offizielle Mitteilung der

Messe Berlin, dass aufgrund höherer Gewalt keine Stornierungskosten anfallen. Dementsprechend erfolgte die offizielle Absage des DKOU 2020 mit Schreiben vom 11. Mai 2020 an die Vorstände sowie am 12. Mai 2020 an die Mitglieder der beteiligten Fachgesellschaften (DGOU, DGOOC, DGU) und des Berufsverbandes (BVOU).

Große Enttäuschung

Für die verantwortlichen Kongresspräsidenten und insbesondere die Kongressteams sowie die Vorstände ist diese Absage außerordentlich bedauerlich und enttäuschend. Dies gerade auch vor dem Hintergrund, dass die ansonsten beim DKOU üblichen Treffen unserer Sektionen, Arbeitsgruppen und Kommissionen nicht stattfinden können. Der DKOU mit seinem vielschichtigen Programm und der Industrieausstellung ist virtuell nicht ersetzbar. Im Gegensatz zu anderen Kursen, Symposien und Kongressen lebt der DKOU insbesondere vom persönlichen Miteinander und Austausch vor Ort. Dieser einmalige „Marktplatz des Zusammenseins“ von allen, die mit O und U zu tun haben, sollte in seiner bisherigen Präsenzform beibehalten werden.

Wie es weitergeht

Nach intensiven Gesprächen und Abstimmungen in den Vorständen ist es daher vorgesehen, den DKOU 2020 auf das Jahr 2021 (26. bis 29. Oktober 2021) als Präsenzkongress unter Beibehaltung der verantwortlichen Kongresspräsidentenschaften zu verschieben. Damit wäre insbesondere auch der finanziellen Problematik Rechnung getragen, dass die bisher entstandenen Kosten zumindest größtenteils refinanziert werden.

Wir hoffen, dass wir mit diesen kurzgefassten Ausführungen nachvollziehbar verdeutlichen konnten, welche Beweggründe in dieser außergewöhnlichen pandemiebedingten Konstellation unser Handeln geleitet haben.

Wir danken für Ihr Verständnis und hoffen sehr auf Ihre Unterstützung für die dargestellte Vorgehensweise.

Prof. Dr. Dieter C. Wirtz
Präsident DGOU, Präsident
DGOOC

Prof. Dr. Michael Raschke
Stellv. Präsident DGOU,
Präsident DGU

Dr. Burkhard Lembeck
Kongresspräsident BVOU 2020

Prof. Dr. Dietmar Pennig
Generalsekretär DGOU,
Generalsekretär DGU

Prof. Dr. Bernd Kladny
Stellv. Generalsekretär DGOU,
Generalsekretär DGOOC

Dr. Johannes Flechtenmacher
Präsident BVOU

Webinar

Axiale Spondyloarthritis: Früherkennung und Therapie in der orthopädischen Praxis

Vorsitz: Dr. Uwe Schwokowski

Mittwoch, den 14. Oktober 2020
von 18:00 Uhr – 19:00 Uhr

Themenschwerpunkte

- Herausforderungen bei der Diagnose der axSpA
- axSpA-Patienten berichten über ihre Erfahrungen – gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede?
- Was kann der Orthopäde tun: Frühe Therapie der axSpA

 **NOVARTIS**



Seien Sie live dabei und
registrieren Sie sich unter:

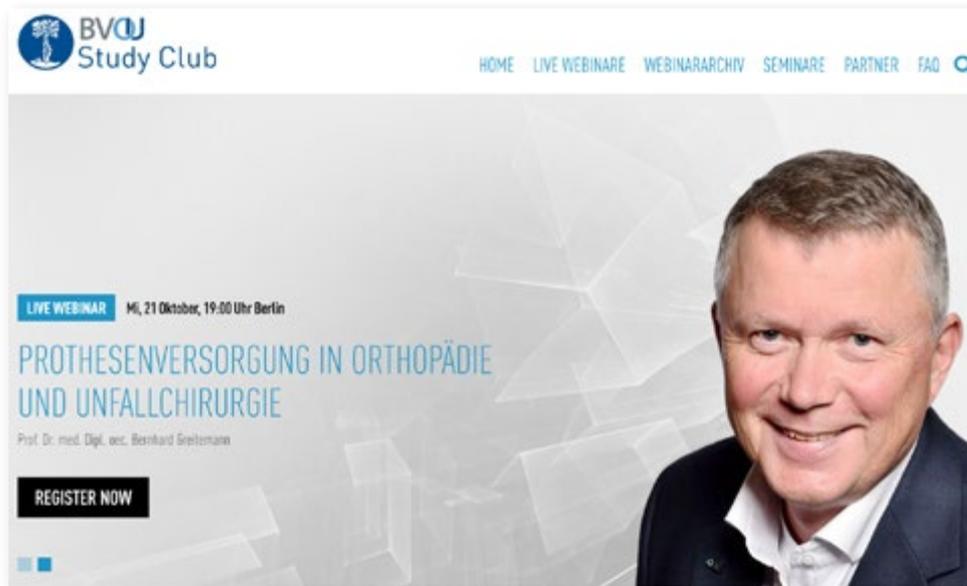
[www.zusammen-gesund.de/
frueherkennung-axspa](http://www.zusammen-gesund.de/frueherkennung-axspa)



CME-Punkte werden bei der Ärztekammer Berlin beantragt!

Die Fortbildungsveranstaltung wird von der Firma Novartis Pharma GmbH, Roonstraße 25, 90429 Nürnberg finanziert und nach den Vorgaben des FSA-Kodex durchgeführt. Gemäß der Planung der Fortbildungsveranstaltung übernimmt die Novartis Pharma GmbH den Wert pro Teilnehmer/in in Höhe von 12,50€. Bitte beachten Sie, dass Sie aufgrund der steuerlichen Vorschriften gegebenenfalls verpflichtet sind, den von Novartis übernommenen Wert für Ihre Teilnahme (gegebenenfalls abzüglich einer Eigenbeteiligung) an der oben bezeichneten Fortbildungsveranstaltung in Ihrer Steuererklärung zu berücksichtigen. Novartis empfiehlt Ihnen darüber hinaus, soweit Sie eine Tätigkeit in Gremien ausüben und hierdurch Einfluss auf den Absatz von Arzneimitteln von Novartis nehmen können, die im Rahmen dieser Einladung gewährte Unterstützung zu Fortbildungsveranstaltungen gegenüber diesen Gremien offen zu legen. Die Einladung erfolgt, da Ihre praktische/wissenschaftliche Tätigkeit im Bereich Orthopädie und das Fortbildungsthema unmittelbar zusammenhängen. Die Einladung erfolgt unabhängig von jeglichen Umsatzgeschäften zwischen dem Teilnehmer und Novartis. Novartis wird die im Rahmen der Veranstaltung zur Verfügung gestellten personenbezogenen Daten für die Durchführung dieser Veranstaltung verwenden. Um mehr über die Datenschutzrechte und den Umgang mit personenbezogenen Daten bei Novartis zu erfahren, sind in der Allgemeinen Datenschutzerklärung weitere Informationen zu finden: <https://www.novartis.de/Datenschutz/Geschaeftspartner>. Hinweis zu virtuellen Veranstaltungsformaten: Wir weisen Sie darauf hin, dass während der Veranstaltung Ihr Name (bitte mit vollständigem Namen anmelden) für die weiteren Teilnehmer einsehbar ist. Sollten Sie Einwahldaten zur Verfügung gestellt bekommen, so sind diese nur für Ihren persönlichen Gebrauch.

Neu im BVOU Study Club: Webinar-Reihe Technische Orthopädie



Die Teilnahme an Webinaren des BVOU Study Club ist für BVOU-Mitglieder kostenfrei möglich. Nicht-Mitglieder können ein Jahresabonnement zum Preis von 99 € erwerben. Weitere Informationen und Anmeldung: www.bvoustudyclub.net

Der BVOU Study Club erlangt in Corona-Zeiten als etablierte elektronische Fortbildungsplattform eine besondere Bedeutung. Seit dem Start vor fünf Jahren wurden über 45 Webinare angeboten und bereits mehr als 4.000 Kolleginnen und Kollegen haben seitdem an einem Webinar teilgenommen. Das Interesse am BVOU Study Club hat mit Beginn der Corona-Krise sprunghaft zugenommen.

Dabei erfreuten sich insbesondere Webinar-Serien, z. B. zur Osteoporose und Alterstraumatologie oder zur Therapie von Knorpelschäden, großer Beliebtheit.

Mit der neuen Serie zur technischen Orthopädie möchten wir diese Tradition der Webinar-Reihen fortsetzen. Außerdem sehen wir gemeinsam mit unseren Referenten gerade für Themen abseits des orthopädisch-unfallchirurgischen Mainstreams ein großes Potential im Fortbildungsformat des Webinars. Während es traditionell schwerfällt, ausreichend Teilnehmer für Vor-Ort-Seminare zu mobilisieren, können Webinare von 45–90 Minuten Länge von jedem Ort der Welt und zusätzlich auch zeitversetzt im Archiv besucht werden.

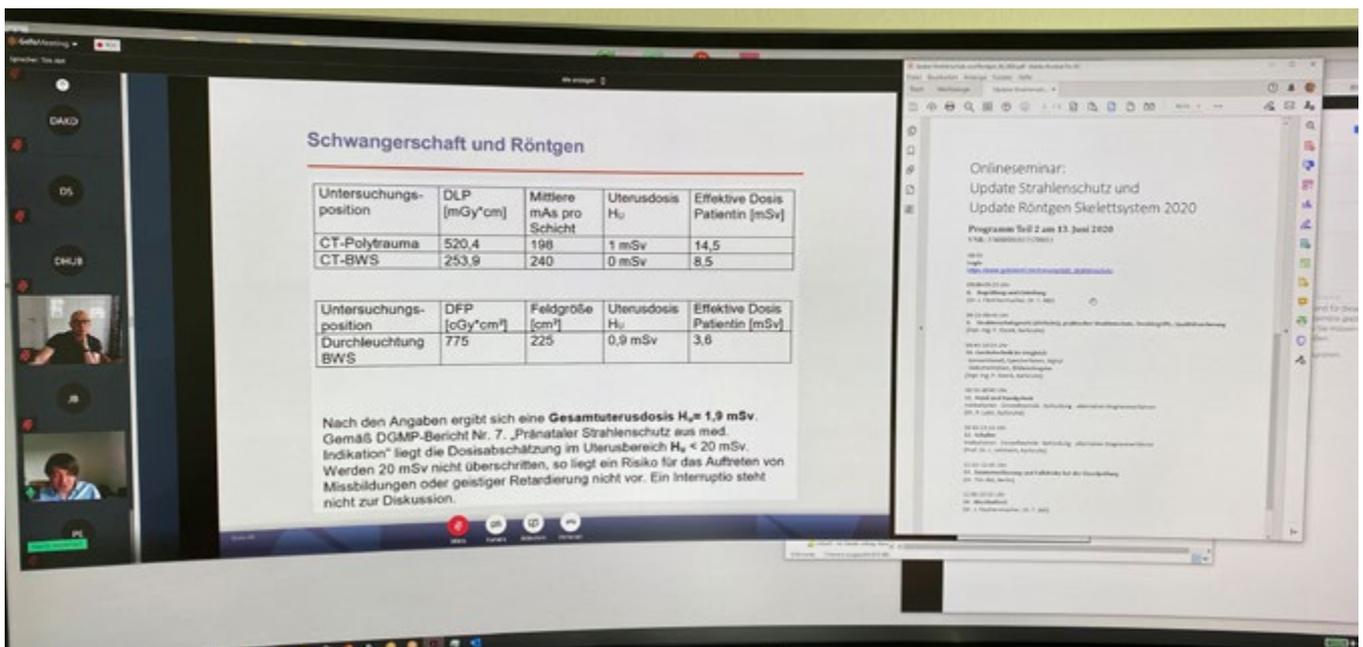
Gemeinsam mit Prof. Dr. med. Dipl. oec. Bernhard Greitemann gestaltet der BVOU Study Club eine Webinar-Reihe zur Technischen Orthopädie mit folgenden Themen und Terminen:

- 08.07.2020: Orthesenversorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie (im Archiv)
- 16.09.2020: Einlagenversorgung
- 04.11.2020: Prothesenversorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie

Im Rahmen der Live-Webinare können Fragen gestellt werden, die vom Referenten beantwortet werden und eine Diskussion wie bei einem Live-Seminar zulassen. Sollten Sie ein Webinar verpasst haben, können Sie die gesamte Serie auch im Webinar-Archiv zu einem späteren Zeitpunkt ansehen. Auch hier können Fragen gestellt werden, die zeitversetzt vom Referenten beantwortet werden.

Dr. Jörg Ansorg

Update Strahlenschutz – Komplett online in der Corona-Pandemie



Das Strahlenschutzgesetz sieht alle fünf Jahre die Aktualisierung der Fachkunde Strahlenschutz für fachkundige Ärzte vor. Dies erfolgt in Tageskursen, die vom zuständigen Landesamt für Strahlenschutz speziell zertifiziert werden müssen. Bislang war es bei diesen Kursen nur bedingt möglich, E-Learning-Elemente zu integrieren. Das hat sich nun geändert.

Durch die Corona-Pandemie ist es der ADO in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Regierungspräsidium in Baden-Württemberg gelungen, den bislang als Tageskurs im Rahmen des Süddeutschen Orthopädenkongresses angebotenen Kurs zum Update Strahlenschutz komplett als Onlinekurs anzubieten.

Dabei wurde auf eine Kombination aus Videokonferenz und E-Learning-Kurs gesetzt. Über die Live-Videokonferenz mit Chatfunktion war der direkte Austausch mit den Referenten gewährleistet.

Der Tageskurs wurde auf zwei Samstagvormittage aufgeteilt, um die Teilnehmer nicht über Gebühr vor dem PC zu beanspruchen. Die beiden Kursteile wurden zusätzlich von der Landesärztekammer mit je vier CME-Punkten plus Zusatzpunkt für die Lernkontrolle zertifiziert. Im E-Learning-Kurs wurden alle Präsentationen sowie die aufgezeichneten Vorträge zum späteren Nacharbeiten zur Verfügung gestellt. Außerdem wurden dort für jeden Vortrag Wissensfragen präsentiert und der obligatorische Abschlusstest realisiert.

Inhaltlich zeichnet sich der Kurs dadurch aus, dass er neben den üblichen physikalischen und juristischen Aktualisierungen zum Thema Strahlenschutz auch ein komplettes Update der Skelettradiologie bietet. Hier wird traditionell großer Wert auf korrekte Einstellungen und die Qualität der Röntgendiagnostik in der orthopädisch-unfallchirurgischen Praxis gelegt. Dies macht den Kurs auch für PraxismitarbeiterInnen und MTRA interessant und bietet auch erfahrenen Kolleginnen und Kollegen fachlich einen erheblichen Mehrwert.

Im Herbst ist ein zweiter Kurs geplant, der üblicherweise im Rahmen des DKOU stattgefunden hätte. Die Verhandlungen mit den zuständigen Stellen in Berlin laufen. Es ist geplant, dabei die E-Learning-Elemente zu einem eigenständigen Block ausbauen zu können und den Präsenzteil in der Videokonferenz deutlich reduzieren zu können.

Über die nächsten Termine werden wir zeitnah über die Webseiten der AOUC und der ADO informieren.

Das sagen unsere Teilnehmer zum neuen Kursformat

Dr. Anna-Katharina Doepfer (Hamburg)

„Nach fünf Jahren steht mal wieder die Aktualisierung des Strahlenschutzkurses an. Wer kennt das nicht?“

Dank Corona gab es nun erstmalig die Möglichkeit, diesen Kurs online zu absolvieren. Das Format wurde durch den BVOU organisiert und fand an zwei Samstagvormittagen statt. Die Organisation war einwandfrei, so dass man morgens entspannt mit einer Tasse Tee vor dem Computer sitzen konnte.

Der Kurs bestand aus einer gelungenen Kombination aus Medizin-Physik mit allen News zum Strahlenschutz, Röntgendiagnostik (anatomisch gegliedert) bis hin zu spannenden Fallbeispielen mit hilfreichen Informationen.

In einem Chatfenster konnte man den zehn Referenten alle Fragen stellen. Es war eine freundliche, offene und kollegiale Atmosphäre. So vorbereitet war es kein Problem, das abschließende Testat zu bestehen.

Insgesamt kann ich dieses Kursformat allen Kollegen empfehlen und freue mich tatsächlich (für mich auch ein wenig überraschend) auf den nächsten Strahlenschutz-Kurs in fünf Jahren.“

Dr. Barbara Gmel und Dr. Rainer Kübke (Berlin)

„Barbara Gmel und ich haben aufgrund von unserer Nachbarschaft beschlossen, beide Kurstermine gemeinsam zu absolvieren. Die technischen Voraussetzungen waren unterschiedlich. Es gab einen iMac und einen Windows-Laptop. Dabei stellte sich heraus, dass unter Windows eine vergleichbar bessere Kompatibilität erreichbar war.

Durch die Corona-Krise bedingt, hat der Berufsverband hier elektronisches Neuland betreten. Insofern war für ein Erstlingswerk die Teilnehmeranzahl von 63 OrthopädInnen und UnfallchirurgInnen sensationell. Für beide Kurstage bekamen die Teilnehmer drei Tage im Voraus spezielle Einweisungs-e-Mails.

Im Verlauf des ersten Tages ergaben sich sehr viele technische Fragen bezüglich des Programmes und des Ablaufes. Trotz vorab versendeter Kurzinformation über die wichtigsten Funktionen der Videokonferenz-Software, musste zu Beginn des Kurses z.B. die Möglichkeit des parallelen Chats nochmals erklärt werden. Anschließend funktionierten dann auch die Kommunikation sowie das Stellen von Fragen an die Referenten tadellos.

Die thematische Auswahl ist den wiss. Leitern Tim Abt und Johannes Flechtenmacher souverän und innovativ gelungen. Die Moderation verlief durch Tim Abt äußerst effektiv, effizient und kenntnisreich. Die technische Betreuung übernahm der Geschäftsführer des BVOU, Jörg Ansorg.

Am ersten Kurstag hat durch die konsequente Führung keiner der Referenten die Redezeit überschritten. Dadurch stand ausreichend Zeit für Diskussionen zur Verfügung.

Durch diese Erfahrungen bedingt verlief der zweite Tag entspannter, da der Ablauf bereits vertraut war. Im Großen und Ganzen wurde auch hier die Redezeit eingehalten.

Zusammenfassend können wir sagen, dass wir die neue Form der Weiter- und Fortbildung positiv empfunden haben und allen Veranstaltern zu ihrem Debüt-Erfolg gratulieren möchten.

Lediglich die bürokratischen Hürden zur endgültigen Erlangung des Zertifikates sollten überdacht und vereinfacht werden.“

Dr. Jörg Ansorg,
BVOU-Geschäftsführer

Facharztweiterbildung im ambulanten Bereich – Wie sieht es die Kassenärztliche Vereinigung?

So schön die Idee ambulanter Weiterbildung ist: Das Gehalt für einen Weiterbildungsassistenten zu stemmen, stellt sich für Praxen nicht einfach dar und erhöht die mit der Anstellung eines Assistenten verbundenen Kosten. Da die Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten nicht zu einer Ausweitung des Praxisbetriebs und Fallzahlsteigerungen führen darf, gibt es wenig Kompensationsmöglichkeiten. Hier kommt die Förderung durch die KV ins Spiel. In Baden-Württemberg ist Dr. Johannes Fechner für diesen Bereich verantwortlich.

Herr Dr. Fechner, die KVBW fördert nicht nur die Weiterbildung in allgemeinärztlichen, sondern auch in fachärztlichen Praxen. Können Sie Zahlen hinsichtlich der geförderten Praxen nennen?

Dr. Johannes Fechner: In der Allgemeinmedizin wurden im Jahr 2019 bisher 862 Praxen gefördert. In diesen Praxen wurden 1050 Ärzte in Weiterbildung weitergebildet, was 576 Stellen (sog. Vollzeitäquivalente) entspricht. Für die Allgemeinmedizin rechnen wir für das Jahr 2019 damit, dass 33.150.000,00 € an Fördermitteln ausgezahlt werden. Mit Stand 30. September 2019 haben wir bereits 24.840.000,00 € an Fördergeldern ausgeschüttet. Ein Vollzeitäquivalent entspricht einer Vollzeitstelle mit einer Anstellungsdauer von zwölf Monaten im Kalenderjahr. Bei den weiteren Fachgruppen wurden 2019 bisher 239 Praxen gefördert. Darin sind 14 Praxen aus O und U enthalten. Insgesamt wurden in den Praxen 266 Ärzte in Weiterbildung beschäftigt. Davon wurden 13 Ärzte im Gebiet der O und U weitergebildet. Dies entspricht insgesamt 126 bisher vergebenen Stellen und im Gebiet

der Orthopädie und Unfallchirurgie fünf Stellen. Die gesamte Fördersumme im Kalenderjahr 2019 wird sich voraussichtlich auf ca. 7.256.900,00 € belaufen. Hierbei hat die Förderung der orthopädisch-unfallchirurgischen Weiterbildung einen Anteil von 288.000,00 €.

Bis jetzt (Stand 30.09.2019) wurden für 2019 rund 5.430.000,00 € vergeben. Die orthopädisch-unfallchirurgische Weiterbildung profitierte hierbei von 202.000,00 Euro an Fördergeldern.

Zu erwähnen ist, dass die Anzahl der Praxen von der Anzahl der Ärzte in Weiterbildung abweichen kann, da Ärzte in Weiterbildung zur Ableistung ihrer Weiterbildungszeiten in unterschiedlichen Praxen tätig gewesen sein können.

Woher kommt denn das Geld?

Fechner: Das Geld wird zur Hälfte von den Gesetzlichen Krankenkassen und zur anderen Hälfte von der KVBW bereitgestellt. Da von der Förderung der Weiterbildung letztlich alle niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte profitieren, zahlen die Mitglieder der KVBW einen Beitrag für die Verwaltungskosten der Weiterbildung in Höhe von 0,42 %. Dieser



Dr. Johannes Fechner ist Allgemeinarzt und führt seit 2011 gemeinsam mit seinem orthopädischen Fachkollegen Dr. Norbert Metke die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg. In Fechners Zuständigkeitsbereich fallen unter anderem die Bereiche Weiterbildung, Sicherstellung und Notfalldienst.

wird direkt im Rahmen der Honorarabrechnung einbehalten.

Wie sehen Sie die Bedeutung von ärztlicher Weiterbildung im ambulanten Bereich?

Fechner: Ich sehe es als wichtiges Instrument, um dem ärztlichen Nachwuchs die Vielfältigkeit und die fachliche Qualität der ambulanten Tätigkeit aufzuzeigen und von einer Tätigkeit im ambulanten Bereich zu überzeugen. Durch die Weiterbildung im ambulanten Bereich lernen die Ärzte in Weiterbildung auch eine Medizin jenseits der oftmals hochtechnisierten Krankenhausmedizin kennen, in welcher man sich Raum und Zeit nehmen kann, um sich mit den Patienten eingehender zu befassen. Auch können die Ärzte in Weiterbildung

erleben, dass in der ambulanten Versorgung die Arzt-Patienten-Bindung ganz häufig eine enge und langfristige ist, in welcher man als Arzt mehr ist als nur derjenige, der die neue Hüfte einsetzt oder ein neues Knie.

Das TSVG stellt Ihnen hierfür noch mehr Mittel zur Verfügung. Was denken Sie darüber?

Fechner: An dieser Stelle muss zunächst differenziert werden. Das SGB V kennt auf der einen Seite die Weiterbildungsförderung. Daneben und unabhängig steht der Strukturfonds. Zwar werden die Aufwendungen in beiden Fällen gemeinsam je zur Hälfte durch die Krankenkassen und die KVen refinanziert, jedoch befindet sich der Strukturfonds ausschließlich in regionaler Hand. Bei der Weiterbildungsförderung müssen sich auf Bundesebene KBV, GKV-Spitzenverband und die DKG über eine Vereinbarung zur Förderung der Weiterbildung einigen.

Die Mittel des Strukturfonds verwenden wir derzeit für das Förderprogramm „Ziel und Zukunft“ und für unser Telemedizinprojekt „docdirekt“. Durch das Förderprogramm „Ziel und Zukunft“ fördern wir unter anderem die ärztliche Niederlassung oder Anstellung in prekären Gebieten. In Baden-Württemberg werden derzeit keine Mittel aus dem Strukturfonds für die Förderung von Weiterbildungen bereitgestellt.

Würde ein Weiterbildungsabschnitt in der Praxis empfohlen? Was halten Sie von einem Pflichtabschnitt im ambulanten Sektor?

Fechner: Ja unbedingt. Nicht schon allein wegen meiner Ausführungen, auch weil aufgrund des technischen Fortschritts immer mehr Leistungen weg aus dem stationären hin in den ambulanten Bereich verschoben werden. Daneben unterscheidet sich die Tätigkeit im ambulanten Bereich erheblich von derjenigen im stationären. Der ambulante Bereich bietet geregelte Arbeitszeiten, abgesehen vom ärztlichen Notfalldienst keine Nacht- oder

Wochenenddienste. Die Dienstbelastung im Notfalldienst hat sich seit der Notfalldienstreform 2014 erheblich vermindert. Nunmehr müssen nur noch wenige Dienste im Jahr geleistet werden und diese kann man von Vertretern übernehmen lassen.

Die KVen verlangen schon seit Jahren, dass der ambulanten Weiterbildung mehr Raum im Weiterbildungsrecht eingeräumt wird. Die ausschließliche Weiterbildung im stationären Bereich bereitet nicht auf eine Tätigkeit im ambulanten Bereich vor. Die Einführung von Pflichtabschnitten könnte hier ein probates Mittel sein. In der Allgemeinmedizin zum Beispiel mussten schon immer ambulante Pflichtabschnitte erfüllt werden. Wieso also nicht auch in anderen Fachgebieten?

Bei der Förderung solcher Weiterbildungsabschnitte sind Sie als KV an die Bestimmungen der bundesweit vorgegebenen Förderrichtlinien gebunden. Beispielsweise können Sie im Fach O und U nur speziell konservative Weiterbildungsinhalte fördern. Halten Sie diese engen Spielregeln für sinnvoll?

Fechner: Die Regelung der Bundesvereinbarung verlangt eine Förderung überwiegend konservativ tätiger Praxen. In der ambulanten Versorgung brauchen wir vor allem Ärztinnen und Ärzte, die konservativ behandeln, insofern halte ich diese Regelung durchaus für sinnvoll.

Der Spielraum, von den Bestimmungen abzuweichen, ist sehr gering. Es ist zum Beispiel vorgesehen, dass in der Förderung im fachärztlichen Bereich der Weiterbildungsabschnitt mindestens zwölf Monate betragen muss. Hier von können wir, wenn eine entsprechende Begründung vorliegt, abweichen. Eine akute Änderungsnotwendigkeit wird jedoch nicht gesehen.

Glauben Sie, dass ein Weiterbildungsabschnitt im ambulanten Bereich junge Kolleginnen und Kollegen zu einer späteren Niederlassung oder angestellten Tätigkeit in einer Praxis locken kann?

Fechner: Wir analysieren die Entwicklung des Förderprogramms und das Niederlassungsverhalten der geförderten Ärzte in Weiterbildung sehr genau. Die Teilnahme am Förderprogramm der Weiterbildung der Allgemeinmedizin hat sich bzgl. der Kopffzahlen in den letzten neun Jahren verdreifacht. Auch der Quereinstieg in die Allgemeinmedizin wird stark nachgefragt. Hinsichtlich des Niederlassungsverhaltens wissen wir, dass mit einem gewissen zeitlichen Verzug über 94 % der Geförderten eine vertragsärztliche Tätigkeit in Baden-Württemberg aufnehmen. Hier ist natürlich die Anstellung interessant. Aber auch weiterhin eine Tätigkeit in einer BAG oder Einzelpraxis. Neben der finanziellen Entwicklung wirken auch qualitative Maßnahmen. Die KVBW unterstützt und kooperiert sehr eng mit dem Kompetenzzentrum Weiterbildung der VerbundweiterbildungPlus. Hier werden Seminartage, Train-The-Trainer und Mentoring-Programme angeboten.

Herr Dr. Fechner, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte
Dr. Karsten Braun, BVOU-Referat
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit.

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.

Smart Learning®: Zusatzqualifikationen in der Corona- krise komplett online erwerben

Die Coronakrise ist aufgrund der Kontakt- und Reisebeschränkungen ein Katalysator für die Digitalisierung. Im Geschäftsleben ebenso wie in der Familie sind Videokonferenzen akzeptiert, um miteinander über diese Zeit in Kontakt zu bleiben. Online-Parties, gestreamte Hauskonzerte und Video-Kochkurse schaffen Ersatz für persönliche Treffen und Unterhaltung. Auch die medizinische Weiter- und Fortbildung erfährt aktuell einen Digitalisierungsschub.

Überall werden Webinare und Videoschulungen als leicht adaptierbare Nachfolger klassischer Seminare angeboten. Dabei treten auch die didaktischen Schwächen dieser Formate deutlicher zutage.

Unser Verband setzt bei elektronischen Fortbildungsangeboten seit Jahren auf die Zusammenarbeit mit dem Berliner E-Learning-Pionier Meduplus. Das Unternehmen wurde vor 5 Jahren von 2 Chirurgen gegründet und hat mit der Smart Learning® Methode eine spezielle Form des Blended Learning entwickelt, die die besonderen Fortbildungsbedürfnisse im Gesundheitssektor berücksichtigt.

Das adaptive Lernsystem von Meduplus eruiert durch einen kontinuierlichen Wechsel von Wissensvermittlung und Abfrage von Kenntnissen an den Nutzer an und schafft kleine und große Erfolgserlebnisse. Jeder Nutzer erhält seinen individuellen Lernpfad. Vorwissen wird belohnt und in Form von gesparter Lernzeit an den Nutzer zurückgegeben.

Die Überlegenheit der Smart Learning® Methode gegenüber klassischen E-Learning-Angeboten wurde in Vergleichsstudien mit über 3.000 Teilnehmern wissenschaftlich erwiesen. So können auch umfangreiche curriculare Fortbildungsangebote wie z.B. die Qualifikation zum Hygienebeauftragten Arzt als elektronische Lerneinheiten absolviert und die Präsenzzeit von 5 auf 2 Tage reduziert werden.

In Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Berlin und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen ist es Meduplus gelungen, seine etablierten Smart Learning® Kurse in der Coronakrise als komplette Onlinekurse anzubieten. Die 1 oder 2 Tage dauernde Präsenzphase kann auf Wunsch per Videokonferenz absolviert werden. Dabei bleiben alle Interaktionsmöglichkeiten mit den Referenten und Kollegen für die Diskussion erhalten.

Auch der bei curricularen Fortbildungen obligate Abschlussstest kann online absolviert werden.

Für den Erwerb folgender Zusatzqualifikationen stehen ab sofort Smart Learning® Kurse als Hybrid- oder reine Onlineangebote zur Verfügung:

1. Hygienebeauftragter Arzt
2. Hygienebeauftragte in der Pflege
3. Hygienebeauftragte MFA
4. Qualifikation zur Aufbereitung von Medizinprodukten

Alle Kurse entsprechen den Curricularen Fortbildungsrichtlinien der Bundesärztekammer sowie der Dt. Gesellschaft für Krankenhaushygiene und sind entsprechend zertifiziert.

Der beigefügte Flyer informiert Sie über Termine und Preise. Für Mitglieder unseres Verbandes konnten mit Meduplus Sonderkonditionen für diese und viele weitere digitale Fortbildungsangebote und Pflichtunterweisungen für Ärzte, Pflege und Praxispersonal vereinbart werden.

Sparen Sie sich Fortbildungsreisen, Kosten und Zeit. Nutzen Sie die zweite Jahreshälfte für sich und Ihr Personal und machen Sie sich fit für die Zukunft.

Weitere Informationen und Kontakt

Akademie der Deutschen Orthopäden (ADO):
Anette Köhler
030.797444-404
anette.koehler@bvou.net



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 (Präsenztermin mit vorherigem E-Learning)	Berlin	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	559 €	699 €
durchgehend	Refresherkurs Hygienebeauftragter Arzt (HBA)	E-learning	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	299 €	499 €
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
23.10.2020	Rheuma II	Berlin	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €
24.10.2020	Rheuma III	Berlin	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €
14.11.2020	Rheuma I	Frankfurt/M.	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €
04.12.2020	Rheuma II	Dortmund	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €
05.12.2020	Rheuma III	Dortmund	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 Gleichbehandlungsgesetz	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

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	
01.12.2020	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 €	

Die Digitale Woche O&U

#digital O&U 2020

Vom 19. bis 23. Oktober 2020 | digitalOU.org

JETZT kostenfrei registrieren!

Kursangebote der Akademie für Orthopädie und Unfallchirurgie (AOUC)

Deutsche und Internationale Gesellschaft für extrakorporale Stoßwellentherapie (DIGEST): Fachkunde Stoßwellentherapie → Sonderpreis für DIGEST-Mitglieder: 290€

Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
13.11.2020	DIGEST-Fachkundekurs Modul 3 ESWT Tendopathien untere Extremitäten	Wien	Dr. med. Martin Ringeisen	310 €	330 €
14.11.2020	DIGEST-Fachkundekurs Modul 6 ESWT Myofasziale Schmerztherapie	Wien	Dr. med. Martin Ringeisen	310 €	330 €

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

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
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

Deutschen Gesellschaft für Muskuloskeletale Medizin (DGMSM) e. V.

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
28.10.–01.11.2020	Weiterbildung Manuelle Medizin Grundkurs 1 06/20	Boppard	Dr. Wolfgang Czichon
09.12.–13.12.2020	Weiterbildung Manuelle Medizin Grundkurs 1 07/20	Boppard	Dr. Wolfgang Czichon

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

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
02.10.2020	AE-Kompaktkurs Zement und Zementiertechnik	Heidelberg	Prof. Dr. med. Rudolf Ascherl, Prof. Dr. med. Babak Moradi
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. Dipl.-Ing. Volkmar Jansson, Dr. med. Thomas Mattes, Univ.-Prof. Dr. med. Rüdiger von Eisenhart-Rothe, Dipl.-Kfm.
09.–10.10.2020	AE-Masterkurs Hüfte	München	Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Volkmar Jansson, Dr. med. Thomas Mattes, Univ.-Prof. Dr. med. Rüdiger von Eisenhart-Rothe, Dipl.-Kfm.
15.–16.10.2020	AE/DKG-Masterkurs Knieendoprothetik	Braunschweig	Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller, Prof. Dr. med. Robert Hube
22.10.2020	AE-Kompaktkurs Spezial: Kurzschaft	Berlin	Univ.-Prof. Dr. med. Markus Rickert, Prof. Dr. med. Fritz Thorey
22.–23.10.2020	AE/DSVE-Masterkurs Schulterendoprothetik	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
30.–31.10.2020	AE-ComGen-OP-Personalkurs	München	Dr. med. Christian Fulghum, Dr. med. Stephan Horn
06.–07.11.2020	AE-Masterkurs „Update und Expertenaus- tausch Knie- und Hüftendoprothetik“	Hamburg	Prof. Dr. med. Dominik Parsch, Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Kirschner, MBA, Prof. Dr. med. Andreas C. Niemeier
13.–14.11.2020	AE-Masterkurs „Teiligelenkersatz am Knie“	Stuttgart	Prof. Dr. med. habil. Peter R. Aldinger, Dr. med. Johannes Holz, Prof. Dr. med. habil. Johannes Beckmann
04.–05.12.2020	22. AE-Kongress	Düsseldorf	Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller, Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Kirschner, MBA, Prof. Dr. med. Reinhard Hoffmann

Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH			
Termin	Kursthema	Ort	Leitung
08.–10.10.2020	22. Kurs zur Analyse und Korrektur von Beindeformitäten	Ulm	Priv.-Doz. Dr. med. Peter Keppler
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 und 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
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
13.–14.11.2020	Spezialkurs QKG – Deutsche Knorpelakademie	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
09.–11.12.2020	15. Deutscher Wirbelsäulenkongress	Online	Prof. Dr. med. Frank Kandziora
UniversitätsSpital Zürich			
Termin	Kursthema	Ort	Leitung
05.–06.11.2020	10. Interdisziplinärer Kurs Polytraumaversorgung – Das Zürcher Paradigma in Kooperation mit ESTES	Zürich	Prof. Dr. Hans-Christoph Pape, Prof. Dr. Hans-Peter Simmen
VFOS – Verein zur Förderung der Orthopädie u. Sportmedizin e. V.			
Termin	Kursthema	Ort	Leitung
22.–24.01.2021	Grundkurs Sonographie des Stütz- und Bewegungsapparates 2021	Grünwald bei München	Prof. Dr. B. Rosemeyer, Dr. M. Krüger-Franke, Dr. A. Kugler, Dr. Judith Kirmeier
27.–28.02.2021	Vorbereitungskurs Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie	Grünwald bei München	Dr. M. Krüger-Franke, Dr. A. Kugler
12.–14.03.2021	Aufbaukurs Sonographie des Stütz- und Bewegungsapparates 2021	Grünwald bei München	Prof. Dr. B. Rosemeyer, Dr. M. Krüger-Franke, Dr. A. Kugler, Dr. Judith Kirmeier
23.–25.10.2021	Abschlusskurs Sonographie des Stütz- und Bewegungsapparates 2021	Grünwald bei München	Prof. Dr. B. Rosemeyer, Dr. M. Krüger-Franke, Dr. A. Kugler, Dr. Judith Kirmeier

GENAU HINGESCHAUT

SPONDYLOARTHITIDEN RICHTIG DIAGNOSTIZIEREN

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

Es könnte mehr dahinterstecken!

PSORIASIS-ARTHRITIS
GEHT UNTER DIE HAUT



MORBUS BECHTEREW
HAT VIELE GESICHTER

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



[www.zusammen-gesund.de/
genau-hingeschaut](http://www.zusammen-gesund.de/genau-hingeschaut)

Cosentyx® 150 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx® 150 mg Injektionslösung in einem Fertigpen, Cosentyx® 150 mg Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung

Wirkstoff: Secukinumab (in Ovarialzellen d. chinesischen Hamsters [CHO-Zellen] produzierter, gegen Interleukin17A gerichteter, rekombinanter, vollständig humaner monoklonaler Antikörper der IgG1/κKlasse).
Zus.-setz.: *Arzneil. wirks. Bestandt.:* 1 Fertigspritze/Fertigpen enthält 150 mg Secukinumab in 1 ml. Eine Durchstechflasche mit Pulver enthält 150 mg Secukinumab (nach Rekonstitution enthält 1 ml Lösung 150 mg Secukinumab). *Sonst. Bestandt.:* Trehalose-Dihydrat, Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Methionin, Polysorbat 80, Wasser f. Injektionszwecke. **Anwend.:** Behandl. erw. Pat. mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine system. Therapie in Frage kommen. Für Behandl. von Kindern und Jugendl. ab einem Alter von 6 J. mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen. Behandl. erw. Pat. mit aktiver Psoriasis-Arthritis, allein od. in Kombination mit Methotrexat (MTX), wenn das Ansprechen auf eine vorhergehende Therapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) unzureichend gewesen ist. Behandl. erw. Pat. mit aktiver ankylosierender Spondylitis, die auf eine konventionelle Therapie unzureichend angesprochen haben. Behandl. erw. Pat. mit aktiver nicht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen der Entzündung, angezeigt durch erhöhtes Creaktives Protein (CRP) und/oder Nachweis durch Magnetresonanztomographie (MRT) die unzureichend auf nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) angesprochen haben. **Gegenanz.:** Überempfindlichkeitsreakt. gegen d. Wirkstoff od. einen d. sonst. Bestandt. Klinisch relevante, aktive Infektionen (z. B. aktive Tuberkulose). **Nebenw.:** *Sehr häufig:* Infektionen d. oberen Atemwege. *Häufig:* Oraler Herpes, Tinea pedis, Rhinorrhö, Diarrhö. *Gelegentl.:* Orale Candidose, Otitis externa, Infekt d. unteren Atemwege, Neutropenie, Konjunktivitis, Entzündl. Darmerkrankungen, Urtikaria. *Selten:* Anaphylakt. Reakt. Exfoliative Dermatitis. *Häufigkeit nicht bekannt:* Mukokutane Candidose (einschl. ösophageale Candidose). **Verschreibungs-pflichtig.** **Weit. Angaben:** S. Fachinformationen. Stand: August 2020 (MS 08/20.13). **Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg.** Tel.: (09 11) 273-0, Fax: (09 11) 273-12 653. www.novartis.de

#digital O&U 2020

SAVE THE DATE!

**Digitale Woche
O&U**

**19. bis 23.
Oktober 2020**

täglich von 17 bis 21 Uhr

digitalOU.org

- > Live-Expertendiskussionen 1:1 pro&contra
- > Live-Podiumsdiskussionen
- > Live-OP-Übertragungen
- > »Science-Stream« – der Online Science-Slam
- > Abstract-Highlights
- > Kleingruppendiskussionen
- > Das O&U Blind Date
- > Interaktive Events an virtuellen Firmenständen