

# infobrief



## Begutachtung und Berufskrankheiten in O&U

**36**

Berufsverband wählt neuen  
Vorstand – Dr. Burkhard Lembeck  
ist BVOU-Präsident

**67**

Neue Selektivverträge des BVOU  
zu stationersetzenden Leistungen

**72**

Datenschutz bei Auflösung  
einer Praxisgemeinschaft  
– Was ist zu beachten?



Die Computertomographie in der O&U

## 0 % Finanzierung\*

Für Ihre SCS Bildgebung jetzt zum historischen Niedrigzins, durch KfW Bank beantragte Systeme, solange verfügbar. Auf Wunsch bis zu 2 Jahre tilgungsfrei. Wir unterstützen Sie gerne bei Ihrer individuellen Finanzierungsanfrage.

[myscs.com](https://myscs.com)

## Mentors & Protegés

Mit unserem „SCS Mentors & Protegés“ Programm steht Ihnen projektbegleitend ein ärztlicher Kollege als Mentor mit all seinen Erfahrungen vor und nach der Inbetriebnahme zur Seite.



## Beratung | SCS Live

Erleben Sie das SCS DVT an einem von über 100 ausgewählten Hospitationstandorten.

**Wir beraten Sie auch gerne außerhalb Ihrer Praxiszeiten. 24h unter m +49 151 55148631**

SCS Sophisticated Computertomographic Solutions GmbH · Wermbachstraße 50-52 · D-63739 Aschaffenburg  
24h m +49 151 55148631 · f +49 6021 42943111 · [info@myscs.com](mailto:info@myscs.com) · Geschäftsführer: Dr. h.c. Markus Hoppe

\*Voraussetzung: KfW Finanzierung mit einer A-Bonität

# Liebe Kolleginnen und Kollegen,



dieser Infobrief hat das Schwerpunktthema „Gutachten und Berufskrankheiten“.

Gerade in Orthopädie und Unfallchirurgie tangiert dieses Thema eine jede Kollegin, einen jeden Kollegen. Zwar sind die wenigsten von uns damit hauptberuflich beschäftigt, aber die Anfragen von privaten Unfallversicherungen, von Berufsgenossenschaften, aber auch von Landratsämtern usw. sind fester (und manchmal lästiger) Bestandteil unseres Alltags. Grund genug, sich damit zu beschäftigen, um diesen Teil unseres schönen Berufes souverän und effizient zu meistern.

Der Wechsel vom empathischen Therapeuten hin zum neutralen Gutachter stellt die meisten von uns sicher vor Schwierigkeiten – ich hoffe, der vorliegende Infobrief kann dabei ganz praktisch helfen.

Dieses Editorial ist das erste, das ich in meiner neuen Eigenschaft als Präsident des BVOU für Sie schreiben darf. In der zurückliegenden Mitgliederversammlung des BVOU, die wir am 29. Oktober auf dem DKOU 2021 abgehalten haben, haben Sie mir Ihr Vertrauen gegeben. Diesen Vertrauensvorschuss verdanke ich und der gesamte neu gewählte Vorstand sicher auch der Tatsache, dass es im BVOU einen Übergang und keinen abrupten Kurswechsel gegeben hat.

Mein Dank gilt an dieser Stelle dem alten besser: vorherigen Vorstand, der den Verband in den letzten vier Jahren mächtig nach vorne gebracht hat.

Inhaltlich sind wir gut aufgestellt, haben viele Projekte angestoßen und durchgezogen, werden gehört, mischen uns ein und stehen auf einer soliden finanziellen Basis. Ansteigende Mitgliederzahlen beweisen, dass für viele Kolleginnen und Kollegen der BVOU einen echten Mehrwert bringt.

Einige Vorstände sind nach langjähriger und verdienstvoller ehrenamtlicher Arbeit nicht mehr angetreten, aber wir haben mit Prof. Tobias Renkawitz, Dr. Anna Katharina Doeffer und PD Dr. Matthias Pumberger neue und engagierte Kollegen dazu gewinnen können. So haben wir die besten Voraussetzungen dafür, dass der BVOU auch in der kommenden Legislatur der Anwalt für die Interessen der Orthopäden und Unfallchirurginnen bleiben wird.

Den DKOU 2021 konnten wir als Präsenzkongress unter 2G-Bedingungen durchführen und dies ermöglichte uns Teilnehmerzahlen, die wenige Wochen vorher noch undenkbar waren. Die Kolleginnen und Kollegen kamen zahlreich und die Freude über das Wiedersehen und die Anwesenheit vor Ort lag förmlich in der Luft. Der DKOU bietet ein einzigartiges Nebeneinander von Spitzen-

forschung, aktuellen berufspolitischen Themen, aber auch Grundlagenwissen und Denkanstöße durch Impulsvorträge von Gastrednern.

Daneben gehört natürlich auch das Socializing, das persönliche Treffen mit dazu – das wir als BVOU prompt genutzt haben und unseren runden 70jährigen Geburtstag ganz rund im Zollpackhof gefeiert haben – ein wirklich schöner Abend!

An diesem Abend wurde sicher nicht gestreamt – im Gegensatz zum Kongress, auf dem ein großer Teil der Sitzungen und Veranstaltungen live im Netz übertragen wurde. Diese standen dann auch noch für vier Wochen den Kongressteilnehmern zur Verfügung.

Diese habe ich persönlich auch gerne genutzt, da man als DKOU-Präsident dann doch weniger Sitzungen besuchen konnte, als man sich vorgenommen hatte. Im Nachgang lässt sich das bequem vom Sofa nachholen, das circa 1.000 Kollegen gar nicht erst verlassen haben und nicht nach Berlin gereist sind, sondern den Kongress komplett digital von zu Hause aus verfolgten.

Hybriden Kongressformaten wird die Zukunft gehören!

Den Staffelfstab des BVOU/DKOU-Präsidenten durfte ich mit dem letzten Tag des DKOU an unseren Kollegen Dr. Wolfgang Willauschus übergeben, dem ich an dieser Stelle weiter ein gutes Händchen bei der Vorbereitung und das notwendige Quäntchen Glück bei der Durchführung wünsche.

Am letzten Tag des DKOU 2021 durfte ich dann mein Amt als BVOU-Präsident antreten.

Ich habe es in meinen einleitenden Worten gesagt:

Selbstbestimmtes Arbeiten, gute Versorgung und faires Honorar für die Ärzte in O&U – dieser Dreiklang soll auch in den nächsten vier Jahren die Richtschnur für den Verband und meine Verpflichtung sein.

Ich freue mich darauf, zusammen mit dem neuen Vorstand, zusammen mit unseren Mandatsträgern, zusammen mit Euch allen, zusammen mit dem Team aus der Geschäftsstelle.

Euer/Ihr  
Burkhard Lembeck



### 03 Editorial

### 06 Schwerpunkt: Begutachtung

- 06 Ärztliche Begutachtung: Praxistipps und Stolperfallen
- 08 Begutachtung von Berufskrankheiten
- 11 COVID-19 und/oder Postcovidsyndrom – Arbeitsunfall oder Berufskrankheit? Was Sie als Betroffener und ärztlicher Ratgeber wissen sollten
- 14 BK Koxarthrose – eine neue Berufskrankheit
- 18 Radiofrequenz Ablation – Verschiedene Einsatzmöglichkeiten
- 20 Begutachtung der BK 2108 – bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule
- 26 Verkehrsmedizinische Begutachtung: Mobilität für Menschen mit Handicaps ermöglichen
- 28 Die Sektion Begutachtung der DGOU
- 30 Fachgesellschaft Interdisziplinäre medizinische Begutachtung e.V.
- 30 Die Plattform für den interdisziplinären Gutachteraustausch
- 32 Strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ Erstes erfolgreiches Online-Modul III für O & U – zertifiziert durch die Landesärztekammer Berlin
- 34 Erweiterung des Wissenshorizonts zur ärztlich-gutachtlichen Tätigkeit
- 35 Standardwerk der Begutachtung in modernisierter Auflage



### 36 Berufspolitik

- 36 Berufsverband wählt neuen Vorstand – Dr. Burkhard Lembeck ist BVOU-Präsident
- 38 BVOU-Mitgliederversammlung: Ein Rückblick voller Dank
- 40 Abschiedsstimmung und gegenseitiger Dank für gute Zusammenarbeit in Tübingen
- 42 App hilft, orthopädische Probleme bei Kindern schneller zu erkennen
- 43 Personelle Neuerungen beim SpiFa e.V.: Dr. Helmut Weinhart ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender

### 45 Aus den Landesverbänden

- 45 Treffen in Berlin: Qualitätszirkel Orthopädische Rheumatologie
- 47 Niedersachsen: Landesvorsitz im Amt bestätigt
- 48 Jahrestagung mit kulturellem Höhepunkt
- 49 Das Motto lautet „Impfen statt Weihnachtsmarkt“

### 51 News und Service

- 51 Ein Präventionsgespräch, das jeder braucht, aber keiner nutzt
- 52 Auf die nächsten 70: BVOU feiert im Berliner Zollparkhof
- 54 BVOU-Auszeichnungen auf dem Präsidentenempfang
- 57 Individuelle und fachlich versierte Betreuung ist bei der Versorgung mit Hilfsmitteln zwingend erforderlich



- 62 Digitale Volumetomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie  
Physikalische Betrachtung des Einsatzspektrums und der Strahlenhygiene

## 64 O und U Digital

- 64 Apps für orthopädische Übungen verschlimmern oft, statt zu helfen
- 65 Digitaler Casemanager für leitliniengerechte organisierte Patientenjourney
- 65 Workshop zu Digitalisierungsmöglichkeiten mit BVOU, Kostenträgern und Patienten

## 67 Honorar und Abrechnung

- 67 Neue Selektivverträge des BVOU zu stations- ersetzenden Leistungen mit der DAK Bayern und der KKH
- 69 Vergütung von Therapieberichten Physiotherapie mit 55 € zu Lasten des ärztlichen Budgets
- 71 Erfolgreich in die Niederlassung

## 72 Recht und Versicherung

- 72 Datenschutz bei Auflösung einer Praxismgemeinschaft – Was ist zu beachten?
- 74 Risiken durchleuchten – und sinnvoll absichern

## 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. Burkhard Lembeck

### Redaktionsschluss

20.11.2021

### Konzept und Gestaltung

Rhowerk GmbH – [www.rhowerk.de](http://www.rhowerk.de)

### Druck

Das Druckteam Berlin

Titelbild (Seite 1)

© freepik: sentavio, macrovector  
Shutterstock: chanut iamnoy, TarikVision

Der Infobrief erscheint viermal jährlich.

### Kursanmeldung

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

# Ärztliche Begutachtung: Praxistipps und Stolperfallen



## Ausbildungsdefizite

Der approbierte Arzt sollte nach Berufsordnung in der Lage sein, ärztliche Gutachten zu erstellen, obwohl man in der Approbationsordnung die „Medizinische Begutachtung“ nur als fakultativen Prüfungsgegenstand findet. Diese defizitäre Ausbildung wird leider in der Facharztausbildung fortgeschrieben, da die Begutachtung natürlich im klinischen Alltag nur eine untergeordnete Rolle spielen kann und nur wenige Kliniken Ressourcen für eine gutachtliche Ausbildung mit eigenen Gutachtenabteilungen vorhalten können. Umso wichtiger ist es gewesen, die Begutachtung vom Makel der bloßen Erwerbsquelle in eine ernsthafte Teildisziplin der Fort- und Weiterbildung nach Erlangung des Facharztstatus zu überführen mit z. B. klar definierten Konzepten wie der strukturierten curricularen Fortbildung „medizinische Begutachtung“ nach den Vorgaben der Bundesärztekammer.

## Behandler versus Gutachter

Während der Arzt als Behandler einfühlsam und empathisch mit seinem Patienten zur Erarbeitung einer Diagnose und Behandlungsstrategie zur Heilung einer Erkrankung umgeht, so sollte er Empathie und Einfühlsamkeit als Gutachter nicht vollständig ablegen. Er muss aber verstehen, dass er einen Rollenwechsel vollziehen muss von einer vertrauenswürdigen Glaubwürdigkeit vorgetragener Beschwerden zur nunmehr notwendigen Objektivierung von z. B. Unfallverletzungen und Folgen sowie subjektiv beklagten Funktionsstörungen. Der Gutachter ist nicht aufgefordert, ein Glaubensbekenntnis abzugeben. Die Bezeichnung „glaubhafte Beschwerden“ hat in Diagnoselisten nichts zu suchen.

## Fachkompetenz und Befangenheit

Der Gutachter ist bei Eingang eines Begutachtungsauftrages gehalten, umgehend zu prüfen, ob er die vom Auftraggeber gestellten Fragen mit seiner Fachkompetenz auch beantworten kann oder ob er sich z. B. der Mithilfe eines Zusatzgutachters bedienen muss. Dies ist dann umgehend dem Auftraggeber mit Bitte um Genehmigung der Zusatzbegutachtung mitzuteilen. Außerdem ist zu prüfen, ob gegebenenfalls der Anschein einer Befangenheit gegeben sein könnte, weil er eventuell im berufsgenossenschaftlichen Verwaltungsverfahren als Beratungsarzt der später dann beklagten BG tätig war.

## Persönliche Gutachtenerstellung

Insbesondere in Kliniken oder großen Gutachteninstituten ist darauf zu achten, dass bei Beauftragung des Leiters der Einrichtung mit der Gutachtenerstellung die Kernaufgabe und damit auch der Kontakt mit dem Probanden (zu Begutachtenden), dessen Befragung und Teile der klinischen Untersuchung höchstpersönlich vom beauftragten Chefarzt/Leiter des Gutachteninstitutes zu erbringen sind. Lediglich Teile des Begutachtungsprozesses können an Ober- oder Fachärzte unter Kenntlichmachung der erbrachten Leistungen delegiert werden. Der früher übliche Zusatz bei der Unterzeichnung des Gutachtens „aufgrund eigener Urteilsbildung“ reicht heute den geforderten Qualitätskriterien nicht (mehr).

## Beispiele aus verschiedenen Rechtsgebieten

Immer wieder kommt es vor, dass nach berufsgenossenschaftlich versichertem Unfall auch Ansprüche gegenüber einem privaten Unfallversicherer (z. B. PUV) geltend



gemacht werden. Stimmt dann in den verschiedenen Gutachten der Prozentwert der Minderung der Erwerbsfähigkeit (gesetzliche Unfallversicherung - GUV) nicht mit dem der bemessenen Invalidität in der privaten Unfallversicherung überein, so stößt dies zunächst auf Unverständnis des Versicherten. Hier sollte der ärztliche Sachverständige erklären können, dass es in der gesetzlichen Unfallversicherung um den Teil des Arbeitsmarktes geht, der dem Versicherten auf Grund von Verletzungsfolgen verschlossen ist, während es in der PUV vorrangig um den anteiligen Verlust der Funktion gegenüber der Norm geht.

In der privaten Unfallversicherung sind erwiesene vorbestehende Funktionsdefizite als Vorinvalidität zu deklarieren, in der gesetzlichen Unfallversicherung als Vorschaden. Im Haftpflichtrecht sind dagegen Gesundheitszustände, die zu einer erhöhten Schadensanfälligkeit des Opfers geführt haben unbeachtlich, es reicht hier die Mitursächlichkeit des schuldhaften Fehlverhaltens des Schädigers für Eintritt und/oder Fortentwicklung des Schadens.

Der ärztliche Sachverständige muss sich also immer zu Beginn seiner Begutachtung verinnerlichen, auf welchem Sach- und Rechtsgebiet seine Expertise gefragt ist, wie also die jeweiligen Beweisnormen sind und welches Vokabular zu verwenden ist. So hat z. B. die Bezeichnung „Gelegenheitsursache“ allenfalls etwas in der GUV-Begutachtung zu suchen.

## Gutachter-Honorar

Die Liquidation gegenüber den Unfallversicherungsträgern ist in der UV-GOÄ unter den Nummern 160 bis 165 geregelt und richtet sich nach dem Schwierigkeitsgrad der Gut-

achten. Hier sind derzeit Höchstsätze zwischen 280 und 700€ für normale bis hohe Schwierigkeitsgrade festgeschrieben. Bei ärztlichen Sachverständigengutachten vor Gericht unterliegt der Sachverständige dem Justiz-Vergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG), welches 3 verschiedene Schwierigkeitsgrade (M1 bis 3) kennt und dort Stundensätze zwischen 80 und 120€ festschreibt, die weiterhin deutlich unter den Stundensätzen von Kfz-Sachverständigengutachtern liegen. Ein weiteres Problem ist beim JVEG, dass dessen Umsetzung Ländersache ist und damit der „Wert“ des Sachverständigen erheblich von einem zum anderen Bundesland differieren kann.

Bei privaten Versicherungen orientiert sich die Liquidation an der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), wobei viele private Unfallversicherer bereits mit Erteilung des Gutachtauftrages vorgeben, dass Gutachten in einem Rahmen von bis zu 3 Stunden mit dem Faktor 2,3 entsprechend 201,07€ honoriert werden. Überschreitungen sind zu begründen und werden regelhaft bei Plausibilität auch akzeptiert.



Dr. Holm-Torsten Klemm  
Chirurg/Unfallchirurg  
Ärztlicher Leiter  
Freies Institut für medizinische  
Begutachtungen  
Bayreuth/Erlangen  
Vorstand der Fachgesellschaft  
Interdisziplinäre Medizinische  
begutachtung e.V.

# Begutachtung von Berufskrankheiten

Rechtsgrundlage der Berufskrankheiten ist das VII. Sozialgesetzbuch §7 Abs. 1. Zuständig für Feststellung, Entschädigung und Prävention sind die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung. In der Regel geht es um gelistete Krankheiten gemäß § 9 Abs.2 SGB VII (sogenannte Berufskrankheiten-Liste der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung – BKV).

Nach den §§ 2,3 oder 6 SGB VII genießen Versicherte in beruflich belastenden Tätigkeiten Versicherungsschutz, dabei geht es Belastungen durch chemische, physikalische Einwirkungen, Erkrankungen durch berufliche bedingte Infektionen und Parasitosen, allergisch, toxisch und substanzverursachte Erkrankungen der Atemwege und der Lungen, des Rippenfells, des Bauchfells und der Eierstöcke, weiterhin Hautkrankheiten. Allen Berufskrankheiten gemein ist, dass die Versicherten durch die berufliche Tätigkeit eine Risikoverdoppelung dieser Krankheiten gegenüber der übrigen Bevölkerung erfahren. Dauer und Einwirkungsdosis der belastenden beruflichen Tätigkeiten sind durch den Ordnungsgeber (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) definiert. Berufskrankheiten der Berufskrankheiten-Liste durch mechanische Einwirkungen beginnen mit den Ziffern 21. Zu allen Berufskrankheiten liegen Merkblätter bzw. bei

neueren Berufskrankheiten wissenschaftlichee Begründungen zum Krankheitsbild und zu Differenzialdiagnosen vor, zu den Berufskrankheiten 2108, 2109, 2110 und 2112 auch Begutachtungsempfehlungen.

Die Verwaltungen der Gesetzlichen Unfallversicherungsträger führen auf Antrag der Versicherten oder ihrer Ärzte oder von Amts wegen das Feststellungsverfahren durch. Die beruflichen Voraussetzungen werden durch den Präventionsdienst des Leistungsträgers geprüft, die medizinischen durch geeignete Fachärzte. Es muss also ein doppelter ursächlicher Zusammenhang festgestellt werden:

1. Zwischen der versicherten Tätigkeit und den schädigenden Einwirkungen (Einwirkungskausalität)
2. Zwischen dieser Einwirkung und der durch die BK-Liste definierten Berufskrankheit (haftungsbegründende Kausalität)

Dieser doppelte Zusammenhang muss mit Wahrscheinlichkeit hergestellt werden.

Im Allgemeinen werden Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie von den Verwaltungen mit Gutachtenaufträgen über Berufskrankheiten durch physikalische Einwirkungen beauftragt. Dafür führen die Unfallversicherungsträger Gutachterlisten mit Fachärzten mit besonderen Qualifikationen. Bisweilen sollen mehrere Berufskrankheiten geprüft werden z. B. 2108, 2109 sowie 2110 oder 2102 und 2112.

Es ist dann ärztliche Aufgabe, das Krankheitsbild zu beschreiben, festzustellen, ob die medizinischen Kriterien der zu prüfenden Berufskrankheit vorliegen und ob der doppelte ursächliche Zusammenhang wahrscheinlich ist. Soweit der Gutachter die Krankheit und die Zusammenhänge bestätigen kann, schätzt er die Krankheitsschwere als Folge der Berufskrankheit und die Minderung der Erwerbsfähigkeit (haftungsausfüllende Kausalität) ein.



Im BVOU-Themendossier „**Begutachtung und Berufskrankheiten**“ finden Sie hilfreiches Material, Merkblätter und wissenschaftliche Begründungen zum Thema.

Nr.	Krankheit	Bekanntmachung*)
21		
2101	Schwere oder wiederholt rückfällige Erkrankungen der Sehnenscheiden oder des Sehnengleitgewebes sowie der Sehnen- oder Muskelansätze**)	2/1963 und 12/2007
2102	Meniskusschäden nach mehrjährigen andauernden oder häufig wiederkehrenden, die Kniegelenke überdurchschnittlich belastenden Tätigkeiten	10/1989
2103	Erkrankungen durch Erschütterung bei Arbeit mit Druckluftwerkzeugen oder gleichartig wirkenden Werkzeugen oder Maschinen	3/2005
2104	Vibrationsbedingte Durchblutungsstörungen an den Händen	7/1979
2105	Chronische Erkrankungen der Schleimbeutel durch ständigen Druck	2/1963
2106	Druckschädigung der Nerven	10/2002 8/2001 8/2017
2107	Abrissbrüche der Wirbelfortsätze	2/1964
2108	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjähriges Heben oder Tragen schwerer Lasten oder durch langjährige Tätigkeiten in extremer Rumpfbeugehaltung, die zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen (der Lendenwirbelsäule) geführt haben**)	9/2006
2109	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Halswirbelsäule durch langjähriges Tragen schwerer Lasten auf der Schulter, die zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktionseinschränkungen (der Halswirbelsäule) geführt haben**)	12/1992 12/2016
2110	Bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule durch langjährige, vorwiegend vertikale Einwirkung von Ganzkörperschwingungen im Sitzen, die zu chronischen oder chronisch-rezidivierenden Beschwerden und Funktions-einschränkungen (der Lendenwirbelsäule) geführt haben**)	6/2005
2111	Erhöhte Zahnabrasionen durch mehrjährige quarzstaubbelastende Tätigkeit	12/1992
2112	Gonarthrose durch eine Tätigkeit im Knien oder vergleichbarer Kniebelastung mit einer kumulativen Einwirkungsdauer während des Arbeitslebens von mindestens 13.000 Stunden und einer Mindesteinwirkungsdauer von insgesamt einer Stunde pro Schicht	12/2009 10/2005 10/2011
2113	Druckschädigung des Nervus medianus im Carpaltunnel (Carpaltunnel-Syndrom) durch repetitive manuelle Tätigkeiten mit Beugung und Streckung der Handgelenke, durch erhöhten Kraftaufwand der Hände oder durch Hand-Arm-Schwingungen	05/2009
2114	Gefäßschädigung der Hand durch stoßartige Krafteinwirkung (Hypothenar-Hammer-Syndrom und Thenar-Hammer-Syndrom)	05/2012
2115	Fokale Dystonie als Erkrankung des zentralen Nervensystems bei Instrumental-musikern durch feinmotorische Tätigkeit hoher Intensität	7/2016
2116	Koxarthrose durch Lastenhandhabung mit einer kumulativen Dosis von mindestens 9.500 Tonnen während des Arbeitslebens gehandhabter Lasten mit einem Lastgewicht von mindestens 20kg, die mindestens zehnmal pro Tag gehandhabt wurden	3/2020

Tabelle: Berufskrankheiten durch mechanische Einwirkungen

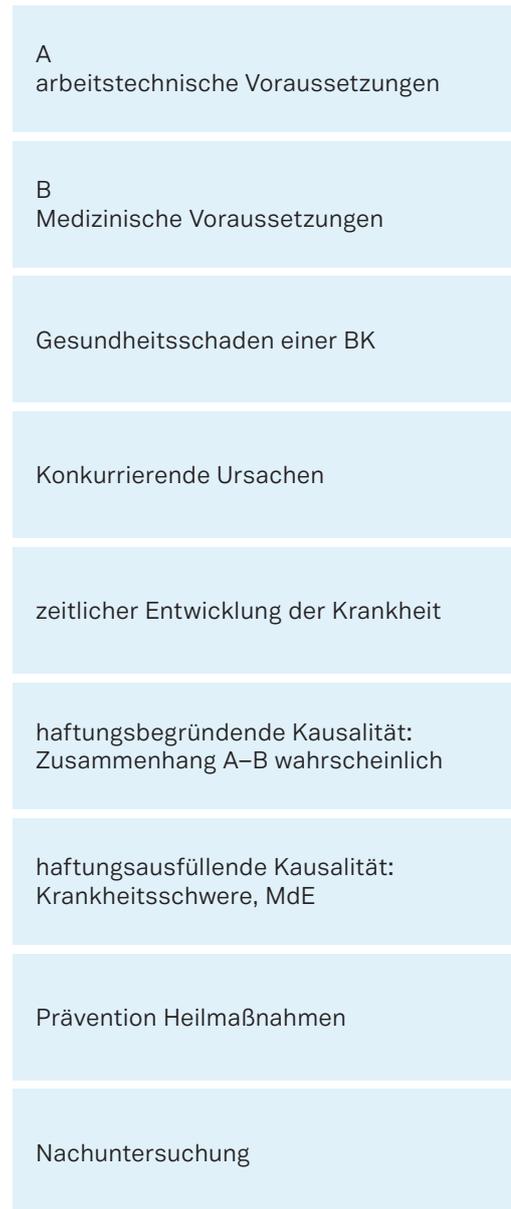
- 1 Eine angiologische Untersuchung ist notwendig.  
2 Eine neurologische Untersuchung mit Elektrophysiologie ist notwendig.  
3 Außerhalb des Fachgebiets von Orthopädie und Unfallchirurgie.  
4 Eine neurologische Untersuchung mit Elektrophysiologie ist notwendig.

Wesentliche Gesichtspunkte der Zusammenhangsprüfung sind

- ▶ Plausible Krankheitsrealisation mit
  - Belastungskonformem Schädigungsbild bei den Berufskrankheiten der Bandscheiben von Hals- und Lendenwirbelsäule (BK 2108, 2109, 2110)
  - Beidseitiges Krankheitsbild bei beidseitiger beruflicher Belastung beziehungsweise nur einseitiges Krankheitsbild bei einseitiger beruflicher Belastung (zu prüfen bei allen Berufskrankheiten, deren beidseitiges Belastungsprofil der Arme oder Beine arbeitstechnisch geprüft wird).
- ▶ Zeitlicher Zusammenhang
  - Die Krankheit darf sich erst realisiert haben nach Erreichen der arbeitstechnischen Voraussetzung bzw. die Karenz zwischen Aufgabe der belastenden Tätigkeit und der Realisation der Krankheit muss plausibel sein.
- ▶ Konkurrierende Ursachen
  - Arbeitsfremde Krankheitsursachen müssen erfasst und im Vollbeweis gesichert sein. Steht die berufsbedingte Kausalkette, ist bei Vorliegen von konkurrierenden Ursachenfaktoren eine Gesamtabwägung vorzunehmen, ob diese stark genug sind, um die beruflichen Ursachenfaktoren aus der Rolle einer wesentlichen Teilursache zu verdrängen. Verschleiß aus inneren Ursachen oder nach Unfällen sind die häufigsten konkurrierenden Ursachen.

Weiterhin äußert sich der Gutachter zu Präventionsmaßnahmen nach §3 der Berufskrankheitsverordnung, zu Heilmaßnahmen und zu Nachuntersuchungen.

Die beauftragende Unfallversicherung erlässt zur Berufskrankheit und zur MdE einen Bescheid. Gegen den Bescheid kann der Versicherte Widerspruch einlegen. Gegen den Widerspruchsbescheid kann der Versicherte Rechtsmittel vor einem Sozialgericht einlegen.



Aufbau eines Gutachtenberichts zur Begutachtung von Berufskrankheiten



Prof. Dr. med. Marcus Schiltewolf  
Konservative Orthopädie, Gutachtenambulanz  
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie,  
Universitätsklinikum Heidelberg  
marcus.schiltewolf@med.uni-heidelberg.de



Dr. med. Volker Grosser  
Gutachtenzentrum  
BG-Klinikum Hamburg

# COVID-19 und/oder Postcovidsyndrom – Arbeitsunfall oder Berufskrankheit?

## Was Sie als Betroffener und ärztlicher Ratgeber wissen sollten



Grundsätzlich kann eine COVID-19-Erkrankung einen Versicherungsfall der gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) darstellen. Letzterer wurden in diesem Zusammenhang seit Beginn der Pandemie bis zum 31.08.2021 160.931 Verdachtsanzeigen auf Berufskrankheit angezeigt. Davon wurden 103.244 Fälle anerkannt (darunter 51 Todesfälle). Bezüglich Arbeitsunfälle kam es demgegenüber zu 30.200 Meldungen, von denen mit 9.315 Fällen weniger als ein Drittel anerkannt wurden (darunter 33 Todesfälle).<sup>1</sup>

Was macht nun den Unterschied, ob ein Arbeitsunfall oder eine Berufskrankheit vorliegt (im Detail nachzulesen unter)?<sup>2,3</sup>

COVID-19 wird unter Nummer 3101 in der Berufskrankheitenliste aufgeführt. Ihr Anwendungsbereich beschränkt sich auf Personen, die im Gesundheitsdienst, in der Wohlfahrtspflege oder in einem Laboratorium arbeiten und sich dort im Rahmen ihrer Tätigkeit mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizieren UND deshalb an COVID-19 erkranken. Gleiches kann für einen Personenkreis gelten, der im Zusammenhang mit der versicherten Tätigkeit der Infektionsgefahr in vergleichbarem Maße ausgesetzt war:

- ▶ Arztpraxen, Krankenhäuser, Apotheken, Physiotherapieeinrichtungen, Krankentransporte, Rettungsdienste oder Pflegedienstleistungen gehören beispielsweise dem Gesundheitsdienst an.
- ▶ Einrichtungen der Kinder-, Jugend-, Familien- und Altenhilfe sowie zur Hilfe für behinderte oder psychisch erkrankte Menschen oder Menschen in besonderen sozialen Situationen (z. B. Suchthilfe oder Hilfen für Wohnungslose) zählen zur Wohlfahrtspflege.

- ▶ Bei den Laboratorien kommen neben den wissenschaftlichen und medizinischen Laboratorien auch Einrichtungen infrage, die besonderen Infektionsgefahren ausgesetzt sind und in denen Beschäftigte mit Kranken in Berührung kommen können oder mit Stoffen umgehen, die kranken Menschen zu Untersuchungszwecken entnommen wurden.
- ▶ Beim Personenkreis, der nicht zu den drei erstgenannten Punkten gehört, kommt es für die Anerkennung als Berufskrankheit darauf an, ob eine vergleichbare Infektionsgefahr vorgelegen hat und welcher Art die Kontakte mit infizierten Personen war. Letztere setzen einen unmittelbaren Körperkontakt (z. B. Ausüben des Friseurhandwerks) oder gesichtsnahe Tätigkeiten (z. B. kosmetische Behandlung) voraus.
- ▶ Für andere Berufsgruppen, wie beispielsweise KassiererInnen oder Beschäftigte im Nah- und Fernverkehr, liegen aktuell keine wissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse vor, dass jene einem vergleichbar erhöhtem Infektionsrisiko ausgesetzt sind.

Um als Berufskrankheit unter der Nummer 3101 anerkannt zu werden, müssen neben dem gesicherten Nachweis einer Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 zusätzlich zumindest klinische Symptome, wie beispielsweise Fieber, Husten, Müdigkeit, Konzentrationsstörungen, Geschmackstörungen, Schlafstörungen u. a. auftreten. Sollten erst zu einem späteren Zeitpunkt Gesundheitsschäden, die als Folge der Infektion anerkannt sind, auftreten, so kann eine Berufskrankheit ab diesem Zeitpunkt anerkannt werden. Falls sie Betroffene oder Bertoffener sein sollten, empfiehlt es sich, alle Unterlagen über ihren Erkrankungsverlauf zu sammeln und insbesondere, falls bekannt, die Kontaktdaten der vermeintlichen Infektionsquelle (Indexperson) festzuhalten.

An dieser Stelle sei auf das gemeinsame Merkblatt „COVID-19 als Berufskrankheit – Informationen für Beschäftigte im Gesundheitswesen“ von DGUV und der Deutschen Vereinigung für Intensivmedizin (DIVI) hingewiesen, welches unter dem Link <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3854> heruntergeladen werden kann.

## COVID-19 als Arbeitsunfall

Die Erkrankung an COVID-19 kann, ohne die Voraussetzungen zur Anerkennung als Berufskrankheit zu erfüllen, unter bestimmten Bedingungen als Arbeitsunfall anerkannt werden, wenn die Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infolge einer versicherten Tätigkeit (Beschäftigung, (Hoch-) Schulbesuch, Ausübung

bestimmter Ehrenämter, Hilfeleistung bei Unglücksfällen o.a.) erfolgt:

Nachweislich muss in diesem Rahmen ein intensiver Kontakt mit einer infektiösen Person ("Indexperson") stattgefunden haben und spätestens innerhalb von zwei Wochen nach dem Kontakt die Erkrankung eingetreten bzw. der Nachweis der Ansteckung erfolgt sein.

Zur Beurteilung der Intensität des Kontaktes werden, basierend auf der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel in der Fassung vom 7. Mai 2021 und der Einschätzung des Robert-Koch-Institut vom 31. März 2021, insbesondere die Dauer und örtliche Nähe des Kontaktes herangezogen:

- ▶ Bei einem länger als 10 Minuten dauernden Kontakt mit einer Indexperson im näheren Umfeld kann es ohne das Tragen eines Mund-Nase-Schutzes oder einer FFP2-Maske der Beteiligten zu einer Ansteckung kommen. In bestimmten Gesprächssituationen sind auch eine kürzere Zeitspanne denkbar. Selbst beim Tragen eines Mund-Nase-Schutzes oder einer FFP2-Maske kann es nach mehr als zehn Minuten bei hohen Raumkonzentrationen infektiöser Aerosole zu einer Ansteckung kommen.
- ▶ Sollte es nachweislich bei der versicherten Tätigkeit im unmittelbaren Tätigkeitsumfeld (z. B. innerhalb eines Betriebs oder einer Schule) der betroffenen Person eine größere Anzahl von infektiösen Personen unter Infektion begünstigenden Bedingungen gegeben haben, so kann es im Einzelfall auch ohne nachweisbaren intensiven Kontakt zu einer Indexperson zur Anerkennung als Arbeitsunfall kommen. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Hinzuziehung von Einflussparametern, wie beispielsweise die Anzahl der nachweislich infektiösen Personen im engeren Tätigkeitsumfeld, die Anzahl der üblichen Personenkontakte, eine geringe Infektionszahl außerhalb des versicherten Umfeldes sowie räumliche Gegebenheiten wie Belüftungssituation und Temperatur.
- ▶ Sollte es auf dem Weg zur Arbeit oder von der Arbeit nach Hause zu einer Infektion mit Folge einer COVID-19-Erkrankung gekommen sein, so ist es mitunter schwierig einen Kontakt mit einer infektiösen Indexperson nachweisen zu können. Dennoch kann unter den oben aufgeführten Bedingungen ein Arbeitsunfall vorliegen. Dabei ist vor allem an vom Unternehmen organisierte Gruppenbeförderungen oder Fahrgemeinschaften von Versicherten zu denken.
- ▶ Auch wenn grundsätzlich der Aufenthalt in Kantinen als eigenwirtschaftlich und mithin als nicht versichert anzusehen ist, kann es in Ausnahmefällen sein, dass eine dort aufgetretene Infektion als Arbeitsunfall anerkannt wird. Sollte die Essenseinnahme in einer Kantine aus betrieblichen Gründen zwingend erforder-

lich oder unvermeidlich sein und befördern die Gegebenheiten (z. B. Raumgröße und -höhe, Lüftung, Abstandsmöglichkeiten) eine Infektion mit SARS-CoV-2, kann ausnahmsweise Versicherungsschutz bestehen.

- ▶ Für die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften gilt Ähnliches. Allerdings ist eine Anerkennung als Arbeitsunfall nur dann denkbar, wenn diese Art der Unterbringung Teil des unternehmerischen, wirtschaftlichen Konzeptes ist und sich daraus eine besondere Infektionsgefahr ergibt. Die Infektionsgefahr muss dabei über das übliche Maß hinausgehen und durch die Eigenheiten der Unterkunft (z. B. Mehrbettzimmer, Gemeinschaftswaschräume und -küchen, Lüftungsverhältnisse) begünstigt werden.
- ▶ CAVE: Die Anerkennung als Arbeitsunfall ist mit hohen Anforderungen an die Kausalitätskette verbunden. So ist bei der Prüfung der Voraussetzungen eines Arbeitsunfalls stets zu berücksichtigen, ob im maßgeblichen Zeitpunkt Kontakt zu anderen Indexpersonen in nicht versicherten Lebensbereichen, wie beispielsweise Familie, Freizeit oder Urlaub, bestanden haben könnte.

Bei der Überprüfung der zur Anerkennung als Arbeitsunfall notwendigen Voraussetzungen ist in jedem Einzelfall eine Abwägung unter Berücksichtigung aller Aspekte, die für oder gegen eine Verursachung der COVID-19-Erkrankung durch die versicherte Tätigkeit sprechen, obligatorisch. Nur die Infektion, die infolge der versicherten Tätigkeit eingetreten ist, erfüllt die gesetzlichen Voraussetzungen eines Arbeitsunfalles.<sup>2</sup>

#### Literatur

- 1 [https://www.dguv.de/medien/inhalt/mediencenter/hintergrund/covid/dguv\\_zahlen\\_covid.pdf](https://www.dguv.de/medien/inhalt/mediencenter/hintergrund/covid/dguv_zahlen_covid.pdf)
- 2 [https://www.dguv.de/de/mediencenter/hintergrund/corona\\_arbeitsunfall/index.jsp](https://www.dguv.de/de/mediencenter/hintergrund/corona_arbeitsunfall/index.jsp)
- 3 <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3854>



PD Dr. med. habil. Axel Sckell  
Klinik für Unfall-, Hand- und  
Wiederherstellungschirurgie  
Universitätsmedizin Rostock  
Schillingallee 35  
18057 Rostock  
axel.sckell@med.uni-rostock.de



Dr. Gerd Rauch  
Ärztlicher Leiter MVZ OCP Kassel  
gGmbH Lichtenau  
Leipziger Straße 164  
34123 Kassel  
gerdrauch@t-online.de  
Fachgesellschaft Interdisziplinäre  
Medizinische Begutachtung



Dr. Stefan Middeldorf  
Chefarzt der Orthopädischen Klinik  
Schön Klinik Bad Staffelstein  
Am Kurpark 11  
96231 Bad Staffelstein  
SMiddeldorf@schoen-klinik.de  
Fachgesellschaft Interdisziplinäre  
Medizinische Begutachtung

# BK Koxarthrose – eine neue Berufskrankheit

Am 18.09.2019 publizierte der Ärztlichen Sachverständigenbeirat „Berufskrankheiten“ beim Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) eine wissenschaftliche Begründung mit dem Vorschlag, die Koxarthrose in die Berufskrankheitenliste aufzunehmen. Nach der Veröffentlichung der wissenschaftlichen Begründung durch das BMAS am 24.03.2020 kann die Koxarthrose bereits als sogenannte „Wie-Berufskrankheit“ anerkannt werden. Aller Voraussicht nach wird die Koxarthrose bei der nächsten Änderung der Anlage 1 zur Berufskrankheitenverordnung als Nr. 2116 in die Liste der Berufskrankheiten aufgenommen werden.

Daher ist es nunmehr zu erwarten, dass es zunehmend Meldungen zu dieser Berufskrankheit geben wird. Dies ist vor allem durch die Kostenträger in zunehmendem Maße zu erwarten. Daher werden in Kürze Fälle zur Begutachtung anstehen, für die es keinerlei Erfahrung und keinerlei Empfehlung gibt. Die Erarbeitung einer Begutachtungsempfehlung, die für den Gutachter Hilfestellung und eine gewisse Verbindlichkeit aufzeigt, fehlt bislang. Da die wissenschaftliche Begründung insbesondere bei der Definition des Krankheitsbildes erhebliche Schwachstellen hat, kann diese nicht als Grundlage für eine medizinische Begutachtung im Rahmen des BK-Verfahrens verwendet werden.

Im Verordnungstext ist diese neue BK folgendermaßen definiert: „Koxarthrose durch Lastenhandhabung mit einer kumulativen Dosis von mindestens 9.500 Tonnen während des Arbeitslebens gehandhabter Lasten mit einem Lastgewicht von mindestens 20 kg, die mindestens 10 mal pro Tag gehandhabt wurden“.

Das Zustandekommen dieser Belastungsdosis resultiert vor allem aus den Ergebnissen eines systematischen Reviews von Bergmann et al. aus dem Jahre 2017 (Bergmann et al. 2017). Unter Verwendung der in diesem Review von Bergmann enthaltenen Einzelstudien berechneten Seidler et al. 2018 unter Verwendung der Daten aus der Deutschen Wirbelsäulen Studie (!) eine Dosis-Wirkung Beziehung und kamen auf die Belastungsdosis von 9500 t während des Berufslebens bei Lastgewichten von mindestens 20 kg und Hebevorgängen von mindestens 10/Tag. Für Frauen konnten Sie eine solche Dosis-Wirkung-Beziehung nicht nachweisen. Logischerweise ist anzunehmen, dass die Mindestexposition bei Frauen niedriger sein muss. Ein konkreter wissenschaftlich fundierter Wert wird jedoch nicht angegeben. Unbeantwortet blieben in der wissenschaftlichen Begründung folgende Fragen:

## Einseitigkeit/Beidseitigkeit

Sicherlich kann angenommen werden, dass beim Heben von Lasten beide Hüftgelenke gleichermaßen belastet werden und mithin nur bei beidseitiger Koxarthrose von einer Berufskrankheit auszugehen ist.

## Ein belastungskonformes Schadensbild wird nicht definiert

Angeführt werden Ergebnisse aus biomechanischen Studien, die die bekannte Tatsache, dass es in bestimmten Gelenkpositionen mit oder ohne Lasthandhabung und beim Treppensteigen oder Springen zu einer bis zu 5-fachen Erhöhung des Drehmoments im Hüftgelenk kommt. Inwieweit sich dies auf die Krankheitsentwicklung der Koxarthrose durch die BK-relevante Exposition auswirken soll, wird nicht beschrieben.

Weiterhin werden in den Abschnitten 2.2 und 2.3 die Ergebnisse aus tierexperimentellen und zellbiologischen Untersuchungen dargelegt. Dabei wird jedoch verkannt, dass diese Untersuchungen vorwiegend an den Kniegelenken und nicht am Hüftgelenk durchgeführt wurden und aufgrund der völlig unterschiedlichen Struktur des Gelenkknorpels im Vergleich zum Knieknorpel nicht kritiklos übertragen werden können. Mithin wird es verkannt, dass es anders als am Kniegelenk an der Hüfte keine sogenannte primäre Chondropathie (Knorpelkrankheit) gibt, sondern dass die Koxarthrose immer eine Erkrankung von Knorpel und Knochen (osteocondrale Läsion) ist.

## Arbeitsplatzexposition/arbeitstechnische Voraussetzungen

Es ist nach der in der Definition angegebenen Expositionen (9500 t und mindestens 10 Lastbewegungen mit mindestens 20 kg/Arbeitstag) wenig wahrscheinlich, dass es überhaupt Arbeitnehmer gibt, die jemals in ihrem

Arbeitsleben diese Expositionen durch alleinige Lastaufnahme erreichen.

Ein ganztags Beschäftigter (40 Stunden/Woche) arbeitet mit 8 Stunden/Tag an 220 Tagen/Jahr.

Geht man von einer in der Definition angegebenen Mindestbelastung (20 kg und 10 Lastbewegungen/Tag) aus, dann müsste er insgesamt 216 Jahre arbeiten, um auf die kumulative Belastungsdosis von 9500 Stunden zu kommen.

Ein Arbeitnehmer, der hingegen Gewichte von 50 kg mit 50 Erhebungen/Tag ausführt, würde nach 17 Jahren die kumulative Belastungsdosis erreichen. Bei 100 Hebungen von 50 kg/Tag wäre die Expositionsdosis in 9 Jahren erreicht.

Auch hier ist es sehr unwahrscheinlich, dass es überhaupt derartig schwer exponierte Werkstätige in der heutigen Arbeitswelt gibt. Unklar ist, inwieweit das Heben durch mehrere Personen hier behandelt werden muss (zum Beispiel Möbeltransporteure). Diese tragen in der Regel die Lasten gemeinsam.

Es ist ein weiterer grober Mangel der wissenschaftlichen Begründung, dass die Ergebnisse aus anderen relevanten systematischen Reviews unbeachtet blieben (Sulsky et al. 2012, Spahn et al. 2014). In diesen konnte nämlich gezeigt werden, dass es auch andere berufliche Risikofaktoren gibt, als nur die alleinige Lasthandhabung.

Dazu zählen solche Belastungen, die zu einer Kräfteinwirkung auf das Hüftgelenk führen können (zum Beispiel Treppensteigen unter Last, Bewegungen im unebenen Gelände, zusätzliche Belastungen der gesamten LWS-Beckenregion, Lasthandhabung in Zwangshaltung).

Die Belastung des Hüftgelenkes bei einem Versicherten, der im Stand Lasten von 20 kg beispielsweise von einem Transportband in Vorhalte der Arme aufnimmt und umlagert, dürfte ungleich geringer sein, als die eines Möbeltransporteurs, der zwar weniger Lasten aufnehmen, aber diese dann mehrere Etagen eine Treppe herauftragen muss.

Weiterhin ist es wenig plausibel, dass die von den Autoren der wissenschaftlichen Begründung gefundenen Studien kein erhöhtes Risiko bei Frauen zeigen konnten.

Zusammenfassend lässt sich derzeit ein besonderes berufliches Risiko für eine Koxarthrose anhand dieser wissenschaftlichen Daten nicht erkennen.

Unklar ist zudem, mit welcher Methodik versucht werden soll, die besondere Hüftgelenkbelastung durch Heben valide zu bestimmen.

### Definition des Krankheitsbildes

Im Abschnitt 3 (Krankheitsbild) der wissenschaftlichen Begründung wird Bezug genommen auf 2 ältere orthopädische Lehrbücher und die AWMF-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOOC) für die Koxarthrose (AWMF 2017). Die Wiedergabe des Leitlinieninhaltes in der wissenschaftlichen Begründung ist jedoch nicht korrekt.



Lediglich die Nennung von chronischen Hüftgelenksbeschwerden in Form von Schmerzen in Ruhe und Nacht, andauernde Morgensteifigkeit >30 und kleiner als 60 Minuten und/oder eine schmerzhafte Innenrotation entsprechen dem Leitlinieninhalt und sind zudem konform mit der Definition der Koxarthrose des American College of Rheumatology (ACR 1983).

Weitere wesentliche klinische Diagnosekriterien, welche sowohl in der Empfehlung der ACR als auch in der Leitlinie der (DGOOC) genannt werden, sind in der wissenschaftlichen Begründung nicht aufgeführt:

- ▶ Schmerz in der Hüfte und Innenrotation <math> < 15^\circ </math> oder Flexion  $\leq 115^\circ$
- ▶ Schmerz in der Hüfte und Innenrotation <math> < 15^\circ </math> und Morgensteifigkeit der Hüfte  $\leq 60$  min.
- ▶ Alter <math> < 50</math>J.
- ▶ Schmerzhafte Innenrotation

Zudem bleibt unerwähnt, dass beide Leitlinien auch eine erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit durchaus als klinisch-laborchemisches Zusatzverfahren für die Diagnosestellung einbeziehen.

Unabhängig davon werden in der wissenschaftlichen Empfehlung jedoch folgende „Zusatz-Kriterien“ für die Definition des Krankheitsbildes genannt:

- ▶ hinkendes Gangbild
- ▶ reduzierte Gehstrecke
- ▶ Krepitation bei der Gelenkbewegung
- ▶ Kapselschwellung
- ▶ Gelenkerguss

Es hat den Anschein, dass hier offensichtlich kritiklos die Zusatzkriterien aus der Begutachtungsempfehlung für die BK 2112 (Gonarthrose) übernommen wurden. Krepitation, Kapselschwellung und Gelenkerguss sind keine klinischen Zeichen einer Coxarthrose!

Weiterhin setzt die Annahme des Krankheitsbildes Koxarthrose im Sinne dieser Berufskrankheit den Nachweis einer Koxarthrose Grad II nach Kellgren-Lawrence in Bezug auf die Ausbildung von Osteophyten und im Widerspruch dazu

eine Gelenkspaltverschmälerung gemäß Grad III dieser Klassifikation voraus.

Diese willkürliche Interpretation der Kellgren-Klassifikation ist für den späteren Gutachter nur wenig hilfreich. Die Kellgren-Lawrence-Klassifikation untergliedert sich in 4 verschiedene Schweregrade:

- ▶ Grad 0: keine Arthrosezeichen
- ▶ Grad I: geringe subchondrale Sklerosierung, keine Osteophyten, keine Gelenkspaltverschmälerung.
- ▶ Grad II: geringe Gelenkspaltverschmälerung, beginnende Osteophytenbildung und angedeutete Unregelmäßigkeit der Gelenkfläche.
- ▶ Grad III: ausgeprägte Osteophytenbildung, Gelenkspaltverschmälerung, deutliche Unregelmäßigkeit der Gelenkfläche.
- ▶ Grad IV: ausgeprägte Gelenkspaltverschmälerung bis zur vollständigen Destruktion, Deformierung/ Nekrose der Gelenkspartner.

Letzten Endes bleibt es unklar, ab welchem Arthrosegrad nun die medizinischen Voraussetzungen für eine Berufskrankheit angenommen werden können. Keineswegs ist die klassische Kellgren-Klassifikation geeignet, eine ja/nein-Entscheidung, die in der Begutachtung notwendig ist, zu treffen. Hier sind unbedingt weitere Spezifikationen (Größe der Osteophyten, Definition der normalen/pathologischen Gelenkspaltweite, Definition von Sklerose und Unregelmäßigkeiten der Gelenkflächen) erforderlich. Dies wurde beispielsweise in entsprechender Art bei der Erarbeitung der Begutachtungsempfehlung zur BK-Nummer 2112 so etabliert und wäre auch für die Hüfte sinnvoll (DGUV 2014, Braunschweig et al. 2019).

#### Konkurrierende Faktoren (außerberufliche Faktoren)

Ipach et al. zeigen, dass bei Koxarthrose-Patienten mit Notwendigkeit einer Endoprothesenimplantation unter 60 Jahren nur 3,8% primär, d. h. idiopathisch waren (Ipach et al. 2012). Gosvig et al. gelangen dabei sogar zur Schlussfolgerung, dass der Begriff der idiopathischen primären Hüftarthrose vor allem beim männlichen

Geschlecht als „historisch-überholt“ angesehen werden muss (Gosvig et al. 2010).

Das ist damit zu begründen, dass es eine primäre „Chondropathie“ an der Hüfte nicht gibt. Der hyaline Gelenkknorpel des Hüftgelenkes hat eine andere Struktur als der des Kniegelenks. Er ist wesentlich dünner, hat einen höheren Anteil Fibrozyten-ähnlichen Zellen, einen höheren Gehalt an Kollagen II und einen niedrigeren Proteoglycan-Gehalt. Mithin ist er fester und starrer als der Knorpel des Kniegelenkes (Gold et al. 2012). Damit ist es nicht verwunderlich, dass es sich bei Knorpelschäden am Hüftgelenk in der Regel um osteochondrale Läsionen handelt. Und genau diese verursachen mechanische Probleme, in deren Folge ist dann zum Gelenkversagen, der Arthrose kommt.

Viele Jahre bekannt ist, dass angeborene Fehlstellungen wie die Dysplasie aber auch die Coxa profunda häufiger zu sekundären Arthrosen führen. In den letzten Jahrzehnten bekannt gewordene neue biomechanische Varianten (femoral acetabuläres Impingement mit fehlender Taille des Schenkelhalses (= Cam/Nockenwelle) oder ein überstehender Pfannenrand (=Pincher/Kneiftzange) stellen zusätzliche Risikofaktoren für eine sekundäre Koxarthrose dar. Inwieweit diese in Konkurrenz zu einer möglichen beruflichen Überbelastung stehen, müssten weitere Untersuchungen näher evaluieren. Derzeit kann auch hierzu kein abschließendes Statement abgegeben werden.

Eine ausführliche Darstellung anderer, außerberuflicher konkurrierender Faktoren, von denen die meisten einen wesentlich stärkeren Effekt auf das Arthroserisiko haben, wurde bereits in einer früheren Übersichtsarbeit durch uns gegeben (Spahn et al. 2019).

Mit der Etablierung dieser neuen Berufskrankheit werden in Zukunft Koxarthrose-Fälle zur Begutachtung anstehen. Bisher existiert jedoch keine Begutachtungsempfehlung und die Beschreibungen innerhalb der wissenschaftlichen Begründung sind hier nicht hilfreich.

Um diesem Dilemma entgegenzutreten, hat die FGIMB inzwischen eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe gebildet, die voraussichtlich Anfang 2022 eine entsprechende Begutachtungsempfehlung publizieren wird.

Literatur auf Anfrage bei der Redaktion.



Prof. Dr. med. habil. Gunter Spahn  
Praxisklinik für Unfallchirurgie und Orthopädie  
(Center of Trauma and Orthopaedic Surgery)  
Universitätsklinikum Jena  
(Jena University Hospital)  
Sophienstraße 16  
99817 Eisenach  
T +49 (0) 3691-73500  
F +49 (0) 3691-735011  
M +49 (0) 171-533-4064  
spahn@pk-eisenach.de  
Fachgesellschaft Interdisziplinäre Medizinische Begutachtung



Michael Meyer-Clement  
IMB Hamburg  
Fuhlsbüttler Straße 145  
22305 Hamburg  
Fachgesellschaft Interdisziplinäre Medizinische Begutachtung

# There's nothing standard about Venom.<sup>®</sup>

Die "V"-förmige Aktivspitze des Venom Kanülen-/Elektrodensystems ist eine optimierte Konfiguration, welche es ermöglicht die Läsionszonen gezielt zu erreichen und größere Läsionen zu erzeugen.

Rüsten Sie auf das Venom Kanülen-/Elektrodensystem auf und profitieren Sie von gesteigerter Effizienz und größeren Läsionen bei einem gleichbleibenden Kanüledurchmesser.



# Radiofrequenz Ablation – Verschiedene Einsatzmöglichkeiten

**Radiofrequenz Ablation (RFNA) ist eine minimalinvasive Prozedur, welche Patienten mit schmerzhaftem Facettensyndrom im Bereich der zervikalen, thorakalen und lumbalen Wirbelsäule Schmerzlinderung verschaffen kann.<sup>1-4</sup> Diese unterschiedlichen Einsatzmöglichkeiten sowie die Behandlung des Iliosakralgelenks und der Nerven an Knie, Schulter und Hüfte werden im folgenden Artikel aufgezeigt.**

Die Firma Stryker GmbH & Co. KG bietet allen Mitgliedern des BVOU ein exklusives Angebot in Bezug auf Radiofrequenztherapie an. Dieses beruht auf dem bundesweiten Selektivvertrag mit der Techniker Krankenkasse zur bildgestützten Therapie bei radikulären Symptomen der Halswirbelsäule und Lendenwirbelsäule. Inhalt dieses Angebots ist der Radiofrequenzgenerator MultiGen2 sowie das Zubehör zu diesem, es besteht die Möglichkeit eines Kaufs oder Mietkaufs. Für weitere Informationen oder Schulungsmöglichkeiten wenden Sie sich bitte an michaela.felsch@stryker.com oder charlotte.schuetz@stryker.com.

Der MultiGen2 und das VENOM-System sind für die Koagulation von Weichgewebe im orthopädischen, spinalen und neurochirurgischen Bereich vorgesehen. Sie werden auch für die selektive Denervation im Bereich der zervikalen, thorakalen und lumbalen Wirbelsäule sowie an peripheren Nerven und Nervenwurzeln zur Schmerzbehandlung eingesetzt.<sup>5</sup> Hinweis: Das Ergebnis der RFNA hängt stark von der Patientenselektion ab, die SIS empfiehlt vorhergehende Nervenblocks mit einer Schmerzlinderung von mindestens 80%. Die SIS-Richtlinien geben ebenfalls an, dass die Temperatur und die Überwachung dieser für die RFNA von zentraler Bedeutung für die Sicherheit des Verfahrens und die zu erreichende Läsionsgröße ist.<sup>6</sup>

## Zervikale Facettendenervation

Indikation/Symptome: Nackenschmerzen, Arm- und Schulterschmerzen, Kopfschmerzen, Taubheit oder Kribbeln in Armen und Händen, Gefühlsstörungen in den Händen, Gleichgewichtsprobleme

Vorgehen: Je nach zu behandelnder Ebene sind mehrere sich überschneidende Läsionen nötig, um

variable Nervenverläufe abzudecken.<sup>7</sup> Die Zielstellen der zervikalen Läsionen werden entlang des Verlaufs des Ramus medialis ausgewählt.

## Thorakale Facettendenervation

Indikation/Symptome: Thorakale Facettengelenkschmerzen äußern sich durch Schmerzen im mittleren und unteren Rücken.<sup>8</sup>

Vorgehen: Die Brustwirbelsäule weist eine hohe Variabilität in der Lokalisation der Nerven des medialen Astes auf.<sup>9</sup> Durch Verwendung des Stryker VENOM-Kanülen- und Elektrodensystems können Abweichungen im Verlauf der Nervenbahnen durch eine größere Läsion (im Vergleich zum Standardsystem) ausgeglichen werden.<sup>10</sup>

## Lumbale Facettendenervation

Indikation/Symptome: schmerzhaftes Facettensyndrom, Schmerzen im Lendenbereich, Beinschmerzen, Taubheit oder Kribbeln in Beinen oder Füßen, Schwächegefühl in den Beinen, Fußhebeschwäche

Vorgehen: Die Nervenwurzeln im lumbalen Wirbelsäulenbereich verlaufen bei L1–L4 jeweils vom oberen Gelenkfortsatz des oben liegenden Wirbelkörpers zum Querfortsatz des darunter liegenden Wirbelkörpers. Bei L5 verlaufen die Nervenwurzeln in Richtung Sakrum und zum superioren Fortsatz von S1.<sup>11</sup> Für die Denervation mittels RFNA sollten im Bereich der lumbalen Wirbelsäule also der mediale Ast des Nervs auf der betrachteten

Höhe sowie auf der Höhe darüber berücksichtigt werden.<sup>12</sup> Dies gilt ebenso für die vorhergehenden Nervenblockaden.

## Denervation am Iliosakralgelenk

Indikation/Symptome: Schmerzen im unteren Rücken (unter L5), Schmerzen der unteren Extremitäten, Taubheit, Kribbeln, Schwäche, Becken- und Gesäßschmerzen.

Vorgehen: Die Gestalt des Iliosakralgelenks ist ungleichmäßig und unterscheidet sich in verschiedenen Ansichten. Die Nerven im Sakrum weisen in ihrem Verlauf eine große Variabilität in Richtung und Position auf und können proximal und distal des Foramens liegen, ebenso wie anterior und posterior. Das Venom System kompensiert diese Variabilitäten mit seiner speziellen Technologie, welche die Erzeugung von Läsionen adäquater Größe ermöglicht.

Aus diesem Grund empfiehlt sich die bipolare Palisadentechnik für die Denervation am Iliosakralgelenk, um eine Streifenläsion zu erzeugen.

## Genikulare Denervation

Indikation/Symptome: Chronische arthrosebedingte Knieschmerzen, die nicht auf eine konservative Behandlung angesprochen haben.<sup>13</sup> Durch eine diagnostische Blockade des Nervus genicularis konnte Schmerzlinderung erzielt werden.<sup>13</sup>

Vorgehen: Das Knie wird von Ästen verschiedener Nerven (N. femoralis, N. peroneus communis, N. saphenus, N. tibialis und N. obturatorius) innerviert. Zu den Zielästen für die Ablation des N. genicularis gehören:

N. genicularis lateralis superior, N. genicularis medialis superior und N. genicularis medialis inferior.

## Denervation Schulter

Indikation/Symptome: Patienten mit akuten, chronischen nichtoperativen oder postoperativen Schmerzen und/oder vermindertem Bewegungsumfang im betroffenen Gelenk.<sup>14-15</sup> Die RF-Ablation wird oft bei Patienten, die für einen chirurgischen Eingriff ungeeignet sind oder erhebliche Komorbiditäten aufweisen, in Erwägung gezogen.<sup>15</sup>

Vorgehen: Zielnerv ist der Nervus suprascapularis (NSS), welcher ca. 70% des Schultergelenks innerviert.<sup>15</sup> Der NSS verläuft durch die Incisura scapulae und unter dem Ligamentum transversum scapulae.<sup>16</sup>

## Denervation Hüfte

Indikation/Symptome: Schmerzen verursacht durch eine degenerative Erkrankung der Hüfte, Patienten, welche nicht für eine offene Operation bzw. Endoprothese in Frage kommen (z. B. wegen Komorbiditäten); Versagen bzw. zu hohe Nebenwirkungen konventioneller Medikamente.<sup>17-20</sup>

Vorgehen: Zielnerven für die Hüft-RFNA sind die Gelenkäste des Nervus femoralis (NF) und des Nervus obturatorius (NO).<sup>17-20</sup> Studien besagen, dass die Verwendung von Ultraschall bei Hüft-RFNA ein Eindringen in das femorale neurovaskuläre Bündel verhindern kann.<sup>17</sup>

Stryker GmbH & Co. KG

# Begutachtung der BK 2108 – bandscheibenbedingte Erkrankungen der Lendenwirbelsäule

**Chirurgisch-orthopädische Berufskrankheiten beruhen auf mechanischen Einwirkungen. Die körperliche Erwerbstätigkeit wird zum Gegenstand der Sozialgesetzgebung mit Aufgaben der Prävention und der Entschädigung, die den chirurgisch-orthopädischen Gutachter fordert. Krankheiten werden vom Verordnungsgeber bestimmten Beanspruchungen zugeordnet, wobei die Kausalzusammenhänge zwischen Arbeit und Krankheit ausschließlich auf empirischen Beobachtungen und epidemiologischen Häufigungen beruhen.**

Für eine Vielzahl von Gesundheitsschäden werden spezifische mechanische Anforderungen der Arbeit verantwortlich gemacht. In der Bevölkerung besteht allerdings ein großes Missverhältnis zwischen Erwartung und Realität. Es ist ein weit verbreiteter Trugschluss, dass Schadensbilder, die bereits belastungsunabhängig auftreten, erst recht durch Belastung verursacht werden. Insbesondere bei den so genannten Volkskrankheiten treten Schadensbilder, die belastungsinduziert vorkommen, regelhaft auch ohne unphysiologische Beanspruchung allein anlagebedingt auf. Es erscheint jedoch logisch, dass der belastungsinduzierte Ursachenanteil der versicherten Exposition an einem Krankheitsbild umso geringer ist, je stärker das Krankheitsbild im Bevölkerungsquerschnitt verbreitet ist. Die Belastungsabhängigkeit ist umgekehrt proportional zur Verbreiterung einer Krankheit.

Bis auf die BK 2105 (*Chronische Erkrankung der Schleimbeutel durch ständigen Druck*) fehlt den mechanischen Berufskrankheiten die Belastungsspezifität. Bei den neuen Berufskrankheiten 2112, 2113, sowie der BK Coxarthrose fehlen auch belastungskonforme Schadensbilder, d.h. die durch berufliche Einwirkung verursachten Krankheiten entsprechen exakt den in der Normalbevölkerung weit verbreiteten Krankheitsbildern.

## **Was ist eine Berufskrankheit?**

Grundsätzlich sind nur die in der Berufskrankheitenliste aufgeführten Erkrankungen Berufskrankheiten. Welche Erkrankungen in die Liste aufgenommen werden, legt die Bundesregierung durch Verordnung fest. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) hat als federführendes Res-

sort zu diesem Zweck einen ärztlichen Sachverständigenbeirat Berufskrankheiten eingerichtet, der den Verordnungsgeber im Hinblick auf die neuen Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft berät. Dem ärztlichen Sachverständigenbeirat fehlt es allerdings an jeder demokratischen oder rechtlichen Legitimation. Es handelt sich um ein reines Beratungsgremium.

Der ärztliche Sachverständigenbeirat formuliert jeweils eine wissenschaftliche Begründung zu einzelnen Krankheiten bzw. Komplexen und die Empfehlung an den Verordnungsgeber, eine bestimmte Berufskrankheit in die Liste aufzunehmen.

Wenn die wissenschaftliche Begründung des ärztlichen Sachverständigenbeirats veröffentlicht ist, können Erkrankungen bereits vor Aufnahme in die Berufskrankheitenliste als so genannte *Wie-Berufskrankheiten* anerkannt werden.

Die Berufskrankheitenliste gliedert sich in 6 Hauptgruppen: Die durch mechanische Einwirkung verursachten Erkrankungen werden in der Hauptgruppe 2, Untergruppe 21 gelistet. Es handelt sich um 14 Berufskrankheiten, beabsichtigt ist, demnächst die Coxarthrose in die Berufskrankheitenliste aufzunehmen.

Einige der Berufskrankheiten haben nur noch historische Bedeutung, z.B. die Berufskrankheit Nr. 2107, die Abrissbrüche der Wirbelfortsätze, jährlich werden 1–2 Berufskrankheiten angezeigt, der letzte anerkannte Fall stammt aus dem Jahre 2012, der letzte Rentenfall aus dem Jahre 1992. Andere Berufskrankheiten, wie die BK 2108, die bandscheibenbedingte Erkrankung der Lendenwirbelsäule, haben hingegen eine hohe sozial-

politische Bedeutung, zurzeit werden jährlich zwischen 4.000 und 5.400 Fälle angezeigt, davon werden etwa 8% anerkannt.

### Voraussetzung einer Anerkennung

Der Versicherte muss zu einer Personengruppe gehören, die in einem erheblich höheren Maß als die Normalbevölkerung einer Einwirkung von Belastungen ausgesetzt war, die nachweislich zu einer Gesundheitsgefährdung führen. Die so genannten arbeitstechnischen Voraussetzungen, also die Exposition, werden vom Präventionsdienst der Berufsgenossenschaften ermittelt.

Die Aufgabe des medizinischen Sachverständigen besteht darin, den Gesundheitsschaden zu sichern und den Kausalzusammenhang zwischen Exposition und Gesundheitsschaden zu begründen.

Voraussetzung für die Anerkennung sämtlicher Listen-Berufskrankheiten ist, dass die Verrichtung einer versicherten Tätigkeit zur Einwirkung von Belastungen auf den Körper geführt hat und diese Einwirkung eine Krankheit verursacht hat. Die versicherte Tätigkeit, die Verrichtung, die Einwirkungen, sowie die Krankheit müssen im Sinne des Vollbeweises vorliegen. Für die zu beurteilenden Ursachenzusammenhänge genügt die hinreichende Wahrscheinlichkeit, nicht allerdings die bloße Möglichkeit.

Der Kausalzusammenhang ist stets unter Zuhilfenahme medizinischer, naturwissenschaftlicher und technischer Sachkunde nach dem im Entscheidungszeitpunkt aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstand zu beantworten.

Es empfiehlt sich, die Gutachten im Berufskrankheitenverfahren wie folgt aufzubauen:

Auch wenn die Ermittlung der beruflichen Einwirkungen nicht in den Zuständigkeitsbereich des medizinischen Sachverständigen fällt, empfiehlt es sich zum Einstieg eine Berufsanamnese zu erheben und diese mit dem vorhandenen Ermittlungsergebnis abzugleichen.

Die Ermittlung der medizinischen Vorgeschichte, die Anamnese, die Beschwerden des Versicherten, der klinische Befund, sind der wesentliche Bestandteil des ärztlichen Gutachtens. Falls vorhanden, müssen Fremdaufnahmen nachbefundet werden, falls erforderlich, müssen eigene Röntgenaufnahmen angefertigt und befundet werden.

Es müssen eindeutige Diagnosen in Bezug auf den angezeigten Verdacht auf das Vorliegen einer Berufskrankheit gestellt werden, auch weitere relevante Diagnosen müssen mit aufgenommen werden.

Falls eine Listenerkrankung vorliegt, muss der Ursachenzusammenhang auf der Grundlage gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse beurteilt werden. Es muss geprüft werden, ob der zeitliche Verlauf zur Berufserkrankung passt. Es muss weiter geprüft werden, ob das Ausprägungsmaß der Erkrankung zur Belastung konform ist.

Wenn der Kausalzusammenhang zwischen der versicherten Exposition und dem Gesundheitsschaden hinreichend wahrscheinlich ist, stellt sich als weiterer Prüfungsschritt die Frage nach konkurrierenden Ursachen. Der medizinische Sachverständige muss dann eine Aussage treffen, welche der Ursachen aus medizinisch-naturwissenschaftlicher Sicht maßgeblich zur Gesundheitsschädigung beigetragen haben.

Seit 01.01.2021 ist der Unterlassungszwang nicht mehr Voraussetzung, eine Berufskrankheit anzuerkennen.

Bei Anerkennung einer Berufskrankheit stellt sich die Frage nach Leistungen, d.h. nach Höhe der MdE, nach Behandlungsmaßnahmen, ggf. nach beruflichen Rehabilitationsmaßnahmen, etc.

### Konkretes Vorgehen am Beispiel der BK 2108:

Für die Begutachtung aller Berufskrankheiten gilt, dass der Sachverhalt zuvor von Amts wegen ermittelt wurde.

Der Präventionsdienst der Berufsgenossenschaften hat vor der Beauftragung zur Begutachtung eine Belastungsberechnung durchzuführen und die Lebensdosis zu berechnen. Darüber hinaus muss angegeben werden, ob die Lebensdosis von  $25 \times 10^6$  in weniger als 10 Jahren erreicht wurde, was einer besonders intensiven Belastung entspricht, des Weiteren muss geprüft werden, ob hohe Belastungsspitzen vorlagen. Eine besondere Gefährdung durch hohe Belastungsspitzen wird angenommen, wenn die Hälfte des Tagesdosis-schichtwertes von  $5,5 \times 10^3$  Nh (bei Frauen  $3,5 \times 10^3$  Nh) durch hohe Spitzenbelastungen bei Männern von 6.000 N und bei Frauen von 4.500 N erreicht wurde.

Bei der Beurteilung des Kausalzusammenhangs ist das sogenannte Konsenspapier (*Bolm-Audorff U u.a.; Medizinische Beurteilungskriterien zu bandscheibenbedingten Berufskrankheiten der Lendenwirbelsäule; Trauma Berufskrankheit 2005; 7:211–252*) zu Grunde zu legen. Das Bundessozialgericht hat in mehreren Entscheidungen in jüngerer Zeit bestätigt, dass das Konsenspapier nach wie vor den aktuellen Wissensstand darstellt.

Im sogenannten Konsenspapier heißt es, dass das Schadensbild der BK 2108 und 2110 den Volkskrankheiten durch chronisch-degenerative Ver-



Abb. 1

**Abb. 1**  
Messung der Bandscheibenhöhe nach Hurxthal bei orthogonal getroffenem Segment



Abb. 2

**Abb. 2**  
Messung der Bandscheibenhöhe nach Hurxthal II bei ovaler Darstellung der Wirbelkörper-Abschlussplatten



Abb. 3

**Abb. 3**  
Beispiel der Messung der Bandscheibenhöhen an der LWS

änderungen der Bandscheiben entspricht. Es gibt kein hiervon eindeutig abgrenzbares belastungstypisches Krankheitsbild, sondern nur ein belastungskonformes Schadensbild, welches beschrieben wird durch den Vergleich der Veränderungen von Beschäftigten mit hoher Wirbelsäulenbelastung mit den Veränderungen der Normalbevölkerung hinsichtlich der Kriterien „Lebensalter beim Auftreten der Schädigung“ und „Ausprägungsgrad in einem bestimmten Alter“. Hierbei ist der bildgebende Nachweis eines Bandscheibenschadens, eine Höhenminderung der Bandscheibe, mindestens im Sinne einer Osteochondrose 2. Grades und/oder ein Bandscheibenvorfall unabdingbare, aber nicht hinreichende Voraussetzung für den Nachweis einer bandscheibenbedingten Erkrankung, hinzu kommen muss eine entsprechende klinische Symptomatik im Sinne eines lokalen Lumbalsyndroms mit Bewegungsschmerz, positivem Segmentbefund, Entfaltungsstörung der Lendenwirbelsäule, erhöhtem Muskeltonus oder ein lumbales Wurzelsyndrom mit Zeichen der Reizung oder Schädigung einer Nervenwurzel. Es muss sich hierbei laut Verordnungstext um chronische oder chronisch-rezidivierende Beschwerden und Funktionseinschränkungen handeln. Nur wenn bildgebende Verfahren und entsprechende Klinik gemeinsam vorliegen und zueinander passen, kann von einer bandscheibenbedingten Erkrankung im Sinne des Verordnungstextes ausgegangen werden.

Altersuntypisch sind eine Höhenminderung der Bandscheibe im Sinne einer Osteochondrose

2. Grades, also eine Höheminderung von bis zur Hälfte der ursprünglichen Bandscheibenhöhe oder ein Bandscheibenvorfall. Eine Bandscheibenprotrusion wird vor Erreichen des 40. Lebensjahres als altersuntypisch angesehen.

Die Höhenminderung der Bandscheibe im Bereich der Lendenwirbelsäule kann nach der Methode von Hurxthal (1968) bestimmt werden. Hierzu steht ein Programm als Excel-Datei zur Verfügung, welches die normierten relativen Bandscheibenhöhen errechnet.

(<https://www.dguv.de/de/versicherung/berufskrankheiten/muskel-skelett/bandscheibenbedingungen/index.jsp>)

Bei nicht exakt orthogonal getroffenen Wirbeln hat sich die Messmethode nach Hurxthal II bewährt. Falls Deck- und Bodenplatten eines Wirbels sich als ovale Flächen abbilden, entspricht die Bandscheibenhöhe dem Abstand der Mittellinien dieser ellipsenförmigen Flächen (**Abb. 2**).

Eine Betonung der Bandscheibenschäden an den unteren 3 Segmenten der Lendenwirbelsäule spricht für einen Ursachenzusammenhang, ein derartiges Schadensbild mit Bandscheibenschäden in mindestens 3 Segmenten ist demnach als belastungskonform anzusehen.

Man muss sich auch im Klaren darüber sein, dass Schäden, die lediglich in einem Segment oder in den beiden unteren Segmenten der Lendenwirbelsäule auftreten, zunächst einmal keine positive Indizwirkung hinsichtlich eines Ursachenzusammenhangs haben, da derartige Schäden

<b>L1/2</b>	<b>L2/3</b>	<b>L3/4</b>	<b>L4/5</b>	<b>L5/S1</b>
<b>12,6</b>	<b>12,0</b>	<b>13,8</b>	<b>10,5</b>	<b>11,8</b>
<b>1,26</b>	<b>1,13</b>	<b>1,05</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>15,876</b>	<b>13,56</b>	<b>14,49</b>	<b>10,5</b>	<b>11,8</b>
<b>15,876</b>	<b>15,876</b>	<b>15,876</b>	<b>15,876</b>	<b>15,876</b>
<b>0,062988</b>	<b>0,062988</b>	<b>0,062988</b>	<b>0,062988</b>	<b>0,062988</b>
<b>100%</b>	<b>85%</b>	<b>91%</b>	<b>66%</b>	<b>74%</b>
<b>96%</b>	<b>82%</b>	<b>88%</b>	<b>63%</b>	<b>71%</b>
<b>100%</b>	<b>89%</b>	<b>95%</b>	<b>69%</b>	<b>77%</b>
<b>keine Chondrose</b>	<b>keine Chondrose</b>	<b>keine Chondrose</b>	<b>Chondrose Grad I</b>	<b>Chondrose Grad I</b>

Abb. 4

Berechnung der Bandscheibenhöhen an der LWS

Abb. 4

sich auch im nicht belasteten Normalkollektiv in großer Häufigkeit finden. Schäden im Bereich der unteren 2 Segmente werden in der B-Konstellation des Konsenspapiers eingeordnet.

Als nächster Schritt ist zu klären, ob eine so genannte Begleitspondylose vorliegt.

Der Begleitspondylose kommt deshalb eine überragende Bedeutung zu, weil im Kollektiv der Schwerarbeiter die Spondylose aus epidemiologischer Sicht der bedeutsamste Befund ist, wie aus der nachfolgenden Grafik hervorgeht. Die Spondylose ist bei weitem häufiger anzutreffen als die Chondrose. (Hult L: *Cervical, Dorsal and Lumbar Spinal Syndromes. Acta Orthop Scand. 17:1–102. 1954*) Sie erlaubt es, das Kollektiv der Schwerarbeiter vom Kollektiv der Nichtbelasteten zu unterscheiden.

Die Begleitspondylose hat dann eine positive Indizwirkung, wenn sie in nicht von Chondrose oder Vorfall betroffenen Segmenten auftritt bzw. wenn sie in von Chondrose oder Vorfall betroffenen Segmenten vor einem Bandscheibenvorfall nachzuweisen war.

Wenn in einem Segment z. B. nach Bandscheibenoperation eine Verschmälerung des Bandscheibenraumes auftritt, findet sich häufig sekundär, als Folge z. B. einer degenerativen Instabilität, eine Spondylose. Hierbei handelt es sich nicht um den Tatbestand der Begleitspondylose.

Des Weiteren muss die Begleitspondylose in mindestens 2 Segmenten auftreten, um eine positive Indizwirkung zu entfalten, wobei die Segmente

nicht nebeneinander liegen müssen, auch die Lokalisation der betroffenen Segmente spielt keine Rolle. Es versteht sich von selbst, dass ausschließlich die Spondylose im Bereich der LWS zählt, spondylotische Randzackenbildungen im Bereich der BWS bleiben unberücksichtigt. Es muss sich zudem um submarginale Spondylophyten handeln, die von Syndesmophyten und Parasyndesmophyten abzugrenzen sind. Knochenzacken von mehr als 5 mm Länge gelten ab dem 50. Lebensjahr als altersuntypisch.

Liegt eine Begleitspondylose vor handelt es sich um eine anerkennungsfähige Konstellation B1 nach Konsenspapier.

Um eine Konstellation B2 nach Konsenspapier feststellen zu können, müssen entweder drei Bandscheibenschäden im Bereich der Lendenwirbelsäule vorliegen oder zwei Bandscheibenschäden und eine Black Disc oder ein Bandscheibenschaden und zwei zusätzliche Schäden im Sinne einer Black Disc in angrenzenden Segmenten. Die sogenannte Black Disc wird definiert als Wasserverlust der Bandscheibe entsprechend Grad IV nach PFIRRMANN, bzw. Typ D.

Eine sogenannte B2-Konstellation kann auch dann angenommen werden, wenn eine besonders intensive Belastung vorgelegen hat, d.h. wenn in weniger als 10 Jahren die Lebensdosis von  $25 \times 10^6$  erreicht wurde. Es handelt sich um ein rein technisches Kriterium.

Wenn Spitzenbelastungen festgestellt wurden, ist die Diskussion eröffnet, ob hierdurch

Abb. 5

Häufigkeiten von Spondylo-  
sen und Osteochondrosen

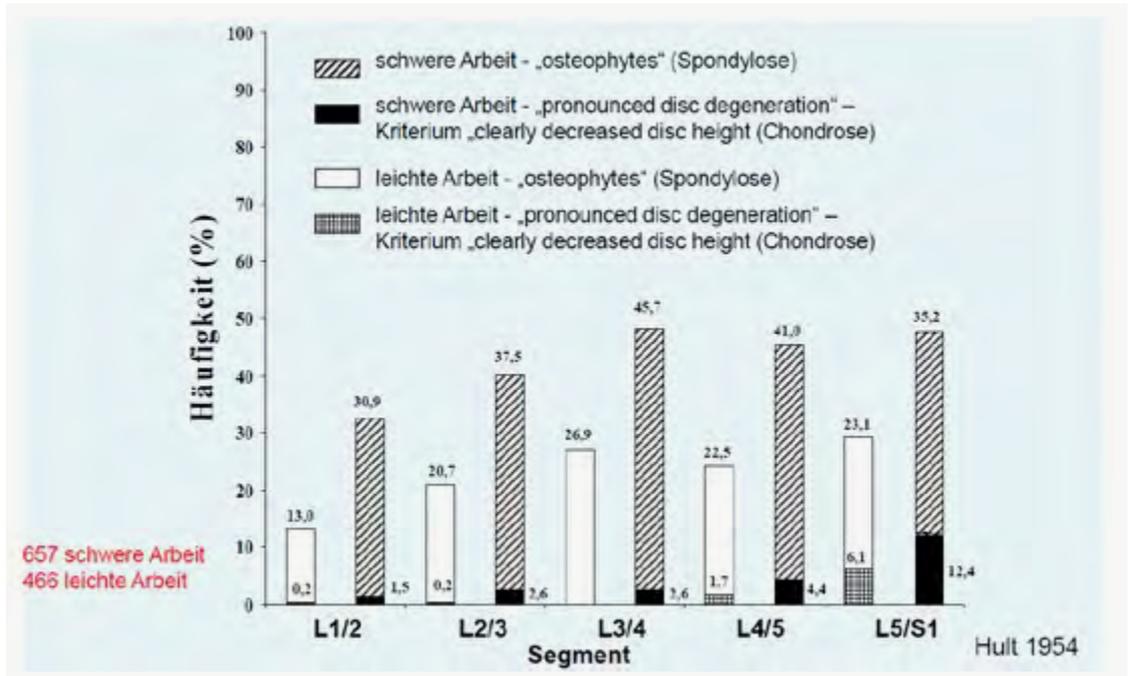


Abb. 5



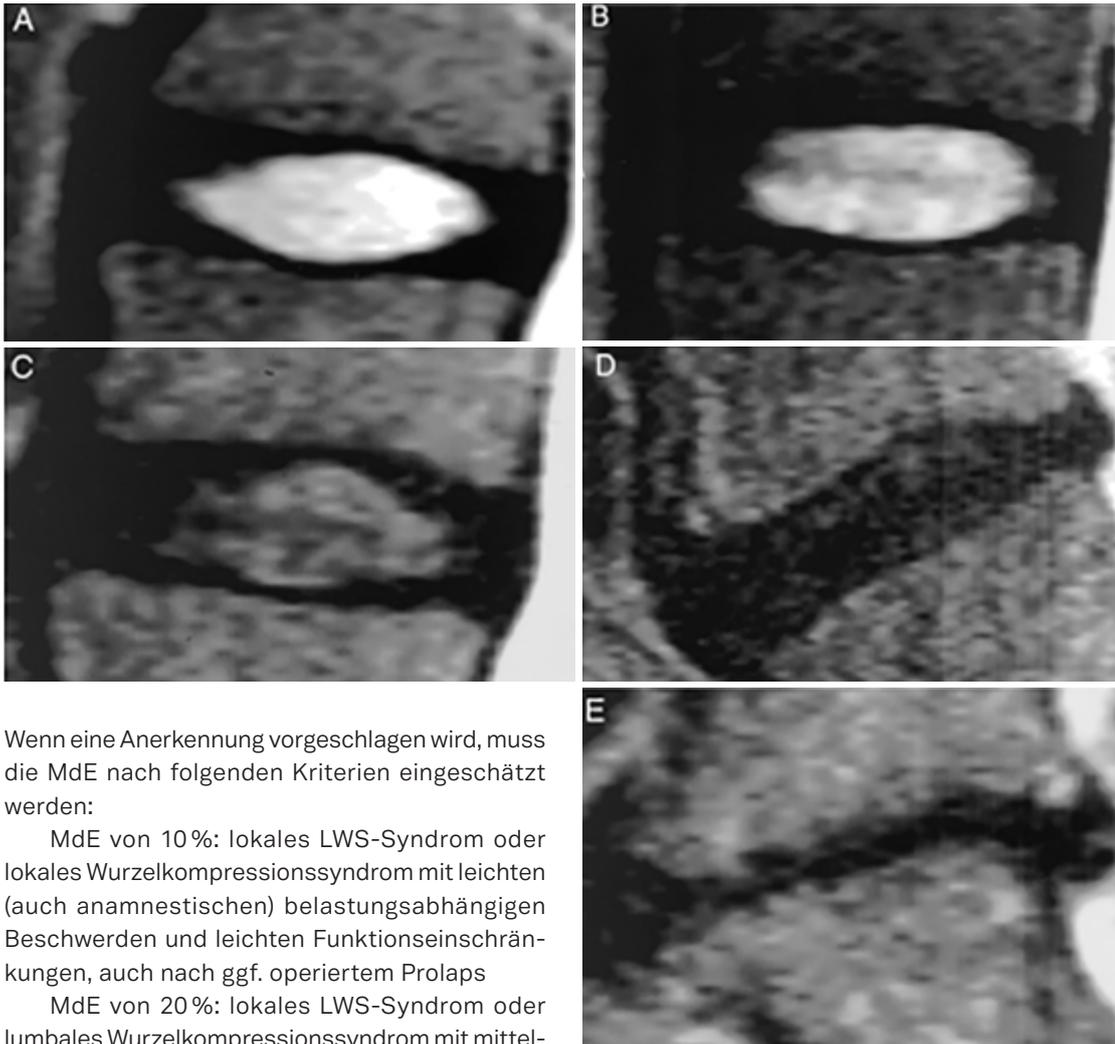
Abb. 6

das Schadensbild der Bandscheiben modifiziert worden sein könnte. Dies wird immer dann der Fall sein, wenn die Tätigkeit hauptsächlich oder überwiegend durch Spitzenbelastungen geprägt ist, wie bei den Pflegeberufen. Außerhalb der Pflegeberufe kommen Spitzenbelastungen in besonders hoher Anzahl ansonsten noch im Hafenumschlag und bei Gerüstarbeitern vor. Des Weiteren muss eine plausible zeitliche Korrelation zwischen beruflicher Belastung und Entwicklung der bandscheibenbedingten Erkrankung der LWS bestehen. Es handelt sich demnach nicht um ein rein formelles Kriterium, sondern es bedarf einer medizinischen Stellungnahme, ob das Vorliegen der ermittelten Belastungsspitzen eine bandscheibenbedingte Erkrankung verursacht haben kann.

Wenn weder eine Konstellation B1 oder B2 vorliegt, handelt es sich um eine nicht anerkennungsfähige Konstellation B3.

Erst wenn eine anerkennungsfähige Konstellation vorliegt, stellt sich die Frage nach konkurrierenden Ursachen. So wird man bei einem Bandscheibenschaden im Bereich der HWS oder BWS, der stärker ausgeprägt ist als an der LWS, den Ursachenzusammenhang in der Regel nicht annehmen können.

Weitere konkurrierende Ursachen, denen eine überragende Bedeutung zukommt, sind Gleitwirbelbildungen ab Meyerding Grad 2, langstreckige Skoliosen ab 25°, tiefe Lumbalskoliosen ab 10°, Beinlängendifferenzen ab 3 cm und asymmetrische Übergangswirbel.



**Abb. 7A–E**  
 Signalminderung der Bandscheiben (Pfirrmann CW et al: Magnetic Resonance Classification of Lumbar Disc Degeneration. Spine. 26,17:1873–1878. 2001)

Wenn eine Anerkennung vorgeschlagen wird, muss die MdE nach folgenden Kriterien eingeschätzt werden:

MdE von 10%: lokales LWS-Syndrom oder lokales Wurzelkompressionssyndrom mit leichten (auch anamnestischen) belastungsabhängigen Beschwerden und leichten Funktionseinschränkungen, auch nach ggf. operiertem Prolaps

MdE von 20%: lokales LWS-Syndrom oder lumbales Wurzelkompressionssyndrom mit mittelgradigen belastungsabhängigen Beschwerden; Lumboischialgie mit belastungsabhängigen Beschwerden, deutliche Funktionseinschränkung; mittelgradige Funktionseinschränkung, Beschwerden nach Operation.

Eine MdE von höher als 20% wird man in der Regel nur bei neurologischen Ausfällen schätzen können, in derartigen Fällen ist eine neurologische Zusatzbegutachtung erforderlich.

Am Beispiel der Begutachtung zu den bandscheibenbedingten Erkrankungen kann man erkennen, dass Spezialkenntnisse und große Erfahrung Voraussetzung sind. Die Fachgesellschaft Interdisziplinäre Medizinische Begutachtung (FGIMB e.V.) hat sich zum Ziel gesetzt, diese Kenntnisse in Gutachtenkolloquien zur strukturierten curricularen Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ zu vermitteln. Darüber hinaus haben sich in der Fachgesellschaft Arbeitskreise gebildet, die z. B. die Gutachtenempfehlungen der BK 2108 überprüfen bzw. ergänzen und Gutachtenempfehlungen für neue Berufskrankheiten, z. B. die Coxarthrose erarbeiten sollen.

Abb. 7A–E



Michael Meyer-Clement  
 Facharzt für Chirurgie-Unfallchirurgie,  
 Sozialmedizin, Chirotherapie, Sportmedizin  
 Institut für Medizinische Begutachtung Hamburg  
 michael.meyer-clement@imb.hamburg  
 Fachgesellschaft Interdisziplinäre Medizinische  
 Begutachtung

# Verkehrsmedizinische Begutachtung: Mobilität für Menschen mit Handicaps ermöglichen

---

Verkehrsmedizinische Begutachtungen auf dem Gebiet von Orthopädie und Unfallchirurgie werden veranlasst, wenn aufgrund von entsprechenden Gesundheitsstörungen Zweifel an der generellen Fahreignung (§ 2 Abs. 4 StVG<sup>1</sup>) bestehen. Hiervon abzugrenzen sind vorübergehende Einschränkungen der *Fahrtauglichkeit*, wie sie nach Verletzungen oder Operationen vorkommen.

---

Die alltäglich vorkommenden Fragen zur **Fahrtauglichkeit** erfordern *keine* verkehrsmedizinische Begutachtung, sondern nur entsprechende Empfehlungen des Arztes an seinen Patienten; *jeder* Arzt muss solche Empfehlungen aussprechen können und dabei die weitreichenden Konsequenzen für den Betroffenen, die Straßenverkehrssicherheit und den Arzt bedenken. Zu Fahreignung und Fahrtauglichkeit gibt es wenig wissenschaftliche Literatur, jedoch hilfreiche Handreichungen mit entsprechenden Empfehlungen.<sup>2,3,4</sup>

Jeder Arzt ist auch verpflichtet, Patienten unaufgefordert darüber aufzuklären, wenn er eine fehlende oder eingeschränkte **Fahreignung** festgestellt hat. Missachtet ein Patient ein ärztliches Fahrverbot, macht er sich u. U. strafbar (§ 315c Abs. 1 Nr. 1, § 316 StGB). In bestimmten Fällen werden vom Arzt in Abhängigkeit einer individuellen Wertung sogar darüberhinausgehende Maßnahmen verlangt, wenn der Patient dem Fahrverbot nicht folgt. Für Verletzungen der ärztlichen Schweigepflicht kann ein rechtfertigender Notstand vorliegen (§ 34 StGB).

Die selten vorkommenden **Gutachten zur Fahreignung** hingegen dürfen nur von Ärzten mit einer **verkehrsmedizinischen Qualifikation** erstellt werden, die nach Curriculum „Verkehrsmedizinische Begutachtung“<sup>5</sup> erlangt werden kann. Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit dieser Qualifikation werden in der Regel **anlassbezogen** mit verkehrsmedizinischen Begutachtungen zur Fahreignung beauftragt, wenn Tatsachen bekannt werden, die Bedenken gegen die körperliche Eignung eines Fahrerlaubnisinhabers oder -bewerbers an den Tag bringen *und* diese auf dem Fachgebiet O&U begründet sind. Dies ist typischerweise beim Erstantrag auf Erteilung einer Fahrerlaubnis, nach

konkreten Vorkommnissen oder nach zufälligen Polizeikontrollen der Fall. Fragestellungen auf anderen Fachgebieten, z. B. zum Problembereich Alkohol, dürfen fachgebietsfremd nicht begutachtet werden. Begutachtung eigener Patienten sollen nicht erfolgen (§ 11 Abs. 2 Nr. 5 FeV<sup>6</sup>). Die Fahrerlaubnisbehörde ordnet innerhalb einer gesetzten Frist die Beibringung eines Gutachtens auf Kosten der zu begutachtenden Person an (§ 11 Abs. 6 FeV) und formuliert die Fragestellung an den von der zu begutachtenden Person gewählten Arzt unter Überlassung der relevanten Akteninhalte. Ärzte, die mit der Erstellung beauftragt werden, müssen die Begutachtungsgrundsätze nach Anlage 4a zu § 11 Abs. 5 FeV beachten. Neben der **Fahrerlaubnisverordnung mit ihren Anlagen** ist insbesondere die regelmäßig aktualisierte **Begutachtungs-Leitlinie zur Kraftfahreignung**<sup>8</sup> mit ihren allgemein anerkannten Leitsätzen für die Begutachtung relevant. Der Gutachter darf in besonderen Fällen hiervon abweichen, dann allerdings mit einer besonderen Darlegungs- und Begründungslast.

Typische **Begutachtungsanlässe** auf unserem Fachgebiet sind **Einschränkungen der Übersicht** im Straßenverkehr, z. B. durch Minderwuchs oder Wirbelsäulenfehlbildungen, sowie **Funktionsminderung oder -verlust an oberen oder unteren Extremitäten**, z. B. durch Dysmelien, Kontrakturen, starke Bewegungseinschränkungen oder Amputationen. Bei der gutachterlichen Beurteilung spielt die Frage einer möglichen **Kompensation** eine entscheidende Rolle. **Unverzichtbar für Fahreignung** sind die Möglichkeit zum Ein- u. Aussteigen ins Fahrzeug, zum Verladen notwendiger Hilfsmittel, ausreichende Übersicht und die Bedienung von Betriebs- und Feststellbremse, Schaltung,



Abb. 1A–D



Abb. 2A–C

Gas, Lenkung, Scheibenwischer, Fenstern, Hupe, Blinker, Licht und Außenspiegel – jeweils ohne Loslassen des Lenkrads – sowie die Fähigkeit zur Absicherung liegendegebliebener Fahrzeuge. Ergibt die Untersuchung, dass die festgestellten Beeinträchtigungen ein stabiles Leistungsniveau bedingt gewährleisten oder dass besondere Bedingungen die Gefahr des plötzlichen Versagens abwenden können, schlägt der Gutachter in Form von Auflagen oder Beschränkungen die Bedingungen vor, die vom begutachteten Verkehrsteilnehmer erfüllt werden müssen, um eine „**bedingte Fahreignung**“ zu erreichen (§ 46 FeV). **Auflagen** richten sich an den Führer eines Fahrzeugs, z. B. ein bestimmtes Hilfsmittel zu nutzen oder sich in zeitlichen Abständen ärztlichen Nachuntersuchungen zu unterziehen. **Beschränkungen** grenzen den Geltungsbereich einer Fahrerlaubnis auf bestimmte Fahrzeugarten oder Fahrzeuge mit besonderen Einrichtungen wie Handgasbetätigung oder Fußgas links, Lenkhilfen, Automatikgetriebe u. a. ein. Empfohlene Maßnahmen für Gesundheitsstörungen auf dem Fachgebiet O&U finden sich im Kapitel 3.3 „Bewegungsbehinderungen“, 3.9 „Krankheiten des Nervensystems“ und in den Abschnitten 2.1 bis 2.16 des Anhangs B der Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung und werden später im Feld 12 des Führerscheins mit sog. **Schlüsselzahlen**<sup>9</sup> nach Anlage 9 zu § 25 Abs. 3 FeV beziffert. Eine differenzierte indikationsbezogene Darstellung ist in diesem Übersichtsartikel mit limitiertem Umfang nicht möglich. Für mitunter teure **Fahrzeugumrüstungen** gibt es spezialisierte Unter-

nehmen. Diese bieten ergänzend zu den sich durch Beschränkungen ergebenden Maßnahmen auch weiteres, zum Teil technisch beeindruckendes Fahrzeugzubehör an, welches Menschen mit handicaps eine Fahrzeugnutzung erleichtert, wie Ein- u. Ausstiegshilfen, Rollstuhlverlade- und haltungssysteme, Heckausschnitte, Rampen oder Liftsysteme. Die Kenntnis solcher Möglichkeiten ist auch in der Patientenberatung hilfreich. Üblich ist ergänzend zur ärztlichen Begutachtung auch eine Fahrprobe der zu begutachtenden Person mit einem amtlich anerkannten Sachverständigen oder Prüfer für den Kraftfahrzeugverkehr.

Zusammenfassend ist verkehrsmedizinische Begutachtung eine verantwortungsvolle Aufgabe, die außer medizinischen auch juristische und technische Kenntnisse erfordert. Wenngleich Sicherheit im Straßenverkehr stets an erster Stelle steht, muss immer auch darauf geachtet werden, dass an behinderte Verkehrsteilnehmer im Vergleich mit nicht Behinderten keine unangemessen überhöhten Anforderungen gestellt werden dürfen. **Behinderte sind zum Erhalt ihrer beruflichen und gesellschaftlichen Teilhabe in besonderem Maße auf die Möglichkeit zur selbständigen Teilnahme am Straßenverkehr angewiesen.** Die Begutachtung sollte, wenn vertretbar, immer gerade auch in der Intention erfolgen, eine Straßenverkehrsteilnahme ggf. unter Auswahl geeigneter Auflagen und Beschränkungen zu ermöglichen und eben nicht zu verhindern.

Literatur auf Anfrage bei der Redaktion

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

#### Abb. 1A–D

18-jährige Führerscheinanwärterin mit durch Orthoprothese ausgeglichener Beinverkürzung re. 11 cm, geringer Verschmächtigung des re. Beines, endgradig eingeschränkter Hüftgelenk- und Kniegelenkfunktion re. sowie Spitzfußkontraktur re. bei angeborenem proximalem Femurdefekt re. und Fibulahypoplasie re, mehrfach operativ behandelt. Verkehrsmedizinische Fragestellung nach Fahreignung für KFZ der Klasse B wurde bejaht mit der Auflage, die vorhandene Orthoprothese beim Führen des Fahrzeugs zu tragen.

#### Abb. 2A–C

53-jährige Frau mit Z. n. Rückfußamputation re. nach Chopart infolge Thrombangitis obliterans. Verkehrsmedizinische Begutachtung mit der Frage der Fahreignung von Kraftfahrzeugen der Gruppe 1 und 2 wurde bejaht mit Auflagen und Beschränkungen: Obligates Tragen der Prothese/Orthese, damit beim Führen von mehrspurigen Kfz bis 3,5 t zGG keine Beschränkungen. Bei mehrspurigen Kfz über 3,5 t zGG und Iof Zugmaschinen (Ackerschlepper) Beschränkung auf Fahrzeuge mit Bremskraftverstärker oder Fremdkraftbremsanlage sowie Dauerbremse bei automatischer Kupplung ohne Abstellen des Motors während der Fahrt. Beim Führen von Krafträdern müsste eine Hinterradbremse links bei Fußschaltung mit linker Ferse zu betätigen sein und Kuppelung/Schaltung mit Hand oder Schaltung mit linker Fußspitze zu betätigen sein.

# Die Sektion Begutachtung der DGOU

**O und U sind zusammengewachsen. Die beiden für Gutachten zuständigen Gruppen in den Muttergesellschaften DGU und DGOOC waren Vorreiter im Zusammengehen innerhalb unserer Fachgesellschaft. Die Arbeitsgemeinschaft für Sozialmedizin und Begutachtungsfragen der DGOOC und die Kommission Gutachten der DGU sind Ende 2019 in der neuen Sektion Begutachtung aufgegangen.**

Seit vielen Jahren war die Zusammenarbeit der beiden Gruppen sehr offen, kollegial und konstruktiv. Die Themengebiete waren überlappend, zumindest sehr ähnlich, dass es deshalb nur schlüssig war, diese Arbeit in einer Institution zu vereinen. Prof. Kuno Weise, der jahrelang die Kommission Gutachten zusammen mit Dr. Frank Schröter geleitet hat, und Prof. Marcus Schiltewolf als Leiter der AG Sozialmedizin und Begutachtungsfragen schufen die Voraussetzungen der gemeinsamen Sektion Begutachtung der DGOU.

Als Aufgaben wurden definiert: Fortbildungsveranstaltungen zur Begutachtung, Organisation und Durchführung der Gutachtenkurse im Curriculum „unfallchirurgisch-orthopädische Begutachtung, Organisation von wissenschaftlichen Tagungen und Sitzungen, Bearbeitung und Veröffentlichung spezieller Fragestellungen zur Begutachtung bei Verletzungen und Erkrankungen der Haltungs- und Bewegungsorgane, Mitarbeit bei gutachtenrelevanten Leitlinien, Mitarbeit in Sachverständigenbeiräten und Medienarbeit in Zusammenarbeit mit der Geschäftsstelle.

Der Vorstand der DGOU und die Vorstände der Muttergesellschaften DGU und DGOOC haben eine Struktur geschaffen, die neben der Leitungsebene das Mitgliederforum etabliert.

Neben Leiter und Stellvertreter wurden Referate für Fortbildung/Kurswesen, Recht, Gremienarbeit, Öffentlichkeitsarbeit, Klinik und Praxis geschaffen. Die Mitgliedschaft im Mitgliederforum ist offen für Mitglieder von DGOU, DGU, DGOOC, BVOU, sowie für DGUV, Versicherungen und Sozial-

verbände. Assoziierte Verbände sind z. Zt. der BVOU, die DGUV und die DGNB, geplant weiter sind Deutscher Sozialgerichtstag und der Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft.

Die Zusammenarbeit in der Sektion läuft auf einem ausgeprägt freundschaftlichen Niveau, einem Miteinander, das von Respekt, Zuhören und dem Willen getrieben ist, gemeinsam das Gutachtenwesen voranzubringen.

## Gutachtenkurse und Curriculum

Die Gutachtenkurse der Kommission Gutachten waren jahrelang eine Säule der Fortbildungen in O+U. Eine Anerkennung der Kurse durch die Ärztekammern fehlte. Ein Anliegen war deshalb die Neuausrichtung und die Strukturierung der DGOU-Gutachten-Kurse. Die Überführung der Kursprogramme der DGU in die strukturierte curriculare Fortbildung der Bundesärztekammer (BÄK) wurde umgesetzt. Es wurde ein Konzept erarbeitet, bei dem sehr praxisnah ausgehend von Fällen die Inhalte und Vorgaben der BÄK in der neuen Struktur der DGOU-Gutachtenkurse umgesetzt werden. Die Curricula werden auf der DGOU Homepage dargestellt. Die Kurse sollen möglichst interaktiv gestaltet werden. Leider konnten die Kurse Corona Pandemie bedingt 2020 und 2021 nicht umgesetzt werden. Im November 2021 ging der Frankfurter Kurs nach diesem Konzert an den Start.

Gutachten-Kurse unter der Schirmherrschaft der DGOU sollen außer in Frankfurt zunächst in Duisburg und Minden angeboten werden. Nach Evaluierung des neuen Curriculums sollen weitere Kurseorte eingebunden werden, um flächendeckend in Deutschland präsent zu sein. Die Mitglieder der Fachgesellschaft wurden aufgefordert, sich als ReferentIn bei den Gutachtenkursen zu engagieren.

und Begrifflichkeiten sollen transparente und einheitliche Grundlagen schaffen. Das Resultat wurde der O+U Gemeinschaft zur Diskussion vorgestellt.<sup>1</sup> <sup>2</sup> Mittlerweile wurde der Vorschlag der Sektion in MedSach 2021; 117: 195–200 publiziert und zur weiteren Diskussion gestellt. Dieser Vorschlag soll Grundlage weiterer Erörterungen der MdE-Expertengruppe der DGUV sein.

## Engagement junger Kollegen und Kolleginnen für das Gutachtenwesen in O&U

Es bestand Einigkeit in der Sektion, dass die ÄrztInnen in Weiterbildung in O+U zunehmend weniger Motivation zeigen, sich in gutachterlichen Fragestellungen zu engagieren. Geplant war für den DKOU 2020 Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung die Begutachtung zusammen mit dem Jungen Forum unkonventionell und sehr interaktiv nahe zu bringen: Gutachten für Rookies. Der Kurs wurde auf 2021 verschoben und hat nun am 26.10.2021 stattgefunden.

## Bemessung für muskuloskeletale Verletzungsfolgen in der Privaten Unfallversicherung (PUV)

Nach Auswertung der Gutachtenliteratur sah die Sektion Unstimmigkeiten in der Bemessung für muskuloskeletale Verletzungsfolgen gemäß der Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen der Privaten Unfallversicherung. In Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) wurden Bemessungsempfehlungen für muskuloskeletale Verletzungsfolgen konsentiert.<sup>3</sup>

## MdE Referenzwerte

Nach der Veröffentlichung der DGUV-Eckwertetabelle zu MdE-Werten bei Arm- und Bein-Verlusten sah sich die Sektion berufen, MdE-Werte für die muskuloskelettalen Funktionsstörungen zu bearbeiten. Die Methodik der MdE-Expertengruppe der DGUV wurde übernommen, die MdE-Referenzwerte verschiedener Gutachten-Standardwerke wurden vergleichend diskutiert. Klare Definitionen



Prof. Dr. med. Klaus Dresing  
Leiter DGOU Sektion  
Begutachtung  
begutachtung@dgou.de

### Literatur

1. Dresing K, Eyfferth T, Gaidzik, PW, Grotz M, Lundin S, Schiltewolf M, Thomann K-D, Zeichen J, (2021) Zur Diskussion: Referenzwerte für muskuloskeletale Verletzungsfolgen zur Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) nach SGB VII - ein konsentierter Vorschlag der Sektion Begutachtung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie. MedSach, 117: 117–200
2. Sektion Begutachtung, Dresing K, Eyfferth T, Gaidzik PW, Grotz M, Lundin SS, Marcus Thomann, Klaus-Dieter Zeichen, Johannes, (2021) Sektion Begutachtung Konsens über Referenzwerte für unfallchirurgische Verletzungsfolgen zur Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) in der gesetzlichen Unfallversicherung (GUV). OUMN, 11: 57–60
3. Sektion Begutachtung, Dresing K, Eyfferth T, Gaidzik PW, Grotz M, Lundin SS, Marcus Thomann, Klaus-Dieter Zeichen, Johannes, D, Widder, (im Druck) Aus der Sektion Begutachtung der DGOU in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB): Zur Diskussion: Konsentierter Synopse über Bemessungsempfehlungen für muskuloskeletale Verletzungsfolgen in der Privaten Unfallversicherung. OUM

# Fachgesellschaft Interdisziplinäre medizinische Begutachtung e. V.



## Die Plattform für den interdisziplinären Gutachteraustausch

### Begutachtung – Appendix eines jeden Fachgebiets?

Bis zum heutigen Tag findet man die „medizinische Begutachtung“ nur als fakultativen Prüfungsgegenstand des Teils 2 der ärztlichen Prüfung und in der postfachärztlichen Weiterbildung zum Erwerb der Bezeichnung „Sozialmedizin“. Daran haben auch die Empfehlungen der Expertenkommission zum Masterplan Medizinstudium 2020 mit dem Ziel der Neustrukturierung des Medizinstudiums und Änderung der Approbationsordnung für Ärzte nichts geändert.

In der Vergangenheit war es somit lediglich engagierten Einzelpersonen zu verdanken, dass erste Ansätze einer strukturierten Gutachteraushandlung entstehen konnten. So entwickelte sich 1995 aus einer kleinen Gruppe um Frank Schröter (†) und Elmar Ludolph der „Initiativkreis medizinische Begutachtung“, der sich zur Aufgabe gesetzt hatte, die ärztliche Begutachtung aus einem mehr oder minder Nischendasein zu befreien. Es wurde begonnen, die bisher nur als Appendix eines jeden Fachgebiets abgehandelten Begutachtungsfragen auf wissenschaftliche Grundlagen zu stellen.

### Begutachtung interdisziplinär

Das war auch die Geburtsstunde der heutigen Fachgesellschaft Interdisziplinäre Begutachtung (FGIMB e.V.), die mit der neuen Namensgebung

und dann auch Eintragung in das Vereinsregister sich fachübergreifend den wissenschaftlichen Grundlagen der Begutachtung widmet.

Die FGIMB ist heute die einzige Fachgesellschaft, die sich interdisziplinär mit Fragen der ärztlichen Begutachtung auf allen Sach- und Rechtsgebieten im deutschsprachigen Raum auseinandersetzt. So bestehen heute neben den Kooperationen zu Fachgesellschaften in Deutschland auch enge Beziehungen z. B. zur Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie, der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie sowie der Swiss Insurance Medizin.

Über den wissenschaftlichen Beirat der FGIMB werden interdisziplinär mit den Delegierten der Fachgesellschaften (<https://www.fgimb.de/kooperierende-gesellschaften.html>) brennende Themen aus der Begutachtung diskutiert und dazu auch Begutachtungsempfehlungen formuliert. Darüber hinaus werden spezielle Themen in Arbeitsgruppen analysiert und aufgearbeitet, um am Ende Begutachtungsempfehlungen formulieren zu können. Dies betrifft aktuell die Problematik bandscheibenbedingter Erkrankungen u. a. zu Fragen der Bestimmung der (relativen) Bandscheibenhöhe in Abhängigkeit von Methode und Messpunkt oder die Verwertung von Referenzbildern mit einem semiquantitativen Bewertungssystem.

Auch erfolgt aus dem Bereich der privaten Unfallversicherungswirtschaft die Erarbeitung neuer Bemessungsempfehlungen der Invalidität. Dabei liegt gerade der Schwerpunkt auf der Interdisziplinarität und einer höchstmöglichen Transparenz der Erarbeitung dieser Eckwerte durch Einbindung aller interessierten und damit beschäftigten Fachgesellschaften über ein Delphiverfahren, damit höchstmöglicher Konsens erzielt werden kann.

## Weiter- und Fortbildung, Durchgangsarztverfahren

Nach wie vor ist eine Hauptaufgabe der Fachgesellschaft die Weiter- und Fortbildung von interessierten Fachkollegen durch Bereitstellung entsprechender Weiter- und Fortbildungsplattformen. Die vormals von Frank Schröter (\*) entwickelte curriculare Fortbildung zu gutachtlichen Fragen wurde an die strukturierte curriculare Fortbildung (SCF) „medizinische Begutachtung“ nach den Vorgaben der Bundesärztekammer angepasst (siehe separater Beitrag).

Neben diesem Modul und der Möglichkeit der Zertifizierung der FGIMB-Mitglieder werden auch in Zusammenarbeit mit dem BVOU und der ADO Kurse angeboten, die notwendig sind für die Erfüllung der Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach § 34 SGB VII zur Beteiligung am Durchgangsarztverfahren.

Darüberhinaus wird es erstmals aufgrund der Verschiebungen durch die Corona-Pandemie im Jahr 2022 ein Angebot gegeben, bei dem es ganz vorrangig darum geht, an vorgegebenen aber auch von den Teilnehmern eingereichten gutachtlichen Problemfeldern die ärztlich-gutachtlichen Grundlagen in den verschiedenen Rechtsgebieten in kleinen Arbeitsgruppen zu diskutieren. Für das Fach O&U wird die FGIMB auch mit einem entsprechenden Fortbildungsangebot auf dem DKOU in 2022 präsent sein.

## Nutzen einer Mitgliedschaft

Als Mitglied der FGIMB können Sie neben den bereits dargestellten gutachtlichen Fortbildungsveranstaltungen mit reduzierten Kosten auch weitere Vorteile genießen. So wird mindestens einmal jährlich ein versicherungsmedizinischer Jahreskongress mit einem Schwerpunktthema abgehalten, in diesem Herbst zum Thema der „Wirbelsäulenbegutachtung interdisziplinär“, der allerdings auf Grund der Sächsischen Corona-Notfall-Verordnung um 1 Jahr verschoben werden musste. Über die wissenschaftlichen Themen hinaus erhält man aber dort auch Expertenrat z. B. zu Problemfeldern der rechtlichen Grundlagen des Datenschutzes oder zum Internet-Mobbing.

## Versicherungsmedizinischer Jahreskongress der FGIMB

am 06.05.2022 in Leipzig

## COVID-19-Kongress

Unser nächster versicherungsmedizinischer Jahreskongress am 6. Mai 2022 in Leipzig wird sich dem uns nun über 1½ Jahre fesselnden Thema der coronabedingten Erkrankungen widmen. Hier stehen wir als ärztliche Sachverständige vor der Frage der Leistungsbeurteilung Post-Covid versus Post-Lockdown. Gibt es inzwischen Kriterien, an denen sich Funktionseinschränkungen oder Leistungsminderungen hinreichend wahrscheinlich auf eine durchgemachte Covid-Infektion zurückführen lassen? Können wir hier eventuell neue Erkenntnisse gewinnen aus Post-Covid-Studien bei Kindern oder aus Untersuchungen zu der Verformbarkeit von Blutkörperchen? Genau hier zeigt sich, dass zwingend eine interdisziplinäre Abhandlung derartiger Themen notwendig ist und genau das kann die FGIMB leisten.

Das Bestreben der interdisziplinär ausgerichteten wissenschaftlichen Fachgesellschaft zielt weiterhin ab auf eine solide Qualifizierung, Weiter- und Fortbildung interessierter fachärztlicher Kolleginnen und Kollegen, aber auch auf die Erarbeitung von Begutachtungsempfehlungen. *Ob Online oder in Präsenz – die FGIMB ist die Plattform für den interdisziplinären Gutachteraustausch.*



Prof. Dr. med. Michael Wich  
Unfallkrankenhaus Berlin  
Achenbach Krankenhaus,  
Klinikum Dahme-Spreewald  
Orthopädie/Unfallchirurgie,  
spez. Unfallchirurgie



Dr. Holm-Torsten Klemm  
Chirurg/Unfallchirurg  
Ärztlicher Leiter  
Freies Institut für medizinische  
Begutachtungen  
Bayreuth/Erlangen  
Vorstand der Fachgesellschaft  
Interdisziplinäre Medizinische  
begutachtungen e. V.

# Strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“

## Erstes erfolgreiches Online-Modul III für O & U – zertifiziert durch die Landesärztekammer Berlin

### Vorgaben der Bundesärztekammer

Die strukturierte curriculare Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ in der aktualisierten Fassung vom 15. Oktober 2019 nach den Vorgaben der Bundesärztekammer dient der Erlangung eines ankundigungsfähigen Abschlusses und richtet sich im hier zu berichtenden Fall an alle Unfallchirurgen und Orthopäden mit Interesse, sich neben ihrer medizinisch fachlichen Qualifikation Kenntnisse in der Gutachtenerstellung zu verschaffen und/oder bereits vorhandene zu vertiefen. Dabei sind die Landesärztekammern mit ihren Akademien regelhaft für die Wissensvermittlung in den Modulen I und II zuständig, während für das Modul III der fachspezifischen Aspekte der medizinischen Begutachtungen regelhaft die jeweiligen Fachgesellschaften verantwortlich zeichnen.

### Online-Plattform

Die Fachgesellschaft Interdisziplinäre Medizinische Begutachtung (FGIMB e.V.) hat nunmehr nicht zuletzt infolge der Corona-Pandemie und den fehlenden oder eingeschränkten Möglichkeiten von Präsenzveranstaltungen in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU) sowie der Akademie deutscher Orthopäden (ADO) und unter Zertifizierung durch

die Landesärztekammer Berlin erstmals das fachspezifische Modul III in einer reinen Onlineveranstaltung abgehalten.

Dies war für alle Beteiligten Neuland, da gerade auch für spezifische gutachtliche Fragen und Diskussionen die Präsenzveranstaltung als Mittel der Wahl galt.

Unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Wich, Prof. Matthes und Dr. Klemm sowie mit technischer und organisatorischer Unterstützung des BVOU und der ADO konnten sich die 48 Teilnehmer der Life-Veranstaltung zuschalten und nach erfolgreicher Teilnahme und Prüfung von der Landesärztekammer zertifiziert werden.

### Praxisnahe Wissensvermittlung

Durch die Referenten wurden die Themenkomplexe der Sozialmedizin, spezielle Erkrankungen und Funktionsstörungen – hier mit dem Fokus auf Erkrankungen versus Unfallfolgen an der Wirbelsäule mit der Problematik der Begutachtung von Bandscheibenschäden oder Sehnenerkrankungen – Hüftgelenkserkrankungen versus Unfallschäden sowie Berufserkrankungen und die Begutachtung aus dem Bereich der Arzthaftung aufgearbeitet. Die Vorträge basierten aber nicht nur auf der theoretischen Wissensvermittlung sondern waren jeweils von einfachen bis komplexen gutachtlichen



Fallbesprechungen begleitet, sodass ein großer Praxisbezug hergestellt werden konnte.

Während des Referentenvortrags konnten die Teilnehmer bereits in einem Chat ihre Fragen stellen und ein Moderator hat im Hintergrund diese Fragen aufgearbeitet, sodass einfache Fragen direkt im Chat zeitnah beantwortet werden konnten, während andere Fragen am Ende des Vortrags dem Referenten zur Beantwortung vorgelegt wurden. Hier war auch durch einzelne Zuschaltungen der Teilnehmer das interagierende Livegespräch möglich.

Am Ende der Veranstaltung konnte auch online die geforderte Lernerfolgskontrolle angeboten und von den Teilnehmern absolviert werden. Die Referentenvorträge wurden den Teilnehmern auch zum Download für ihre persönlichen Skripts zur Verfügung gestellt.

## Ausbau der Online-Formate

Trotz der anfänglichen Skepsis gegenüber einer ausschließlichen Online-Wissensvermittlung konnten die wissenschaftlichen Leiter/Moderatoren am Ende der Veranstaltung ausschließlich positive Rückmeldungen der Kursteilnehmer erfahren, was die FGIMB natürlich bestärkt hat, dieses Format in 2022 weiter auszubauen.

Nach erfolgreicher Absolvierung des Modul III der SCF „Medizinische Begutachtung“ können

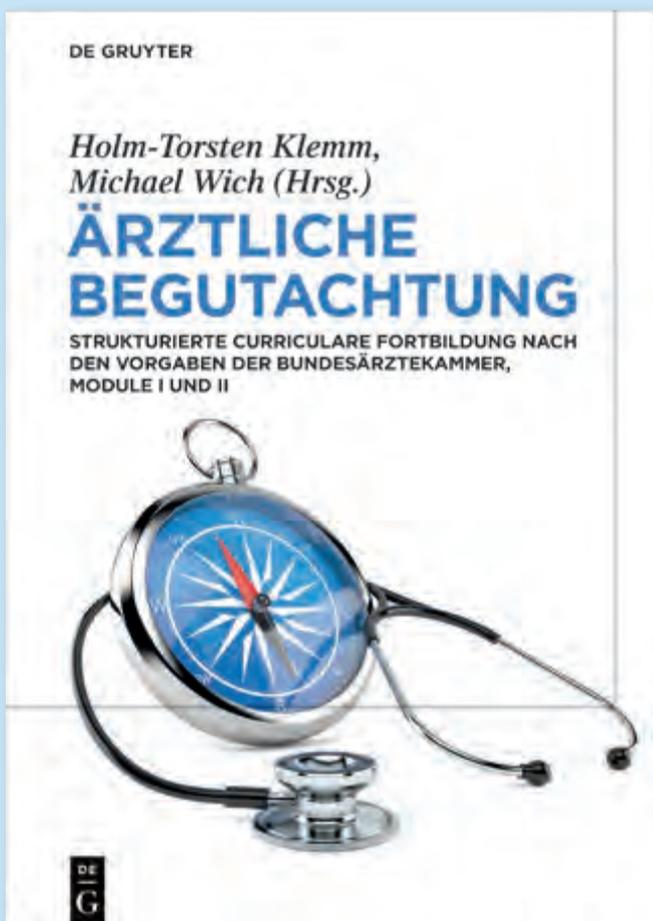
die Teilnehmer als Mitglieder der FGIMB neben der Zertifizierung durch die Landesärztekammer, nach Einreichung von 2 anonymisierten Gutachten bei der Geschäftsstelle der Fachgesellschaft das regelhaft ankündigungsfähige Zertifikat der Gesellschaft beantragen (<https://www.fgimb.de/zertifizierung.html>).

Die nächste Veranstaltung wird rechtzeitig über BVOU und ADO sowie auch die Veranstaltungsseite der FGIMB (<https://www.fgimb.de/veranstaltungen.html>) angekündigt. Gern können Sie auch den Newsletter der FGIMB abonnieren (<https://www.fgimb.de/newsletter.html>), damit sie keine Hinweise auf entsprechende gutachtliche Veranstaltungen versäumen.



Dr. Holm-Torsten Klemm

# Erweiterung des Wissenshorizonts zur ärztlich-gutachtlichen Tätigkeit



Ärztliche Begutachtung  
Verlag DeGruyter  
Hrsg.: Holm-Torsten Klemm; Michael Wich  
397 Seiten  
Erschienen 2021  
99,95 €

Das vorliegende Buch „Ärztliche Begutachtung“ umfasst auf fast 400 Seiten nicht nur Grundlagen der ärztlichen Begutachtung, sondern darüberhinausgehend auch juristische, medizinische und soziokulturelle Aspekte, die für diese Tätigkeit von Bedeutung sind. Es ist interprofessionell und interdisziplinär verfasst.

Inhalt und Struktur orientieren sich an der curricularen Fortbildung „Medizinische Begutachtung“ der Bundesärztekammer (Modul I und II). Damit umfasst es das gesamte Gebiet der zivil- und sozialrechtlichen Gutachter-tätigkeit.

Die einzelnen Kapitel sind gut strukturiert, informativ bebildet und mit hilfreichen Praxisbeispielen und Merk-sätzen versehen.

Besonders wertvoll erscheinen mir persönlich die Kapitel Beschwerdevalidierung in Orthopädie und Unfall-chirurgie sowie aus neurologisch-psychiatrischer Sicht, die die Problematik von Aggravation und Simulation sachlich aufarbeiten sowie verschiedene Evaluations-möglichkeiten und Tests zur Feststellung derselben aufzeigen.

Sehr interessant ist auch das Kapitel zu kultursensi-blen Aspekten der Begutachtung, in dem der Einfluss der soziokulturellen Prägung auf das Erscheinungsbild von Beschwerden und subjektiver Beschwerdewahrnehmung bzw. -äußerung dargelegt wird.

Das Buch stellt eine Bereicherung dar, denn es erweitert den Wissenshorizont zu sehr vielen Aspekten der medizinisch gutachterlichen Tätigkeit.

Es verzichtet gleichzeitig auf die Ausarbeitung von spezifischen Krankheits- und Verletzungsfolgen sowie MdE Tabellen, dafür aber vermittelt es, weit gefächert und stets übersichtlich bleibend, alle wesentlichen Inhalte zum Thema der ärztlichen Begutachtung, so dass es unbedingt als Nachschlagewerk in die medizinische Bibliothek derer gehört, die im Gutachtenwesen bereits aktiv sind oder aktiv werden wollen.

Prof. Dr. Julia Seifert, Berlin

# Standardwerk der Begutachtung in modernisierter Auflage

Sieben Jahre nach der bisher 6. Auflage machen rechtliche und gesetzliche aber auch medizinische Veränderungen eine Neuauflage dieses Begutachtungsklassikers, 1978 begründet von G. Rompe und A. Erlenkämper, notwendig. Das Herausgeberteam wurde um Peter W. Gaidzik, Medizinrechtsanwalt und Arzt aus Hamm und Autor mehrerer juristischer Bücher zu diesem Thema sowie Experte für Zivilrecht und Verfahrensrecht erweitert. Erfreulich vorneweg ist zunächst einmal die Verkürzung des Seitenumfangs um 90 Seiten und andererseits die Erhöhung der Abbildungszahl um 12, was die Informationsvermittlung für den Leser und Nutzer wie vor den Herausgebern gewünscht, erhöhen dürfte. Die bisherige Gliederung wurde in den juristischen Abschnitten ein wenig umgestellt. Einige Unterkapitel erhielten jetzt eigenen Kapitelstatus. Ein neues Kapitel nimmt zu Gutachtaufbau und -abrechnung sowie zur Qualitätssicherung in der Begutachtung Stellung.

Weiterhin stellt das vorliegende Werk Grundlagen bereit zu zentralen Rechtsbegriffen wie Unfall, Krankheit, Behinderung, Arbeits-, Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung und insbesondere die durch Gutachter zu treffenden Einschätzung hinsichtlich MdE, GdS und GdB. Darüber hinaus wird unter Berücksichtigung höchstrichterlicher Rechtsprechung sozialrechtliche Kausalitätslehre vermittelt und die juristischen Grundlagen benannt.

Die in der 6. Auflage erstmals interdisziplinär verfassten ärztlichen Kapitel wurden weiter ausgearbeitet wofür einige neue Autoren gewonnen werden konnten.

Die medizinischen Kapitel erfuhren dabei Ergänzungen z. B. zur geforderten Bildgebung. Hier würde sich der Rezensent noch mehr praktische Unterstützung der Gutachter wünschen. Einerseits könnten die Herausgeber kritisch Stellung dazu nehmen, welche Möglichkeiten und Grenzen die verschiedenen Möglichkeiten fachbezogener Bildgebung in der Zuordnung zu Schmerzen und Funktionsdefiziten mit sich bringen und andererseits ggf. vor möglicher fälschlicher Überbewertung bildgebender Befunde im Beurteilungsprozess warnen. Verschiedene Verletzungssituationen erfordern nach aktuellem medizinischem Verständnis auch frühzeitiger den Einsatz von Sonografie und Kernspintomographie, als dies in früheren Zeiten Usus war.



M. Schiltenswolf, DF Hollo, PW Gaidzik:  
Begutachtung der Haltungen und  
Bewegungsorgane.  
7. Auflage Thieme Verlag Stuttgart 2021,  
835 Seiten, 183 Abbildungen,  
ISBN 978-3-13-240296-6  
199,99 €

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass, wie nicht anders zu erwarten war, das modernisierte und etwas kompakter abgefasste Werk auch in seiner 7. Auflage ein Standardwerk der Begutachtung bleibt. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass die letzte Auflage schon 7 Jahre zurückliegt und dementsprechend in der alltäglichen Benutzung gealtert sein mag, empfiehlt sich ein Update dieses Standardwerkes für alle mit der Beauftragung, Durchführung und Erstellung sowie Bewertung orthopädischer Fachgutachten befassten Personen.

Dr. Hartmut Gaulrapp, München



Der neue BVOU-Vorstand wurde am 29. Oktober 2021 gewählt.

## Berufsverband wählt neuen Vorstand – Dr. Burkhard Lembeck ist BVOU-Präsident

Der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) hat ab sofort einen neuen Vorstand: Mit deutlicher Mehrheit wurde Dr. Burkhard Lembeck zum neuen Präsidenten des BVOU gewählt. Die Wahlen fanden auf der Mitgliederversammlung am Freitag, den 29.10.2021, im Rahmen des diesjährigen Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2021 statt. Zu Vizepräsidenten wurden Dr. Henning Leunert (Teltow), Univ.-Prof. Dr. habil. Tobias Renkawitz (Heidelberg) und Dr. Helmut Weinhart (Starnberg) gewählt. Das Amt des Schatzmeisters hat der scheidende BVOU-Präsident, Dr. Johannes Flechtenmacher, übernommen. Weitere Vorstandsmitglieder sind Prof. Dr. habil. Dr. Alexander Beck (Würzburg), Dr. Anna-Katharina Doepfer (Hamburg) und PD Dr. Matthias Pumberger (Berlin). Prof. Dr. Bernd Kladny ist stellvertretender Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und damit zugleich Mitglied im geschäftsführenden Vorstand.

Dr. Burkhard Lembeck, auch DKOU-Präsident für den BVOU in diesem Jahr, würdigte in seiner Ansprache die Arbeit von Dr. Flechtenmacher und des alten Vorstandes

während der vergangenen Zeit: „Der Berufsverband ist nicht mehr der gleiche wie vor sieben Jahren. Der BVOU ist vertreten in den Gremien und wird respektiert. Wir haben viele Sachen nach vorn gebracht, viele neue Projekte angestoßen. Vieles wird natürlich weitergehen, egal ob im Bereich Digitalisierung oder Professionalisierung. Der BVOU ist dabei und hat eine starke Stimme. In den kommenden Jahren möchten wir uns weiter dafür einsetzen, dass wir Ärzte selbstbestimmt arbeiten können. Wir wollen gut versorgen, indem wir Versorgung mitgestalten, wo immer es geht. Sei es in Form von Selektivverträgen, im eigenen Umfeld, in Krankenhäusern und Praxen.“

„Den Erfolg des BVOU in den letzten 70 Jahren verdanken wir jedem einzelnen, jedem der mitgearbeitet und sich engagiert hat“, kommentierte Dr. Flechtenmacher seine zurückliegende Amtszeit. Er dankte zudem dem geschäftsführenden Vorstand, sämtlichen Mandatsträgern sowie dem Generalsekretär der Fachgesellschaft.

Janosch Kuno,  
BVOU-Pressearbeit



Präsident: Dr. Burkhard Lembeck



Vizepräsident: Dr. Henning Leunert



Vizepräsident: Univ.-Prof. Dr. habil. Tobias Renkawitz



Vizepräsident: Dr. Helmut Weinhart



Schatzmeister: Dr. Johannes Flechtenmacher



Vorstandsmitglied: Prof. Dr. habil. Dr. Alexander Beck



Vorstandsmitglied: Dr. Anna-Katharina Doepfer



Vorstandsmitglied: PD Dr. Matthias Pumberger



Stellvertretender DGOU-Generalsekretär: Prof. Dr. Bernd Kladny

# BVOU-Mitgliederversammlung: Ein Rückblick voller Dank

---

**Die letzte BVOU-Mitgliederversammlung des scheidenden geschäftsführenden Vorstands beim DKOU 2021 war mehr als ein Rückblick auf das Geschäftsjahr.**

---

Zum letzten Mal eröffnete Dr. Johannes Flechtenmacher mit seinem Bericht über die Vorstandsarbeit die Veranstaltung vor rund 100 Teilnehmern. Nach Totengedenken und Ehrungen streifte Flechtenmacher kurz die Arbeitsfelder im letzten Jahr, über die im Infobrief anlässlich der Gesamtvorstandssitzungen bereits ausführlich berichtet wurde.

## **Kassen wollen beim TSVG das Rad zurückdrehen**

Flechtenmacher gab dem anwesenden KBV-Vorstandsvorsitzenden Dr. Andreas Gassen den Wunsch mit, dass die KBV „uns gut genug vertritt, wenn die Kostenträger beim TSVG das Rad zurückdrehen möchten.“ Bezüglich der neuen GOÄ äußerte er die Hoffnung, dass diese durch die neue Bundesregierung nun rasch umgesetzt werde, die Vorarbeiten habe man dahingehend gut geleistet. Auch bei den Themen Substitution ärztlicher Leistung durch Physiotherapeuten habe man sich gemeinsam mit der Fachgesellschaft klar positioniert.

## **Engagement der Mandatsträger entscheidend**

Das gute Gelingen zahlreicher PR-Aktionen wie „Zeigt her Eure Füße“, „Haltung zeigen“, Osteoporose, Nachwuchsförderung und Mentorenprogramm sei entscheidend auf das Engagement der Mandatsträger und Mitglieder zurückzuführen. Flechtenmacher dankte der Orthofit-Arbeitsgruppe mit Dr. Gerd Rauch, Dr. Marcus Hausdorf, Dr. Arne-Björn Jäger, Dr. Jörg Ansorg, Janosch Kuno und Robert Reichelt. Erfolgreich sei außerdem der Aufbau der Kommunikationsmedien BVOU.net mit 80.000 Aufrufen im Jahr und Orthinform mit 200.000 Klicks pro Monat gelungen, ergänzt durch die Printmedien Infobrief und OUMN. Die gemeinsamen Fortbildungsakademien ADO und AOUC seien durch die Coronapandemie besonders betroffen gewesen, der BVOU-Studyclub konnte aber nicht zuletzt deshalb seine Teilnehmerzahlen von 1.377 im Jahr 2016 auf 3.261 im Jahr 2021 steigern.

## **Solide Finanzsituation – Schatzmeister hält Wort**

Die Arbeit in der Geschäftsstelle sei „nicht immer geräuschlos“ verlaufen, laufe nun aber reibungslos, wofür

Flechtenmacher dem gesamten Team dankte. Die neuen Mitarbeiterinnen Rebecca Neukamp, Kathrin Betsch und Linda Machalinski stellte er den Mitgliedern vor. Aufgrund verschiedener Schwierigkeiten in der Kommunikation habe man im laufenden Jahr die Steuerberatung des Verbands gewechselt und so eine „sehr solide Situation gefunden“. Diese bestätigte auch Schatzmeister Dr. Helmut Weinhart in seinem Bericht.

## **Kassenprüfer bestätigt „sehr positives Jahresergebnis“**

Die korrekte Kassenführung bestätigte anschließend Kassenprüfer Dr. Reinhard Deinfelder für die Kassen von BVOU und BVOU Management GmbH in der schwierigen Abgrenzung von wirtschaftlichem und ideellem Geschäftsbetrieb und der damit verbundenen Umsatzsteuerproblematik. Der Vorstand wurde im Anschluss von den anwesenden Mitgliedern entlastet.

## **Präsidentaler Rückblick auf Wichtiges der Amtszeit**

Zum Ende seiner Amtszeit legte der scheidende Präsident nochmals dar, welche Projekte für ihn von besonderer Bedeutung waren. Wichtig, aber immer wieder frustrierend seien die Honorarthesen gewesen, gab aber zu bedenken: „Wir können uns als Verband nicht immer nur über Honorarthesen definieren, da gehören auch andere Punkte dazu!“. Die von den meisten mitgetragene Professionalisierung der Geschäftsstelle mit einem hauptamtlichen Geschäftsführer sei die richtige Entscheidung gewesen. Die Motivation junger Kolleginnen und Kollegen zur Beteiligung an der Berufspolitik sei gelungen und wichtig, denn „ein Berufsverband sei ein Konstrukt, was lebt“. Die Integration wissenschaftlicher Sichtweisen in den Verband sei der Grund für die Schaffung der Referatsstrukturen gewesen. Die Digitalisierung sei ohnehin unaufhaltbar und gestalte man „am besten mit uns“.

## **Flechtenmacher: „Vogel der Akademien fliegen lassen“**

Bei den gemeinsamen Akademien solle man „den Vogel mal wirklich fliegen lassen und nicht gucken, wie wir ihn im Käfig halten.“ Bei interner und externer Kommunikation sowie der Pressearbeit habe man Vieles richtig gemacht. All diese Dinge seien nur durch die Unterstützung des gesamten Teams im BVOU gelungen, dem er mit einem virtuellen Blumenstrauß dankte. Seinen besonderen Dank



BVOU-Mitgliederversammlung am 29.10.2021 in Berlin.

richtete er an Geschäftsführer Dr. Jörg Ansorg und den geschäftsführenden Vorstand. Er habe sich immer als Teil von diesem gesehen und es sei normal, dass man mit dem einen oder anderen enger zusammenarbeite. Für ihn seien dies Dr. Helmut Weinhart, Prof. Karl Heller, Prof. Reinhart Hoffmann, Prof. Alexander Beck aber auch die kooptierten Mitglieder Dr. Burkhard Lembeck und Dr. Wolfgang Böker gewesen.

#### **Landesteams als „homebase“**

Sein Dank ging ebenso an die BVOU-Landesteams, insbesondere das seiner „homebase“ in Baden-Württemberg. Mit den Fachgesellschaften sei man immer im Austausch gestanden und da namentlich mit Prof. Bernd Kladny, Prof. Dietmar Penning, Prof. Bertil Bouillon und Prof. Dieter Wirtz; „es ist gut, dass man die gleiche Sprache spricht und sich versteht.“ Genauso wichtig sei der Austausch mit anderen Gremien gewesen, insbesondere mit Dr. Norbert Metke von der KVBW, Dr. Markus Stolaczyk von der Bundesärztekammer oder Dr. Christopher Herrmann von der AOK Baden-Württemberg.

#### **Mehrheit für Wahlvorschlag des neuen Präsidenten Dr. Burkhard Lembeck**

Nach diesen Worten des Dankes und des Abschieds erfolgte die Wahl des neuen geschäftsführenden Vorstands unter der Wahlleitung von Dr. Matthias Träger. Der Vorschlag, diesen wieder mit dem Präsidenten, drei Vizepräsidenten, einem Schatzmeister und drei weiteren Vorstandsmitgliedern zu besetzen wurde mit 93% der abgegebenen Stimmen angenommen. Diese Posten wurden anschließend einzeln gewählt. Mit 92% der abgegebenen Stimmen wurde Dr. Burkhard Lembeck aus

Ostfildern zum neuen BVOU-Präsidenten gewählt. Für die sonstigen Vorstandsposten hatte dieser einen Wahlvorschlag erstellt. Außerhalb des Wahlvorschlags gab es nur für den Posten des Schatzmeisters Dr. Stefan Heidl aus Steinfurt als Mitbewerber. Alle Wahlgänge bestätigten jedoch mit großer Mehrzahl der abgegebenen Stimmen das Tableau des neuen Präsidenten.

#### **„Mein Ziel ist, dass unser Beruf der tollste Beruf der Welt bleibt.“**

Dieser dankte im Anschluss an die Wahl für das in ihn gesetzte Vertrauen, als Nachfolger von Dr. Flechtenmacher trete er in große Fußstapfen. Das Ziel seiner Präsidentschaft sei, dass „unser Beruf der tollste Beruf der Welt bleibt.“ Dafür brauche es den „Dreiklang aus Erhalt des selbstbestimmten Arbeitens, optimaler Versorgung und fairem Honorar. Wir Ärzte müssen dafür sorgen, dass wir weiter ärztlich arbeiten können und keine Befehlsempfänger von Konzernen sind und die Versorgung gestalten. Das geht nur zusammen mit dem Team. Ihr alle als Mitglieder seid gefragt!“.

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

# Abschiedsstimmung und gegenseitiger Dank für gute Zusammenarbeit in Tübingen

Abschiedsstimmung und Dank prägten die letzte Gesamtvorstandssitzung unter der Leitung des scheidenden geschäftsführenden Vorstandes am 24. und 25.9.2021.

40 Mandatsträger waren der Einladung ins historische Tübingen gefolgt, wo DKOU-Kongresspräsident Burkhard Lembeck und Ehefrau Hedda die Tagung mit dem Videotrailer zum siebzigsten Geburtstag des BVOU eröffneten.

## Neue GOÄ? „An uns hat es nicht gelegen“

Dr. Johannes Flechtenmacher erstattete zum letzten Mal den Kurzbericht des geschäftsführenden Vorstands zu den Themen Aktuelles, Honorar, alternative Versorgungskonzepte, Verband mit Geschäftsstelle, Fort- und Weiterbildung und Kommunikation. Sie sei jetzt komplett plausibilisiert, aber auf ein Honorarplus von 6–8 % heruntergerechnet. Es sei schade, dass sie nicht schon vor Jahren umgesetzt worden sei, „an uns hat es nicht gelegen, wir haben unsere Hausaufgaben gemacht“, konstatierte Flechtenmacher.

## 15 % akademisch ausgebildete Physiotherapeuten reichen aus

Weitere Bedrohungen ergeben sich durch den Gesetzentwurf für ein neues Physiotherapeutengesetz, welches dem Wunsch nach mehr Selbständigkeit und Akademisierung von Physiotherapeuten Rechnung trage. Der BVOU vertritt dazu gemeinsam mit den Fachgesellschaften die Ansicht, dass ein Anteil von max. 15% akademisch ausgebildeter Physiotherapeuten für Wissenschaft und Studien völlig ausreicht, für die Patientenbehandlung jedoch im Lehrberuf ausgebildete, unter ärztlicher Aufsicht arbeitende Therapeuten zweckmäßiger sind.

## Flechtenmacher: „Welche Teile der perfekten Welt können wir in die Realität bringen?“

Bei der Umsetzung der neuen DMP hat sich aufgrund von mangelndem Interesse der Krankenkassen und coronabedingt fast nichts getan. Erfreulicherweise konnten verschiedene neue Selektivverträge abgeschlossen, vorbereitet oder verlängert werden: So der TK-Vertrag zur bildgesteuerten Schmerztherapie mit mittlerweile 235 eingeschriebenen Praxen, der Allianz PKV CheckMy-



Back-Vertrag mit den geplanten Erweiterungen CheckMyKnee und CheckMyShoulder, Verträge für stationsersetzende Leistungen mit KKH und DAK in Bayern, das Innovationsfondsprojekt OrthoKids und der OrthoHerobKK-Vertrag mit den BKK in Baden-Württemberg (weiterer Bericht). Bei den digitalen Versorgungskonzepten war man sich mit Flechtenmacher einig: „Entweder man macht selbst oder man wird gemacht.“ Mit den Möglichkeiten digitaler Projekte hatte sich eine Arbeitsgruppe bereits zuvor in Berlin beschäftigt. Hierbei hatte sich gezeigt, dass ein digitaler Casemanager, eine organisierte „patient-journey“ mit qualifizierter Terminvergabe und geeignete Schnittstellen ein auch für den BVOU mit geeigneten Partnern schrittweise realisierbares Projekt sein könnte (weiterer Bericht). Bildhaft erläuterte Flechtenmacher: „Wir wollen die Legoplatte und dann wollen wir auf diese Platte Türmchen bauen.“

## Hoffmann: „Akademie als zartes Pflänzchen“

Die Fortbildungsprogramme der Akademien seien durch Corona insbesondere im Onlinebereich belebt worden, für ADO und AOUC sei aber weiterhin am „gemeinsamen Dach“ zu arbeiten, genauso wie an einem strukturierten bundesweiten Rollout der Qualitätszirkelstrukturen. Die Arbeit in der Geschäftsstelle verlaufe mit den neuen Mitarbeiterinnen Linda Machalinski, Rebecca Neukamp und Kathrin Betsch reibungslos. Für Arbeitsbelastungen habe der Wechsel der Steuerberatungskanzlei gesorgt.

### **Weinhart: „Konsolidierung trotz Corona und Ausfall DKOU gelungen“**

In seinem letzten Finanzbericht machte Dr. Helmut Weinhart deutlich, dass die Konsolidierung der Haushaltslage des BVOU trotz Corona gelungen sei. Haupteinnahmequellen ergeben sich aus Selektivverträgen, DKOU-Namensrechten, Industriesponsoring und Fortbildungen. Das Budget 2022 wurde einstimmig angenommen. Aufgrund vieler 2022 anstehenden KV- und Kammerwahlen können die Länderbudgets auf Antrag von 15 auf 20% angehoben werden, um Wahlkampf zu unterstützen.

### **den Hertog: „Hilfsmittelversorgung: Wir müssen zeigen, dass wir besser sind!“**

Im nachfolgenden Bericht der Landesvorsitzenden und Referate wurden die regionalen Höhepunkte der Verbandsarbeit aufgezeigt, so sind beispielsweise in Baden-Württemberg und Thüringen Orthopäden im Rennen um einen KV-Vorstandsposten bei den 2022 anstehenden Wahlen. Aus dem Referat Fuß berichtete Dr. Hartmut Stinus über qualitätsgefährdende Versorgungsverträge von BEK und TK mit einem Hersteller orthopädischer Schuheinlagen, die nach einem vom Patienten selbst getätigtem Blauabdruck auf ärztliches Rezept gefertigt werden, aber ohne Abnahme eines Orthopädietechnikers oder Arztes ausgeliefert werden, selbst beim diabetischen Fuß. Hiergegen klagen nun Bundesinnungsverband Orthopädietechnik und Zentralverband Handwerk. Einig war man sich darin, auf diese Weise angefertigte Einlagen ärztlicherseits besonders kritisch zu prüfen und ggf. Rücksendungen an den Hersteller zu veranlassen, der zu kostenlosen Nachbesserungen verpflichtet ist.

### **Heppt: „Kollegen verkaufen sich unter Wert.“**

Für das Referat niedergelassene Operateure und sektorübergreifende Versorgung sorgte sich der ebenfalls ausscheidende Dr. Peter Heppt, dass sich viele Kollegen bei ihren Vertragsabschlüssen mit Kliniken unter Wert verkaufen. Für einen Nachfolger besteht angesichts der bis Februar 2022 abzuschließenden dreiseitigen Verträge intensiver Handlungsbedarf und auch im Nachgang wird es hohen Beratungsbedarf bei Kollegen geben. Aus dem Referat Osteologie berichtete Prof. Andreas Kurth, dass es für das DMP Osteoporose nun eine im Springer Verlag erscheinende Patientenschulung geben wird und das Programm von der Uni Köln wissenschaftlich evaluiert wird. Zur Umsetzung laufen Verhandlungen in Nordrhein. Außerdem wird es eine neue Osteoporoseleitlinie und



einen digitalen Risikorechner geben, der jedoch leider eine teure Zulassung als Medizinprodukt benötigt.

### **Middeldorf: „Aufreger im Sommerloch vom Tisch.“**

Für die ALKOU führte Dr. Stefan Middeldorf aus, dass der „Aufreger im Sommerloch“ für die DRV-Kliniken, dass eine Maximalpunktzahl in den Qualitätsmusterrechnungen der DRV nur bei 40 Wochenstunden Therapie pro Patient erreicht werden könne, nun vom Tisch sei. In der Diskussion um die Referate wurde jedoch auch deutlich, dass es nach den Neuwahlen im Oktober Bedarf zur Umgestaltung gibt.

### **Doepfer: „Referat Frauen überholt sich selbst.“**

Laut Dr. Anna-Katharina Doepfer, die das Referat Frauen in O&U leitet, überhole sich dieses angesichts der zunehmenden Zahl von Ärztinnen letztlich selber. Personelle Neuausrichtung wird es auch beim Referat Orthopädische Rheumatologie geben müssen, genauso wie bei dem von Dr. Reinhard Deinfelder geleiteten Referat Konservative O&. Mit Befremden wurde ein Antrag des VLOU auf Mitgliedschaft im BAO wahrgenommen, der sich besser in den BVOU integrieren sollte. Besonders positiv wurde hingegen die Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft unter Federführung von Prof. Reinhard Hofmann gewürdigt.

Tübingen, 25.9.2021  
Dr. med. Karsten Braun, LL. M.  
BVOU-Referat Presse/Medien

# App hilft, orthopädische Probleme bei Kindern schneller zu erkennen

**Auf der Vorab-Pressekonferenz des DKOU 2021 am 21.10.21, stellte Präsident Dr. med. Burkhard Lembeck das Pilotprogramm „Orthokids“ vor; dahinter steht das Ziel, dass Ärzte und Ärztinnen rechtzeitig orthopädische Probleme bei Kindern entdecken. Darin enthalten ist die Ergänzung der bestehenden Präventionsuntersuchung J1 (Jugendgesundheitsuntersuchung Eins) sowie eine App für Kinder.**

Laut aktueller Aussagen der WHO (World Health Organization) und des Vierten Deutschen Kinder- und Jugend-sportberichts (2020) bewegen sich Kinder und Jugendliche nicht ausreichend. Auswirkungen der Corona-Pandemie wie Schließungen der Sportvereine und fehlender Sportunterricht verstärken diese Tendenz zusätzlich. Lembeck vermutet: „In 25 Jahren sprechen wir von der orthopädischen Corona-Generation. Übergewicht und die damit verbundene höhere Belastung der Gelenke kennzeichnen später die Generation der jetzt 11- bis 16-Jährigen.“ Der Experte begründet seine Befürchtung damit, dass die körperliche Konditionierung im Erwachsenenalter in den jungen Lebensjahren von 11 bis 16 entsteht. Die aktuell geringe Bewegungsmentalität in dieser Altersgruppe und die Corona-bedingten Einschränkungen wirken dabei kontraproduktiv. Hier sieht Lembeck für Kinder und deren Eltern in der Prävention einen Lösungsweg: Orthokids.

Die Orthokids-Studie verfolgt das Ziel, die gesundheitlichen Vorteile einer ergänzenden orthopädischen präventiven Untersuchung der Kinder bei gleichzeitiger Kostenentlastung des Gesundheitssystem zu belegen. Lembeck: „Orthokids wird bundesweit kommen!“ Orthokids ist ein Pilotprojekt des BVOU (Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (eingetragener Verein) mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW). Die Studie startet Ende 2021.

## **Bisherige orthopädische Vorsorgeuntersuchung bei Kindern reicht nicht aus**

„Wer im Alter schlank und sportlich sein will, muss dafür als Kind und Jugendlicher die Weichen stellen“, so der Kongresspräsident und unterstreicht, dass neben den Eltern auch der Staat gefordert ist: „Die aktuelle Pflichtuntersuchung bei Orthopäden ist gut, aber reicht nicht.“ In der J1 führt der Kinder- oder Hausarzt zwar eine

allgemeine gesundheitliche Überprüfung durch, doch das reicht dem Orthopäden Lembeck nicht: „Eine ausreichende Früherkennung, welche die orthopädische Problembildung schon im Ansatz ausmacht, ist so nicht möglich.“ Der Kongresspräsident Lembeck macht deutlich: „Eine orthopädische Zusatzuntersuchung für 11- bis 13-Jährige gehört ins feste Untersuchungsportfolio in Deutschland.“ Lembeck strebt an, diese weitere Präventionsuntersuchung gesetzlich zu etablieren.

Das Argument, dass dies Kosten verursache, lässt Lembeck nicht gelten: „Eine Früherkennung mit rechtzeitiger Problembeseitigung ist für das Gesundheitssystem deutlich günstiger als spätere Knie- oder Hüftoperationen.“ Weiterhin ergänzt er: „Auch internistische Folgeerkrankungen wie Diabetes können wir so besser verhindern.“ Er erweitert seinen Standpunkt damit, dass Übergewicht und fehlende Bewegung Probleme wie Beinachsenfehlstellungen, Fußdeformationen oder Hüftgelenkpfannenfehlbildungen (Dysplasie) verursachen. Diese führen zu Bewegungseinschränkungen, welche die Lebensqualität einengen und zu Krankschreibungen führen, die ebenso zu vermeidbaren wirtschaftlichen Kosten beitragen. Das Hauptziel sieht Lembeck in der Erhöhung der frühzeitig entdeckten orthopädischen Auffälligkeiten mit anschließenden Behandlungsmaßnahmen zur Korrektur dieser Probleme.

## **Die Orthokids-App bringt die Gesundheit zu den Kindern**

„Wir müssen die Prävention zu den Kindern bringen, und nicht andersherum“, ermahnt Lembeck und sagt, dass eine App der moderne Weg sei: „Mit dieser Gesundheits-App sind wir immer da, wo wir sein müssen: beim Kind!“ Die App beinhaltet persönliche Angaben wie Gewicht, Geschlecht und Alter des Kindes und erfasst dessen sportliche Aktivitäten. Diese Daten kann der Arzt oder die Ärztin auswerten und mit einer individuellen Beratung auf das Verhalten des Kindes und der Eltern positiv einwirken. Unterstützt wird dies mit den Ergebnissen der erweiterten Vorsorgeuntersuchung. Mit Erinnerungen, Therapieplänen, Tipps und Wissensvermittlung bietet die App weitere Funktionen an, die das Bewusstsein und die aktive Handlung unterstützen. Lembeck ergänzt: „Sogar eine Chatfunktion mit Videounterstützung bietet die App“.

und sieht darin die beste Chance der interaktiven engen Kommunikation. Eine Datenbank erfasst sämtliche Daten und erfüllt die sichere Datenhaltung nach Paragraph 291d SGB V (Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch). Ein Studienverwaltungstool wertet die Ergebnisse und Korrelationen aus, die dann Grundlage für die spätere Gesamteinschätzung sind. Lembeck will mit dieser App Kindern und Eltern bei der Prävention helfen: „Kinder müssen ein Bewusstsein für Ernährung und Bewegung entwickeln.“ Genau das geschieht nach seiner Ansicht am besten mit einer zeitgemäßen Kommunikation zwischen Kind, Eltern und Arzt. „Prävention ist Teamarbeit zwischen Kind, Eltern und Arzt“, so der Kongresspräsident:

#### **Eine Erfolgsstory: Orthopäden zeigen Schülern im Klassenzimmer gesunde Sitzhaltung**

Seit 2019 zeigen die Orthopäden des BVOU (Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.) mit der Aktion „Haltung zeigen“ ehrenamtlich in Schulen den Kindern und Lehrern, worauf bei einer gesunden Sitz- und Körperhaltung zu achten ist und wie ein Schulranzen korrekt getragen wird. Dazu führen die Ärzte und Ärztinnen mit den Schülerinnen und Schülern spielerisch Übungen durch, um die für die Haltung wichtige Muskulatur zu stärken.

Lembeck: „Die Kinder verbringen viel Zeit sitzend im Klassenzimmer. Wer schon in der Schule falsch sitzt, bekommt Jahre später Rücken- und Nackenprobleme. Die Prävention von Haltungsschäden muss bei Kindern spielerisch passieren und ohne Druck.“

Lembeck: „Unser Ziel ist es, bei Kindern und Eltern das Bewusstsein für eine gesunde Entwicklung der Wirbelsäule zu schärfen. Nur so vermeiden wir spätere Haltungsschäden der Kinder.“ Die Aktionswoche „Haltung zeigen“ findet immer Ende November an teilnehmenden deutschen Grundschulen statt. Im Fokus stehen die Kinder der fünften und sechsten Klasse. Lembeck beobachtet mit Sorge die Entwicklung der letzten Jahre: „Die aktuellen Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten begünstigen Haltungsschäden der Kinder.“ Er ergänzt: „Ohne die Eltern funktioniert keine Prävention gegen Haltungsschäden der Kinder.“

#### **Drei Tipps für gesunde Haltung bei Kindern**

Lembeck kann drei wichtige Tipps für eine gesunde Haltung bei Kindern geben:

- 1 Möglichst alle zehn Minuten die Sitzposition verändern.
- 2 Der Schulranzen soll nicht schwerer als zehn Prozent des Körpergewichtes betragen.
- 3 Regelmäßiges Training zur Stärkung der Rumpfmuskulatur.

Dr. med. Burkhard Lembeck ist einer der drei Kongresspräsidenten des DKOU 2021 und Vorsitzender des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) in Baden-Württemberg. Seit 2005 leitet er eine orthopädisch-unfallchirurgische Praxis in Ostfildern bei Stuttgart.

excognito  
Kommunikationsagentur für  
HealthCare und Lifestyle

## **Personelle Neuerungen beim SpiFa e. V.: Dr. Helmut Weinhart ist stellvertretender Vorstandsvorsitzender**

Der SpiFa-Vorstand für die kommenden Jahre ist wieder voll besetzt. Bei der diesjährigen Mitgliederversammlung des Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpiFa) standen personelle Wechsel und Nachbesetzungen an.

Im Zuge von Nachwahlen im Vorstand des SpiFa e. V. ist Dr. med. Helmut Weinhart, bisher Vorstandsmitglied im SpiFa-Vorstand, zum stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes des SpiFa e. V. gewählt worden. Dr. Weinhart ist Vizepräsident im Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (BVOU).

Quelle: SpiFa



# GENAU HINGESCHAUT

## SPONDYLOARTHRTIDEN 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® 75 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx® 150 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx® 150 mg Injektionslösung in einem Fertigpen, Cosentyx® 150 mg Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung, Cosentyx® 300 mg Injektionslösung in einer Fertigspritze, Cosentyx® 300 mg Injektionslösung in einem Fertigpen. **Wirkstoff:** Secukinumab (in Ovarialzellen d. chinesischen Hamsters [CHO-Zellen] produzierter, gegen Interleukin-17A gerichteter, rekombinanter, vollständig humaner monoklonaler Antikörper der IgG1/κ-Klasse). **Zus.-setz.:** 75/150/300 mg Injektionslösung: *Arzneil. wirks. Bestandt.:* 1 Fertigspritze enthält 75 mg Secukinumab in 0,5 ml bzw. 1 Fertigspritze/Fertigpen enthält 150 mg Secukinumab in 1 ml bzw. 300 mg Secukinumab in 2 ml. *Sonst. Bestandt.:* Trehalose-Dihydrat, Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Methionin, Polysorbat 80, Wasser f. Inj.-zwecke, Pulver z. Herst. einer Injektionslösung; *Arzneil. wirks. Bestandt.:* Eine Durchstechflasche mit Pulver enthält 150 mg Secukinumab (nach Rekonstitution enthält 1 ml Lösung 150 mg Secukinumab). *Sonst. Bestandt.:* Sucrose, Histidin, Histidinhydrochlorid-Monohydrat, Polysorbat 80. **Anwend.:** Für Behandl. von Kdr. und Jugendl. ab einem Alter von 6 J. mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die für eine system. Ther. in Frage kommen. Behandl. erw. Pat. mit aktiver Psoriasis-Arthritis, allein od. in Kombination mit Methotrexat (MTX), wenn das Ansprechen auf eine vorhergehende Ther. mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) unzureichend gewesen ist. Behandl. erw. Pat. mit aktiver ankylosierender Spondylitis, die auf eine konventionelle Ther. unzureichend angesprochen haben. Behandl. erw. Pat. mit aktiver nicht-röntgenologischer axialer Spondyloarthritis mit objektiven Anzeichen der Entzündung, angezeigt durch erhöhtes C-reaktives 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 Infekt. (z. B. aktive Tuberkulose). **Nebenw.:** *Sehr häufig:* Infekt. d. oberen Atemwege. *Häufig:* Oraler Herpes, Tinea pedis, Kopfschmerzen, Rhinorrhö, Diarrhö, Übelkeit, Ermüdung. *Geliegend:* Orale Candidose, Otitis externa, Infekt. d. unteren Atemwege, Neutropenie, Konjunktivitis, Entzündl. Darmerkrankungen, Urtikaria. *Selten:* Anaphylakt. Reakt. Exfoliative Dermatitis, Hypersensitivitätsvaskulitis. *Häufigkeit nicht bekannt:* Mukokutane Candidose (einschl. ösophageale Candidose). **Verschreibungspflichtig.** **Weit. Angaben:** S. Fachinformationen. Stand: August 2021 (MS 08/21.18). **Novartis Pharma GmbH, Roonstr. 25, 90429 Nürnberg.** Tel.: (09 11) 273-0, Fax: (09 11) 273-12 653. [www.novartis.de](http://www.novartis.de)

# Treffen in Berlin: Qualitätszirkel

## Orthopädische Rheumatologie

Am 20.09.2021 fand im Novotel Berlin-Tiergarten der 110. „Qualitätszirkel Orthopädische Rheumatologie“ statt. Dieser stand diesmal im Fokus des Schwerpunktes Kinderrheumatologie.

Nach Einführungsworten durch Dr. Martin Talke erfolgte die Vorstellung der Referentin Dr. Annette Günther. Diese ist Standortleiterin des Pädiatrie-Zentrums Berlin am Helios Klinikum Emil von Behring Zehlendorf und ist dort seit vielen Jahren als Kinderrheumatologin tätig.

Die Diagnose „Rheuma“ beinhaltet häufig die Assoziation mit einer „Omakrankheit“. Die Spektren der rheumatologischen Erkrankungen sind jedoch im Kindesalter, ebenso wie bei erwachsenen Patienten, sehr vielfältig. Die Inzidenz für eine Juvenile Idiopathische Arthritis liegt bei etwa 1 von 10000 Kindern.

Als Haupterkrankung gilt die Juvenile idiopathische Arthritis (JIA), diese Diagnose besteht bei etwa 58% aller Kinder mit rheumatologischen Grunderkrankungen.

An weiteren wichtigen Diagnosen existieren der SLE, Myositiden, sklerodermiforme Erkrankungen, Vaskulitiden und Osteitiden.

### Diagnostik:

- ▶ Aktuelle ILAR-Diagnosekriterien für die JIA:
- ▶ Beginn vor dem 16. Lebensjahr
- ▶ Verlauf der Gelenkentzündung über mindestens 6 Wochen
- ▶ mindestens 1 Gelenk geschwollen oder bewegungs- eingeschränkt mit Schmerzen oder Überwärmung

In der Regel handelt es sich bei der JIA um eine Ausschlussdiagnose: „*Eliminieren Sie alle unmöglichen Täter, so muss derjenige, der übrig bleibt, zwangsläufig der Mörder sein*“.

Aktuelle JIA Core-Set-Parameter für die Patientenselbstbeurteilung sind: NRS oder VAS durch Arzt und Patient (ggf. auch Eltern), Anzahl der Gelenke mit Arthritis, Anzahl der Gelenke mit Bewegungseinschränkungen, Funktionsfähigkeit im Alltag, BSG oder CRP

Relevant ist zudem die Familienanamnese, da hier häufig Hinweise für eine rheumatische Grunderkrankung, insbesondere die Einordnung in eine Subgruppe, gefunden werden können.

Differenzialdiagnostisch ist der Ausschluss einer infektiösen Genese wichtig. Ggf. ist dazu die Gelenkpunktion indiziert.

Für die spezifische Labordiagnostik sind folgende Werte erforderlich: Entzündungswerte, RF, CCP-Ak, ANA, HLA-B27, Immunglobuline A/G/M, Harnsäure, LDH, CK, AP, Transaminasen, Creatinin. ASL eher nicht mehr. Infekts-serologie im Zusammenhang mit der Anamnese wichtig (Borrelien, ggf. Yersinien/Salmonellen)

### Die Rheumafaktoren (RF) sind nur bei 3 % der Kinder mit rheumatischen Erkrankungen positiv!

Bildgebend hat die sonografische Untersuchung inklusive Farbdoppler die wichtigste Bedeutung. Die MRT-Untersuchung ist ebenfalls relevant, besonders bei kopfnahen Gelenken sowie Kiefergelenk- oder ISG-Beteiligung. Dazu ist jedoch häufig bei jüngeren Kindern eine Sedierung erforderlich. Die Röntgendiagnostik sowie Szintigrafie sind eher selten indiziert.

### Differenzierung:

Ist eine JIA diagnostiziert, erfolgt nach 6 Monaten die weitere Einteilung in eine der folgenden Subgruppen:

- ▶ Oligoarthritis (40%, max. 4 Gelenke, eher große Gelenke, Mädchen 75%, ANA pos. 75%)
- ▶ Wenn nach 6 Monaten bei Oligoarthritis 5 oder mehr Gelenke betroffen sind besteht eine „extended Oligoarthritis“ (betrifft 12% aller JIA-Pat.)
- ▶ Psoriasisarthritis (5%, Psoriasis nur bei jedem zweiten Kind vorhanden, Daktylitis pathognomisch, ANA 30–60%)
- ▶ Enthesitis-assoziierte Arthritis (15%, Arthritis und/oder Enthesitis, ggf. ISG-Schmerz, HLA-B27, 75% Jungen >6. LJ, 39% entwickeln Sakroiliitis, 5–10% Uveitis)
- ▶ Polyarthritis (3% RF-positiv, Arthritis ab 5 Gelenken, oft symmetrisch, meist Mädchen, Rheumaknoten 30%)
- ▶ Polyarthritis (20% RF-negativ, Arthritis ab 5 Gelenken, überwiegend symmetrisch, häufig auch Kiefergelenke, HWS, Augenbeteiligung 7%)
- ▶ M. Still (systemische Verlaufsform, Arthritis und remitt. Fieber 100%, Exanthem 95%, LKS, Hepato-, Splenomegalie, Serositis)
- ▶ Andere: Einteilung in eine 7. Subgruppe, wenn die Kriterien für keine der anderen Gruppe erfüllt werden können

### JIA Verteilungsmuster

### Messung der Krankheitsaktivität: JADAS

**Aktivitätskriterien bei pJIA**

**Kalkulierte JADAS-Grenzwerte:**

- inaktive Erkrankung: JADAS  $\leq 1$
- minimale aktive Erkrankung (MOA): JADAS  $\leq 3,8$
- akzeptables Symptomstadium
  - aus Patientensicht: JADAS  $\leq 4,5$
  - aus Elternsicht: JADAS  $\leq 5,4$

### JIA- medikamentöse Therapie

Abkürzungen: NSAR = nichtsteroidales Antirheumatikum, MTX = Methotrexat, GC = Hydrocortison, DMARD = Disease Modifying Antirheumatic Drug, SOC = systemische Glukokortikoide (so weit wie möglich). \*hochdosiert oral (bis zu 10 mg/kg) Biologika (Tocilizumab, Adalimumab, Rituximab, TOR-Inhibitoren, Tocilizumab, Anakinra).

### Zusammenfassung

- Frühzeitige Diagnosestellung und Therapieeinleitung für Prognose der JIA entscheidend
- Besseres Therapieansprechen im „window of opportunity“ für pJIA und sJIA
- Zielgerichtetes Therapiekonzept („treat-to-target“) ist der ungesteuerten Therapie überlegen
- Auswahl der Medikamente ist nur bedingt entscheidend für Therapieerfolg

Die Uveitis darf nicht vergessen werden, diese tritt mit Ausnahme der seropos. PA in 10–40% aller Fälle auf. Alle Kinder mit einer rheumatischen Erkrankung müssen daher je nach Risikobeurteilung engmaschig durch einen Augenarzt mitbetreut werden.

Risikofaktoren: Arthritis vor dem 3. Lebensjahr, weibliches Geschlecht, ANA pos., BSG > 20, HLA-DRB1, S100A12 > 250

Der asymptomatische Verlauf der Uveitis hat oft die schlechtere Langzeitprognose! Eine relevante Komplikationsmöglichkeit der JIA ist die Wachstumsstörung von Fingern, Zehen oder ganzen Extremitäten durch vorzeitigen (partiellen) Epiphysenschluss bei Hyperperfusion, der ggf. zu einer Achsfehlstellung führt!

**Therapie**

T2T („Treat-to-Target“ nach den ACR-Kriterien), das Ziel ist die Remission. Diese beinhaltet:

- ▶ keine aktive Arthritis
- ▶ keine Uveitis
- ▶ keine Serositis/LK-Schwellung/Splenomegalie
- ▶ kein Fieber/Exanthem
- ▶ normales CRP/BSG
- ▶ Morgensteifigkeit < 15 Min.
- ▶ VAS 0

Die Aktivität der Erkrankung wird mit dem JADAS-Score gemessen (Globalurteil Arzt/Pat., Anzahl aktiver Gelenke, Labor).

Nach Diagnosestellung sofortiger Therapiebeginn mit analgetischer NSAR-Medikation:

- ▶ Naproxen (10–15 mg/kg KG alle 12 h)
- ▶ Ibuprofen (30–40 mg/kg KG alle 8 h)
- ▶ Coxibe (ab 16. LJ)

Ggf. ist bei ausgeprägter Arthritis die Gelenkinjektion sinnvoll (Triamcinolonhexacetonid oder Lipotalon). Bei hoher Entzündungsaktivität kann eine Methylprednisolon-Stoßtherapie 10–30 mg/kg KG über drei Tage erfolgen.

klassische Basistherapeutika:

- MTX 10–15 mg pro qm KOF
- Sulfasalazin 50 mg/kg KG
- Biologika sind seit 2000 zugelassen (inzwischen zahlreiche anti-TNF, IL-1/6/12/23-Inhibitoren, auch Abatacept)
- Cave: Kein Etanercept bei Uveitis!**

Übersicht therapeutisches Schema:

Die Langzeitprognose hat sich in den vergangenen 20 Jahren deutlich verbessert. 80% der OA-Patienten erreichen die Remission und sind langfristig beschwerde- und therapiefrei. Die schlechteste Prognose besteht bei seropositiver RA.

Peter Rieger  
Schlieperstraße 29 | 13507 Berlin  
C60@rieger-berlin.de

Diese nächsten Treffen des Qualitätszirkels finden voraussichtlich am 24.01.2022 und 07.03.2022 statt.



## Patientenflyer für Ihr Wartezimmer

Patienten erhalten die wichtigsten Informationen über ihre Erkrankung und die Therapiemaßnahmen während des Gesprächs mit ihrem Arzt. Oft reicht die Zeit nicht, um alle Fragen zu beantworten oder sich im Vorfeld ausführlich selbst zu informieren.

Um diese Informationslücken zu schließen und bereits vorab über häufige Erkrankungen in Orthopädie und Unfallchirurgie zu informieren, bietet der BVOU seinen Mitgliedern leicht verständlich formulierte Patientenflyer zur Auslage im Wartezimmer an.

### Preise:

- 50 Stk. 5,00 €
- 100 Stk. 10,00 €
- 300 Stk. 20,00 €

Kosten inkl. MwSt., zzgl. Porto/Versand; zahlbar innerhalb zwei Wochen nach Rechnungslegung

### Bestellen Sie direkt

per E-Mail unter [service@bvou.net](mailto:service@bvou.net)  
oder auf

[Orthinform.de/Login](https://www.orthinform.de/Login)

## Niedersachsen: Landesvorsitz im Amt bestätigt

Am 08. Oktober fand die niedersächsische BVOU Landesversammlung 2021 im Tagungsraum des „anders Kontorhaus Hotel“ Lüneburg statt.

Geleitet vom Landesvorsitzenden Wolfgang Böker und mir wurden aktuelle berufspolitische Vorträge präsentiert, eine Neuwahl des BVOU Landesvorstandes für die nächsten vier Jahre durchgeführt und anschließend gemütlich bei einem gemeinsamen Abendessen diskutiert, sich ausgetauscht und der Abend kollegial ausklingen gelassen.

Wolfgang Böker referierte zunächst über den aktuellen Stand zum Thema Selektivverträge, insbesondere die bald in Kraft tretenden Modifikationen der Rahmenbedingungen für den erfolgreich angelaufenen Vertrag zwischen BVOU und TKK über bildgebungsgestützte wirbelsäulennahe Infiltrationen.

In seinem 2. Vortrag schilderte Wolfgang Böker die Probleme und Chancen der anstehenden Zusammenlegung der Kapitel 7 (Unfallchirurgie) und 18 (Orthopädie) im EBM, bzw. den neuesten Stand hierzu aus der niedersächsischen KV.

Abschließend berichtete Wolfgang Böker noch über die Auswirkungen der neuen Weiterbildungsordnung für O+U auf die Weiterbildung in Klinik und Praxis.

Danach stellte ich das neue, erweiterte Konzept der „Aktion Orthofit“ vor, mit den jetzt 2 optionalen Kampagnen: „Altbekannt und seit über 10 Jahren geschätzt, „Zeigt her eure Füße“ zur Fußgesundheit in Grundschulen (Klassen 1 und 2) und, jetzt neu, „Haltung zeigen“ zur Rückengesundheit in der Eingangsstufe der weiterführenden Schulen (Klassen 5 und 6). Ich berichtete über die Umsetzung und die aktuellen digitalen Möglichkeiten sowie die geplante Durchführung wieder in Präsenz im November 2022 in den Schulen.

Die Vorträge stießen auf reges Interesse der anwesenden Kollegin und Kollegen und wurden lebhaft diskutiert.

Anschließend wurde in ordentlicher Wahl der alte und neue Vorstand bestehend aus Landesvorsitzendem Dr. med. Wolfgang Böker und stellvertretendem Landesvorsitzenden Dr. med. Marcus Hausdorf für weitere vier Jahre jeweils einstimmig mit einer Enthaltung (durch den jeweiligen Kandidaten) im Amt bestätigt. Beide Kandidaten nahmen im Anschluss die Wahl an.

Dr. Marcus Hausdorf,  
Stellvertr. Landesvorsitzender

Die nächsten Landesveranstaltungen  
in Ihrer Nähe:

[www.bvou.net/landesveranstaltungen](https://www.bvou.net/landesveranstaltungen)



# Jahrestagung mit kulturellem Höhepunkt



Blick vom Tagungshotel auf den brandenburgischen Landtag

Das diesjährige Treffen des Landesverbandes O und U fand am 5. bis 6. November 2021 in der schönsten Landeshauptstadt der Bundesrepublik, nämlich in unserer eigenen statt.

Wie in jedem Jahr Anfang November kamen etwa 45 Kolleginnen und Kollegen zusammen, um Aktuelles zu hören, zu beraten, Bekanntes aufzufrischen und zu bestätigen. Als Tagungshotel war das Mercure im Herzen der Stadt am Ufer der Havel gewählt.

Den Eingangsvortrag hielt Herr Prof. Roland Becker, Chefarzt Orthop./Unfallchir. in Brandenburg/Havel zum Thema „Gelenkerhaltende Therapie der Gonarthrose“. Ich habe mir gemerkt, Körperspannung ist am Allerwichtigsten. Viele Arthroseschmerzen lassen sich durch Einlagen bessern, es gibt keinen Unterschied in der positiven Wirkung auf die Gelenke zwischen Außenrand-erhöhung und Orthese. PRP, AMIC und OATS- alles kann Sinn machen.

Danach sprach Herr MU Dr. David Kalvoda, Chefarzt Orthopädie in Frankfurt/Oder über „Revisionshöftendo-prothetik bis hin zum totalen Femurersatz“. Weltweit werden jährlich etwa 1.500.000 Hüftendoprothesen eingesetzt, davon 157.681 im Jahr 2019 in Deutschland 60% aller Patienten sind auch nach 25 Jahren sehr zufrieden. Er zeigte jedoch auch viele gruselige Bilder nach Komplikationen.

Beim Abendessen in der 17. Etage mit Weitblick über die historische Innenstadt, musikalisch wunderbar begleitet von dem jungen Duo Lena und Paul, konnten so mache Sorgen für ein paar Stunden beiseite gelegt werden. Einen höchst interessanten kulturellen Höhepunkt gab es für Frühaufsteher. Bereits um 8.30 Uhr erwartete Klaus Tschoep, welcher zwanzig Jahre im Landtag gearbeitet hat und dort jeden Stein, jede Historie und jeden Politiker kennt, unsere ca. zwanzigköpfige Gruppe.



Wiedergewählt: Dr. Ulrike Fischer als BVOU-Landesvorsitzende und Dr. Henning Leunert

Er führte uns durch das originalgetreu nachgebaute Potsdamer Stadtschloss, welches im April 1945 im Bombenhagel völlig zerstört und nun wieder neu aufgebaut worden ist.

2013 als Sitz des Landtages in Betrieb genommen ist es wohl der Stolz eines jeden Potsdamers. Gern hätten wir dort länger verweilt, aber Herr Henry Kniesche von der gleichnamigen Orthopädie- und Schuhtechnik erwartete uns mit dem Thema „Moderne Einlagenversorgung“. „Gelenke treffen Sport“ – Herr Christian Riediger aus der

Orthop. Universitätsklinik Magdeburg brachte viele Beispiele klinischer Syndrome durch Überbelastung. Overuse- Syndrom, schönes Wort! Wichtigste Therapie: PAUSE! Will niemand hören, aber wie wahr!

Politisch und frustrierend wie immer wurde es, als unser KV Vorsitzender Dr. Peter Noack über Gesundheitspolitik in Land und Bund referierte und einen Ausblick nach der Bundestagswahl versuchte.

Fakt ist, dass der Strukturwandel definitiv kommt. Die ärztliche Selbstverwaltung wird sicher weiter eingeschränkt werden. Es gibt in Deutschland 700 Kliniken zu viel laut einer Studie. Die Pandemie hat gnadenlos Schwachstellen offenbart, z.B. die fehlende Transparenz und Vernetzung. Den Hausärzten wird es immer gut gehen. Horrorvorstellung, dass die Fachärzte möglicherweise verpflichtet werden könnten, in Kliniken zu arbeiten.

Andererseits gibt es wieder ein neues Wort: Ambulanzisierung...

Beim 10-Punkte-Programm der AOK dreht sich mir der Magen um. Und das zehn Mal!

Letzter Programmpunkt ist die Mitgliederversammlung des BVOU. Siebzig Jahre gibt es diesen mittlerweile. Henning Leunert ist erneut einer der Vizepräsidenten des Bundesvorstandes.

Ulrike Fischer wurde in ihrem Amt als Landesvorsitzende wiedergewählt, ebenso Jan Brzezinski als Stellvertreter. Das nächste Treffen wird 2022 in Cottbus stattfinden. Bis dahin heißt es Durchhalten und kein Magenulkus bekommen!

Dr. Petra Höfert, Potsdam

# Das Motto lautet „Impfen statt Weihnachtsmarkt“

Impfen, impfen, impfen. Seit fast zwei Jahren dreht sich vieles um die Schutzimpfung gegen das Coronavirus. Inzwischen ist man bei den „Booster-Impfungen“ angekommen. Zwei BVOU-Mitglieder, die diese Impfungen durchführen, sind der Landesvorsitzende in Bremen, Dr. Adrianus den Hertog, und die stellvertretende Landesvorsitzende in Hamburg, Dr. Anna-Katharina Doepfer. Um mitzuhelfen, die vierte Corona-Welle zu brechen, öffnen sie sogar in der Vorweihnachtszeit an den kommenden Advents-Wochenenden ihre Praxen und führen Aktionstage durch.



Dr. Adrianus den Hertog  
Landesvorsitzender in Bremen



Dr. Anna-Katharina Doepfer  
Stellvertretende Landesvorsitzende in Hamburg

**Herr Dr. den Hertog, was hat Sie dazu bewogen, eine eigene Impfaktion ins Leben zu rufen?**

**Dr. Adrianus den Hertog:** Ich habe die Diskussionen mit den Virologen Prof. Dr. Hendrik Streeck und Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery im Fernsehen zum Thema „Vorbereitung auf die vierte Welle“ verfolgt. Beide waren sich einig: Wir haben den Sommer verschlafen, denn es war eigentlich klar, dass die Zahlen zum Herbst wieder steigen würden. Vielleicht dachte man sich hierzulande auch, dass es nicht so schlimm werden würde. Nun ja, die täglich steigenden Inzidenzen belehren uns eines Besseren.

Bis Weihnachten bleiben uns noch wenige Tage, um Schlimmeres zu verhindern. Daher lautet mein Motto jetzt: Impfen statt Weihnachtsmarkt.

**Erläutern Sie das bitte genauer.**

**Dr. den Hertog:** Meine Idee: Samstag die Praxen aufmachen und impfen. Wir Ärzte gehen nicht auf den Weihnachtsmarkt, sondern stattdessen in unsere Praxen, um die Bevölkerung zu impfen und somit einen Beitrag zu leisten, die vierte Welle zu brechen. Das Motto gilt aber natürlich auch für unsere Mitmenschen, denn das Problem bei Weihnachtsmärkten ist: Viele Menschen kommen aus vielen Gegenden zusammen, es ist oft ein Gedränge. Es birgt eine höhere Gefahr, sich hier zu infizieren.

**Frau Dr. Doepfer, wie viele Menschen impfen Sie im Schnitt gegen Corona?**

**Dr. Doepfer:** Wir haben momentan durchschnittlich über 100 Patientinnen

und Patienten pro Woche, die sich bei uns in der Praxis impfen lassen. Das ist unser Beitrag als Ärzte im Kampf gegen die Pandemie. Wir möchten die Impfkampagne mit aller Kraft vorantreiben und ein Zeichen gegen Corona setzen.

**Wie gehen Sie bei der Umsetzung vor?**

**Dr. den Hertog:** Ich habe mich mit der KV Bremen in Verbindung gesetzt und prompt ein gutes Feedback bekommen. Außerdem möchten wir noch andere Fachärzte und deren fachärztliche Berufsverbände mit einbeziehen und zum Mitmachen animieren. Durch eine Art Schneeballeffekt ist es das Ziel, die ganze Sache bundesweit auszuweiten.

**Dr. Doepfer:** Wir machen das seit diesem April, haben also sehr früh damit angefangen. Nach und nach haben wir unser

Impfangebot ausgeweitet. Aktuell führen wir auch Impf-Aktionstage an denen wir bis zu 150 Patienten an einem Tag impfen. Als Orthopädin ist es eigentlich nicht meine Standardaufgabe, doch ich sehe das als ärztliche Pflicht und als unser Beitrag gegen die Pandemie an.

#### Wie ist die Resonanz seitens der Patienten?

**Dr. Doepfer:** Wir haben eine riesengroße Nachfrage nach unserem Angebot und die Patienten kommen gerne zu uns. Wir sind mittlerweile sehr gut organisiert und haben über Orthinform und per Online-Terminbuchung unsere Termine angeboten. Wir weisen aber auch in persönlichen Patientengesprächen auf das Impfangebot hin.

#### Momentan steht Bremen bundesweit in den Bundesländern an der Spitze, was die Impfquote angeht. Sehen Sie dennoch Luft nach oben?

**Dr. den Hertog:** Das stimmt: Hier in Bremen sind 79,4 Prozent der Bevölkerung geimpft. Wir haben erkannt, dass es vor allem um die richtige Aufklärung in strukturschwachen Stadtteilen geht. Behörden, Hilfsorganisationen und Verantwortliche vor Ort arbeiten eng miteinander zusammen.

Man sieht: Länder haben je nach Impfquote verschiedene Bedürfnisse.

Und obwohl wir in Bremen impfstatisch gut aufgestellt sind, stehen jetzt die Booster-Impfungen an. Das muss früh geplant und zur richtigen Zeit wiederholt werden.

#### Wie sieht diese Planung aus?

**Dr. den Hertog:** Die derzeitige Situation sollte ein Weckruf sein. Wir müssen als Fachärzte mit den Hausärzten auf Augenhöhe zusammenarbeiten und zeigen, dass wir uns aktiv beteiligen. Zur Aufklärung sollten wir sämtliche verfügbaren Kommunikationskanäle bespielen: Fernsehen, Radio, Internet sowie unser BVOU-Patientenportal „Orthinform“.

#### Wie steht es mit der Versorgung von den Patienten, die wegen orthopädisch-unfallchirurgischer Probleme in die Praxis kommen?

**Dr. den Hertog:** Unsere Grund-Patientenversorgung bleibt natürlich erhalten. Doch zusätzlich verlassen wir unsere Komfortzone und leisten Überstunden, damit auch Deutschland in dieser Zeit wieder besser dasteht.

**Dr. Doepfer:** Natürlich bieten wir auch weiterhin eine gewöhnliche Sprechstunde für orthopädisch-unfallchirurgische Probleme und Krankheiten an. Als sogenanntes AddOn gibt es die

Impftermine. Zur personellen Unterstützung hilft uns zusätzlich eine Ärztin in Weiterbildung in unserer Praxis, die sich um die Impfungen kümmert.

#### Welche Auswirkung hat die Ankündigung des Gesundheitsministers, die Biontech-/Pfizer-Impfstoffe zu deckeln?

**Dr. Doepfer:** Die Ankündigung von Minister Spahn hat enorme Auswirkungen auf unsere tägliche Arbeit. Wir können nicht mehr leisten, was wir vorher haben. Das bremst die Impfkampagne enorm und auch unsere Patienten sind verunsichert. Trotz Bürokratie heißt es weiter: Soviel impfen wie geht. Ich sehe das als einzigen Weg aus der Pandemie.

#### Was raten Sie Kollegen aus dem BVOU?

**Dr. den Hertog:** Ich rate meinen Kollegen: Machen Sie mit. Öffnen Sie Ihre Praxistüren, versorgen Sie die Patienten mit Impfstoff – in der Hoffnung auf ein besinnliches Weihnachtsfest in den Kreisen der allerengsten Verwandten. Und: Glühwein schmeckt auch noch im März.

#### Herr Dr. den Hertog, Frau Dr. Doepfer vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Janosch Kuno, BVOU-Pressearbeit im November 2021

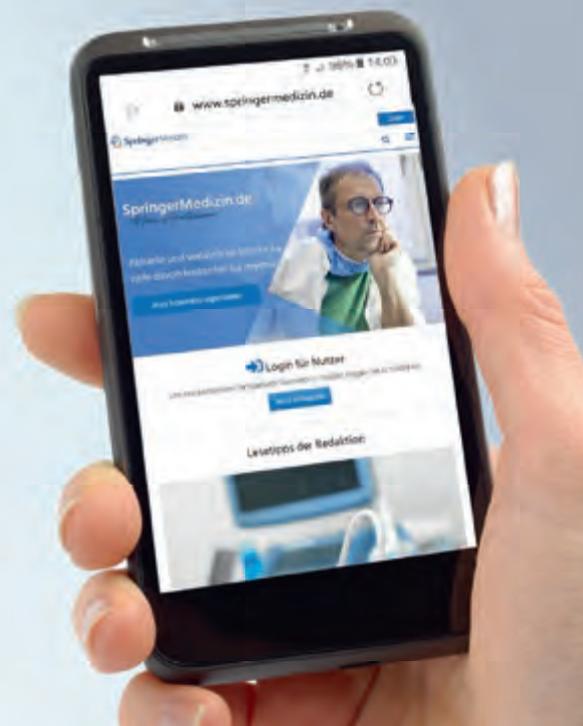


## Exklusive Vorteile für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung!

Jetzt bei [SpringerMedizin.de](https://www.springermedizin.de) registrieren und Fachzeitschrift gratis lesen!



[SpringerMedizin.de/gratis-lesen](https://www.springermedizin.de/gratis-lesen)



# Ein Präventionsgespräch, das jeder braucht, aber keiner nutzt



© Val Thoenen

Frauen verletzen sich eher beim Skifahren als Männer

**Dr. med. Johannes Flechtenmacher unterstreicht auf der Pressekonferenz des DKOU (Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie) in Berlin die Bedeutung einer sportmedizinischen Aufklärung für die Prävention von Sportunfällen: „Verletzungen verursachen Leid und erhöhen das Risiko für eine spätere Arthrose. Wir müssen mehr für die Vermeidung von Sportverletzungen tun“, so der Experte. „Patientinnen und Patienten müssen über geschlechtsspezifische Unterschiede bei den Verletzungsrisiken aufgeklärt werden. Männer und Frauen haben wegen ihrer unterschiedlichen Anatomie unterschiedliche Risiken.“ Der Experte ergänzt: „Männer und Frauen brauchen verschiedene Präventionsstrategien.“ Flechtenmacher beklagt in diesem Zusammenhang, dass die Aufklärung durch Fachärzte und Fachärztinnen unzureichend vergütet wird: „Ein Präventionsgespräch, das sein Ziel erreicht, entlastet das Gesundheitssystem durch weniger Sportunfälle und weniger Arthrosen, kostet aber Zeit.“ Dr. Flechtenmacher fordert daher: „Der Nutzen einer guten sportmedizinischen Präventionsarbeit ist offensichtlich und muss angemessen honoriert werden!“**

Verletzungen drohen, wenn Belastung und Belastbarkeit auseinanderdriften. In Deutschland treten jährlich rund 1,5 Millionen Sportunfälle auf, 53 Prozent davon im Verein, 47 Prozent beim Freizeitsport. 83 Prozent der Verletzungen müssen ärztlich behandelt werden. Die Gesamtkosten für diese Behandlungen werden auf circa 1,5 Milliarden Euro geschätzt. Flechtenmacher: „Wir haben zu viele unnötige Sportverletzungen.“

„Männer und Frauen müssen nicht unterschiedlich behandelt oder operiert werden,“ macht Flechtenmacher deutlich. Frauen brauchen keine spezielle Knieprothese, wenn sie operiert werden. Vielmehr geht es um unterschiedliche Verletzungsrisiken und Verletzungsmuster. Bei Sport mit schnellen Richtungswechseln verletzen sich Frauen zwei- bis achtmal häufiger am vorderen Kreuzband als Männer. Das vordere Kreuzband zentriert das Knie und sorgt dafür, dass sich der Oberschenkelknochen nicht über das Schienbein hinausbewegt. Eine Ursache für die höhere Verletzungsquote bei diesen Sportarten liege laut Flechtenmacher darin, dass Frauen beim Springen anders landen als Männer, was mit der stärkeren X-Beinstellung der Frauen zu tun habe. Dabei bewegt sich das Bein automatisch mehr nach innen, was zu einer höheren Belastung führt. Es sei daher wichtig, eine andere Haltung zu trainieren, sagt Flechtenmacher. „Auf die höheren Verletzungsrisiken müssen wir die Frauen hinweisen. Die meisten wissen das gar nicht.“

Und noch etwas ist bei den Kniebandverletzungen im Hinblick auf das Geschlecht in den Augen von Flechtenmacher von Bedeutung. „Laut einer unserer eigenen Studien war die Inzidenz für Frauen im ersten Quartal um 28,5 Prozent höher als im Jahresmittelwert, also dann, wenn alle Skifahren gehen“, sagt Flechtenmacher. „Frauen verletzen sich offensichtlich häufiger beim Skifahren als Männer. Das hat aber nichts mit ihrem Können zu tun.“ Dabei weiß Flechtenmacher, was zu tun ist: „Frauen sollten sich mit einem neuromuskulären Training auf das Skifahren vorbereiten. So senken sie ihr Verletzungsrisiko.“ Denn Flechtenmacher schaut mit Sorge auf die Folgen: „Nach einem Kreuzbandriss entwickeln viele Frauen eine Arthrose. Wir brauchen endlich geschlechtsspezifische Präventionsprogramme, deren Vermittlung angemessen vergütet wird. Wenn nichts geschieht, ändert sich auch nichts.“

excognito  
Kommunikationsagentur für Healthcare und Lifestyle



Das BVOU-Geschäftsstellenteam gemeinsam mit Dr. Johannes Flechtenmacher im Berliner Zollpackhof

## Auf die nächsten 70: BVOU feiert im Berliner Zollpackhof

1951 wurde der BVOU auf der Insel Reichenau gegründet. Seither ist viel passiert. Am Donnerstag, den 28. Oktober wurde das Jubiläum im Berliner Restaurant Zollpackhof gefeiert. Den Zapfanstich übernahm der scheidende BVOU-Präsident, Dr. Johannes Flechtenmacher persönlich.

Der Zollpackhof gegenüber dem Bundeskanzleramt war bereits 1700 das erste Ausflugslokal Berlins und sorgt bis heute für das leibliche Wohl seiner Gäste. Die 150 Teilnehmer der Geburtstagsparty erwartete eine zünftige bayrische-österreichische Küche. Ein gemütliches Wirtshausambiente mit einem Rundkamin und dominierenden großen Kronleuchtern luden zum Verweilen ein.

Auch die Begrüßungsgetränke sorgten ab 19 Uhr – vor dem angekündigten, großen Fassanstich durch Dr. Johannes Flechtenmacher für eine fröhliche Stimmung. „Herzlich willkommen liebe Freunde und Kollegen“, begrüßte er dazu die Gäste, bevor er sich eine grüne

Schürze umband und anschließend mit einigen vorsichtigen, aber fachmännischen Schlägen das 20 Liter fassende Bierfass öffnete.

„Den Erfolg haben wir Euch allen zu verdanken. Ich wünsche Euch einen tollen Abend, feiert unser Jubiläum und amüsiert Euch“, sagte Dr. Flechtenmacher. Dr. Burkhard Lembeck würdigte die Amtsperioden seines Kollegen: „Der BVOU ist nicht mehr der gleiche, wie vor sieben Jahren. Wir haben viel erreicht. An diesen Erfolg werden wir auch in den kommenden Jahren anknüpfen.“

Zu den Gästen des Abends zählten die Vorstandsmitglieder und Mandatsträger des Verbands, aber auch das Team der Geschäftsstelle um Dr. Jörg Ansorg, langjährige Kooperationspartner und Freunde und Familie der Teilnehmer an der Jubiläumsfeier.

Janosch Kuno



Alle Fotos © Sablotny

70 Jahre BVOJ: Ein Grund zum feiern

# BVOU-Auszeichnungen auf dem Präsidentenempfang



**Verleihung der Hubert-Waldmann-Plakette:** Dr. Burkhard Lembeck, Preisträger Prof. Dr. med. Thomas Wirth, Dr. Johannes Flechtenmacher



**BVOU-Ehrenmitglied:** Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz

---

**Zahlreiche Ehrungen und Preise werden auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) gekürt. Der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (BVOU) hat am Montag, den 25. Oktober 2021, die Hubert-Waldmann- und die Jürgen-Eltze-Plakette verliehen. Zusätzlich fand die Ernennung von einer Ehrenmitgliedschaft während des Präsidentenempfangs am Vorabend des DKOU 2021 statt. Den Deutschen Journalistenpreis Orthopädie und Unfallchirurgie (JOU) nahm Franziska Schwarck auf der Eröffnungsveranstaltung entgegen.**

---

In den Festsälen der alten Berliner Bolle Meierei versammelten sich 150 Gäste, um der besonderen Ehrung zu folgen. Dr. Johannes Flechtenmacher hielt die Laudatio für die BVOU-Verleihungen.

## **Prof. Dr. Thomas Wirth erhält Hubert-Waldmann-Plakette**

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

Prof. Wirth studierte in Marburg und promovierte 1984. Er war Stabsarzt bei der Bundeswehr in München

und Gießen und in Adelaide, Australien sowie Cambridge, England tätig. 2001 wurde er zum außerplanmäßigen Professor der Philipps-Universität, Marburg ernannt. Seit 2005 ist er Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik, Olgahospital, Klinikum Stuttgart.

„Ich sehe die Würdigung in erster Linie als sehr starkes und wichtiges Zeichen des BVOU, die Bedeutung der Kinderorthopädie für das orthopädische Handeln herauszuheben, das geprägt sein muss von der Bereitschaft aller Orthopäden, die Belange der Kinder und Jugendlichen engagiert und hochqualifiziert zu vertreten. Und natürlich freue ich mich auch persönlich für das Vertrauen des BVOU in meine Arbeit,“ kommentierte Prof. Wirth seine Auszeichnung.

Neben der Kinderorthopädie behandelt die Orthopädische Klinik des Klinikums Stuttgart unter Prof. Wirth auch sämtliche Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates bei Erwachsenen. Hierzu gehören neben der modernen Hüftchirurgie mit Arthroskopie, Triple Osteotomie, Endoprothetik auch die Wirbelsäulen- und Fußchirurgie.

## **Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz ist BVOU-Ehrenmitglied**

Der BVOU hat ein neues Ehrenmitglied ernannt: Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz war langjähriges Mitglied des Geschäftsführenden Vorstandes des BVOU sowie Vizepräsident des Verbands und erhielt während des Präsidentendiners seine Auszeichnung für langjährige Verdienste für den Verband.



**Verleihung der Jürgen-Eltze-Plakette:** Dr. Burkhard Lembeck, Preisträger Dr. Rainer Eckhardt, Dr. Johannes Flechtenmacher

Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz wurde 1952 in Frankfurt/Oder geboren. Er studierte Medizin von 1970 bis 1975 in Greifswald, erhielt 1975 seine Approbation sowie im Jahr 1982 seine Anerkennung als Facharzt für Orthopädie und 2009 die Anerkennung als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Von 1991 bis 2018 führte er als niedergelassener Arzt eine Praxis für Orthopädie in Brandenburg an der Havel in der er seit 2019 als angestellter Arzt weiter tätig ist. Im Januar 2017 wurde er zum Präsidenten der Landesärztekammer Brandenburg gewählt.

Schulz: „Ich freue mich sehr über diese Würdigung, denn sie spiegelt meine langjährigen Tätigkeiten in unserem Berufsverband, insbesondere bei der Interessensvertretung unseres Faches im Bereich der Weiterbildung wider.“

#### **Jürgen-Eltze-Plakette für**

##### **Dr. med. Dipl. Sportlehrer Rainer Eckhardt**

Dr. med. Dipl. Sportlehrer Rainer Eckhardt ist Oberarzt der Klinik für Orthopädie im Universitätsklinikum Ulm. Er ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Chirotherapie, Sportmedizin, Physikalische Therapie, Sozialmedizin. Dr. Eckardt war als Mannschaftsarzt der deutschen Turner bei den Olympischen Spielen in Tokio 2021 mit dabei: Die Würdigung durch den BVOU ehrt mich sehr. Wenn ich geehrt werde, gehe ich davon aus, dass auch meine ärztliche Haltung geehrt wird: Konservative Orthopädie ist nicht Operieren ohne Messer, sondern vorrangig Bindungsarbeit mit dem an Muskeln und Gelenken Erkrankten.

## **ARD-Beitragsreihe „Wunderwerk Knochen“ erhält Journalistenpreis Orthopädie und Unfallchirurgie 2021**

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) und der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) zeichneten gestern die herausragende Beitragsreihe „W wie Wissen: Wunderwerk Knochen“ von Max Lebsanft und Franziska Schwarck mit dem Deutschen Journalistenpreis Orthopädie und Unfallchirurgie (JOU) 2021 aus. „Die Sendung ermöglicht einen ungewöhnlichen Blick auf das Thema Knochen. Das Skelett stabilisiert uns, es ermöglicht Bewegung und ist Gedächtnis der Menschheit bezüglich Ernährung, Verwandtschaften und Wanderungsbewegungen. Das Wissen über menschliche Knochen ist von grundlegender Bedeutung für unser Fach Orthopädie und Unfallchirurgie“, fasst Juryvorsitzender Prof. Dr. med. Karsten E. Dreinhöfer das Ergebnis der Jurysitzung zusammen. Darüber hinaus vergab die Jury einen Sonderpreis für investigativen Journalismus für den MedWatch-Beitrag „Das große Versprechen von der Heilung ohne Operation“ von Julia Blage. Die JOU-Verleihung fand im Rahmen der Eröffnungsveranstaltung des Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) 2021 in Berlin statt.

#### **Was uns zusammenhält:**

##### **Wunderwerk Knochen**

Der freie Autor und Regisseur Max Lebsanft und Co-Autorin Franziska Schwarck von der Produktionsfirma Bilderfest GmbH erhielten für ihre Beitragsreihe „Was uns zusammenhält: Wunderwerk Knochen“ den JOU 2021 und ein Preisgeld von 4.000 Euro. Die Sendung wurde erstmalig am 13. März 2021 im ARD-Magazin W wie Wissen ausgestrahlt.



Franziska Schwarck von der Produktionsfirma Bilderfest GmbH nahm die JOU-Ehrung entgegen.

Die Sendung besteht aus vier Kurzfilmen rund um das Thema Knochen. In den einzelnen Beiträgen geht es dabei um unterschiedliche Aspekte, wie die Behandlung von Skoliose und von Knochenbrüchen, aber auch darum, was Anthropologen aus uralten Knochen lesen können. Die Autoren beleuchten das Thema in journalistisch brillanter und bildlich hochkarätiger Umsetzung von unterschiedlichen Seiten.

Die Sendung besteht aus den folgenden vier Teilen:

- ▶ Was uns zusammenhält: Wunderwerk Knochen
- ▶ Reparaturset Knochenbrüche: Wie komplexe Brüche behandelt werden können
- ▶ Skoliose: Wie bei Wirbelsäulenverkrümmung ein Leben ohne Korsett oder Versteifung möglich wird
- ▶ Wie Knochen helfen, einen Steinzeit-Krimi zu lösen

#### **MedWatch: Sonderpreis für investigativen Journalismus**

Einen mit 1.000 Euro dotierten Sonderpreis für investigativen Journalismus erhielt zudem der MedWatch-Beitrag „Das große Versprechen von der Heilung ohne Operation“ von Judith Blage. Das Online-Magazin setzt sich kritisch mit Heilsversprechen, sowie mit einseitiger Berichterstattung und Werbung zu medizinischen Themen auseinander. In ihrem Beitrag hinterfragt Blage den Therapieansatz von Liebscher&Bracht. Seit 2010 würdigt der JOU jährlich herausragende Medienbeiträge zu orthopädisch-unfallchirurgischen Themen aus den Bereichen Print, Hörfunk, Fernsehen und Online.

Der neunköpfigen Jury 2021 lagen insgesamt 29 Bewerbungen vor.

Der JOU-Jury 2021 gehörten an:

- ▶ Prof. Dr. med. Karsten E. Dreinhöfer, Juryvorsitzender: Chefarzt Orthopädie, Medical Park Berlin Humboldt-mühle und Professor, Charité – Universitätsmedizin Berlin
- ▶ Dr. phil. Thomas Gerst, Redaktion Deutsches Ärzteblatt
- ▶ Janosch Kuno, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU
- ▶ Helmut Broeg, JOU-Preisträger 2020, Redakteur Focus Gesundheitsprojekte
- ▶ Svetlana Meier, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit DGOU
- ▶ PD Dr. Oliver Miltner, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie
- ▶ Prof. h.c. Dr. med. Almut Tempka, Stellvertretende Juryvorsitzende, Oberärztin, Ständige D-Arztvertreterin, Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie (CMSC), Charité – Universitätsmedizin Berlin
- ▶ Anna Wittchen, Geschäftsstelle des Bevollmächtigten der Bundesregierung für Pflege
- ▶ Harold Woetzel, Autor/Regisseur SWR/ARD

Der Bewerbungsschluss für den Journalistenpreis Orthopädie und Unfallchirurgie endete am 31. Juli 2021. Eingereicht werden konnten Beiträge, die zwischen dem 1. August 2020 und dem 31. Juli 2021 in einem deutschsprachigen Medium erschienen sind. Die Jury bewertete alle Beiträge in einem aufwendigen Sichtungsverfahren.

DGOU-/BVOU

# Individuelle und fachlich versierte Betreuung ist bei der Versorgung mit Hilfsmitteln zwingend erforderlich

Die individuelle und fachlich versierte Betreuung durch Arzt und Orthopädie(schuh)techniker ist bei der Versorgung mit Hilfsmitteln zwingend erforderlich. Dies gilt auch und insbesondere bei der Versorgung von Fußproblemen mit Einlagen. Online-Einlagen ohne die individuelle Druckabnahme, Herstellung, Anpassung und Abnahme durch Arzt und Orthopädie(schuh)techniker sind in dieser Hinsicht nicht geeignet und gefährden den Behandlungserfolg und den Patienten.

Anlass für diese Stellungnahme sind Verträge der Krankenkassen TK und BARMER mit einem industriellen Anbieter von Einlagenversorgungen, die online erstellt werden sollen.

## Fragestellung

1. Können Einlagenversorgungen gesundheitliche Schäden zur Folge haben, wenn Abdruck und Abgabe ohne direkte physische Anwesenheit von fachlich qualifiziertem Personal (Orthopädienschuh/-techniker oder Arzt) erfolgen?
2. Können zweidimensionale Fußabdrücke (Blauabdruck oder ähnliche Methoden, bspw. Kohlepapier) von Patienten selbst so erstellt werden, dass sie eine medizinisch relevante Aussagekraft für eine ausreichende und zweckmäßige individualisierte Einlagenversorgung besitzen?
3. Kann auf der Basis von zweidimensionalen Fußabdrücken (Blauabdruck oder ähnliche Methoden, bspw. Kohlepapier) ohne Kenntnis weiterer Parameter (z.B. Flexibilität des Fußes, Hautläsionen) eine Fußfehlstellung therapiert werden?

## Antwort

Eine derartige Praxis ist aus drei wesentlichen Argumentationen medizinisch-wissenschaftlich nicht sinnvoll:

- a) Die o.g. Vorgehensweise in der Abdruckgewinnung durch den Patienten selbst, sowie der Anpassung der

zugesandten Einlagen durch den Patienten ohne Fachkontrolle ist hoch fehleranfällig und birgt die Gefahr einer Fehlversorgung oder gar einer sekundären gesundheitlichen Schädigung in sich.

- b) Die Blaupause liefert immer nur Informationen zur Fehlstellung. Auf Basis der Blaupause ist das therapeutische Ziel (Rückfußaufrichtung, Druckumverteilung) nicht zu definieren, da relevante Informationen (z. B. Flexibilität der Fehlstellung) fehlen. Bei einer Abdruckabnahme ohne Beteiligung eines Orthopädie(schuh)-technikers fehlen zudem wichtige Zusatzinformationen wie Umrisszeichnungen und Markierungen der inneren und äußeren Fußballen, die für eine adäquate Versorgung (bspw. Pelottenpositionierung zur Querwölbungsabstützung) erforderlich sind.
- c) Eine derartige Vorgehensweise widerspricht den Forderungen des Hilfsmittelverzeichnisses (Bekanntmachung des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) Fortschreibung der Produktgruppe 08 „Einlagen“ des Hilfsmittelverzeichnisses nach §139 SGB V vom 24.10.2016, Kap VII, sowie der Hilfsmittelrichtlinie des G-BA (§8 und §9) nach individueller Anpassung und Kontrolle der Einlagen.

### Ausführliche Begründung:

Im Hilfsmittelverzeichnis unter der Produktgruppe 08 ist das Vorgehen betreffs der Herstellung von Einlagen inkl. Maßnahmen und Abgabe von orthopädischen Einlagen abgehandelt:

## Definition

Nach der PG 08 sind:

- ▶ Einlagen individuell gebrauchsfähig und passend abzugeben und in den einlagengerechten Schuh mit normaler Absatzhöhe und Fersensprengung des Versicherten einzupassen.
- ▶ Gerade die individuelle Versorgung und Anpassung von Hilfsmitteln wurde in der Vergangenheit gerade von den Krankenkassen gefordert. Sie wird auch stringent in allen Urteilen des BSG so bestätigt und gefordert.
- ▶ Die Versorgung hat Statik und Dynamik zu berücksichtigen.

sichtigen (was in der o.g. Vorgehensweise nicht beinhaltet ist).

- ▶ Ein Wechselpaar kann aus hygienischen Gründen rezeptiert und hergestellt werden, allerdings erst nach Überprüfung der Funktionalität.
- ▶ Eine Reparatur hat bei Bedarf zu erfolgen.

### Voraussetzungen der Einlagenversorgung

Eine orthopädische Einlage kann:

- ▶ als bearbeiteter Rohling nach 2D/3D Abdruck oder nach Positivmodell hergestellt werden. Die Anprobe der Einlagen an den Füßen und in den Schuhen des Versicherten hat durch den Leistungserbringer mit sofortiger Korrekturmöglichkeit individuell während der Anprobe durch fachlich ausreichend qualifiziertes Personal zu erfolgen.
- ▶ Eine Dokumentation ist entsprechend des MPG ebenso wie die Erreichbarkeit betreffs eventueller Nachbesserung sicherzustellen.
- ▶ Die endgültige Abgabe der Einlagen mit Einpassung in die Schuhe des Versicherten hat durch fachlich ausreichend qualifiziertes Personal zu erfolgen.
- ▶ Die Einweisung in den Gebrauch hat durch den Leistungserbringer zu erfolgen, Produkteinweisung, insbesondere in die medizinische Unterstützung bestimmter Fußareale sowie die Passform- und Funktionsprobe im Konfektionsschuh erfolgen dabei nicht nur verbal und visuell, sondern zu einem erheblichen Teil durch die Finger der erfahrenen Fachleute am Fuß und im Schuh.
- ▶ Ein Hinweis auf Reinigung und Pflege der Einlagen sowie die Aushändigung der Gebrauchsanweisung ist vorgeschrieben und die Einlage ist, sofern auf Wunsch des Versicherten kein anderer Termin vereinbart wurde, innerhalb von 2 Wochen nach Auftragsannahme abzugeben.

### Mögliche Indikationen für stützende Einlagen nach PG 08 sind:

- ▶ Knick-Senkfuß schlaff (mit Belastungsbeschwerden)
- ▶ Knick-Senk-Spreizfuß (mit Belastungsbeschwerden)
- ▶ Spreizfuß mit Hallux valgus (mit Belastungsbeschwerden)
- ▶ Hallux rigidus mit Spreizfußbeschwerden
- ▶ statischen Fußbeschwerden nach Frakturruhistellung u. a.
- ▶ Hohlfuß
- ▶ Senk-Spreizfuß mit Hammer- oder Krallenzehen
- ▶ Morbus Köhler (I+II)

### Maß- und Modellverfahren:

Prinzipiell stehen als Maß- und Modellverfahren zweidimensionale und dreidimensionale Verfahren zur Verfügung. Als 2D-Verfahren sind der Blauabdruck, der unbelastet oder (teil-)belastet ggf. auch dynamisch

belastet durchgeführt wird und zweidimensionale Scanverfahren bekannt, letztere aber ohne die genügende Genauigkeit. Oft ist zusätzlich ein dreidimensionales Verfahren wie der Schaumabdruck (Trittschaum) als einfachste Möglichkeit sinnvoll. Hier ist zu beachten, dass der Fuß je nach Erkrankung unbelastet, teilbelastet oder belastet mit nach Möglichkeit orthograde Einstellung der Ferse in den Schaum eingeführt wird. Falls der Pat. den Abdruck nicht absolut korrekt statisch durchführt, kommt es unweigerlich zu fehlerhaften Einlagen.

Besonders bei schwierigen Fußfehlformen und Kinderfüßen ist oft noch der Gipsabdruck notwendig, bei dem von Hand ohne grobe Kraft der Fuß so physiologisch wie möglich eingestellt wird. Weitere Möglichkeiten sind der 3-D-Scan oder/und die elektronisch plantare Fußdruckmessung, sowie bei Bedarf ganganalytische Verfahren.

Bei allen Verfahren ist die Beobachtung bzw. „Handanlegen“ des Orthopädiehandwerkers oder erfahrenen Arztes zwingend erforderlich wie auch in der PG 08 beschrieben zur Garantie einer fehlerfreien Abnahme und /oder bereits bei der Abnahme erforderlichen, korrigierenden Abnahmetechnik.

*Ein Fehler im Maßnehmen überträgt sich unweigerlich auf das orthopädische Hilfsmittel und kann medizinischen Schaden anrichten.*

Berücksichtigt werden muss zudem, dass Schuh und Einlagen eine Einheit bilden müssen und die Einpassung in Einlagengerechtes Schuhwerk zu erfolgen hat. Die sollte auch überwacht werden.

*Ein orthopädisches Hilfsmittel kann bei nicht fachgerechter Anwendung Gesundheitsschäden verursachen.* Zur sachgerechten Hilfsmittelversorgung ist daher eine subtile Anamnese und Untersuchung des Patienten, das geeignete und korrekt erstellte Maß- und Modellverfahren, die handwerkliche Herstellung sowie die individuell am Patienten durchgeführte Anpassung, Abgabe und Kontrolle zwingend erforderlich.

### Versorgungsbeispiele, die bei fehlerhafter Hilfsmittelversorgung (fehlende individuelle Untersuchung und Kontrolle) zu Gesundheitsschäden führen können:

#### Achillodynie (Symptomenkomplex):

Nur durch eine gute Untersuchung kann z. B. bei Verkürzung der Wadenmuskulatur Höhe und Beschaffenheit einer detonisierenden retrocapitalen Stufe oder bei durch Instabilität im OSG ursächlich verschuldete Achillodynie per Außenranderhöhung an der Einlage eine korrekte orthopädiotechnische Versorgung erfolgen – d.h. insbesondere die Untersuchung ist hier betr. Ausführung des Hilfsmittels zielführend!

#### Drohender Gesundheitsschaden:

Verschlimmerung bis zur Begünstigung der Ruptur der Achillessehne.

**Arthrose des Großzehengrundgelenkes (Hallux rigidus):**

Je nach Restbeweglichkeit der Großzehe ist die Steifigkeit der Rigidusfeder einzustellen. Dies kann nur im Rahmen der Untersuchung durch den Orthopädiehandwerker in Kenntnis der Materialien für die Rigidusfeder bestimmt werden.

Drohender Gesundheitsschaden:

Ausbleibender therapeutischer Effekt bis hin zur Verschlimmerung des Leidens.

**Hohlfuß:**

Die Untersuchung mit dem Coleman Block Test liefert Informationen darüber, inwieweit die Flexibilität des Rückfußes eine orthograde Einstellung des Fersenbeines ermöglicht. Dies ist zwingend erforderlich. Hieraus resultieren die Versorgungs- und Herstellungskriterien der Einlage zur orthograden Einstellung des (Rück-)Fußes.

Drohender Gesundheitsschaden:

(Teil-) Ruptur der Peroneus brevis Sehne durch Überlastung. Sekundäre Gelenkschäden an unterem und oberem Sprunggelenk.

**Knick-Senkfuß:**

Bei der Untersuchung werden Flexibilität und Ausmaß der Deformität unter Belastung im Vergleich zur Entlastung analysiert. Auf Basis dieser Informationen werden die Positionierung und Höhe der medialen Anstützung der Einlage festgelegt.

Bei der Tibialis posterior Sehnen dysfunktion erfolgt die Anstützung in Höhe des Sustentaculum tali bis zum Os naviculare (Lohrer). Die optimale Höhe kann nur unbelastet durch die Untersuchung von Hand durch den Orthopädie schuhtechniker bestimmt werden.

Drohender Gesundheitsschaden:

Progredienz der stadienhaft verlaufenden Erkrankung mit Ruptur der Tibialis posterior Sehne (Stadium II), sekundäre Gelenkschäden am unteren (Stadium III) und oberen Sprunggelenk mit Arthroseentwicklung (Stadium IV).

**Metatarsalgie (Symptomenkomplex):**

Untersuchung der Flexibilität des Vorfußes um die prinzipielle Entscheidung zwischen Versorgungen mit Pelotte oder retrocapitaler Stufe zu treffen. Gleichzeitig werden auf Basis dieser Informationen die Höhe und Positionierung der Pelotte bzw. retrocapitalen Stufe festgelegt. Weiterhin erfolgt eine Ursachensuche z. B. zur Verkürzung des Gastrocnemius-/Soleuskomplexes oder zur Atrophie des plantaren Fettpolsters.

Drohender Gesundheitsschaden:

Ruptur der plantaren Platte mit nachfolgender Krallen zehenentwicklung und Luxation der Zehengrundgelenke, Stress-Reaktion/-Fraktur Metatarsalia.

**Plantar fasciitis / Fersenspornsyndrom:**

Untersuchung zur genauen Bestimmung des Punctum maximum der Beschwerden zur genauen Positionierung

der Entlastungszonen und Adressierung der häufig begleitenden Fußfehlform.

Drohender Gesundheitsschaden:

Verschlechterung der Beschwerden, Ruptur der Plantarfaszie, Chronifizierung.

**Varusgonarthrose:**

Untersuchung des Ausmaßes des Genu varum und Korrigierbarkeit durch Unterlegen von unterschiedlich hohen Keilen in Millimeterschritten zur Korrektur der Beinachse und Verlagerung der Vektorkräfte, die ins Kniegelenk einfließen, um eine Lateralisation dieser Kräfte zu erreichen. Gleichzeitig muss eine Überkorrektur bzw. einlagenbedingte Fehlstellung im Rückfuß ausgeschlossen werden.

Drohender Gesundheitsschaden:

Verschlechterung der Gonarthrose, sekundäre Schäden am unteren Sprunggelenk, Begünstigung einer Rückfußfehlstellung.

**Zehendeformitäten:**

Nur durch den Push up Test kann bei noch flexiblen Zehendeformitäten gesehen werden, inwieweit eine Korrektur in die orthograde oder verbesserte Stellung möglich ist. Dies ist im Blauabdruck nicht zu erkennen.

Drohender Gesundheitsschaden:

Verschlimmerung der Zehendeformität in die fixierte Stellung, Degeneration der Zehengelenke und ggf. dann OP-Indikation.

**Angio-neuropathischen Fußveränderungen in Kombination mit anderen Fußdeformitäten:**

Nur eine überaus gewissenhafte Inspektion, Palpation und Funktionstests führen hier zur entsprechenden Risikoeinschätzung der Füße, die wiederum eine entsprechende Beratung, Abdrucknahme und Materialauswahl ermöglicht. Der Auswahl und Passformkontrolle des Konfektionsschuhs kommt dabei besondere Bedeutung insbesondere z. B. bei beginnendem Sensibilitätsverlust (PNP) der Füße zu.

Drohender Gesundheitsschaden:

Fußwunden, Minor/Majoramputationen

**Ausgeprägte Form des kindlichen Knick-Plattfuß:**

Eine gründliche Palpation und Inspektion ermöglicht eine genaue Einschätzung der Korrekturmöglichkeit des Fußes und die richtige Abstützung in der Längswölbung. Eine Herstellung nach dreidimensionaler Formabdruck individuell hergestelltem Positiv am passiv (fremdtätig) in mögliche Korrekturstellung gebrachten Fuß (Originalforderung PG 08), ist die Methoden-Wahl zum gewünschtem Therapieergebnis.

Drohender Gesundheitsschaden:

Keine Verbesserung der Fußstellung und Gefahr von später auftretenden Überlastungssyndromen bis hin zur Notwendigkeit einer operativen Korrektur.

**Klumpfüße nach Abschluss des Wachstums, post-operative Versorgung, sonstige schwere, kontrakte Fußdeformitäten, kindlicher Sichelfuß, Zustand nach Klumpfußkorrektur, kongenitaler Plattfuß bei Kindern usw.:**

Es ist offensichtlich, dass nur die vorher beschriebene gewissenhafte Arbeit des Orthopädiehandwerkers in Verbindung mit der oftmals notwendigen Absprache mit dem verordnenden Arzt zu dem gewünschten Therapieziel führt. Während der Blauabdruck lediglich das Abbild der Fehlstellung liefert, wird auf Basis des ärztlichen und orthopädiotechnischen Untersuchungsbefundes das Therapieziel definiert. Die Kenntnis der Fehlstellung allein erlaubt keine Definition eines therapeutischen Ziels. Oftmals ist dabei auch eine Abdrucknahme und Abgabe des Hilfsmittels in Anwesenheit des Arztes sinnvoll, um das erwünschte Versorgungsergebnis/-ziel gemeinsam zu besprechen und eventuell notwendige Änderungen sofort abzustimmen.

Drohender Gesundheitsschaden:

Gefährdung der bisherigen Therapie-/OP-Ergebnisse und spätere Einschränkungen der Mobilität.

## Zusammenfassung

Ein orthopädisches Hilfsmittel kann bei nicht fachgerechter Herstellung und Anwendung Gesundheitsschäden verursachen.

Zur sachgerechten Hilfsmittelversorgung ist die genaue Anamnese und Untersuchung des Patienten durch den verordnenden Arzt und auch den Techniker notwendig. Auf Basis dieser Informationen erfolgt die Festlegung des zu korrigierenden funktionellen Defizites, die Auswahl des geeigneten Maß- und Modellverfahrens, die handwerkliche Herstellung sowie Abgabe und Kontrolle des Hilfsmittels. Nur so lassen sich die therapeutischen Möglichkeiten von Einlagen ausschöpfen und Gesundheitsschäden vermeiden.

Ein Versorgungsweg ohne die individuelle Anpassung und Kontrolle eines Orthopädie(schuh)technikers führt zu einem erheblichen Risiko für die Patientensicherheit. Dies beginnt bereits bei der Erfassung der Fußdaten (Maßnahmen), welche für den Patienten in der Regel eine völlige Überforderung darstellt. Sämtliche in der PG 08 aufgeführten Verfahren zur Erfassung der Fußdaten sind in der Abnahme durch Laien hoch fehleranfällig und müssen daher von Fachleuten durchgeführt werden. Teilweise ist es grundsätzlich unmöglich, dass ein Patient bei sich selbst entsprechende Daten erhebt (siehe Formabdrucknahme in korrigierter Fußstellung), teilweise bedarf es elektronischer Geräte, die wiederum nur von Fachleuten bedient werden sollten, damit verlässliche Ergebnisse daraus entstehen. Die Fehler, die bei der laienhaften Durchführung des Fußabdruckes entstehen,

sind im Nachhinein aber meist nicht korrigierbar und führen dabei unweigerlich zu schlechten Versorgung.

Neben den oftmals im Text oben im Einzelnen aufgeführten Inspektions-, Palpations- und Funktionstests durch den Orthopädie(schuh)techniker ist die Abgabe des Hilfsmittels mit individuell durchzuführender Therapieerfolgsprüfung ein weiterer wichtiger Bestandteil der Versorgung (sowohl durch Techniker selbst, als auch durch den verordnenden Arzt). Die Überprüfung der korrekten Adressierung des Funktionsdefizites oder der Fehlstellung, die Kontrolle der Passform bei der Abgabe, das Einpassen in das patientenindividuelle Schuhwerk, die Kontrolle von Paßform und genügendem Platz für den Fuß im Schuh, einschließlich z. B. einer Gangbildkontrolle kann seitens eines Laien nicht durchgeführt werden. Bei der Online-Versorgung entfällt zudem die Möglichkeit einer direkten Korrektur des Hilfsmittels durch den Techniker bei der individuellen Abgabe am Patienten, dies führt zu einer wesentlichen Verschlechterung der bisherigen Versorgungspraxis.

Völlig inakzeptabel und jeder nationalen und internationalen Leitlinie widersprechend, wäre eine Versorgung bei Hochrisikopatienten, bspw. bei Diabetikern mit diabetischem Fußsyndrom (DFS) mit Diabetes-adaptierten Fußbettungen und Diabetesschutzschuhen ohne die Anwesenheit eines überwachenden Orthopädie(schuh)technikers. Hier handelt es sich immer um Patienten mit einem extrem hohen Risiko für eine Reulzeration bzw. ggf. folgende Minor/Majoramputation. Auch die Leistungsbeschreibungen für diese Versorgungsart in der PG 31 verbieten zu Recht eine „Orthopädiehandwerker-lose“ Versorgung.

Prof. Dr. B. Greitemann  
Vorsitzender des DGOOC-Beratungsausschusses  
für das Handwerk Orthopädeschuhtechnik

Dr. Johannes Flechtenmacher

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

Prof. Dr. Dietmar Pennig  
Generalsekretär DGOU

Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier  
Vorstandsvorsitzender DGIHV

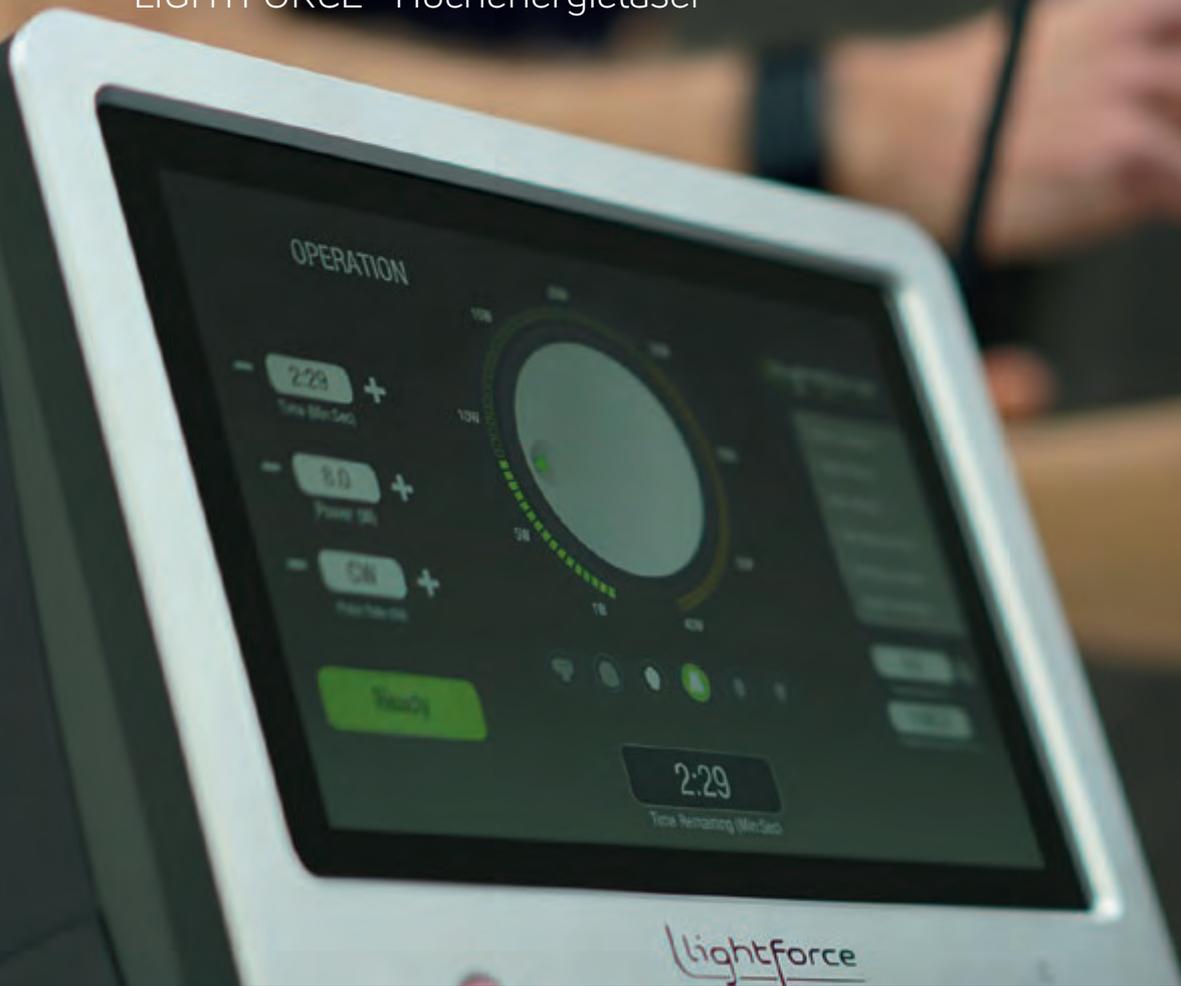
Stephan Jehring  
Präsident ZVOS

Gemeinsame Stellungnahme  
des Beratungsausschusses der DGOOC für das Handwerk Orthopädeschuhtechnik,  
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU),  
der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC),  
des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU),  
der Deutschen Gesellschaft für interprofessionelle Hilfsmittelversorgung (DGIHV) und  
des Zentralverbandes für Orthopädeschuhtechnik (ZVOS)  
der Vereinigung Technische Orthopädie der DGOU

chattanooga®

# THERAPIE MIT VERTRAUEN

LIGHTFORCE® Hochenergielaser



## CHATTANOOGA® LIGHTFORCE®

- Einfache und sichere Hochenergie-Laseranwendung durch intelligentes Handstück
- Effektive und zielgenaue On-Contact-Applikation durch patentierte Behandlungsköpfe
- Photobiomodulative-Wirkung (PBM) durch bis zu 40 W Laserenergie im Dauerbetrieb

Telefon: 01805 167 633 • [medizintechnik@djoglobal.com](mailto:medizintechnik@djoglobal.com)  
[djoglobal.de](http://djoglobal.de)



# Digitale Volumentomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

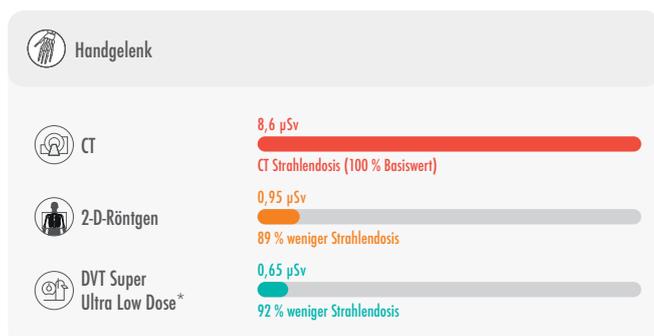
## Physikalische Betrachtung des Einsatzspektrums und der Strahlenhygiene

Die Orthopädie und Unfallchirurgie (O&U) in Deutschland greift seit Jahrzehnten auf etablierte Diagnostikmethoden wie bspw. die Projektionsradiographie, Sonographie, Multi Slice CT (MSCT) oder MRT zurück, um die im Praxisalltag vorliegenden Fragestellungen behandeln zu können. Dabei haben die genannten Diagnostikmethoden zur Beantwortung ossärer Veränderungen jeweils ihre Limitierung. Vor diesem Hintergrund wurde die SCS MedSeries® H22 DVT Klasse entwickelt und für den Einsatz im Bereich der O&U mit ihren spezifischen Anforderungen und dem Anspruch an die höchste, resultierende Strahlenhygiene optimiert.

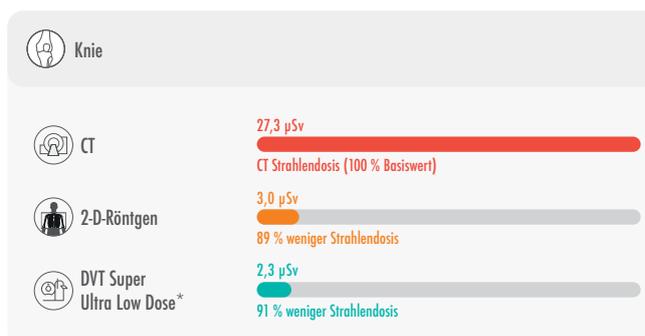
Die in der O&U verfügbaren Diagnostikmöglichkeiten haben jede für sich Ihre Wertigkeit, besitzen jedoch Einschränkungen im Bereich der im Fachgebiet häufig erforderlichen Anforderung zur Beurteilung ossärer Strukturen sowie deren Lage zueinander. Während die Projektionsradiographie im Vergleich zum MSCT mit einer deutlich geringeren, resultierenden Strahlenbelastung einhergeht, lassen die hier bereitgestellten Informationen durch deren Summation in den Projektionen nur eingeschränkte Aussagen zu und haben im Vergleich zu einer Schnittbilddiagnostik deutlich das Nachsehen.<sup>1,2</sup> Die Sonographie erlaubt in ihren Dimensionen nur örtlich eingeschränkte Einsichten und hat sich im genannten Anwendungsfeld dadurch häufig nur als additive Diagnostik etabliert. Das MSCT ist der Projektionsradiographie bspw. in der Frakturdetektion überlegen, resultiert jedoch in einer deutlich höheren Strahlenbelastung. Zudem ist das MSCT im Praxisalltag häufig nur in Auflösungen von mehr als 1 mm verfügbar und kann in keinem Anwendungsfall die oft wichtigen Aufnahmen unter Belastung bereitstellen. Diese Möglichkeit bieten eingeschränkt verfügbare MRT Systeme, wobei alle Systeme gleichermaßen auf Basis der Spezialisierung zur Weichteildarstellung nur eingeschränkte Aussagen über ossäre Strukturen zulassen, was u.a. an die meist nur zwischen 1–3 mm verfügbare Auflösung geknüpft ist.

Vor dem Hintergrund der beschriebenen Einschränkungen des MSCT, MRT etc., sowie der Anforderungen in der O&U, wurde ein digitaler Volumentomograph (DVT) entwickelt und fand seinen ersten Einsatz in Deutschland im Jahr 2012. Das System gewährleistet dem anwendenden Orthopäden oder Unfallchirurgen multiplanare Schnittbildinformationen der Extremitäten sowie der HWS. Dabei stellt das DVT nach Wahl des Anwenders

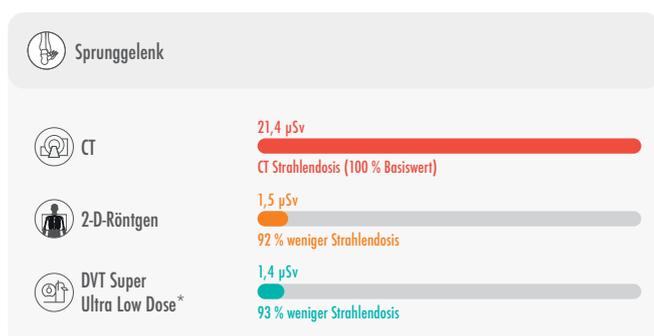
Aufnahmen innerhalb von ca. 20 Sekunden unter Entlastung oder unter natürlicher Körperbelastung mit einer hohen Auflösung in allen Raumrichtungen von 0,2 mm bereit. Seit dem Zeitpunkt der ersten Implementierung wurde das DVT aufgrund seines breiten Indikationspektrums in zahlreichen wissenschaftlichen Arbeiten beleuchtet und seine Wertigkeit im Einsatz der O&U sowie im Vergleich zu den gängig verfügbaren Diagnostikmethoden mehrfach bestätigt.<sup>3-6</sup> Zudem wurde u. a. die Strahlenhygiene des Systems analog den Anforderungen in der O&U in den letzten Jahren einer stetigen Weiterentwicklung unterzogen, wodurch den Anwendern heute ein Super Ultra Low Dose (SULD) Aufnahmepreset zur Verfügung gestellt werden kann. Dieses besitzt den Vorteil, dass die resultierende Strahlendosis unter der eines im O&U-Einsatz typischen, digitalen Projektionsröntgen in 2 Ebenen einzuordnen ist. Zur Entwicklung des SULD-Presets wurde die resultierende, effektive Dosis ermittelt und mit dem Projektionsröntgen in zwei Ebenen, sowie mit typischen, im Rahmen der O&U eingesetzten MSCT Systemen (Messungen jeweils unter gleichen wissenschaftlichen Bedingungen) verglichen. Die Ergebnisse können den **Abbildungen 1 bis 4** für die Bereiche Handgelenk, Kniegelenk, Sprunggelenk und Ellenbogen entnommen werden und belegen die sehr hohe Strahlenhygiene unter Anwendung des SULD-Presets. Es konnte nachgewiesen werden, dass die resultierende, effektive Dosis gegenüber dem MSCT in den Bereichen Handgelenk um 92,4%, Kniegelenk um 91,6%, Sprunggelenk um 93,5% sowie Ellenbogen um 97,3% geringer liegt. Auch ist die resultierende, effektive Dosis gegenüber dem Projektionsröntgen in 2 Ebenen in den Bereichen Handgelenk um 31,6%, Kniegelenk um 23,3%, Sprunggelenk um 6,7% und Ellenbogen um 33,3% geringer. Der Vergleich mit dem



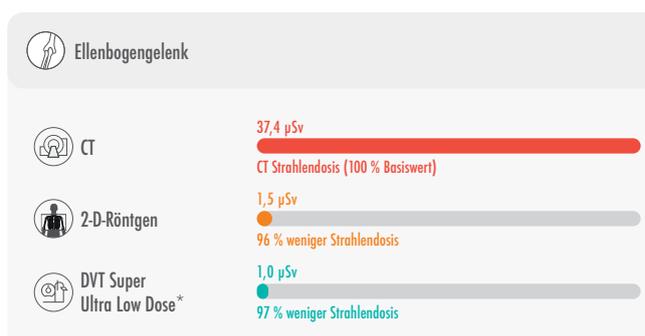
**Abb. 1:** Darstellung der resultierenden effektiven Strahlendosis eines MSCT, eines Projektionsröntgen in 2 Ebenen sowie eines DVT unter Anwendung des SULD-Preset im Bereich des Handgelenks.<sup>8</sup>



**Abb. 2:** Darstellung der resultierenden effektiven Strahlendosis eines MSCT, eines Projektionsröntgen in 2 Ebenen sowie eines DVT unter Anwendung des SULD-Preset im Bereich des Kniegelenks.<sup>9</sup>



**Abb. 3:** Darstellung der resultierenden effektiven Strahlendosis eines MSCT, eines Projektionsröntgen in 2 Ebenen sowie eines DVT unter Anwendung des SULD-Preset im Bereich des Sprunggelenks.<sup>10</sup>



**Abb. 4:** Darstellung der resultierenden effektiven Strahlendosis eines MSCT, eines Projektionsröntgen in 2 Ebenen sowie eines DVT unter Anwendung des SULD-Preset im Bereich des Ellenbogens.<sup>11</sup>

Projektionsröntgen in 2 Ebenen wurde zudem in einer losgelösten Studie im Bereich des Handgelenks unter Betrachtung der Energiedosis durchgeführt. Hier wurde eine um 13,2% niedrigere Energiedosis bei gleichzeitig einer im Durchschnitt um 28% höheren Wahrscheinlichkeit zur Frakturfindung im Vergleich zu dem Projektionsröntgen in 2 Ebenen ermittelt und damit die grundlegend geringere Dosis sowie höhere Wertigkeit des DVT zur Beurteilung ossärer Strukturen verifiziert.<sup>7</sup>

### Fazit

Das betrachtete DVT ist mit der Möglichkeit zur Durchführung von wahlweise ent- oder belasteten Aufnahmen, einer Auflösung von 0,2mm und der sehr geringen Aufnahmezeit von ca. 20 Sekunden für den Einsatz im Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie optimiert. Die höhere Strahlenhygiene unter Anwendung des SULD-Preset im Vergleich zu dem Projektionsröntgen in 2 Ebenen sowie zu dem Multi Slice CT konnte in eigens unter wissenschaftlichem Standard durchgeführten Messungen nachgewiesen werden. Dabei lag das SULD-Preset in seiner resultierenden effektiven Dosis gegenüber dem Projektionsröntgen in 2 Ebenen im Durchschnitt um 23,73% geringer, im Vergleich zu dem Multi Slice CT im Durchschnitt um 93,7% geringer.

Korrespondierender Autor: Adj. Prof., PhD. Juha Koivisto  
Department of Physics, University of Helsinki, Finland

### Literatur

- Breederveld, R. S., & Tuinebreijer, W. E. (2004). Investigation of computed tomographic scan concurrent criterion validity in doubtful scaphoid fracture of the wrist. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 57(4), 851–854. doi: 10.1097/01.TA.0000124278.29127.42
- Cruickshank, J., Meakin, A., Breadmore, R., Mitchell, D., Pincus, S., Hughes, T., Bently, B., Harris, M. and Vo, A. (2007). Early computerized tomography accurately determines the presence or absence of scaphoid and other fractures. *Emergency Medicine Australasia*, 19: 223–228. <https://doi.org/10.1111/j.1742-6723.2007.00959.x>
- Collan, L., Kankare, JA, Mattila, K. (2013). The biomechanics of the first metatarsal bone in hallux valgus: A preliminary study utilizing a weight bearing extremity CT. *Foot Ankle Surg.* 19(3), 155–161 <http://dx.doi.org/10.1016/j.fas.2013.01.003>
- Burnett, A. L., Chang, A. G., Crone, J. K., Huang, P. L., & Sezen, S. F. (2002). Noncholinergic penile erection in mice lacking the gene for endothelial nitric oxide synthase. *Journal of andrology*, 23(1), 92–97. <https://doi.org/10.1002/j.1939-4640.2002.tb02601.x>
- Colin, F., Horn Lang, T., Zwicky, L., Hintermann, B., & Knupp, M. (2014). Subtalar joint configuration on weightbearing CT scan. *Foot & ankle international*, 35(10), 1057–1062 doi: 10.1177/1071100714540890.
- Huang, A. J., Chang, C. Y., Thomas, B. J., MacMahon, P. J., & Palmer, W. E. (2015). Using cone-beam CT as a low-dose 3D imaging technique for the extremities: initial experience in 50 subjects. *Skeletal radiology*, 44(6), 797–809. <https://doi.org/10.1007/s00256-015-2105-9>
- Neubauer, J., Benndorf, M., Ehrhrt-Braun, C., Reising, K., Yilmaz, T., Klein, C., ... & Goerke, S. M. (2018). Comparison of the diagnostic accuracy of cone beam computed tomography and radiography for scaphoid fractures. *Scientific reports*, 8(1), 1–6 <https://doi.org/10.1038/s41598-018-22331-8>
- In dieser Studie wurde das DVT (in wiss. Publikationen Cone Beam CT genannt) SCS MedSeries® H22 betrachtet und die aufgeführten effektiven Dosen wurden auf der Grundlage früherer Studien zur Dosisbewertung berechnet:
- Koivisto, J., Van Eijnatten, M., Kiljunen, T., Shi, X. Q., & Wolff, J. (2018). Effective radiation dose in the wrist resulting from a radiographic device, two CBCT devices and one MSCT device: a comparative study. *Radiation protection dosimetry*, 179(1), 58–68.
- Koivisto, J., Kiljunen, T., Wolff, J., & Kortesianiemi, M. (2013). Assessment of effective radiation dose of an extremity CBCT, MSCT and conventional X ray for knee area using MOSFET dosimeters. *Radiation protection dosimetry*, 157(4), 515–524.
- Koivisto, J., Kiljunen, T., Kadesjö, N., Shi, X. Q., & Wolff, J. (2015). Effective radiation dose of a MSCT, two CBCT and one conventional radiography device in the ankle region. *Journal of foot and ankle research*, 8(1), 1–11.
- Koivisto, J., van Eijnatten, M., Ludlow, J., Kiljunen, T., Shi, X. Q., & Wolff, J. (2021). Comparative dosimetry of radiography device, MSCT device and two CBCT devices in the elbow region. *Journal of applied clinical medical physics*, 22(5), 128–138.

# Apps für orthopädische Übungen verschlimmern oft, statt zu helfen

**Dr. med. Burkhard Lembeck, Kongresspräsident des DKOU 2021 (Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie) in Berlin, warnt vor den möglichen Gefahren unkritischer Verschreibung orthopädischer Apps. Er befürchtet, dass Patienten und Patientinnen ohne individuelle fachärztliche Diagnostik und Beratung entweder die falschen Übungen anwenden oder empfohlene Übungen nicht an den individuellen Beschwerden ausgerichtet durchführen. Lembeck formuliert die Gefahr deutlich: „Ohne entsprechende Diagnostik können bei Rückenschmerzen Übungen das Gegenteil bewirken.“**

Am Markt existieren kostenlose sowie kostenpflichtige Gesundheits-Apps für Smartphones und Tablets, mit denen die Anwender Tipps und Übungen erhalten. Jedes Unternehmen kann Gesundheits-Apps anbieten, ohne Nachweise für die Richtigkeit der Inhalte oder Garantien für die Seriosität der Beratung bei Fragen geben zu müssen. Krankenkassen verschreiben einige geprüfte, kostenpflichtige Apps, um ihren Mitgliedern bei Rückenschmerzen, Depression, Diabetes oder anderen Erkrankungen vorbeugend oder unterstützend Hilfe zu bieten. Bei orthopädischen DiGA-Apps (Digitale Gesundheitsanwendungen) kann die Kasse oder der Orthopäde beziehungsweise die Orthopädin eine App mit dem Ziel verschreiben, dass der Patient oder die Patientin damit allein geeignete präventive oder rehabilitative Übungen durchführt. Und genau dort sieht der Experte ein Problem: „Wir Ärzte wissen nicht, ob der Patient mit der App die für ihn geeigneten Übungen auswählt. Ohne individuelle Beratung weiß kein Patient, worauf er achten muss. Der Heilungsprozess ist dann gefährdet. Im schlimmsten Fall verschlechtert der Patient seinen Gesundheitszustand.“ Lembeck sieht die positiven Chancen von Apps. Er bemängelt jedoch, dass mit den Gesundheits-Apps Untersuchung, Diagnostik und Beratung durch den Arzt oder die Ärztin nicht mehr im Zentrum der Behandlung stehen: „Gesundheits-Apps sind gut, wenn die orthopädische, individuelle Fachberatung aktiv integriert ist.“

## **teurer als 15 Monate Facharztbesuch**

Dass Ärzte und Ärztinnen beim Verschreiben eines DiGA-Rezeptes für eine App keinen Spielraum für eine begleitende individuelle Beratung sehen, erklärt der Experte: „Für das Verschreiben der App erhalten Orthopäden pauschal zwei Euro, inkl. Erklärung dazu.“ Der Fachmann bedauert diese Situation: „Wir Ärzte können nicht 15 Minuten für zwei Euro arbeiten.“ Ihn ärgert vor allem, dass die App beim Verschreiben lediglich 90 Tage nutzbar ist und dabei schon Kosten in Höhe von etwa 250 Euro

verursacht. Nach 90 Tagen endet die Nutzung. Wer eine Verlängerung um 90 Tage wünscht, kann dies beantragen und verursacht weitere 250 Euro an Kosten. Der Experte rechnet vor: „Eine DiGA-App ist teurer als 15 Monate Facharztbesuch mit individueller Beratung. Für das Geld erhält der Patient alternativ elf Sitzungen Krankengymnastik, bei der Therapeuten eine individuelle Behandlung durchführen.“

## **OrthoHeroBKK**

Lembeck befürwortet deshalb die Lösung OrthoHeroBKK, weil Patient und Arzt gleichermaßen aktiv beteiligt sind. Patienten und Patientinnen erhalten von den Ärzten und Ärztinnen eine individuelle, ärztliche Beratung und passgenaue Verschreibung der Herodikos-App, was den Patienten und Patientinnen eine hohe örtliche Unabhängigkeit durch digitale Technik garantiert.

Das Projekt OrthoHeroBKK kombiniert zwei Ziele: Der Patient oder die Patientin verbindet die individuelle ärztliche Beratung mit dem Coaching in der Praxis, kombiniert durch die Herodikos-App mit Rücken- oder Knieübungen zu Hause.

Seit Anfang Oktober 2021 steht dieses bislang einzigartige Konzept den Patienten und Ärzten zur Verfügung und startet als Pilotprojekt in Baden-Württemberg. „Mit OrthoHeroBKK“, so der Arzt, „begleiten wir den Patienten von der Anamnese über die korrekten Übungen bis hin zur Erfolgskontrolle. Fachliche Beratung und örtliche Unabhängigkeit sind nun stimmig.“ Neben individuellen Trainingsplänen bietet die App weitere Vorteile an, die der Präsident hervorhebt: „Ärzte können aus der Ferne den Übungsverlauf verfolgen und kommentieren. Über eine Chatfunktion ist der direkte Austausch zwischen Arzt und Patient möglich. So macht digitale Gesundheitsberatung erst Sinn.“

Einen weiteren Vorteil dieser App sieht der Präsident in der Vergütung, da Ärzte und Ärztinnen für ihre individuelle Leistung eine kostendeckende Vergütung erhalten.

OrthoHeroBKK: Teilnahmeberechtigt sind Fach-

ärzte und Fachärztinnen für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie oder Physikalische und Rehabilitative Medizin mit Zulassung und Hauptbetriebsstätte als Vertragsarzt, Anstellung in einem MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum) oder Ermächtigung im Bereich der Krankenversicherung Baden-Württemberg. Beteiligt sind als Kooperation der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie eingetragener Verein (BVOU), BKK-Landesverband Süd, Herodikos GmbH und Kassenärztliche

Vereinigung Baden-Württemberg.

Dr. med. Burkhard Lembeck ist einer der drei Kongresspräsidenten des DKOU 2021 und Vorsitzender des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) in Baden-Württemberg. Seit 2005 leitet er eine orthopädisch-unfallchirurgische Praxis in Ostfildern bei Stuttgart.

# Digitaler Casemanager für leitlinien-gerechte organisierte Patientenjourney

## Workshop zu Digitalisierungsmöglichkeiten mit BVOU, Kostenträgern und Patienten

---

**„Wir werden heute nicht die Welt retten mit einer eierlegenden Wollmilchsau, aber einen allerersten Schritt in die Zukunft unternehmen“ lautete das einleitende Statement von Carolin Pietrulla von der Agentur nextexitfuture, die als Moderatorin des BVOU-Workshops zum Thema Digitalisierung im Juni 2021 in Berlin engagiert durch die Veranstaltung führte.**

---

15 Teilnehmer aus den Reihen von BVOU Mandatsträgern, Krankenkassen und Patientenverbänden hatten sich am Tag nach der Gesamtvorstandssitzung das Ziel gesetzt, bewusst in kleiner Gruppe erstmals Möglichkeiten einer verbesserten Versorgung muskuloskelettaler Erkrankungen und Verletzungen durch weitere Digitalisierungsprojekte unter Beteiligung des BVOU auszuloten.

Dr. Johannes Flechtenmacher legte während des Workshops besonderen Wert darauf, dass der Focus auf der Optimierung der Versorgung liegen müsse. Unterstützt durch die Bundesregierung entstünden derzeit eine Vielzahl von digitalen „Lösungen“ für den Gesundheitsbereich, die nur zum Teil sinnvoll Teilbereiche des oft mühevollen und zeitverzögerten Patientenwegs („customers journey“) im Gesundheitssystem unterstützten. Auch die Krankenkassenvertreter dürften sich in der Gruppe nicht etwa als „Fremdkörper“ vorkommen, wie

sich der stv. Vorstandsvorsitzende der Techniker Krankenkasse Dipl.-Volkswirt Thomas Ballast zuvor bezeichnet hatte. Man habe eigentlich kein unterschiedliches Interesse, wenn man sich gemeinsam in Richtung einer verbesserten Versorgung bewege.

Die Erwartungen an und Sorgen bei derartigen Projekten sind bei Beteiligten durchaus unterschiedlich, wie statements der Teilnehmer deutlich machten. Dr. Helmut Weinhart äußerte das Anliegen, erst einmal die Begrifflichkeiten zu klären, da auch die Politik oft nicht wisse, wovon sie eigentlich genau spreche und welche digitalen Inhalte mit Nutzen für beide Seiten, Arzt und Patient, sinnvoll einzusetzen seien. Rotraut Schmale-Grede, Präsidentin der Deutschen Rheumaliga, äußerte die Erwartung, dass in erster Linie das Patientenwohl im Auge behalten werden müsse. Die Sorge, dass dies nicht so sein könnte, teilte auch Prof. Bernd Klady, der in solchen Projekten

Investoren fürchtete, deren Interesse nur sei, „mit big business abzuräumen“. Auch Katrin Tomaschku-Ubeländer von der AOK Baden-Württemberg sah in derzeit verfügbaren DiGAs eher „ein großangelegtes Wirtschaftsförderungsprogramm“. Prof. Joachim Grifka erhoffte sich – anders als in schon existenten DiGAs – die bessere Einbindung von ärztlichem und physiotherapeutischen Fachwissen zur Therapiekontrolle. Prof. Tobias Renkawitz wünschte sich die Entwicklung einer gemeinsamen Plattform zur Vernetzung von Insellösungen zum Nutzen von Patient und Arzt. Nach Katrin Betsch, die künftig als Referentin des geschäftsführenden BVOU-Vorstandes mit entsprechenden Vertragsgestaltungen betraut sein wird, könne nur mit für Arzt und Patient praktikablen Lösungen verhindert werden, dass Apps „wie bei jedem ungenutzt auf dem Handy vor sich hinschlummern“. Dagmar Stange-Pfalz von der Vertragsarbeitsgemeinschaft der baden-württembergischen Betriebskrankenkassen machte klar, dass ein dauerhafter Nutzen und die Einsparung von Arztkontakten nur entstehen können, wenn es gelinge, analog und digital zu vernetzen und nicht digital parallel neben analog bestehen zu lassen.

Prof. Bernd Kladny thematisierte das Problem des „Herumvagabundierens“ im System für Patienten ohne Steuerung. In der weiteren Diskussion stellte sich die Frage, inwieweit Apps geeignet sein könnten, Aufgaben der Patientensteuerung so zu übernehmen, dass sie nicht als patientenbevormundend, sondern komfortabel wahrgenommen würden und ob die neuen Einrichtungen der Telematik-Infrastruktur hier sinnvoll eingebunden werden können. Zustimmung fand Dr. Helmut Weinhart mit seinem plakativen Beispiel, dass man verschiedene Patiententypen unterscheiden müsse: So wie der Hund „zum Herrchen“ komme, die Katze aber „nach Hause“ gehe, sei es auch bei Patienten. Die Mehrzahl seiner Patienten seien vom Typ Hund, die zu ihrem Orthopäden wollten. Digital könne man aber eher den Patienten vom Typ Katze unterstützen, der einfach irgendwo schnell und verletzungsspezifisch versorgt werden wolle. Auch Katrin Tomaschku-Ubeländer merkte an, dass manchmal der Typ Hund aufgrund der Kontinuität vielleicht besser versorgt sei. Dr. Johannes Flechtenmacher legte jedoch Wert darauf, bei neuen digitalen Versorgungsangeboten auch den Typ Hund mitzunehmen, Hund und Katze müssten abends quasi gemeinsam Gassi gehen. Der BVOU

mit 7.000 Orthopäden biete sich zur Integration bewährter Einzellösungen und neuer Projekte in einer Plattform als wichtiger Netzwerkpartner an, wie auch BVOU-Geschäftsführer Dr. Jörg Ansorg bestätigte.

In der anschließenden Gruppenarbeit wurden Anforderungen an optimale Systeme jeweils auch Sicht der Patienten wie aus Sicht der Ärzte entwickelt. Klarer gemeinsamer Favorit bei den Wunschlösungen war ein „digitaler Casemanager“, der eine „organisierte Patiententour“ mit optimalem und schnellem Terminalservice für den Patienten und leitliniengerechten Pfaden bei der ärztlichen Versorgung sicherstellt. Als gravierende Probleme stellten sich im weiteren Verlauf der Veranstaltung der Umgang mit der großen Datenfülle, die mangelnde Datenübertragung über Sektorengrenzen hinweg, mangelnde Kompatibilität der Systeme, die fraglich mögliche Integration der ePA und der Datenschutz heraus. Aus ärztlicher Sicht wären dabei möglichst großzügige Zugriffsmöglichkeiten auf alle behandlungsfallbezogenen Patientendaten z.B. im Rahmen einer casebezogenen ePA wünschenswert, die bevorzugt nur im Rahmen einer Widerspruchslösung unterbunden werden können sollte. Für erste Projekte bei bestimmten zu definierenden Diagnosen regte Dr. Burkhard Lembeck zunächst die App – Unterstützung neuer DMP-Programme auf orthopädisch-unfallchirurgischem Fachgebiet an, für die der gesetzliche Rahmen bereits gegeben sei, so dass auch entsprechende Vergütungen regelbar seien. Für Patienten können derartige Anwendungen laut Prof. Paul-Alfred Grützner auch die Möglichkeit zu einer besser leitlinienorientierten und evidenzbasierten Behandlung bringen.

Die zusammengefassten Ergebnisse des Workshops wurden einem breiteren Kreis im BVOU nun erstmals bei der Gesamtvorstandssitzung in Tübingen in Kürze vorgestellt. In der dortigen Diskussion verständigte man sich darauf, sowohl an Einzelprojekten wie dem neuen Ortho-HeroBKK-Vertrag wie auch an der Zusammenführung zu einem Gesamtkonzept zu arbeiten und hierfür auch Haushaltsmittel zur Verfügung stellen zu wollen. Für den BVOU wurde mehrheitlich eine große Chance gesehen, so bedarfsgerechte digitale Hilfen für den Versorgungsalltag mitgestalten zu können.

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

# Neue Selektivverträge des BVOU zu stationersetzenden Leistungen mit der DAK Bayern und der KKH

Der BVOU e. V. hat mit der Managementgesellschaft REBECA health care GmbH (ein Unternehmen der Helmsauer Gruppe) aus Nürnberg eine Kooperationsvereinbarung im Bereich Selektivverträge geschlossen. Inhalt der Kooperation sind Verträge über die Versorgung mit stationersetzenden Leistungen, die die REBECA mit der KKH (bundesweit) und mit der DAK (Bayern) geschlossen hat.



Krankenkassen	Region	Fachgebiete	Leistungsauszug
DAK	Bayern	Orthopädie (Neuro)Chirurgie	Eingriffe an: Schulter, Hand, Hüfte, Knie, Fuß, Wirbelsäule inkl. Endoprothetik
KKH	Bundesweit	Orthopädie (Neuro)Chirurgie	Eingriffe an: Schulter, Hüfte, Knie, Fuß, Wirbelsäule inkl. Endoprothetik

Das Ziel dieses integrierten Versorgungsmodells ist es, die Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit bei ambulant durchführbaren und stationersetzenden Operationen durch eine problemorientierte, interdisziplinär fachübergreifende sowie sektorenübergreifende Zusammenarbeit in Form einer integrierten Versorgungskette zu verbessern.

Dies soll durch den Abbau der Schnittstellenproblematik, durch eine intensive Kooperation und Kommunikation zwischen zuweisenden Ärzten, Operateuren und Anästhesisten und die qualifizierte prä- und postoperative Betreuung einschließlich der gegebenenfalls erforderlichen Rehabilitation erreicht werden.

Ausgewählte planbare Operationen, die bislang vorwiegend stationär durchgeführt wurden, sollen danach ambulant bzw. kurzstationär erbracht werden, soweit dies aus medizinischer Sicht und unter Berücksichtigung sozialer Rahmenbedingungen der Patienten möglich ist.

Diese Verträge sind bereits bundesweit mit der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) und im Bundesland Bayern mit der Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) gestartet.

## Teilnahmevoraussetzungen

An der besonderen Versorgung dürfen prä- und postoperativ tätige Leistungserbringer sowie **Operateure** und **Anästhesisten** teilnehmen.

Es handelt sich dabei um

- ▶ niedergelassene Fachärzte, die gem. § 95 SGB V zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind,
- ▶ Fachärzte, die an einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) tätig sind, sofern das MVZ Kooperationspartner von der Managementgesellschaft ist,
- ▶ ermächtigte Fachärzte gemäß § 116 SGB V, welche nur im Rahmen ihres Ermächtigungsumfanges tätig werden dürfen,
- ▶ am zugelassenen Krankenhaus tätige Fachärzte, sofern das Krankenhaus Kooperationspartner der Managementgesellschaft ist.

Darüber hinaus muss ein internes und externes Qualitätsmanagement sichergestellt sein.

## Begriffserklärung „Stationersetzend“

„Stationersetzende Leistungen“ bedeutet nicht automatisch, dass es keine Übernachtung der behandelten Patienten geben darf.

Die Leistungen sollen außerhalb der stationären Regelversorgung erbracht werden. Wenn jedoch eine Übernachtung über einen oder mehrere Tage zur Kontrolle notwendig bzw. sinnvoll ist, dann kann die Leistung trotzdem im Rahmen dieser Verträge erbracht werden, wenn die Übernachtung „ambulant“ und nicht stationär erfolgt.

Aus den Leistungsvergütungen gem. Vergütungsübersichten muss in diesen Fällen dann aber auch diese Übernachtung sowie damit im Zusammenhang stehende Leistungen oder die Einmietung in ein Beleghaus oder Privatklinik finanziert werden.

## Leistungsvergütung

Die Vergütung der Leistungen im Rahmen dieser Verträge der besonderen Versorgung erfolgt auf der Basis von Fall- bzw. Komplexpauschalen.

Mit der Pauschale sind alle prä- und postoperativen Leistungen ab Einschreibung des Patienten in den Vertrag, sowie der operative Eingriff einschließlich der Anästhesie- und Sachkosten (z. B. Materialien und Arzneimittel) ebenso wie die direkte Nachsorge bis zu 21 Tage abgegolten.

**Die Vergütung wird nach Leistungserbringung von REBECA in einem vierzehntägigen Rhythmus vorfinanziert.**

### Ihre Ansprechpartnerin im BVOU:

Kathrin Betsch  
T 030 797 444-52  
F 030 797 444-45  
[vertraege@bvou.net](mailto:vertraege@bvou.net)



**SV-Verträge zu stationersetzenden Leistungen**  
[https://link.bvou.net/sv\\_stationersatz](https://link.bvou.net/sv_stationersatz)



**Alle SV-Verträge des BVOU**  
<https://link.bvou.net/sv-vertraege>

## Ihre Vorteile

Als Inhaber der Verträge bietet die REBECA health care GmbH die Betreuung und Abwicklung aus einer Hand an. Neben fachlich exzellent ausgebildeten Ansprechpartnern wird Ihnen eine selbstentwickelte Leistungserfassungssoftware sowie ein umfangreiches Abrechnungsportal zur transparenten Bearbeitung Ihrer Selektivvertragsleistungen kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Das Leistungsportfolio der REBECA ermöglicht:

- ▶ Schlanke Prozesse durch schnelle Erfassung der Versichertendaten sowie der Leistungen
- ▶ Vor- und nachgelagerte Überprüfung jeder Plausibilität für jede einzelne Leistung
- ▶ Vermeidung von fehlerhaften Abrechnungen
- ▶ Signifikante Reduktion des Bearbeitungsaufwands
- ▶ Sichere Übermittlung der Abrechnungsdaten
- ▶ Übersichtliche Kontrollmöglichkeiten zu Abrechnungen und Auszahlungen
- ▶ Höhere Erlöse im Vergleich zur Regelversorgung
- ▶ Verbesserte Liquidität durch Vorfinanzierung der Honorare

## Einschreibung und weitere Informationen

Weitere Informationen zu den Verträgen sowie die Honorar- und Vergütungsübersichten erhalten Sie auf der BVOU-Webseite. Hier haben wir eine Landingpage erstellt, die über alle Selektivverträge informiert, die über den BVOU für dessen Mitglieder verfügbar sind. Die Einschreibung in den jeweiligen Vertrag wird über diese Seite zentral ermöglicht.

Weiterhin haben wir Ihnen unten den direkten Link zur Einschreibung in die SV-Verträge zu stationersetzenden Leistungen aufgeführt.

Nach der Registrierung als Interessent erhalten Sie weitere Informationen zu den SV-Verträgen mit DAK Bayern und KKH sowie die Einschreibeunterlagen per E-Mail.

Weitere Informationen zu den Selektivverträgen des BVOU und den Teilnahmebedingungen erhalten Sie in unserer Abteilung Selektivverträge. Ihre Ansprechpartnerin ist Frau Kathrin Betsch.

Dr. Jörg Ansorg, BVOU-Geschäftsführer

# Vergütung von Therapieberichten Physiotherapie mit 55 € zu Lasten des ärztlichen Budgets



Physiotherapeuten dürfen sich über eine Anhebung der Preise ihrer Leistungen freuen.

Am 1.8.2021 ist nach Schiedsspruch ein neuer bundeseinheitlicher Rahmenvertrag nach § 125 SGB V über die Versorgung mit Leistungen der Physiotherapie in Kraft getreten. Vertragspartner sind der GKV-Spitzenverband sowie der Bundesverband selbständiger Physiotherapeuten (IFK), Deutscher Verband für Physiotherapie (ZVK), VDB-Physiotherapieverband und Verband Physikalische Therapie (VPT). Ärzte waren nicht beteiligt. Er löst alle bisherigen Kassenverträge ab. Vereinbart werden neue bundeseinheitliche Vergütungssätze für physiotherapeutische Leistungen, verschiedene neue Durchführungsbestimmungen und weitere Präzisierungen, z. B. zur Bestätigung der Leistungen, zu Fristen zum Behandlungsbeginn und zu Korrekturmöglichkeiten.

## 1 Milliarde jährlich mehr für Physiotherapie

Physiotherapeuten dürfen sich über eine Anhebung der Preise ihrer Leistungen um 14,09% gegenüber dem 1.7.2019 freuen. Da es bei der Festsetzung der neuen Heilmittelpreise zu Verzögerungen kam, werden vorübergehend sogar alle Behandlungen zwischen 1.8.2021 und 30.11.2021 um 26,67% erhöht. Physiotherapieverbände bewerten laut Medienberichten den Abschluss als sehr gut, da trotz Coronapandemie und angespannter Finanzlage der Krankenkassen eine Mehrvergütung für die Branche in Höhe von etwa 1 Milliarde Euro erreicht werden konnte.

## Physiotherapeutischer Bericht bringt 55 €

Als neue Positionsnummer ist mit X1906 ein physiotherapeutischer Bericht mit einer Vergütung in Höhe von 55 € für den Physiotherapeuten aufgeführt. Diese Bewertung sorgt aktuell unter Ärzten für Aufregung und Missverständnisse, zumal auch verschiedene kassenärztliche Vereinigungen in Mitteilungen an Ärzte darauf hingewiesen

hatten, dass dieser Bericht bei der Berechnung des Verordnungsvolumens des Arztes Berücksichtigung findet. Ein Blick in die Leistungslegende der Positionsnummer X1906 stellt jedoch klar, dass es sich bei dem mit 55€ vergüteten Bericht nicht um den bisher schon bekannten physiotherapeutischen Kurzbericht handelt, den der Arzt vom Therapeuten erhält, wenn er auf dem Rezeptformular Muster 13 das Kreuz bei Therapiebericht gesetzt hat. Dieser ist bekanntermaßen oft wenig aussagekräftig, sehr kurz und wird regelhaft unter Verwendung von Ankreuzformularen erstellt; er wäre mit 55€ weit überbewertet. Mit dem neuen Bericht nach X1906 ist jedoch ein wesentlich ausführlicherer, nicht an Formvorgaben gebundener „physiotherapeutischer Bericht auf schriftliche Anforderung der zuständigen gesetzlichen Krankenkasse oder der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes sowie des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen“ gemeint, die Leistungslegende präzisiert: „Ein Kreuz auf der Verordnung ist hier nicht ausreichend. Die schriftliche Anforderung ist der Abrechnung beizufügen.“

## Problem für Heilmittelrichtgrößenvolumina?

KBV und kassenärztliche Vereinigungen der Länder versuchen, Ärzten weiterhin die Einhaltung ihrer Heilmittelrichtgrößen zu ermöglichen und Auffälligkeiten im Rahmen von Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu vermeiden. Daher haben KBV und GKV – Spitzenverband rückwirkend für das Jahr 2021 eine Steigerung des Ausgabenvolumens in Höhe von 9,18% vereinbart. Die bundesweiten Rahmenvorgaben nach § 84 Abs. 6 SGB V sind die Basis für darüber hinaus gehende regionale Verhandlungen zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen zu den Ausgabenvolumina für Heilmittel. Zusätzlich zu den bundesweit vereinbarten Anpassungsfaktoren werden dann auf Landesebene weitere Faktoren berücksichtigt, wie die Entwicklung der Zahl und Altersstruktur der Versicherten. Eine rückwirkende Erhöhung der Heilmittelrichtwerte durch die KVen ist für 2021 vorgesehen. Während die neuen Heilmittelpreise und neue Leistungen wie der Bericht nach X1906 also im gesamten Ausgabenvolumen durchaus berücksichtigt sind, lassen sich Belastungen des praxisindividuellen Heilmittelrichtgrößenvolumens nur dadurch zuverlässig vermeiden, den neuen Bericht nach X1906 als Arzt eben nicht oder möglichst selten anzufordern. Denn anders als Ralf Buchner in den auf die Zielgruppe der Physiotherapeuten gerichteten Onlinemedien seines Verlags falschdarstellt,

werden die neuen Berichte in dem einzig für die Arztpraxen relevanten Bereich der Richtwerte eben nicht berücksichtigt, weil diese nur aus Vergangenheitswerten berechnet werden. Da unklar ist, wie häufig die neuen Berichte angefordert werden, besteht bei Wirtschaftlichkeitsprüfungen hier als einzige Möglichkeit, dies erst im Nachgang als Praxisbesonderheit zu berücksichtigen, wenn Praxen auffällig geworden sind. Die Berichte dürften allerdings für die behandelnden Ärzte auch nur in Ausnahmefällen von Interesse sein.

## Kommentar: Verstimmung der Ärzte gut verständlich

Dennoch ist die Verstimmung der Ärzte nur allzu verständlich: Die gerechtfertigten Tarifsteigerungen von aktuell 6% für ihre medizinischen Fachangestellten müssen auch die Praxisinhaber erstmal erwirtschaften, die ihren Mitarbeiterinnen sicher das Gehaltsplus gönnen. Während Physiotherapeuten dank guter Lobbyarbeit nun mit Preissteigerungen von 26% bzw. 14% nach Hause gehen, wurden Ärzte auf Bundesebene gerade mit beschämenden 1,275% Honorarzuwachs abgespeist. Selbst im Bereich der privaten Krankenversicherung erhalten Ärzte für einen „ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht“ mit Angaben zu Anamnese, Befunden, epikritischer Bewertung und Therapie bei üblichem Steigerungsfaktor 2,3 gerade einmal 17,43€ (GOÄ 75). Im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es für Arztbriefe überhaupt keine separat ansetzbare Leistungsziffer nach EBM und nicht einmal Portokosten werden neuerdings mehr in voller Höhe erstattet. Nicht funktionierende KIM-Dienste und TI lassen grüßen. Die Berichterstellung ist aber dennoch obligat in verschiedenen Leistungsziffern für ärztliche Leistungen vorgesehen, die im KV-System mehrheitlich selbst einschließlich der durchgeführten Leistungen weit unter dem Preis von 55€ vergütet werden. Auch in den Selektivverträgen gibt es keine Vergütung für Arztbriefe. Ergotherapeuten hatten für ihre Berichte sogar eine Vergütung von 99,90€ verhandeln können. Diese krasse Ungleichbehandlung zeigt erneut eine leider so oft feststellbare Geringschätzung ärztlicher Leistung durch Politik und Krankenkassen, die ärzteseitig so nicht weiter hingenommen werden sollte.

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

# Erfolgreich in die Niederlassung

**Gerade in der heutigen Zeit ist eine Niederlassung erstrebenswert. In Zeiten, in denen im Krankenhaus die Bürokratie immer weiter ausfunkt und zunehmend wirtschaftliche Belange medizinische Entscheidungen beeinflussen, besteht in der eigenen Praxis die Chance im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten die Medizin zu machen, von der man überzeugt ist. Zudem war es schon sehr lange nicht mehr so einfach zu vernünftigen Konditionen an einen Kassenarztsitz zu gelangen.**

Vor einer Niederlassung gibt es viele Entscheidungen zu treffen und Vorarbeiten zu leisten. Eine zentrale Entscheidung, die sehr früh getroffen werden muss, da sie viele weitere Entscheidungen beeinflusst ist die Frage, welches Konzept der eigenen Praxis zugrunde liegen soll. Die beiden Extremformen des Praxiskonzeptes sind High-Turnover oder Low-Turnover.

Was meine ich mit diesen Begriffen? High-Turnover bedeutet, dass Sie möglichst viele Patient\*innen in Ihrer Sprechstunde behandeln möchten. Um dies zu ermöglichen, benötigen Sie viel Personal, ausreichend Platz und entsprechende technische Voraussetzungen, um die Patient\*innen möglichst zügig, gut und umfassend versorgen zu können. Dies wiederum führt zu hohen Betriebskosten, da Personal, Raummiete und eine hochwertige apparative Ausstattung viel Geld kosten. Im Gegenzug Erlösen Sie einen höheren Umsatz durch die höhere Anzahl an Patient\*innen. Dieses Modell kann insbesondere dann interessant sein, wenn Sie in Ihrer Praxis extrabudgetäre Leistungen oder Selbstzahlerleistungen anbieten. Bei extrabudgetären Leistungen, wie z. B. ambulante Operationen gilt der Grundsatz, dass, wenn keine Vorselektion durch Ihre Zuweiser erfolgt, nur ein geringer Prozentsatz der Patient\*innen, die Sie sehen werden, eine Indikation für eine entsprechende Operation haben werden. Da dieser Prozentsatz unabhängig von der Zahl der Patient\*innen ist, die Sie in Ihrer Praxis sehen werden, heißt das im Gegenschluss, dass je mehr Patient\*innen Sie untersuchen, desto mehr Menschen mit einer OP-Indikation in absoluten Zahlen werden Sie in Ihrem Klientel haben. Gleiches gilt, wenn Sie in Ihrer Praxis Selbstzahlerleistungen anbieten wollen. Auch hier können Sie davon ausgehen, dass je mehr Patient\*innen Sie betreuen, desto mehr potentielle Kandidaten mit einer entsprechenden Indikation finden sich in Ihrem Patienten-gut. Die Quote derer, die eine Selbstzahlerleistung in Anspruch nehmen, hängt letztlich alleine von Ihnen ab. Dies bedeutet aber, dass je öfter Sie eine medizinisch sinnvolle Selbstzahlerleistung anbieten können, desto

häufiger – in absoluten Zahlen – wird diese Leistung in Anspruch genommen werden.

Hierzu machen wir eine einfache Rechnung: Sie bieten in Ihrer Praxis eine Behandlung von Kalkschultern mittels einer extrakorporalen Stoßwellentherapie gemäß den wissenschaftlichen Empfehlungen an. Von den Patient\*innen in Ihrer Praxis haben 5 Prozent eine Kalkschulter. Sie schaffen es, dass 50 Prozent von diesen sich mittels ESWT gegen Ihre Beschwerden behandeln lassen. In Zahlen bedeutet dies, dass Sie bei einer Patientenzahl von 1.000 pro Quartal 25 Stoßwellenbehandlungen à 3 bis 5 Sitzungen im Quartal durchführen werden. Erhöhen Sie Ihre Patientenzahl auf 1.500 pro Quartal bei ansonsten unveränderten Bedingungen, werden Sie 37,5 also 50 Prozent mehr Stoßwellenbehandlungen pro Quartal leisten.

Das Gegenmodell zum High-Turnover Modell ist das Low-Turnover Modell. Hier wird die gesamte Praxis minimalistisch angelegt. Mit möglichst wenig Personal, geringen Raumkosten und einer eher funktionalen apparativen Ausstattung werden im Rahmen der Sprechstunde deutlich weniger Patient\*innen betreut. In dieser Konstellation wird ein geringerer Umsatz generiert, dafür sind aber auch die Betriebskosten viel niedriger. Dieses Konzept kann sich vor allem für reine Grundversorger, die keine extrabudgetären oder spezialisierten Leistungen anbieten, lohnen.

Sie müssen sich bereits in der frühen Phase der Niederlassungsplanung ein Konzept für Ihre Praxis überlegen. Mit beiden vorgestellten Konzepten kann eine Kassenarztpraxis wirtschaftlich erfolgreich betrieben werden, da Gewinn und Umsatz nicht identisch sind.

Sie wollen sich niederlassen und von Beginn an wirtschaftlich erfolgreich sein? 10xNiederlassung begleitet Sie Schritt für Schritt durch die Niederlassungsplanung. Sichern Sie sich Ihren Zugang zur wachsenden Datenbank noch heute für nur 1.497 € pro Jahr.



Dr. Markus Schürkens  
Bad Kissingen  
Gründungspartner der Praxisberatung für  
Orthopäden und Unfallchirurgen  
zshochzwei  
markus.schuerkens@zshochzwei.de

# Datenschutz bei Auflösung einer Praxisgemeinschaft – Was ist zu beachten?

---

Ärztliche Kooperationen im Rahmen von Praxisgestaltungen werden in der Regel mit dem Ziel eingegangen, auf Dauer angelegt zu sein. Sie erfüllen aber nicht stets die mit ihnen verbundenen Erwartungen und halten nicht immer so lange, wie bei Beginn allseits erhofft. Kommt es zur Trennung, so ist dies oft mit schwierigen Auseinandersetzungen verbunden. Betrachtet man die Interessenlage der betroffenen Ärzte, so hätte sicherlich jeder von diesen allein aufgrund wirtschaftlicher Bedingungen ein Interesse daran, den gesamten lokal gespeicherten Patientenstamm zu behalten. Allerdings sind hierbei stets der Datenschutz und die ärztliche Schweigepflicht zu berücksichtigen. BVOU Justitiar Dr. Jörg Heberer klärt auf.

---

**Herr Dr. Heberer, wie verhält es sich bezüglich des Patientendatenschutzes allgemein in einer Praxisgemeinschaft? Dürfen alle Partner der Gemeinschaftspraxis uneingeschränkt Zugriff auf die Daten haben?**

Bei Organisationsgemeinschaften, wie hier einer Praxisgemeinschaft, handelt es sich nicht um eine Form der gemeinsamen Berufsausübung. Dies bedeutet, dass rechtlich voneinander vollkommen getrennte Praxen bestehen, sodass hier sowohl die ärztliche Schweigepflicht als auch der Datenschutz unter den Partnern der Praxisgemeinschaft uneingeschränkt beachtet werden muss. In der praktischen Umsetzung müssen somit die Aktenschränke und EDV-Anlagen so beschaffen sein, dass der Zugriff auf die Daten der Patienten des jeweils anderen PG-Partners ausgeschlossen ist. Es bestehen folglich keine gegenseitigen Zugriffsrechte auf die Patientendaten der jeweils anderen Praxisinhaber. Nachdem aber eine PG regelmäßig eine gemeinsame Infrastruktur, wie beispielsweise einen gemeinsamen Server und eine gemeinsame Praxissoftware, nutzt, so muss dies so gestal-

tet sein, dass jeder Praxisinhaber nur Zugriff auf die Daten seiner eigenen Patienten erhält, nicht aber auch auf die Daten der Patienten der anderen Praxisinhaber. Dieselbe notwendige getrennte Organisation gilt selbstverständlich auch für die Patientenunterlagen in Papierform. Diese dürfen ebenfalls nur dem Zugriff des jeweiligen Praxisinhabers unterliegen und müssen so aufbewahrt und archiviert werden, dass sie vor unberechtigten Zugriffen gesichert sind. Ein unberechtigter Zugriff liegt, wie dargestellt, bereits in dem Zugriff durch einen anderen Partner der Praxisgemeinschaft.

**Angenommen, einer Praxisgemeinschaft löst sich auf – was ist diesbezüglich zu beachten?**

Bei Trennung einer Praxisgemeinschaft ergibt sich aus rein datenschutz- und schweigepflichtrechtlicher Sicht eigentlich kein Problem, da jeder Arzt die ausschließlich ihm gehörenden Daten seiner eigenen Patienten mitzunehmen hat und die Datenbestände von vornherein getrennt sein müssen, wie eingangs dargestellt.

**Was ist, wenn der Arzt seine Praxis an den PG-Partner (oder einen sonstigen Dritten) verkauft, kann dieser dann ohne Weiteres die Patienten bzw. Patientenkartei des abgehenden Kollegen übernehmen?**

Nein, das kann er nicht. Denn auch hier gilt das Vorgenannte, wonach bei der Übergabe der Patientenkartei sowohl die ärztliche Schweigepflicht als auch das Datenschutzrecht zu beachten sind. Denn der Verkäufer ist gegenüber dem Käufer zu deren Einhaltung verpflichtet, sodass die Offenbarung der Patientendaten bzw. die Übergabe der Patientenkartei nur mit Einwilligung des Patienten zulässig ist.

**Wie könnte das konkret laufen?**

Im Idealfall holt der Verkäufer noch vor Praxisübergabe von jedem Patienten die schriftliche Einwilligung zur Übergabe der Patientenkartei an den konkret zu benennenden Praxisnachfolger ein.

Der Regelfall ist meiner Erfahrung nach aber die Übergabe mittels des sog. 2-Schrank-Modells.

**Was bedeutet das konkret?**

Nach dem 2-Schrank-Modell übergibt der Praxisveräußerer dem Praxisübernehmer den verschlossenen Karteischrank mit den gesamten Behandlungsunterlagen. Der Veräußerer behält zunächst jedoch das Eigentum an seinen Patientenkarteien. Die Parteien vereinbaren deshalb im Praxisübernahmevertrag eine sog. Verwahrungs-

klausel, mit welcher sich der Käufer verpflichtet, die Altkartei für den Verkäufer zu verwahren und nur von Fall zu Fall darauf Zugriff zu nehmen, wenn ein früherer Patient des Veräußerers ihn zwecks Behandlung aufsucht und in die Nutzung seiner Patientenkartei durch den Käufer einwilligt. Erklärt sich der Patient im konkreten Fall dann mit der Benutzung der alten Kartei einverstanden, so darf diese entnommen und in die laufende Patientenkartei des Käufers eingebracht werden. Die Einverständniserklärung des Patienten kann schriftlich abgegeben werden oder der Patient kann durch sein bloßes Erscheinen zur Behandlung in der Praxis schlüssig zum Ausdruck bringen, dass er in eine Nutzung der Altkartei durch den Käufer einwilligt. Dieses Einverständnis ist in der Akte zu dokumentieren. Mit dem Einbringen in die laufende Patientenkartei geht das Eigentum an der Altkartei auf den Käufer über.

#### Wie wird dies mit elektronischen Patientenakten gehandhabt?

Bei elektronisch geführten Patientendaten ist der alte Bestand zu sperren und der Zugriff hierauf zu sichern, z. B. mittels Passwort. Auch hier bedarf sodann der erstmalige Zugriff auf die Patientendaten durch den Praxisnachfolger, wie vorgenannt, der Einwilligung des Patienten. Liegt diese vor, so darf insoweit der Datensatz vom Nachfolger freigeschaltet und weitergenutzt werden. Für das Erfordernis der Einwilligung und deren Dokumentation gelten die oben genannten Grundsätze.

#### Wie sollte eine zu Dokumentationszwecken eingeholte schriftliche Einwilligung des Patienten in die Übergabe der Patientenkartei formuliert sein?

Meiner Auffassung nach sollte eine schriftliche Einwilligungserklärung enthalten, dass der Patient darin einwilligt, dass der konkret zu benennende Praxisnachfolger in seine vom zu benennenden abgebenden Arzt geführte Patientenakte und seine Daten Einsicht



Was ist, wenn der Arzt seine Praxis verkauft: Kann der Nachfolger ohne Weiteres die Patientenkartei übernehmen?

nehmen und die darin enthaltenen Informationen und Daten nutzen und verarbeiten darf.

#### Thema Praxisübernahmevertrag: Worauf sollte man diesbezüglich achten? Was sollte der Vertrag hierzu rechtssicher enthalten?

Klar zum Ausdruck gebracht werden sollte in jedem Praxisübernahmevertrag, dass eine Übergabe der Patientenkartei aufgrund des informationellen Selbstbestimmungsrechtes nur aufgrund der Einwilligung des betroffenen Patienten erfolgt und die Einwilligung zumindest durch schlüssiges Verhalten, insbesondere dadurch, dass der Patient sich zum Übernehmer in ärztliche Behandlung begibt, eindeutig zum Ausdruck kommen muss. Nach höchst richterlicher Rechtsprechung scheidet die Annahme einer mutmaßlichen oder stillschweigend erklärten Einwilligung des Patienten dagegen im Regelfall aus (vgl. BGH Urteil vom 11.10.1995, VIII ZR 25/94).

Folge des Fehlens einer solchen Regelung kann die Nichtigkeit des gesamten Praxisübernahmevertrages auch bei Aufnahme einer salvatorischen Klausel sein. Aus den genannten Gründen muss zum einen die aufgezeigte Verwahrungsklausel in den Praxiskaufvertrag Einzug halten und zwar selbst dann, wenn der übernehmende Arzt schon längere Zeit in der Praxis (mit-)gearbeitet hat.

Sofern eine wirksame Verwahrungsklausel in einem Praxiskaufvertrag vorhanden ist, bedarf es meiner Auffassung nach auch keines gesonderten

datenschutzrechtlichen Auftragsverarbeitungsvertrages.

Wichtig ist jedoch, dass die unterschiedlichen Landesdatenschutzbehörden hier auch unterschiedliche Auffassungen vertreten können. Beispielsweise vertritt das Bayerische Landesamt für Datenschutzaufsicht hier ebenso wie ich im Falle des 2-Schrank-Modells die Auffassung, dass weder ein Fall der Auftragsverarbeitung zwischen bisherigem Praxisinhaber und Praxisübernehmer, noch ein Fall der gemeinsamen Verantwortlichkeit gem. Art. 26 DSGVO für die Patientenakten vorliegt. Man sollte sich aber im konkreten Fall aus Gründen der Rechtssicherheit stets mit der zuständigen Behörde vorab abstimmen.

Hinweisen darf ich noch darauf, dass der Auftragsverarbeitungsvertrag keine Rechtsgrundlage dafür ist, dass die entsprechenden Patientenakten bei Einwilligung des Patienten dann auch in das Eigentum des Käufers übergehen. Hierfür bedarf es üblicherweise, wie oben angesprochen, der Regelung im Praxiskaufvertrag.

Zum anderen sollte für die Erstellung eines Praxiskaufvertrages stets eine rechtliche Beratung durch einen Fachanwalt für Medizinrecht in Anspruch genommen werden, damit insbesondere die Klausel zur Übergabe der Patientenkartei rechtskonform ausgestaltet wird, um etwaige Nichtigkeitsfolgen zu vermeiden.

#### Herr Dr. Heberer, vielen Dank für das klärende Gespräch.

Das Interview führte Janosch Kuno.

# Risiken durchleuchten – und sinnvoll absichern

## Wir geben Sicherheit

Als Arzt/Ärztin mit Ihrem Tätigkeitsspektrum ist ein umfassender beruflicher Versicherungsschutz existenzsichernd. In enger Kooperation mit Ihrem Berufsverband bieten wir Ihnen hierzu die Vorzüge diverser exklusiver Rahmenverträge. Eine detaillierte Risikoanalyse, Versicherungsschutz zu besonders günstigen, zeitgemäßen Konditionen und effiziente Hilfe im Schadenfall sind unsere unabhängigen Dienstleistungen für Sie als Arzt/Ärztin und Privatperson. So sparen Sie Zeit, Aufwand und Geld.

Funk als größter inhabergeführter Versicherungsmakler und Risk Consultant Deutschlands, berät und betreut als präferierter Partner seit Jahrzehnten Ärzt\*innen verschiedener Fachrichtungen, medizinische und soziale Einrichtungen sowie eine Vielzahl medizinischer Berufsverbände in Versicherungs- und Risikofragen. Die Kontinuität der Zusammenarbeit zeichnet sich insbesondere durch die Kompetenz und das Know-how der ausgewählten Risikoträger aus.

**Gern beraten wir Sie persönlich.  
Informieren Sie sich jetzt!**

Ich interessiere mich für folgende Themen und bitte um Kontaktaufnahme:

- Berufs-Haftpflicht-Versicherung
- CyberProfessional
- Rechtsschutz-Versicherung für Niedergelassene
- Rechtsschutz-Versicherung für Angestellte
- Versicherungsinformationen für Studierende/  
Nachwuchsmediziner\*innen in OU
- Praxisinventar-Versicherung
- Elektronik-Versicherung
- Kombinierte Praxis-Sach-Versicherung
- Praxisunterbrechungs-Versicherung
- Unfall-Versicherung
- Regress-Versicherung
- Krankenversicherung
- Lebensversicherung / Altersversorgung
- Sonstiges:

Diese Beratung ist für Sie als Mitglied des Berufsverbandes BVOU kostenfrei.

Bitte senden Sie den Coupon ausgefüllt und unterschrieben per Fax zurück oder mailen Sie uns (Stichwort: BVOU/Rahmenverträge).



**Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH**  
**Funk Ärzte Service**  
Sabine Stock  
Valentinskamp 20 | 20354 Hamburg  
T +49 40 35914-504  
F +49 40 35914-73504  
s.stock@funk-gruppe.de

---

Name, Vorname

---

Geburtsdatum

---

Telefon-Nr.

---

E-Mail

---

Beste Erreichbarkeit

---

Datum

---

Unterschrift/Praxisstempel



# Kursangebote der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

## ADO-Kurse für Ärzte

<b>Facharztvorbereitungskurse (FAB)</b>					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
27.06.–02.07.2022	32. Facharztvorbereitungs- und Refresherkurs	Berlin	Dr. Thilo John, Prof. Michael Wich, PD Dr. Stephan Tohtz	640 €	890 €
28.11.–03.12.2022	33. Facharztvorbereitungs- und Refresherkurs	Berlin	Dr. Thilo John, Prof. Michael Wich, PD Dr. Stephan Tohtz	640 €	890 €
<b>Hygienebeauftragter Arzt (HBA): Curriculare Fortbildung im Blended-Learning-Format</b>				(Teilnahmegebühr zzgl. MwSt.)	
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
11.–12.02.2022	Qualifikationskurs Hygienebeauftragter Arzt (HBA) Abschlussveranstaltung	Nürnberg	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	559 €	699 €
13.–14.05.2022	Qualifikationskurs Hygienebeauftragter Arzt (HBA) Abschlussveranstaltung Hybrid	Berlin & Online	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	559 €	699 €
07.–08.10.2022	Qualifikationskurs Hygienebeauftragter Arzt (HBA) Abschlussveranstaltung Hybrid	Berlin & Online	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	559 €	699 €
Durchgehend	Refresherkurs Hygienebeauftragter Arzt	E-Learning	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	299 €	499 €
<b>BVOU e. V.</b>					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Durchgehend	Archivwebinar Digitalisierung des Deutschen Gesundheitswesens – Die nächsten Schritte 2021	Online	Dr. Karsten Braun		
<b>Pflichtunterweisungen für das gesamte Klinik- und Praxisteam (Ärzte, Pflege, MFA)</b>					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
Durchgehend	Kommunikation im Schadenfall	E-Learning	Alexander Klein	40 €	50 €
Durchgehend	Patientenaufklärung für Ärzte	E-Learning	Alexander Klein	40 €	50 €
1er Lizenz	Grundkurs Schweigepflicht, Dokumentation und Datenschutz	E-Learning	Dr. Desirée Dahmen	16 €	20 €
10er Lizenz	Grundkurs Schweigepflicht, Dokumentation und Datenschutz 10er Teamlizenz	E-Learning	Dr. Desirée Dahmen	99 €	159 €
1er Lizenz	Grundkurs Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz	E-Learning	Dr. Desirée Dahmen	16 €	20 €
10er Lizenz	Grundkurs Allgemeines Gleichbehandlungsgesetz 10er Teamlizenz	E-Learning	Dr. Desirée Dahmen	99 €	159 €
1er Lizenz	Grundkurs Basic Life Support	E-Learning	Dr. Desirée Dahmen	16 €	20 €
10er Lizenz	Grundkurs Basic Life Support 10er Teamlizenz	E-Learning	Dr. Desirée Dahmen	99 €	159 €
1er Lizenz	Grundkurs Brandschutz	E-Learning	Dr. Desirée Dahmen	16 €	20 €
10er Lizenz	Grundkurs Brandschutz 10er Teamlizenz	E-Learning	Dr. Desirée Dahmen	99 €	159 €
1er Lizenz	Grundkurs Arbeitsschutz	E-Learning	Dr. Desirée Dahmen	16 €	20 €
10er Lizenz	Grundkurs Arbeitsschutz 10er Teamlizenz	E-Learning	Dr. Desirée Dahmen	99 €	159 €
1er Lizenz	Update Händehygiene	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer	16 €	20 €
10er Lizenz	Update Händehygiene 10er Teamlizenz	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer	99 €	159 €
Basispaket	Pflichtunterweisungen (Arbeitsschutz + Brandschutz + Hygiene + Basic Life Support (Volumenlizenzen auf Anfrage))	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer, Dr. Desirée Dahmen	50 €	60 €
Paket Plus	Erweitertes Paket Pflichtunterweisungen (Basispaket + Datenschutz + Allg. Gleichbehandlungsgesetz)	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer, Dr. Desirée Dahmen	60 €	70 €





## ADO-Kurse: Bildgebende Verfahren

<b>Röntgen: Update Fachkunde Strahlenschutz</b>					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
12.02.2022	Online: Update Strahlenschutz und Update Röntgen Skelettsystem	Online	Dr. Johannes Flechtenmacher, Dr. Tim Abt	200 €	400 €
18.06.2022	Online: Update Strahlenschutz und Update Röntgen Skelettsystem	Online	Dr. Johannes Flechtenmacher, Dr. Tim Abt	200 €	400 €

## ADO-Kurse für Medizinische Fachangestellte MFA

<b>Grundkurs Hygiene: Kursvarianten für Ärzte, Pflege, MFA und med. Hilfspersonal</b>					
(Teilnahmegebühr zzgl. 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 €
<b>Update Händehygiene: Kursvarianten für Ärzte, Pflege, MFA und med. Hilfspersonal</b>					
(Teilnahmegebühr zzgl. 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 €
<b>Hygienebeauftragte Medizinische Fachangestellte (HB MFA): Curriculare Fortbildung im Blended-Learning-Format</b>					
(Teilnahmegebühr zzgl. MwSt.)					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
01.12.2021	Qualifikationskurs Hygienebeauftragte MFA	E-Learning	Kathrin Mann	399 €	499 €
11.02.2022	Qualifikationskurs Hygienebeauftragte MFA Abschlussveranstaltung	Nürnberg	Kathrin Mann	399 €	499 €
16.05.2022	Qualifikationskurs Hygienebeauftragte MFA Abschlussveranstaltung	Tuttlingen	Kathrin Mann	399 €	499 €
29.09.2022	Qualifikationskurs Hygienebeauftragte MFA Abschlussveranstaltung	Berlin	Kathrin Mann	399 €	499 €
07.12.2022	Qualifikationskurs Hygienebeauftragte MFA Abschlussveranstaltung	Bochum	Kathrin Mann	399 €	499 €
durchgehend	Refresherkurs Hygienebeauftragte MFA	E-Learning	Kathrin Mann	319 €	399 €
<b>Hygienebeauftragte in der Pflege (HB Pflege): Curriculare Fortbildung im Blended-Learning-Format</b>					
(Teilnahmegebühr zzgl. MwSt.)					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
23.06.2022	Qualifikationskurs Hygienebeauftragte MFA Abschlussveranstaltung	Köln	Kathrin Mann	399 €	499 €
29.09.2022	Qualifikationskurs Hygienebeauftragte MFA Abschlussveranstaltung	Berlin	Kathrin Mann	399 €	499 €
<b>Fortbildung Aufbereitung von Medizinprodukten für MFA</b>					
(Teilnahmegebühr zzgl. MwSt.)					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
12.02.2022	Aufbereitung von Medizinprodukten (MFA) Abschlusskolloquium	Nürnberg	Kathrin Mann	399 €	499 €
24.06.2022	Aufbereitung von Medizinprodukten (MFA) Abschlusskolloquium	Hamburg	Kathrin Mann	399 €	499 €
30.09.2022	Aufbereitung von Medizinprodukten (MFA) Abschlusskolloquium	Köln	Kathrin Mann	399 €	499 €

## Onlineseminare der ADO und AOUC

<b>Onlineseminare der ADO und AOUC</b>					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
15.12.2021	Stellenwert von PRP in Kombination mit Hyaluronsäure und autologem Thrombinserin in der Schmerztherapie, Sportmedizin und ortho. Chirurgie	Online	Dr. Wolfgang Zinser, Dr. Jan Esser		
19.01.2022	D.A.F. Seminarreihe – Metatarsalgie	Online	Dr. Jörn Dohle		

# Kursangebote der Akademie für Orthopädie und Unfallchirurgie (AOUC)

<b>DGOOC-Kursreihe „Spezielle orthopädische Chirurgie“ 2022</b>					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
20.-22.01.2022	Wirbelsäule	Berlin	Prof. Dr. René Schmidt, Dr. Matti Scholz	500 €	600 €
03.-05.03.2022	Knie	Berlin	Dr. Sven Ostermeier, PD Dr. Tilman Pfitzner, PD Dr. Tobias Jung	500 €	600 €
17.-18.03.2022	Schulter	Berlin	Prof. Dr. Markus Scheibel, PD Dr. Knut Beitzel, Prof. Dr. Sebastian Siebenlist	500 €	600 €
19.-21.05.2022	Fuß	Berlin	Prof. Dr. Christina Stukenborg-Colsman, Dr. Jörn Dohle	500 €	600 €
15.-17.09.2022	Hüfte	Berlin	Prof. Dieter C. Wirtz, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller	500 €	600 €
17.-19.11.2022	Tumor	Berlin	Prof. Dr. Jendrik Harges, Prof. Dr. Axel Hillmann	500 €	600 €
<b>Deutsche und Internationale Gesellschaft für extrakorporale Stoßwellentherapie (DIGEST): Fachkunde Stoßwellentherapie</b>					
			→ Sonderpreis für DGOOC-Mitglieder: 290€		
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
29.04.2022	DIGEST-Fachkundekurs Modul 3 Tendopathien untere Extremitäten	Baden-Baden	Dr. med. Martin Ringeisen	310 €	330 €
30.04.2022	DIGEST-Fachkundekurs Modul 6 Myofasziale Schmerztherapie	Baden-Baden	Dr. med. Martin Ringeisen	310 €	330 €
<b>MRT-Kurse Kernspintomographie in Orthopädie und Unfallchirurgie</b>					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung		
25.-26.03.2022	MRT-Kurs Refresherkurs in Berlin UPDATE MRT DES BEWEGUNGSAPPARATES	Berlin	PD Dr. med. Frieder Mauch		
<b>Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. (DAF)</b>					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung		
Archiv	Archiv Onlineseminar Fortbildung Hallux valgus Webinar	Online	Dr. Jörn Dohle		
19.01.2022	D.A.F. Seminarreihe – Metatarsalgie	Online	Dr. Jörn Dohle		
04.-05.02.2022	D.A.F. Masterkurs	München	Folgt		
25.26.02.2022	D.A.F. Kurs Knorpeltherapie oberes Sprunggelenk	Hannover	Folgt		
16.–17.09.2022	D.A.F. Jahrestagung	Wiesbaden	Folgt		
<b>D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie</b>					
Termin	Kursthema	Ort	Leitung		
21.–22.01.2022	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – VIII – Abschlusskurs	Münster	Folgt		
10.–11.02.2022	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – III – Operationskurs Arthrodesen	Bochum	Folgt		
17.–18.02.2022	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – III – Operationskurs Arthrodesen	Innsbruck	Folgt		
18.–19.02.2022	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – II – Operationskurs Vorfußchirurgie	Düsseldorf	Folgt		
04.–05.03.2022	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – I – Anatomischer Präparationskurs	Greifwald	Folgt		
10.–11.03.2022	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – I – Anatomischer Präparationskurs	Köln	Folgt		
18.–19.03.2022	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – III – Operationskurs Arthrodesen	Aachen	Folgt		
25.–26.03.2022	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – IV – Operationskurs Sehnenchirurgie	Augsburg	Folgt		
12.–13.05.2022	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – I – Anatomischer Präparationskurs	Düsseldorf	Folgt		
10.–11.06.2022	D.A.F. Zertifikat Fußchirurgie – V – Operationskurs Arthroskopische Chirurgie	Bad Saarow	Folgt		

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

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
03.–04.02.2022	AE-Masterkurs „Komplexe Revisionseingriffe in der Knieendoprothetik“	Köln	Dr. med. Alois Franz, Priv.-Doz. Dr. med. Ralf Decking
31.03.– 01.04.2022	AE-Masterkurs Hüfte	Köln	Dr. med. Holger Haas, Univ.-Prof. Dr. med. Dieter C. Wirtz
28.–30.04.2022	AE-Basis-Kompaktkurs „Standards in der Hüft- und Knieendoprothetik“ anlässlich der 70. Jahrestagung der VSOU	Baden-Baden	Priv.-Doz. Dr. med. Stephan Kirschner, MBA, Prof. Dr. med. Björn Gunnar Ochs

**Aesculap Akademie GmbH**

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
Durchgehend	Medizin aufs Ohr – Podcast – Folge 1–10	Online	(Podcast: link.bvou.net/podcast)

**MWE – Ärzteseminar für Manuelle Medizin**

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
07.–09.01.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Neuss	Dr. Helmut Roscheck
08.–10.01.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Bad Krozingen	Dr. Achim Peters
08.–10.01.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Eckernförde	Helge Winter
14.–16.01.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	München	Dr. Florian Wagner, Dr. Hein Schnell
21.–23.01.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Berlin	Sergej Thiele
21.–23.01.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Dobel bei Karlsruhe	Dr. Michael Frey
05.–07.02.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Isny- Neutrauchburg	Dr. Rainer Galm
18.–20.02.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Ulm	Dr. Rainer Dehoust
11.–13.03.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Bochum	Dr. Wolfgang Kühn
18.–20.03.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Bad Iburg	Dr. Rainer Ziesché
01.–03.04.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Isny- Neutrauchburg	Dr. Florian Wagner
22.–24.04.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Nürnberg	Dr. Andreas Kreutz
10.–12.06.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Hamburg	Rosemarie Hunter
10.–12.06.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Neuss	Dr. Helmut Roscheck
02.–04.09.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Berlin	Folgt
09.–11.09.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Dobel bei Karlsruhe	Dr. Michael Frey
16.–18.09.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Dresden	Dr. Uwe Ettrich
08.–10.10.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Isny- Neutrauchburg	Dr. Karin Famler
04.–06.11.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Hannover	Dr. Peter Wittich
11.–13.11.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Eckernförde	Dr. Michael Fleischhauer
26.–28.11.2022	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Isny- Neutrauchburg	Dr. Horst Moll

**Spiraldynamik® Akademie AG**

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
26.–27.03.2022	Funktionelle Medizin des Bewegungssystems	Werther	Christian Heel, Dr. med. Christian Larsen

**Deutsche Akademie für Sportmedizin**

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
18.–26.02.2022	36. Deutsch-Österreichisch-Schweizer Kongress für Sporttraumatologie & Sportmedizin	Seefeld/tirol	PD Dr. Meinolf Goertzen

**Medupdate**

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
04.–05.03.2022	Ortho Trauma Update 2022	Berlin	Prof. Dr. Ralph Gaulke, Prof. Dr. Klaus-Peter Günther

**Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e.V.**

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
28.–30.04.2022	VSOU – 70. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e.V.	Baden-Baden	Dr. med. Johannes Flechtenmacher, Prof. Dr. med. Mario Per

**Verband Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU) e.V.**

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
14.–15.01.2022	21. VLOU-Workshop	Frankfurt	Prof. M. Schädel-Höpfner, Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Stefan Rehart



Gewinnerin des Gewinnspiels aus dem Infobrief 3 21 ist Marit Herbolzheimer: „Ich sitze, beziehungsweise stehe gerade bei den Vorbereitungen zur Ausschuss-sitzung des Jungen Forums am DKOU und habe mich über den Standsome sehr gefreut.“ Der Lösungssatz des Kreuzwort-rätsels lautete:  
 WIR FEIERN SIEBZIG JAHRE BVOU.





JAHRE

**BVOU**

Berufsverband für  
Orthopädie und Unfallchirurgie

# Happy Birthday to you

Der BVOU feiert sein 70-jähriges Jubiläum!

Erfahren Sie mehr auf

[www.bvou.net/dossiers/70-jahre-bvou](http://www.bvou.net/dossiers/70-jahre-bvou)