

infobrief



Versorgungsrealität der Orthopädischen Rheumatologie

24

TSVG – Honorarplus lockt
in die Bereinigungsfalle

27

Stoßwelle bei Fersenschmerz:
über Regeln und Verfahren

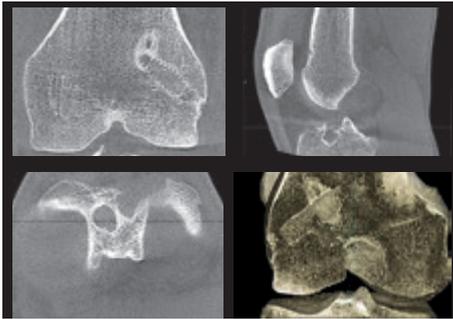
56

Videosprechstunden in O und U
– Kann man oder muss man?

SELBSTSTÄNDIGE 3-D-DIAGNOSTIK FÜR O & U

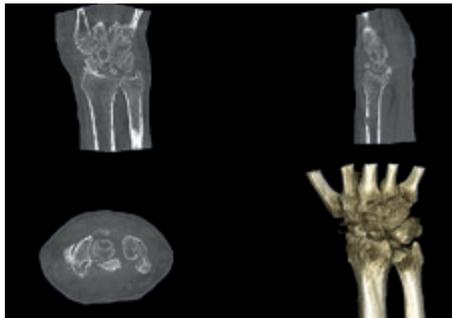
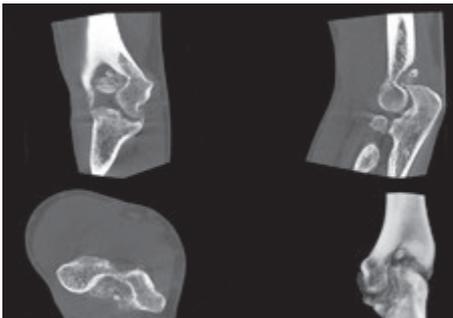
Der digitale Volumentomograph (DVT) SCS MedSeries® H22 ermöglicht Ihnen als Orthopäde und Chirurg die selbstständige unmittelbare Leistungserbringung sowie Abrechnung der 3-D-Diagnostik. Der Patient profitiert von einer sofortigen und (mit 200 µm) hochauflösenden Bildgebung, kombiniert mit höchster Strahlenhygiene.

Gestochen scharfe 3-D-Bildgebung unter Be- und Entlastung



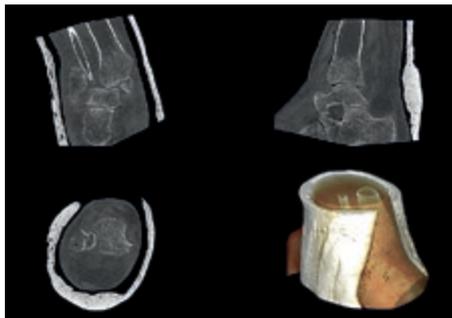
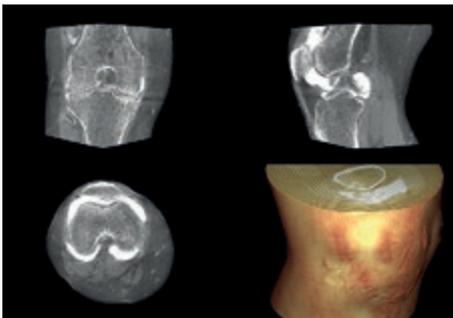
Belastung

Knie
Unterschenkel
OSG
Rückfuß
Vorfuß



Entlastung

Ellenbogen
Unterarm
Handgelenk
Mittelhand
Finger



Entlastung

Knie
Unterschenkel
OSG
Rückfuß
Vorfuß

Als BVOU-Mitglied erhalten Sie folgende Preisvorteile und Zusatzleistungen:

- Sonderkondition für die BVOU Edition (limitiert auf 24 Systeme)
- Zwei Jahre kostenfreie Mitgliedschaft im BVOU
- Kostenfreie Bereitstellung der DVT-Fachkunde BVOU (ADO) powered by SCS
- 2 Jahre kostenfreie Nutzung der SCS MedSeries® Serviceleistungen
- Planungssichere Implementierung durch dreistufige Ausbildung vor Ort in die DVT-Anwendung durch einen SCS MedSeries® Personal Liaison Manager



Weitere Informationen unter
www.myscs.com/h22

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Wir alle sind derzeit gezwungen, uns mit einer Vielzahl neuer Verordnungen und Gesetzesvorlagen auseinanderzusetzen und unsere Arbeit in Klinik und Praxis darauf einzustellen.

Die Geschwindigkeit, mit der neue Gesetzesvorlagen auf den Weg gebracht werden, bringt auch die Organe der Selbstverwaltung in erhebliche organisatorische Schwierigkeiten. Der immer wieder propagierte Bürokratieabbau erscheint als Lippenbekenntnis.

Wir versuchen deswegen in diesem Infobrief, Ihnen neben den gesetzlichen Vorgaben des TSVG auch pragmatische Lösungsempfehlungen zu geben.

Daneben darf die Arbeit am Patienten nicht leiden. Gerade chronisch kranke Patienten bedürfen unsere besondere Zuwendung.

Patienten mit primär-entzündlichen Gelenkerkrankungen sind solche Patienten. Wir haben in den letzten Jahren zusammen mit Vertretern der Fachgesellschaft einen Schwerpunkt auf das Thema „Rheuma“ gesetzt. Aktiv wurden wir dabei sowohl in der Versorgungsforschung und bei der Weiterentwicklung und Umsetzung unserer Fortbildungskurse zum RhefO-Zertifikat. Außerdem haben wir uns in den gemeinsamen Weiterbildungsgruppen und der Bundesärztekammer für die Weiterentwicklung der Zusatzweiterbildung „Orthopädische Rheumatologie“ stark gemacht, den Kontakt zu Patientenvertretern stabilisiert und die Kommunikation und Zusammenarbeit mit den internistischen Rheumatologen gesucht. Gerade letzteres war in der Vergangenheit nicht immer einfach.

Die Notwendigkeit von Orthopäden und Unfallchirurgen in der Behandlung von Rheumapatienten ist evident und längst in der Versorgungsrealität angekommen. Vor Ort funktioniert auch die Zusammenarbeit zwischen orthopädischen und internistischen Rheumatologen reibungslos. Lesen Sie dazu die Beiträge in diesem Schwerpunktheft.

Ich wünsche Ihnen beim Lesen des Infobriefes viel Spaß und danke den vielen Kolleginnen und Kollegen für die Zuarbeit. Mein Besonderer Dank für das Gelingen dieser Ausgabe gilt Kollegen Dr. Uwe Schwokowski,

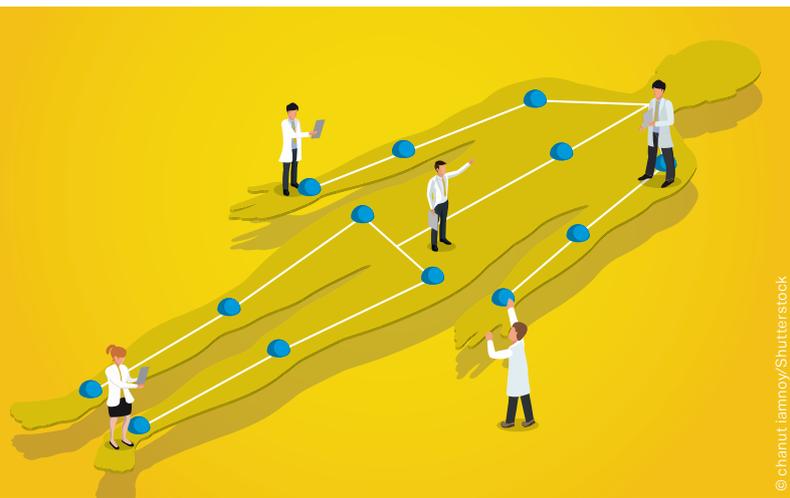


© R. Sablotny

der seit Jahren die RhefO-Kurse der ADO betreut und das sehr aktive Referat Rheumatologie im BVOU leitet.

Gleichzeitig danke ich unserer Presseabteilung, insbesondere Herrn Kuno, unserem Geschäftsführer Dr. Jörg Ansorg und unserem Kollegen Dr. Karsten Braun für das große Engagement bei der Gestaltung dieses Infobriefes.

Dr. Johannes Flechtenmacher
Präsident des BVOU



©chanutlamnoy/Shutterstock

03 Editorial

06 Schwerpunkt: Versorgungsrealität und Beitrag der Orthopädischen Rheumatologie

- 06 Versorgungsrealität und Beitrag der Orthopädischen Rheumatologie: Anspruch und Wirklichkeit
- 11 Orthopädische Rheumatologie: „Gut für unser Image“
- 13 Rheuma-Scores zur Beurteilung der Krankheitsaktivität und des Krankheitsverlaufs
- 15 DGORh: Vertreter aller Orthopädischen Rheumatologen im deutschsprachigen Raum
- 16 Aktualisierte RhexO-Fortbildungsmodalitäten 2019
- 17 Orthopädische Rheumatologie bei Kindern und Jugendlichen
- 18 Rheuma-Apps für Ärzte
- 21 Arthur-Vick-Preis
- 22 ORFA – Von der Assistenz über die Delegation zur Eigenständigkeit

24 Berufspolitik

- 24 TSVG – Honorarplus lockt in die Bereinigungsfall
- 27 Stoßwelle bei Fersenschmerz: über Regeln und Verfahren
- 30 BÄK-Statistik 2018: „Höchste Zeit, den Ärztemangel zu bekämpfen.“

31 Aus den Landesverbänden

- 31 Im Einklang mit Berufspolitik und Privatleben
- 32 Facharztprogramm: Nachweislich besser versorgt
- 33 Für eine kindgerechte fachorthopädische Diagnostik und Therapie

35 News und Service

- 35 Komplikation nach intramuskulärer Injektion: Kommentar und Faktencheck
- 37 Sind intraartikulär applizierte Lokalanästhetika zytotoxisch?
- 39 DKOU 2019: Wissen braucht Werte – Was bringt der diesjährige Kongress?
- 41 Aktuelle BVOU-Themen im Kloster Lichtenthal
- 45 Versorgungskonzept verzögert Operationen mit Gelenkersatz
- 48 Beantragung von SSR-Nummern nach neuem Strahlenschutzgesetz
- 49 Kombination von digitaler Volumetomographie und der Magnetresonanztomographie
- 52 „Zeigt her Eure Füße!“ – BVOU unterstützt Aktionsmonat
- 54 „King Kong“ auf der Schulbank: BVOU erweitert Aktion Orthofit



© sakmeisterka, Hamara/Shutterstock

55 O und U Digital

- 55 Neue Rubrik: O und U Digital
- 56 Videosprechstunden in O und U – Kann man oder muss man?
- 58 Ihr nächstes Level: Orthinform-Profil+
- 59 Mitglieder-Vorteile
- 60 Ich bin von Natur aus Innovationen gegenüber aufgeschlossen.
- 61 Die Digitalisierung der Arztpraxis zwischen Wunsch und Wirklichkeit
- 62 Vernetzte Daten als Grundlage für eine fortschrittliche Medizin
- 64 Mehr Freiheit im Mediziner-Alltag: Einfache Termin- und Behandlungsplanung



65 Honorar und Abrechnung

- 65 Unterschiede zwischen angestellten und selbstständigen Ärzten
- 65 Vorgaben der KVWL zur Abrechnung von ESWT und Akupunktur
- 66 PpUG: Schiedsstelle gewährt Optionsrecht
- 67 MFA-Tarifabschluss: NAV-Virchow-Bund begrüßt Einigung
- 67 Tarifverträge in ambulanter Medizin – Vision wird Realität

68 Recht und Versicherung

- 68 Haftung des Honorararztes oder des Krankenhauses?
- 70 Was bedeutet das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) für BVOU-Mitglieder?
- 71 Abgesichert im Ruhestand: Nachhaftungs-Versicherung

72 Weiter- und Fortbildung

- 72 Die neue Orthopädische Rheumatologie – Die Novelle der WBO bringt einen durchgreifenden Wandel der Zusatzweiterbildung
- 74 Summer School 2019 – Anmeldung für Schnupperkurs in O & U läuft
- 74 Assistenzarztumfrage offenbart Handlungsbedarf
- 75 CLOU+: Erweitertes Seminar für den nächsten Karriereschritt
- 76 Interaktives Seminar – Kindertraumatologie für D-Ärzte
- 77 Rezensionen
- 80 Orthopädisch-Traumatologische Fachassistenz (OTF): Berufsbegleitender Lehrgang für MFA

83 Kursangebote der ADO

Impressum

Herausgeber

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

Redaktion

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

Autoren dieser Ausgabe

Dr. Jörg Ansorg, Dr. Karsten Braun, Dr. Johannes Flechtenmacher, Dr. Hartmut Gaulrapp, Dr. jur. Jörg Heberer, Janosch Kuno, Dr. Burkhard Lembeck, Dr. Thomas Möller, Dr. Norbert Müller, Andrea Niehaus, Dr. Janusz Pieczykolan, Sabine Rieser, Prof. Dr. Wolfgang Rütter Tim Schneider, Dr. Uwe Schwokowski, Dr. Christian M. Smit, Prof. Dr. Jürgens Steinmeyer, Frank Stratmann, Dr. Markus Stücker

Redaktionsschluss

28.05.2019

Konzept und Gestaltung

Rhowerk GmbH – www.rhowerk.de

Druck

Das Druckteam Berlin

Titelbild (Seite 1)

© chanut iamnoy/Shutterstock

Der Infobrief erscheint viermal jährlich.

Als Beilage ist enthalten:
 BVOU-Kinesiologic-Tapes

Kursanmeldung

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

Versorgungsrealität und Beitrag der Orthopädischen Rheumatologie: Anspruch und Wirklichkeit



Rheuma-Refresher-Kurs mit Dr. Uwe Schwokowski

In einem Memorandum zur „Rheumatologischen Versorgung von akut und chronisch Rheumakranken in Deutschland“ der Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e.V. (DGRh) aus dem Jahr 2008, wurde die rheumatologische Unter-versorgung Deutschlands mit Zahlen belegt und für je 100.000 Einwohner zwei internistische Rheumatologen gefordert. Das entspricht einem bundesweiten Bedarf von 1.300–1.600 internistischen Rheumatologen. Nach dieser Forderung hätte die Zahl der internistisch-rheumatologisch tätigen Fachärzte seit 2008 nahezu verdoppelt werden müssen. Der Beitrag von Orthopäden und Unfallchirurgen sowie Orthopädischen Rheumatologen ist allerdings weder in der Statusfeststellung, noch in den daraus abgeleiteten Forderungen der DGRh für eine Verbesserung der rheumatologischen Versorgung berücksichtigt worden.

Statusupdate 2016

Eine Aktualisierung des Memorandums von 2008 wurde als Update 2016 veröffentlicht. Hier beziehen sich die Autoren auf den §135a SGB V und zitieren Folgendes:

Seit vielen Jahren besteht ein deutliches Versorgungsdefizit in der Rheumatologie in Deutschland. Vor über zehn Jahren stand in der Präambel eines Kooperationsvertrages des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen (BDRh) und einem Hausärzterverbund das Zitat des BDRh-Vorsitzenden Dr. Edelmann:

„Die umfassende Betreuung von Patienten mit entzündlichen Gelenkveränderungen wie rheumatoider Arthritis, Psoriasisarthritis und auch Morbus Bechterew, sind in Deutschland noch weit vom Optimum entfernt.“

Die frühe Überweisung vom Hausarzt zum internistischen Rheumatologen sollte dieses Problem lösen. Weitere Strukturverträge zwischen dem BDRh und Hausärzten mit verschiedenen Krankenkassen folgten unter eindeutigem Ausschluss von Orthopäden und Orthopädischen Rheumatologen.

„Zu einer Versorgung in der fachlich gebotenen Qualität gehören das frühzeitige Erkennen von Verdachtsfällen, die fachärztliche Untersuchung und Versorgung von Neuerkrankten innerhalb von drei Monaten nach Symptombeginn sowie die kontinuierliche und zielorientierte Behandlung von Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen in einem Versorgungsnetzwerk unter der Leitung eines Facharztes für Innere Medizin und Rheumatologie.“

Es wird festgestellt, dass der Versorgungsbedarf und das Versorgungsdefizit im Vergleich zu 2008 unverändert weiter besteht, sich allerdings die Therapieoptionen und Therapiestrategien (treat to target) sowie die erreichbaren Therapieziele (Remission) verändert haben.

Dies habe Auswirkungen auf den rheumatologischen Versorgungsbedarf und führte trotz bestehender Unter-versorgung zu einer Ausweitung der beanspruchten Rolle der Rheumatologen:

„Der internistische Rheumatologe hat die spezifische Aufgabe, die Versorgung von Personen mit rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen, insbesondere mit entzündlich-rheumatischen Gelenkerkrankungen,

inflammatorischen/immunologischen Systemerkrankungen, endokrinen und metabolischen Erkrankungen mit rheumatischer Symptomatologie sowie schweren Verlaufsformen anderer muskuloskelettaler Erkrankungen verantwortlich zu leiten, zu steuern und zu begleiten.“

In dieses erweiterte Patientenkollektiv gehören in Deutschland ca. 1,45 Mio. Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, die von 776 internistischen Rheumatologen versorgt werden sollen (fast 6.000 Patienten pro Arzt). Da diese Aufgabe von den internistischen Rheumatologen vermutlich nicht zu bewältigen ist, enthält das Memorandum 2016 folgende Aussage zu vernetzten Versorgungsstrukturen:

„Der internistische Rheumatologe handelt in Abstimmung mit dem Hausarzt und mit fallspezifisch hinzuziehenden Vertretern weiterer ärztlicher Fachrichtungen, nichtärztlicher Heilberufe (v.a. Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Orthopädietechnikern und Psychologen bzw. Psychotherapeuten) sowie Patientenorganisationen.“

Der Begriff Orthopäde bzw. Orthopädischer Rheumatologe wird geflissentlich vermieden. Die Aufgaben und Leistungen der internistischen Rheumatologen werden folgendermaßen beschrieben:

„Auf der Ebene der spezialisierten fachärztlichen Versorgung sind fachärztlich tätige Internisten für die ambulante Versorgung von den in der Präambel beschriebenen rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen zuständig“.

Wie will diese kleine Facharztgruppe auch noch weitere muskuloskelettale Erkrankungen behandeln, wenn sie es schon nicht allein schafft, die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen zu behandeln?

„Die Zuweisung eines Patienten zum internistischen Rheumatologen durch Hausärzte oder andere Fachärzte erfolgt zur Erstuntersuchung und Diagnosestellung bei Verdacht auf eine rheumatische Erkrankung oder zur Behandlung bzw. Mitbehandlung bei bereits festgestellter Diagnose... Bei Patienten, die sich zur Erstuntersuchung vorstellen, besteht die Aufgabe des internistischen Rheumatologen, in einer möglichst zeitnah durchgeführten, umfassenden Differentialdiagnostik, bei der, ausgehend von der Krankheitsvorgeschichte und dem klinischen Befund, u.a. radiologische, sonographische und laborchemische Methoden eingesetzt werden...

In aller Regel verlaufen entzündlich-rheumatische Erkrankungen chronisch und bedürfen der langfristigen Betreuung durch den internistischen Rheumatologen. Dieser übernimmt die Koordination bei komplexen Therapien oder komplizierten Verläufen in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt und den anderen in die Behandlung eingebundenen Ärzten.“

Sofern also Orthopäden und Unfallchirurgen bzw. Orthopädische Rheumatologen eingebunden sind, können diese bei entsprechender Qualifikation unkomplizierte Verläufe eigenständig weiter betreuen.

Zwischen Anspruch und Wirklichkeit

In dem Memorandum der DGRh werden für eine hochwertige ambulante Versorgung von Rheumapatienten folgende Voraussetzungen gefordert:

Anspruch: Primär versorgende Ärzte (Allgemeinmediziner, Orthopäden etc.) müssen über grundlegendes rheumatologisches Wissen verfügen, um Patienten mit Bedarf an rheumatologischer Mitbetreuung sicher von solchen ohne diesen Bedarf zu unterscheiden.

Wirklichkeit: Kann das wirklich der Allgemeinmediziner? Der Orthopäde und Unfallchirurg lernt dies in seiner Weiterbildung und der Orthopädische Rheumatologe hat diesbezüglich eine zweijährige Zusatzweiterbildung abgeleistet.

Anspruch: Ein schneller Zugang zum internistischen Rheumatologen zur Diagnoseklärung muss für alle Betroffenen gesichert sein.

Wirklichkeit: Vom Idealfall eines Termins innerhalb von zwei Wochen sind die internistischen Rheumatologen weit entfernt. Sie belegen immer einen der führenden Plätze in den Wartezeitlisten der Terminservicestellen der KVen.

Anspruch: Hat der internistische Rheumatologe eine entzündlich-rheumatische Krankheit festgestellt, so wird er den Patienten entsprechend informieren, die Therapie einleiten und im Bedarfsfall auch die Heil- und Hilfsmittelversorgung vornehmen.

Wirklichkeit: Die Hilfsmittelversorgung erfolgt leider noch viel zu selten in Absprache mit dem O&U/ORh

Anspruch: Bei den meisten entzündlich-rheumatischen Erkrankungen ist eine Überwachung des Verlaufs durch den internistischen Rheumatologen in regelmäßigen Abständen erforderlich.

Wirklichkeit: Viele Verläufe sind aus der Erfahrung von Orthopädischen Rheumatologen unkompliziert. Aber eine Kontrolle einmal jährlich könnte nicht schaden.

Anspruch: Ein Patient mit Gelenkschmerzen oder anderen Symptomen einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung benötigt den unmittelbaren Zugang zu seinem Hausarzt. Dieser muss ein rheumatologisches Basiswissen aufweisen, um eine erste Sichtung und ggf. eine Überweisung vornehmen zu können. Hat der primär versorgende Arzt den begründeten Verdacht auf eine entzündlich-rheumatische Erkrankung, sollte der Zugang zum internistischen Rheumatologen innerhalb von zwei Wochen gewährleistet sein.

Wirklichkeit: Aktuell beträgt die Wartezeit für einen Termin beim internistischen Rheumatologen ca. drei bis sechs

Q2 Wie sind die Diagnosen des rheumatischen Formenkreises bei diesen Patienten verteilt (n=145)?

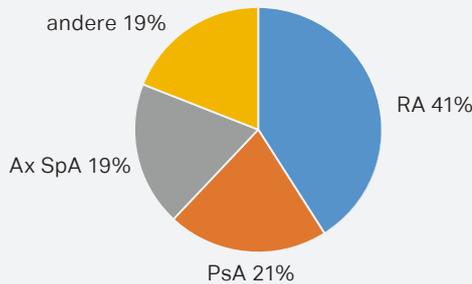


Abb. 1: Diagnoseverteilung von behandelten Patienten mit rheumatischen Erkrankungen in der orthopädisch-unfallchirurgischen Praxis (n=116). Umfrage des BVOU zur Versorgungsrealität Rheuma 2018.

Q3 Welche Medikamente verordnen Sie selbst (Mehrfachauswahl)?

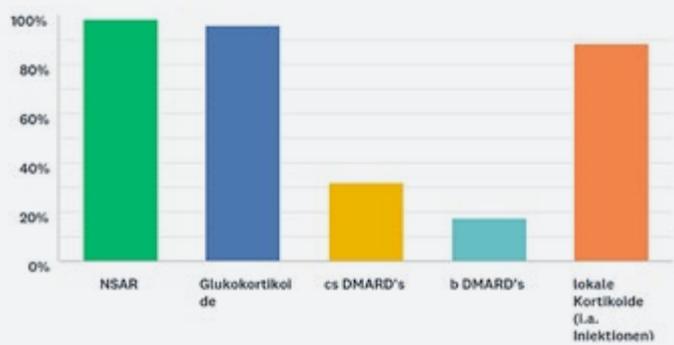


Abb. 2: Verordnung von Arzneimitteln zur Therapie rheumatischer Erkrankungen in der orthopädisch-unfallchirurgischen Praxis (n=117). Umfrage des BVOU zur Versorgungsrealität Rheuma 2018.

Monate (Prof. Matthias Schneider, Düsseldorf, DGRh-Pressekonferenz 9/2018)

Versorgungsbedarf und Wartezeiten

Die Differenz zwischen bedarfsgerechter und tatsächlicher Versorgung ist immens. Am 31.12.15 gab es in Deutschland in der ambulanten internistisch-rheumatologischen Versorgung 665 Vertragsärzte oder angestellte Ärzte und 111 ermächtigte Rheumatologen an Kliniken. Da 155 von diesen 665 Ärzten in der hausärztlichen Versorgung standen, waren deutschlandweit sogar nur 510 Fachärzte für die internistisch-rheumatologische Versorgung aktiv,

was bei 1,45 Millionen Patienten völlig unzureichend ist. Bei insgesamt 776 internistischen Rheumatologen würden für 100.000 Einwohner 1,1 internistische Rheumatologen zur Verfügung stehen. Bei regionalen Unterschieden sieht die Versorgung in den Flächenstaaten noch düsterer aus (z.B. Rheinland-Pfalz und Saarland je 0,8). Da nicht alle hausärztlich tätigen Rheumatologen ausschließlich Rheumapatienten versorgen und nicht alle internistischen Rheumatologen in Vollzeit arbeiten, ist das Versorgungsdefizit weitaus größer.

Auch perspektivisch besteht wenig Hoffnung auf eine wesentliche Steigerung der Zahl der internistischen Rheumatologen: „Die Zahl der derzeit weitergebildeten Ärzte reicht kaum aus, um die aus Altersgründen ausscheidenden Rheumatologen zu ersetzen“.

Lösungsvorschläge

Im Memorandum der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie 2016 folgen auf knapp zwei Seiten viele Vorschläge von Lösungsmöglichkeiten und ein ausführlicher Forderungskatalog an die Gesundheitspolitik.

Die einfachste Lösung, Orthopäden und Unfallchirurgen und insbesondere die Orthopädischen Rheumatologen in die Primärdiagnostik und -Therapie mit einzubeziehen, findet sich nicht. Der Orthopädische Rheumatologe wird im gesamten Text nur einmal erwähnt. Allerdings ging es hier konkret darum, ihn aus der Bedarfsplanung herauszuhalten.

Die Versorgungsrealität für die knapp 1,5 Millionen Patienten hat sich durch die Memoranden der DGRh seit 2008 nicht verändert, da mit diesen Papieren ausschließlich die Eigeninteressen der internistischen Rheumatologen durchgesetzt werden sollten. Auch wenn sich bereits früh zeigte, dass sie aus eigener Kraft die erhobenen Ansprüche nicht werden bedienen können. Das Ergebnis ist eine Unterversorgung mit daraus resultierenden erheblichen Wartezeiten.

Rolle der orthopädischen Rheumatologie

Ungeachtet der Ignoranz durch die DGRh, versorgen Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie seit Jahrzehnten eine erhebliche Zahl von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen.

Unsere Fachgruppe wird in der Regel primär von Patienten mit Beschwerden des Bewegungssystems aufgesucht, insbesondere bei Gelenk- und Rückenbeschwerden. Orthopäden und Unfallchirurgen können dank ihrer Weiterbildung eindeutig zwischen entzündlichen und nicht entzündlichen rheumatischen Erkrankungen differenzieren.

Bei einer Umfrage unter rheumatologisch aktiven Orthopäden und Unfallchirurgen, gaben die Antwortenden zu über 40 Prozent an, Rheumatoide Arthritiden zu behandeln (**Abb. 1**). Jeweils ca. 20 Prozent der behandelten Rheumapatienten verteilen sich auf die Diagnosen M. Bechterew, Psoriasisarthritis sowie andere Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises.

Aus seiner langjährigen Praxiserfahrung heraus kann Dr. Uwe Schwokowski Erfahrungsberichte bestätigen, dass sich bei Überweisungen von Hausärzten zu internistischen Rheumatologen nur bei zwei von zehn Patienten die Verdachtsdiagnose „Rheuma“ bestätigt. Diese fehlgeleiteten Patienten sind Hauptursache der langen Wartezeiten beim internistischen Rheumatologen.

Würde der Orthopäde und Unfallchirurg und erst recht der orthopädische Rheumatologe regelhaft in den Versorgungsprozess einbezogen, könnten viele Fehlüberweisungen vermieden und die Sprechstunden der internistischen Rheumatologen spürbar entlastet werden. Die internistischen Rheumatologen hätten sehr viel mehr Vakanzen für Akutfälle, wirklich bedürftige Rheumapatienten und vor allem die komplexen Therapien bei schweren Verläufen.

Spektrum für rheumatologisch-tätige Orthopäden und Unfallchirurgen

Orthopäden und Unfallchirurgen sowie orthopädische Rheumatologen sind in der täglichen Praxis in der Lage, durch Anamnese und körperliche Untersuchung sowie spezifische Diagnostik wie bildgebende Verfahren (Sonographie und Röntgen) und Laboruntersuchungen, eine Diagnose zu stellen. Sie beherrschen die gängigen Klassifikationssysteme und können selbstständig die Initialtherapie starten.

Dabei verordnen sie vor allem Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) und Glukokortikoide. Lediglich ein Drittel der Kolleginnen und Kollegen verschreiben auch die moderneren DMARDs regelhaft (**Abb. 2**). Hier besteht vor allem die Befürchtung, das eigene Arzneimittelbudget zu überziehen und Regressforderungen ausgesetzt zu sein. Dieses Risiko ist heute bei intakter Kommunikation mit der zuständigen KV fast zu vernachlässigen. Bitte wenden Sie sich bei diesbezüglichen Fragen gern an die Autoren oder die BVOU-Geschäftsstelle.

Bei einer Umfrage zur Versorgungsrealität bei Orthopäden und Unfallchirurgen, die Rheumapatienten behandeln, gaben knapp 60 Prozent der Antwortenden an, bis zu 50 Rheumapatienten pro Quartal zu behandeln. Bei ca. 40 Prozent der Antwortenden waren es deutlich mehr (siehe **Abb. 3**).

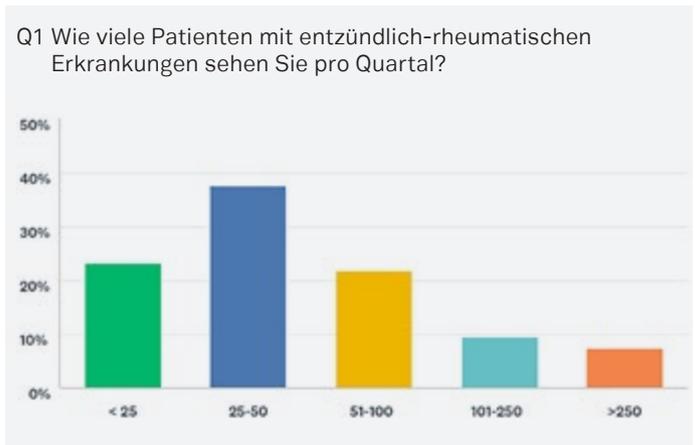


Abb. 3: Anzahl behandelter Patienten mit rheumatischen Erkrankungen in der orthopädisch-unfallchirurgischen Praxis pro Quartal (n=117). Umfrage des BVOU zur Versorgungsrealität Rheuma 2018.

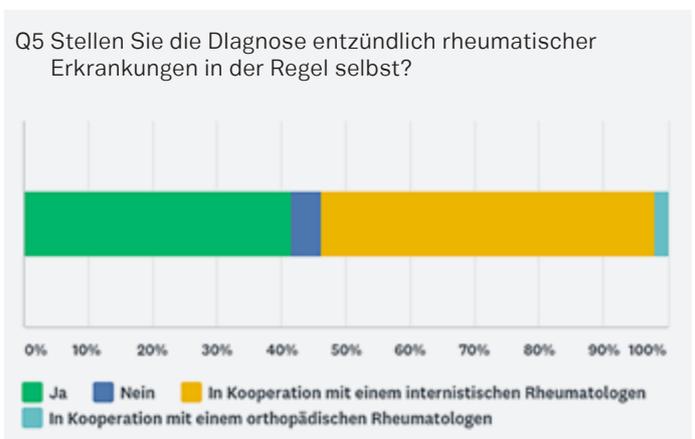


Abb. 4: Diagnosestellung bei Patienten mit rheumatischen Erkrankungen in der orthopädisch-unfallchirurgischen Praxis (n=117). Umfrage des BVOU zur Versorgungsrealität Rheuma 2018.

Bei deutlich größeren Erhebungen zur Versorgungsrealität von Rheumapatienten sind Orthopäden und Unfallchirurgen bei bis zu 30 Prozent der Rheumapatienten unmittelbar an der Versorgung beteiligt. Siehe dazu den folgenden Beitrag von Dr. Johannes Flechtenmacher.

Orthopäden und Unfallchirurgen tragen bereits heute zu einer erheblichen Entlastung der internistischen Rheumatologen bei. Dieser Versorgungsbeitrag könnte bei einer Kooperation auf Augenhöhe, wie sie in einzelnen Regionen Deutschlands bereits gelebte Realität ist, in Zukunft noch deutlich gesteigert werden.

Dass diese Kooperationen regional funktionieren, zeigt auch die Erhebung des BVOU. Der Anteil der Kolleginnen und Kollegen, der die Diagnose einer rheumatischen Erkrankung selbst stellt, ist ebenso hoch wie der Anteil der Kollegen, die dies in enger Kooperation mit einem internistischen Rheumatologen tun (**Abb. 4**).

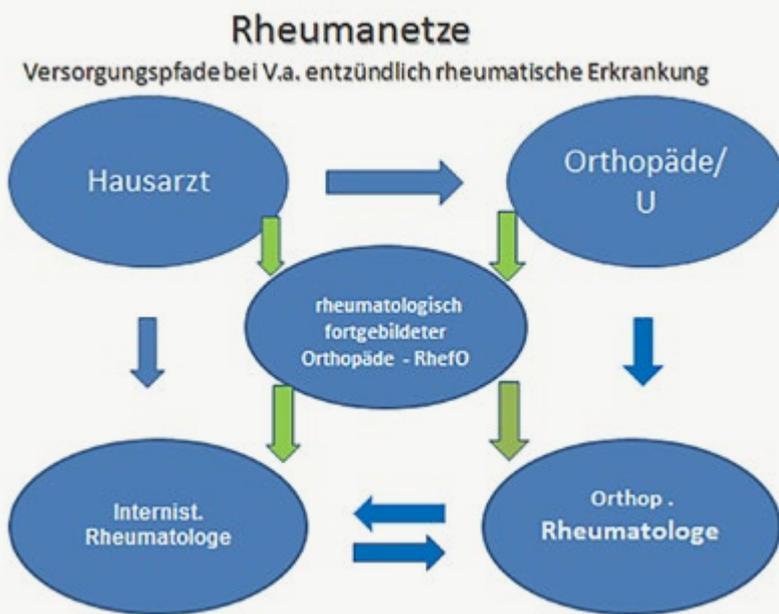


Abb. 5

Perspektiven

Es wird Zeit, Orthopäden und Unfallchirurgen und die orthopädischen Rheumatologen, die in der Rheumaversorgung eine wichtige Rolle spielen, als kollegiale Partner wahrzunehmen.

„RhefO“-Zertifikat

Über die Akademie Deutscher Orthopäden hat der BVOU seit 2012 spezielle Intensivkurse zur Vertiefung der Kenntnisse in der Rheumatologie für Orthopäden und Unfallchirurgen angeboten. In einem dreistufigen Curriculum wird das nötige Fachwissen von der Früherkennung über die Diagnosestellung bis zum Einstieg in die spezielle Rheumatherapie vermittelt. An diesem Kurssystem haben seither 1.800 Teilnehmer an 75 Wochenendkursen teilgenommen, über 500 Kolleginnen und Kollegen haben alle drei Kurse belegt.

Das Zertifikat zum „Rheumatologisch Fortgebildeten Orthopäden (RhefO)“ haben bislang leider deutlich weniger Kollegen beantragt, weil die Regularien neben dem Besuch der Kursreihe bislang den Besuch weiterer Fortbildungsveranstaltungen verlangten. Das Erlangen des RhefO-Zertifikates wurde zum Jahresbeginn 2019 erleichtert. Wer alle drei Kurse des RhefO-Curriculums durchläuft (siehe Seite 16), erhält das RhefO-Zertifikat unter der Bedingung, alle zwei Jahre einen RhefO-Refresherkurs zu belegen. Dies macht wegen der rasanten Entwicklung der Arzneimitteltherapie in der Rheumatologie auch Sinn.

Abbau von Abrechnungshürden und Regressen

Regressängste bei Arzneimittel- und Laborbudgets sowie der unbezahlte Mehraufwand der Rheumaversorgung hält viele interessierte Orthopäden und Unfallchirurgen davon ab, in die Versorgung von Rheumapatienten einzusteigen. Hier sind die Kassenärztlichen Vereinigungen gefordert, Abhilfe zu schaffen und die Rahmenbedingungen für die Beteiligung von Orthopäden und Unfallchirurgen an der Rheumaversorgung attraktiver zu gestalten.

Rheumanetzwerke für die strukturierte Versorgung

Mit Hilfe von Rheuma-Netzwerken nach dem folgenden Schema gelingt es vor Ort häufig, in interdisziplinärer Kooperation zwischen Hausärzten, Orthopäden und Rheumatologen unkompliziert und unbürokratisch die Versorgung von Rheumapatienten zu optimieren. Wäre dies nicht auch ein Ansatz für ein neues Memorandum aller an der Rheumaversorgung in Deutschland beteiligten Arztgruppen?

Gemeinsam können internistische Rheumatologen, Hausärzte sowie Orthopäden und Unfallchirurgen mit der RhefO-Zusatzqualifikation oder der Zusatzweiterbildung „Orthopädische Rheumatologie“ die Versorgung von Rheumapatienten in Deutschland sicherstellen.



Dr. Uwe Schwokowski,
Leiter des BVOU-
Referates Orthopädische
Rheumatologie



Dr. Jörg Ansorg,
Geschäftsführer BVOU

Orthopädische Rheumatologie: „Gut für unser Image“

Wie können niedergelassene Orthopäden für entzündlich-rheumatische Erkrankungen sensibilisiert und für eine komplexe Therapie motiviert werden? Dr. Uwe Schwokowski, BVOU-Referatsleiter, geht auf die Situation der Orthopädischen Rheumatologie im Rahmen der Versorgungsrealität in Deutschland ein und erörtert, was sich an der derzeitigen Situation ändern muss.

Herr Dr. Schwokowski, seit vielen Jahren gibt es ein Versorgungsdefizit in der Rheumatologie in Deutschland. Rund 1,5 Millionen Menschen leiden unter entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und erhalten häufig keine adäquate Behandlung. Was ist die Ursache?

Dr. Uwe Schwokowski: Das Hauptproblem an der derzeitigen Situation lässt sich an dem folgenden Punkt ausmachen: Es gibt in Deutschland zu wenig rheumatologische Spezialisten. Aktuell sind ungefähr 750 internistische und 500 zugelassene Orthopädische Rheumatologen in der Niederlassung tätig.

In einem Memorandum zur Versorgung von Rheumapatienten in Deutschland von 2016 werden 1350 internistische Rheumatologen zur ausreichenden Versorgung in Deutschland gefordert. Leider werden in diesem

Memorandum als Kooperationspartner der internistischen Rheumatologen lediglich die Hausärzte genannt. Die Orthopädinnen und Orthopäden, die auf Grund ihrer Weiterbildung am ehesten in der Lage sind, in der Früherkennung und Primärdiagnostik die Versorgungslage zu verbessern, werden also nicht mit einbezogen.

Welchen Grund hat das?

Dr. Schwokowski: Das ist auch mir nicht ersichtlich, ich sehe hier jedoch vordergründig berufspolitische Interessen.

Können Sie das näher erläutern?

Dr. Schwokowski: Die Orthopäden und Unfallchirurgen sind Primäransprechpartner bei schmerzhaften Gelenk- und Rückenerkrankungen. Sie sind in der Lage, zwischen einem entzündlichen oder nicht entzündlichen Krankheitsbild zu differenzieren. Außerdem sind sie in der Lage, neben der Diagnosestellung auch eine medikamentöse Frühtherapie einzuleiten. Ich sehe den Orthopäden nicht als Konkurrenten der internistischen Rheumatologen, sondern vielmehr als Partner. Er kann als sogenannter Gatekeeper fungieren und dem Internisten zeitintensive Vorarbeit abnehmen.

Halten wir uns einmal vor Augen: Der Anspruch der internistischen Rheumatologen – laut dem Memorandum 2016 – einen Patienten innerhalb von zwei Wochen in einer Frühsprechstunde zu übernehmen, ist bei der derzeitigen Versorgungslage augenblicklich definitiv utopisch. Professor Matthias Schneider aus Düsseldorf hat in einer Pressekonferenz zum Rheumatologen-Kongress 2018 in Mannheim über eine Terminwartezeit von drei bis sechs Monaten berichtet. Da eine Diagnosestellung und ein anschließender Therapiebeginn drei Monate nach dem ersten Symptom einer rheumatischen Erkrankung von hoher Wichtigkeit ist, ist die augenblickliche Situation mit den vorhandenen Wartezeiten nicht tragbar. Deswegen: Orthopäden müssen mehr miteinbezogen werden.

Welche Lösungsvorschläge haben Sie aus Sicht des BVOU-Referatsleiters? Was fordern Sie konkret?

Dr. Schwokowski: Aus meiner Sicht, und das sind die Erfahrungen aus vielen Kursen zur Ausbildung zum rheumatologisch fortgebildeten Orthopäden (RhefO), haben viele Kollegen einfach Ängste vor Arzneimittel- und Laborregressen. Als Lösungsansatz muss hier gefordert werden, dass in allen Bundesländern diagnosebezogene Arzneimittel- und Laborbudgets eingesetzt werden.

Ein weiteres Problem sehe ich darin, dass die Behandlung und die Anamneseerhebung und auch die Behandlung eines Rheumapatienten sehr viel mehr Zeit kostet, dies aber in keiner Weise finanziell für den Orthopäden abgebildet wird. Die Ziffer 18320, die man in so einem Fall anwenden könnte, steht dann in Konkurrenz zur Ziffer 18220 bei Erstkontakt, beziehungsweise in Konkurrenz zur Ziffer 18311 bei Drittkontakt pro Quartal.

Unsere Forderung hier: Diese speziellen Rheumatologie-Leistungen des Orthopäden müssten auch entsprechend honoriert werden. Und: Die Ziffer 18320 darf nicht in Konkurrenz zu anderen Ziffern stehen.

Warum ist es so bedeutsam, dass eine entzündlich-rheumatische Erkrankung im Frühstadium bereits diagnostiziert wird? Inwieweit hat sich die Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen in den letzten 20 Jahren verändert?

Dr. Schwokowski: In den letzten 20 Jahren hat sich die Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen nicht nur geändert, sondern gar revolutioniert, insbesondere durch den Einsatz von Biologika. Professor Klaus Krüger aus München beschrieb das als „turbulente Zeiten in der Rheumatologie“.

Heutzutage gelingt es, entzündlich-rheumatische Erkrankungen zwar nicht zu heilen, aber weitestgehend zu stoppen. Wir sprechen hier von einer Remission, also von einem Stillstand des rheumatischen Geschehens. Das ist keine Utopie mehr, sondern wird aktuell schon bei mehr als der Hälfte der Patienten erreicht.

Wichtig aber ist: Je früher die entsprechende Therapie eingeleitet wird, um so weniger Schäden sind bei dem Patienten zu erwarten und die Veränderungen, die wir von früher mit Gelenkerstörungen oder völliger Gelenkversteifung der Wirbelsäule bei Morbus Bechterew kennen, treten unter einer frühzeitigen Therapie heute einfach nicht mehr auf.

Welche Fachrichtungen sollten zur Optimierung der Behandlung von Rheumapatienten aus Ihrer Sicht kooperieren?

Dr. Schwokowski: Da entzündlich-rheumatische Erkrankungen Systemerkrankungen sind und nicht nur allein das Gelenk befallen, sondern eben auch andere Strukturen, ist eine Kooperation essentiell. Neben den internistischen und Orthopädischen Rheumatologen spielt der Hausarzt und der Orthopäde in der Früherkennung eine bedeutende Rolle, in der erweiterten Diagnostik dann natürlich auch der RhefO. Andere Fachgruppen wie der Dermatologe, der Gastroenterologe, der Augenarzt sind bei zusätzlichem Befall der Haut, des Darms oder des Auges hinzuzuziehen.

Die Interaktion einzelner Fachgruppen ist unabdingbar, denn die Erfahrung vieler internistischer Rheumatologen ist, dass bei einer Überweisung vom Hausarzt mit einer Verdachtsdiagnose Rheuma, von zehn Patienten tatsächlich zwei eine entzündliche rheumatische Erkrankung haben. Hier würde ein Versorgungspfad vom Hausarzt zunächst zum Orthopäden bzw. RhefO Abhilfe schaffen. In der speziellen Rheumatherapie mit innovativen Medikamenten ist eine enge Kooperation zwischen Orthopäden, Orthopädischen Rheumatologen und internistischen Rheumatologen anzustreben.

Was kann der Rheumapatient selbst zur Verbesserung des Krankheitsverlaufes beitragen?

Dr. Schwokowski: Hier sollte auf jeden Fall das Schlagwort „gesunde Lebensweise“ fallen: Eine gesunde Ernährung und viel Bewegung spielen eine bedeutende Rolle. Außerdem ist „positives Denken“ gerade unter den heutigen therapeutischen Optionen aus meiner Sicht von großer Bedeutung. Wichtig ist, dass der Patient aufgrund der Erkrankung nicht in eine Depression verfällt. Deswegen strebe ich stets meine Leitworte an: „Zuversicht bei Arzt und Patient“.

Wie können niedergelassene Orthopäden vermehrt für entzündlich-rheumatische Erkrankungen sensibilisiert und für eine komplexe Therapie motiviert werden?

Dr. Schwokowski: Die von mir erläuterten Probleme können schnell zu einer moralischen Demotivation führen. Vielmehr jedoch sollte man sich einmal die positiven Aspekte vor Augen halten: Allen voran sind das aus meiner Sicht zufriedene Patienten und Behandlungserfolge, die ich durch innovative Therapien erzielen kann. Das Image der Praxis wird durch die Rheuma-Spezialisierung aufgewertet und das Selbstwertgefühl steigt.

Welches Beispiel fällt Ihnen an dieser Stelle aus Ihrem Berufsalltag ein?

Dr. Schwokowski: Der typische Morbus Bechterew-Patient zum Beispiel ist zwischen zwei und fünf Uhr morgens wegen starker Rückenschmerzen schlaflos. Er muss sich bewegen und wandert nachts durch seine Wohnung. Nach erfolgreicher Behandlung bei mir in der Praxis und Verabreichung eines Biologikums, kommt der Patient nach wenigen Wochen wieder zu mir und schwärmt: „Herr Doktor, das ist der absolute Wahnsinn. Ich habe das erste Mal seit 20 Jahren wieder durchgeschlafen, so wie Sie mir das versprochen haben.“ Wenn ich mich an diese Erlebnisse erinnere, bekomme ich selbst jetzt noch Gänsehaut, denn: Ich habe zufriedene und glückliche Patienten. Genau für solche Erlebnisse arbeite ich. Und die tägliche Arbeit hat mir deswegen immer große Freude bereitet.

Diese positiven Erlebnisse übertragen sich im Übrigen auch auf das gesamte Praxisteam, und das bedeutet: Rheumatologie beeinflusst das eigene Image und das der Praxis sehr positiv.

Herr Dr. Schwokowski, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Janosch Kuno, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU

Rheuma-Scores zur Beurteilung der Krankheitsaktivität und des Krankheitsverlaufs

Entzündlich-rheumatische Erkrankungen sollen möglichst in der Frühphase diagnostiziert werden. Hierzu dienen verschiedene Methoden wie die Anamnese/Familienanamnese, eine subtile Untersuchung u.a. Es werden aber auch bereits beim Erstkontakt bestimmte Scores empfohlen, die zwar nicht die Diagnose sichern, aber für die Beurteilung der Krankheitsaktivität und insbesondere für den Krankheitsverlauf von großer Bedeutung sind.

→ Die Bestimmung gängiger Rheuma-Scores wird durch Apps erleichtert. Lesen Sie dazu unseren Beitrag auf Seite 18ff.

Bei Rheumatoider Arthritis (RA):

- ▶ Disease-Activity-Score (DAS 28)
- ▶ Funktionsfragebogen Hannover (FFvH)
- ▶ Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Bei axialer Spondyloarthritis (ax SpA):

- ▶ Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI)
- ▶ Disease-Activity-Score (DAS 28)

Bei Studien:

- ▶ Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS)
- ▶ Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI)

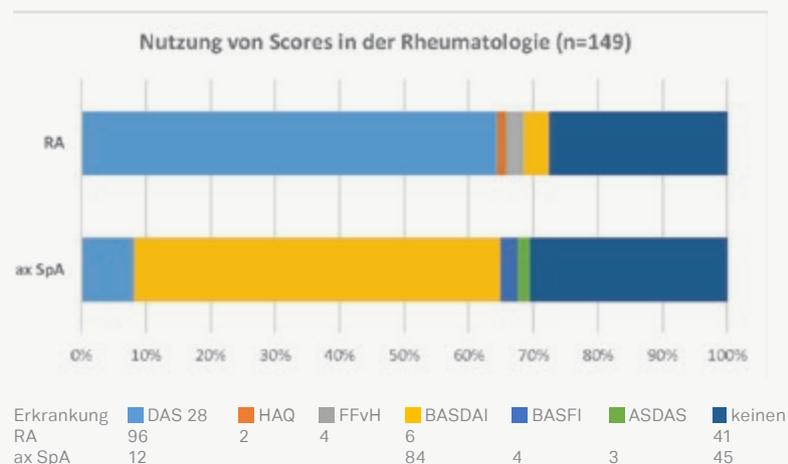


Abb. 1

Für die Rheumatoide Arthritis (RA) hat sich der DAS 28 (Disease-Activity-Score) in den letzten Jahren bewährt (**Abb 1**). Neben der Beurteilung der rheumatischen Beschwerden in den letzten sieben Tagen auf einer visuellen Analogskala von 0-100 durch den Patienten und einem Entzündungswert (BSG oder CRP) ist die Untersuchung von 28 Gelenken auf eine Schwellung oder Druckempfindlichkeit bedeutsam. Die zu untersuchenden 28 Gelenke sind die Finger-, Hand-, Ellenbogen-, Schulter- und Kniegelenke. Für die Berechnung des DAS 28 stehen standardisierte Erhebungsbögen und Berechnungshilfen zur Verfügung.

- ▶ DAS 28 > 5,1 bedeutet hohe Krankheitsaktivität
- ▶ DAS 28 3,2–5,1 : mittlere Krankheitsaktivität
- ▶ DAS 28 2,6–3,1 : niedrige Krankheitsaktivität
- ▶ DAS 28 < 2,6 bedeutet Remission

Diese Werte sollten einmal im Quartal bestimmt werden und haben einen besonderen Wert zur Verlaufskontrolle unter einer spezifischen Basistherapie. Die EBM-Zusatzpauschale 18320 (857-GOÄ) kann bei folgenden Leistungen von jedem Orthopäden abgerechnet werden (**Abb. 2**)

Der Funktionsfragebogen Hannover bzw. HAQ (Health assessment Questionnaire) sind „Gesundheitsbeurteilungsbögen“, die von den Patienten selbst

DGORh: Vertreter aller Orthopädischen Rheumatologen im deutschsprachigen Raum

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) ging aus der am 18.09.1992 gegründeten Assoziation für Orthopädische Rheumatologie e.V. hervor, die ihrerseits aus der Arbeitsgemeinschaft für Orthopädische Rheumatologie, welche 1971 gegründet wurde, hervorging. Die Abkürzung der alten Gesellschaftsbezeichnung (ARO) findet sich noch heute im Wappen der DGORh. Die Zielsetzung der Gesellschaft ist es, die Forschung sowie die Lehre und Krankenversorgung einschließlich der Prävention und der Rehabilitation bei orthopädisch-rheumatologischen Krankheitsbildern zu fördern.



Die Gesellschaft ist der erste Ansprechpartner der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) bei Fragen der Weiterbildung in der Orthopädischen Rheumatologie. Die neue Weiterbildungsordnung für Orthopädische Rheumatologie wurde durch den Bundesärztekongress verabschiedet und wird zurzeit in den Landesärztekammern ratifiziert (siehe Seite 72). Im Vergleich zu den Vorgängerversionen wurde diese bzgl. ihrer Schwerpunkte neu ausgerichtet. Durch die stärkere Gewichtung der konservativen Inhalte der Zusatzbezeichnung wird die früher vorwiegend operativ ausgerichtete Weiterbildung in der Orthopädischen Rheumatologie grundlegend verändert. Diese Veränderung soll künftig zu einer intensiveren Verzahnung der stationären und ambulanten Versorgung führen. Da die derzeit tätigen Orthopädischen Rheumatologen in Klinik und Praxis die Zusatzbezeichnung nach der alten Weiterbildungsordnung erwarben, ist es für diese dringend erforderlich, die neuen Schwerpunkte durch gezielte berufsbegleitende Weiterbildungen zu ergänzen. Hierzu richtet die ADO seit einigen Jahren intensive Weiterbildungskurse aus. Diese von Dr. Uwe Schwokowski aus Lübeck entwickelten RhexO-Kurse behandeln in sich abgeschlossene Teilaspekte der medikamentösen und konservativen Therapie entzündlich rheumatischer Erkrankungen.

Darüber hinaus ist auch das jährlich stattfindende Intensivmeeting der DGORh zunehmend in den Vordergrund gerückt. Seit 2017 werden hier nicht mehr ausschließlich operative Techniken und Indikationen besprochen, sondern parallel dazu auch die aktuellen Entwicklungen der konservativen und medikamentösen Therapien gelehrt und aufgefrischt. Dieses Konzept erwies sich auch bei der diesjährigen Jubiläumsveranstaltung, dem zehnten Intensivmeeting der DGORh in Hannover, erneut als sehr erfolgreich, was sich in der weiter gestiegenen Teilnehmerzahl und im sehr positiven Feedback der Teilnehmer widerspiegelt. Das Thema der operativen Sitzung in diesem Jahr war die Indikationen und Techniken der Rückfußarthrosen. In der parallel stattfindenden Sitzung zur konservativen Orthopädischen Rheumatologie wurden Vorträge zur spezifischen Rehabilitation von Rheumatikern, zur Diagnostik und Therapie der psoriatischen und der axialen Spondylarthritiden sowie zu innovativen medikamentösen Behandlungsansätzen gehalten. Erstmals wurde in diesem Jahr der RhexO-Refresherkurs kostenfrei im Rahmen des Intensivmeetings angeboten. Im ersten Quartal 2020 wird das elfte Intensivmeeting der DGORh in Lübeck unter wissenschaftlicher Leitung von Dr. Uwe Schwokowski stattfinden.

In Zeiten starker Veränderungen unseres Faches ist es wichtig, dieses auch politisch als starke Gemeinschaft zu vertreten. Die DGORh sieht sich hier als Vertreter aller Orthopädischen Rheumatologen im deutschsprachigen Raum. Die Trennung von Klinikern und niedergelassenen Kollegen sowie operativ und konservativ Tätigen soll durch ein enges Zusammenrücken aller Orthopädischen Rheumatologen in Deutschland überwunden werden. Nur so kann es gelingen, die gemeinsamen Interessen zu verbalisieren und letztlich durchzusetzen. Neben der Interessenvertretung der Orthopädischen Rheumatologen wird es eine der großen Aufgaben in den nächsten Jahren sein, die neue Weiterbildungsordnung für die Zusatzbezeichnung in der Praxis umzusetzen und die bestehenden Weiterbildungsstätten in die Lage zu versetzen, den erhöhten Anteil an konservativer Weiterbildung in die Ausbildung zu integrieren.

Die beiden wissenschaftlichen Großprojekte der DGORh sind das Komplikations- und das Arthritis-Register. Im Komplikationsregister werden sämtliche Komplikationen nach Operationen in den teilnehmenden Spezialkliniken für operative Rheumatologie, welche an Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen mit und ohne Immunsuppression vorgenommen werden, registriert und daraus die entsprechenden Komplikationsraten ermittelt. Das Ziel dieses Registers ist es, künftig die perioperative Immunsuppression besser anpassen zu können als dies unter der bisherigen Datenlage möglich ist.

Im Arthritisregister werden intraoperativ gewonnene histologische Präparate der Synovialis aufgearbeitet.

Ziel der Auswertung dieser Datenbank ist es, anhand des histologischen Bildes und spezieller Färbungen, die medikamentöse Therapie gezielter als bisher einleiten zu können.

Die DGORh finanziert jährlich ein Reisestipendium in eine deutsche Klinik mit orthopädisch rheumatologischem Schwerpunkt. Initiativbewerbungen sind an das Büro der DGORh, Straße des 17. Juni 106–108 in 10623 Berlin (info@dgorh.de) zu richten.

Prof. Ralph Gaulke
Vizepräsident der DGORh
Sektion obere Extremität, Fuß- und Rheumachirurgie
Unfallchirurgische Klinik
Medizinische Hochschule Hannover

Aktualisierte RhefO-Fortbildungsmodalitäten 2019

Die Rheumatologie hat sich in Diagnostik und Therapie in den letzten Jahren erheblich verändert. Kenntnisse darüber vermittelt die Akademie Deutscher Orthopäden seit geraumer Zeit mit speziellen Fortbildungskursen zur Erlangung der Zertifizierung „Rheumatologisch fortgebildeter Orthopäde“ – kurz RhefO. Die Kursmodalitäten wurden jetzt für alle Beteiligten attraktiver gemacht – ein Schritt auch in Richtung Novellierung der Zusatzweiterbildung „Orthopädische Rheumatologie“. Nach Anregungen von Teilnehmern der bisherigen RhefO-Zertifizierungskurse wurden jetzt einige Änderungen zur Erlangung des RhefO-Zertifikates und zur Re-Zertifizierung beschlossen. Diese sollen nicht nur das Erreichen der Zertifikate erleichtern, sondern auch die Bearbeitung durch die Mitarbeiter der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) des BVOU. Ziel ist es, durch die Vereinfachung der Modalitäten mehr Kollegen zur Beantragung des Zertifikates zu bewegen.

Rückwirkend wird es außerdem für diejenigen möglich sein das Zertifikat zu erlangen, die von 2013 bis 2018 bereits ihre drei Kurse durchlaufen haben und 2019 einen Refresher-Kurs absolvieren beziehungsweise einen Zertifizierungskurs II oder III wiederholen.

Re-Zertifizierungen für RhefO sind durch den Besuch eines Refresher-Kurses möglich. Voraussetzung für den RhefO 2019 ist die Teilnahme an drei Samstags-Kursen zu folgenden Themen:

- ▶ Kurs I: Früherkennung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen
- ▶ Kurs II: Frühbehandlung entzündlich-rheumatischer Erkrankungen
- ▶ Kurs III: Spezifische Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen

Diese Kurse enden jeweils mit einer Lernzielkontrolle und Sie erhalten einzelne Bescheinigungen für die Kurse I und II sowie das RhefO-Zertifikat nach dem Kurs III.

Der BVOU hat eine interaktive Landkarte auf dem Patientenportal Orthinform entwickelt, die RhefO in der Umgebung aufzeigen, so dass Patienten im Falle einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung ihren kompetentesten Ansprechpartner direkt vor Ort finden können.



Seit 2012 haben wir 75 RhefO-Kurse mit fast 2000 Teilnehmern veranstaltet. Interessant ist auch, dass in einigen KVen der RhefO inzwischen bekannt gemacht worden ist und als Verhandlungsgrundlage zur Verbesserung der Versorgungslage bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen dient.

Dr. Uwe Schwokowski

Die Orthinform-RhefO-Karte finden Sie unter:
[orthinform.de/patienteninformationen/
ihre-rheuma-spezialisten-in-der-naehe](http://orthinform.de/patienteninformationen/ihre-rheuma-spezialisten-in-der-naehe)



Orthopädische Rheumatologie bei Kindern und Jugendlichen

Bei der Arthritis rheumatischer Genese besteht eine entzündlich bedingte Schwellung und/oder entzündlich bedingte schmerzhafte Bewegungseinschränkung an einem oder mehreren Gelenken. Die Ursache der Autoimmunerkrankung ist trotz der intensiven Forschung bisher noch nicht eindeutig identifiziert. Die Autoimmunreaktion wird über die T-Tell sezernierenden Antikörper induziert. Auslösende Faktoren könnten eine genetische Disposition, Infektionen, Traumata, hormonelle Faktoren oder Medikamente sein. Bei Ausbruch der Erkrankung kommt es zum Zusammenbruch der peripheren Immuntoleranz. Das Gelenk-Rheuma im Kindes- und Jugendalter wird als juvenile idiopathische Arthritis bezeichnet (JIA: Erkrankungsbeginn < 16. Lebensjahr, Arthritiden chronisch bestehend länger als sechs Wochen). Die einzelnen sieben Subgruppen der JIA nach Leitlinie für JIA (ILAR/AWMF-Leitlinie IJA):

1. Oligoarthritis: Arthritis in 1–4 Gelenken, Altersgipfel: 2–4.
2. Polyarthritis, seronegativ (RF-): Arthritis in mehr als vier Gelenken und RF-Test negativ. Altersgipfel: 4–7.
3. Polyarthritis, seropositiv (RF+): Arthritis in mehr als vier Gelenken und RF-Test zweimal im Abstand von drei Monaten positiv. Altersgipfel: 12–13.
4. Psoriasisarthritis: Arthritis und mindestens zwei der folgenden Kriterien: Daktylitis, Psoriasis bei einem Verwandten 1. Grades, Nagelveränderungen (Tüpfelung oder Onycholyse). Auch bestehen häufig Hautveränderungen hinter den Ohren und an der Rima ani. Altersgipfel: 6–9.
5. Enthesitis-assoziierte Arthritis: Arthritis und zwei Kriterien: lumbosakraler Rückenschmerz: Sakroiliitis, ankylosierende Spondylitis, HLA-B27 positiv, akute Uveitis, Reiter Syndrom. Altersgipfel: 12–13.
6. Systemische Arthritis: Arthritis und Fieber über zwei Wochen intermittierend und als ein weiteres Kriterium: flüchtiges erythematöses Exanthem, generalisierte Lymphadenopathie, Hepatosplenomegalie, Serositis. Altersgipfel: 4–7.
7. Andere Arthritis: nicht eindeutig zu 1–6 einteilbar.

Bei Verdacht auf eine JIA sind Differenzialdiagnosen auszuschließen. Die Therapieziele sind entsprechend der Leitlinie für JIA (AWMF-Leitlinie JIA): Keine Arthritis-zeichen, keine Hautveränderungen oder internistische Beteiligung, keine Uveitis, normale Laborparameter (JIA Core-Set-Kriterien nach Giannini et al 1997).

Initial erfolgt ambulant eine Behandlung mit NSAR (Naproxen, Ibuprofen). Glucocorticoide (i.a., p.o., i.v.) sind rasch entzündungshemmend und bei initialer Therapie sowie mittelfristig bis zum Wirkungseintritt der Basismedikamente wie z.B. Metorexat (MTX) etc. hilfreich. Insbesondere bei Oligoarthritis großer und kleiner Gelenke ist eine lokale Infiltration mit Corticoiden (Triamcinolonhexacetonid) sehr wirksam. DMARD (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs) sind die wichtigsten Basismedikamente und es werden die modernen Biologika eingesetzt. Die Behandlung der schmerzhaften Gelenke ist immer und zu allen Phasen der Erkrankung wichtig. Die Bewegungseinschränkung und Schonung der Gelenke führt unbehandelt zu rigiden Einschränkungen mit Zunahme der Schmerzen. In spezialisierten Zentren ist eine multimodale Schmerztherapie möglich und indiziert. Es werden Patienten mit chronischen Schmerzzuständen wie M. Perthes (prä- und postoperativ), Hüftdysplasie (postoperativ), muskuläre Dysbalance, Zerebralparese, Skoliose, M. Scheuermann, Rh. Arthritis etc. aufgenommen. Während des stationärem Aufenthaltes erfolgen täglich:

1. Ärztliche Therapiemaßnahmen: Medikamentenverordnung, Manuelle Therapie, intraartikuläre Infiltrationen
2. Physiotherapie
3. Ergotherapie
4. Physikalische Therapie
5. Bewegungstherapie
6. Psychologischer Dienst

Die Behandlung der JIA hat das Ziel, den betroffenen Patienten einen schmerzfreien, normalen Bewegungsablauf sowie eine normale körperliche, geistige und seelische Entwicklung zu ermöglichen.

Dr. med. Markus Stücker,
leitender Arzt des Departments für
Kinderorthopädie/Neuroorthopädie,
Orthopädische Universitätsklinik
für Orthopädie und Orthopädische Rheumatologie
am Klinikum Bad Bramstedt

Rheuma-Apps für Ärzte

In den App Stores gibt es zahlreiche Apps für Menschen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, die diesen das Leben leichter machen können. Verbreitet sind Apps, die beim Management von Arztbesuchen, Medikation, Ernährung und Bewegungstherapie helfen, den Erkrankungsverlauf und die Laborwerte dokumentieren oder als Schmerztagebuch dienen. Selbsthilfegruppen wie die Rheumaliga nutzen Apps um auf regionale Angebote aufmerksam zu machen, andere Apps dienen zum Austausch mit anderen Betroffenen in der community. Doch gibt es auch Apps, die für den rheumatologisch tätigen Arzt interessant sind, vielleicht gerade für den nicht versierten Spezialisten? Wir haben im April 2019 einmal im Apple-App-Store eingekauft, der rheumatologische Warenkorb in alphabetischer Reihenfolge sieht so aus:



1000 Arthritis Wörterbuch

Englischsprachiges Wörterbuch von Sand Apps Inc. mit eher patientenadressierten, einfachsten Definitionen von Fachbegriffen rund um rheumatische Erkrankungen zum Preis von 3,49€. Für Ärzte können aber die Links zu öffentlichen Bilddateien interessant sein.



ART Arthritis & Rheumatology, IJRD International Journal of Rheumatic Diseases und AC&R Arthritis Care & Research

Die drei kostenlosen, englischsprachigen Apps des Wiley-Verlags zeigen Abonnenten die Online-Ausgaben von „Arthritis & Rheumatology“ (American College of Rheumatology), „International Journal of Rheumatic Diseases“ (Asia Pacific League of Associations for Rheumatology) bzw. „Arthritis Care & Research“ (American College of Rheumatology) an. Das Abo ist jeweils kostenpflichtig. Die in der App vorgesehene Möglichkeit zum Download kostenfreier Inhalte funktionierte zum Testzeitpunkt nicht.



ArthritisID PRO

Gut gemachtes, wahlweise englisch- oder französischsprachiges, kostenloses Diagnosetool, welches anhand auszuwählender betroffener Gelenke und einiger nachfolgender Fragen eine erste rheumatologische Verdachtsdiagnose liefert. Zu neun Krankheiten sind weitere Informationen abrufbar, fünf Videos zeigen Untersuchungstechniken.



DAS Calculator

Die kostenlose, englischsprachige App bietet ein übersichtliches Tool zur Berechnung von DAS28-CRP mit vier oder drei Variablen sowie ein Tool zur Umrechnung von DAS in DAS28. Gegen einen in-app-Kauf in Höhe von 2,29 Euro können zehn weitere Tools genutzt werden.



DAS28/ACR-EULAR criteria

Kleines, übersichtliches, englischsprachiges und kostenloses Tool zur Berechnung von DAS28, CDAI/SDAI und ACR-EULAR-Kriterien.



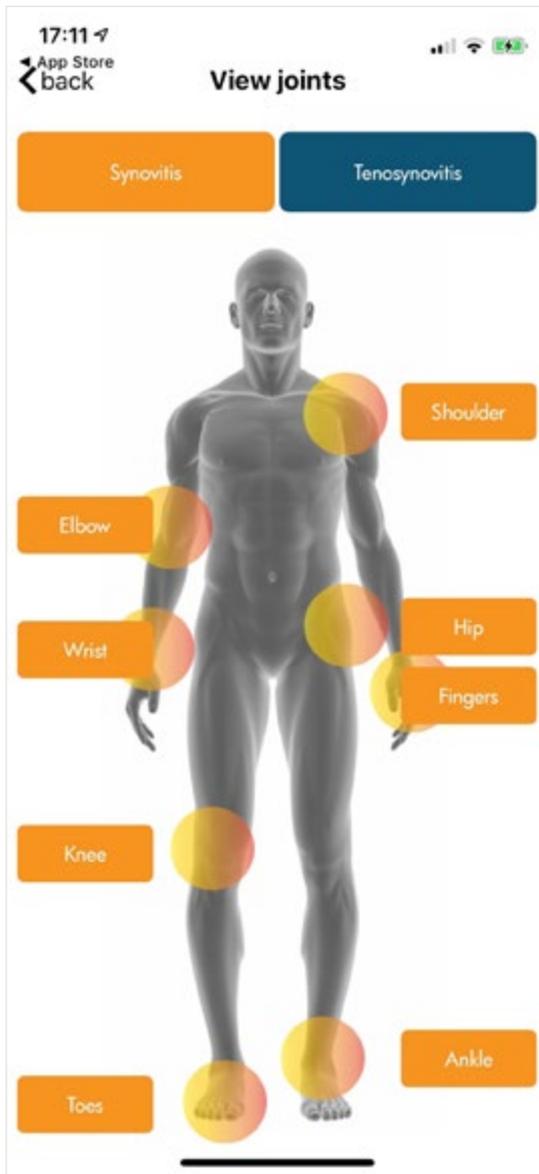
DoseChecker

Die einfache, kostenlose, englischsprachige App berechnet die körperrgewichtabhängige Hydroxychloroquindosis. Die Eingabe kann in pounds oder kg erfolgen, ausgegeben wird das Dosierschema nach der ABW-Methode in Übereinstimmung mit den AAC-Guidelines 2016.



EULAR School App

In einem passwortgeschützten Bereich sind laut Produktbeschreibung nur für registrierte Teilnehmer der EULAR School of Rheumatology EULAR-Empfehlungen, Tools, bildgebende Befunde und online-Kurse zugänglich. Ein Testzugang wurde auf Anfrage leider nicht zur Verfügung gestellt.



Die Auswahl der Gelenke in der RAUSSA-App erfolgt per Fingertip.



Mobile Leitlinien Innere Medizin

Die umfangreiche App der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) stellt kostenlos und deutschsprachig die Leitlinien zu zahlreichen Erkrankungen auf internistischem Fachgebiet zur Verfügung. Enthalten sind auch die S1-Leitlinie zur RA von 2012 mit Tools zur Berechnung von DAS28-Score, EULAR-Diagnosekriterien und Therapiealgorithmus der RA.



ÖGR RheumaGuide

Die kostenlose App des österreichischen MedMedia Verlags verspricht im App Store Hilfestellungen bei Diagnostik und Therapie bei Erkrankungen des Rheumatischen Formenkreises basierend auf der Kurzfassung der 2013 herausgegebenen Leitlinien für die Praxis RA, PsA und SpA. Angekündigt werden Scorerechner, Empfehlungen der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie & Rehabilitation und Links zu DMARD Aufklärungsbögen. Eine erforderliche Registrierung als medizinisches Personal funktionierte zum Testzeitpunkt von Deutschland aus nicht.



RA Augmented Reality

Englischsprachiges, kostenloses Lehrmodul, welches Elemente der virtuellen Realität einbindet, um insbesondere die Rolle von Zytokinen im Entzündungsprozess der RA darzustellen. Eine Hilfefunktion, die dem Anwender die Handhabung der technisch gut gemachten App erklärt, fehlt leider.



RAPID Clinician Educator

Kostenlose Lehr-App zur RA, englischsprachig mit zahlreichen Videos, insgesamt nicht sehr umfangreich. Zusätzlicher Patientenguide mit zahlreichen Videos.



RAUSSA

Sehr schöne, wohl auch dank Sponsoring von Pfizer kostenlose und einfach zu bedienende App zur Sonografie und Duplexsonografie von Gelenken und Sehnen mit Darstellung der korrekten Schnittebenen am anatomischen Präparat und beispielhaften Befunden aller Stadien. Beim ersten Start der App muss man bestätigen, als Arzt in Spanien tätig zu sein, was aber nicht weiter geprüft wird.



RAVE Mobile

Die englischsprachige App bietet einerseits Tools zur Scoreberechnung bei Ankyloisierender Spondylitis, Psoriasisarthritis und Rheumatoider Arthritis, SLE ist in Vorbereitung. Andererseits werden englischsprachige Fortbildungsinhalte bereitgestellt.



RheumaHelper

Übersichtlicher, kostenloser englischsprachiger Rechner mit Tools zur Diagnoseklassifikation von 19 Krankheiten und 12 Aktivitätsscores, darüber hinaus Newsfeedfunktion.



Rheuma IQ

Übersichtlicher englischsprachiger Rechner mit Tools zur Diagnoseklassifikation von 17 Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises von „Adult Still's disease“ bis „Sjogren's syndrome 2016“, Tools zur Berechnung der Krankheitsaktivität von elf Erkrankungen („ASDAS“ bis „Vasculitis Damage Index“). Kostenlos.



Rheuma-VOR

Kostenlose, deutschsprachige App, die anhand von wenigen an den Patienten zu richtender Fragen in drei Minuten bei der Frühdiagnose und Differenzierung zwischen RA, Psoriasis Arthritis und axialer Spondylarthritis helfen soll. Ärzte in Niedersachsen, Rheinland Pfalz und dem Saarland können die Terminvermittlungsfunktion der Rheuma-VOR-Koordinationszentrale gleich aus der App heraus nutzen.



Rheuma Schweiz Education

Laut App Store soll die App interaktive Fortbildungsveranstaltungen auf dem neuesten Stand der Wissenschaft für Fachleute bieten. Zum Testzeitpunkt war mit der kostenlosen App lediglich eine Fortbildung über Injektionstechniken zum Preis von 7,99 Euro als in-app-Kauf möglich. Diesen Einkauf haben wir uns gespart.



Rheumatoid Arthritis @PoC

Laut App Store kostenlose, englischsprachige Wissensdatenbank mit Tools zur RA. Eine Registrierung aus Deutschland gelang zum Testzeitpunkt nicht.



Roche Rheumatologie App

Kostenlose, deutschsprachige App mit den drei Inhalten Rheumatoide Arthritis, Riesenzellarthritis und ANCA-assoziierten Vaskulitiden. Übersichtlich gestaltet sind Diagnosekriterien, Aktivitätsscores, Klassifikationen, Therapiealgorithmen sowie Fachinformationen und Anwenderhinweise zu den für die drei Krankheiten verfügbaren Produkte von Roche abrufbar. Vorgesehene Funktionen eines Veranstaltungskalenders und eine Newsfunktion waren zum Testzeitpunkt nicht mehr auf aktuellem Stand.



SensAR

Laut Beschreibung im App Store Tool zur Bestimmung der Schäden an Händen und Füßen mit dem SENS-Index (simple erosion narrowing score). Kostenlos. Eine Registrierung aus Deutschland gelang zum Testzeitpunkt nicht.



Thieme Rheumatologie visuell

Rheumatologische Bilddatenbank klinischer u. radiologischer Befunde von „Achenbach-Syndrom“ bis „Zoster unter Rituximab-Therapie“, deren Inhalte auch zur persönlichen Nutzung in Vorträgen, Fortbildungen und zu Lehrzwecken dienen. Wahlweise in deutsch oder englisch und kostenlos, Sponsoring von abbvie.

Auch für den rheumatologisch tätigen oder interessierten Arzt gibt es einige gute Apps im App Store, zum Teil mit sehr unterschiedlichem Leistungsumfang und in unterschiedlicher Qualität. Nur einige Apps erfordern eine Verifikation als Arzt, z. B. mit doccheck. Besonders praktisch für die Kitteltasche und die sinnvollste App-Anwendung sind die zum Teil umfangreichen Tools zur Berechnung von Scores zur Klassifikation und Krankheitsaktivität wie z. B. Rheumahelper. Gut gemacht ist auch das englischsprachige Diagnosetool ArthritisID PRO. Sehr gut gefällt auch die RAUSSA-App zur Sonografie und das feature zur Terminvereinbarung beim Rheumatologen bei Rheuma-VOR. Fast alle Inhalte sind erfreulicherweise kostenlos. Wer dann noch gute Apps für betroffene Patienten empfehlen kann, kann die Betreuung seiner Rheumapatienten durch Nutzung von Smartphones verbessern. Perspektivisch können telemedizinische Lösungen wie die DAAG-Videosprechstunde das Betreuungsangebot abrunden (siehe Seite 56).

Dr. Karsten Braun, LL. M.

MORBUS BECHTEREW HAT VIELE GESICHTER



ERKENNEN SIE DIE **VIelfÄLTIGEN SYMPTOME.**

WIR UNTERSTÜTZEN SIE DABEI.



www.zusammen-gesund.de

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

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie
DGORh schreibt 2019 zum 21. Mal den

Arthur-Vick-Preis

zur Förderung wissenschaftlicher Arbeiten auf dem Gebiet
der Orthopädischen Rheumatologie aus.

Weitere Informationen unter
www.dgorh.de



Dotierung: 4.000€

Es können Arbeiten zur klinischen Forschung und zur Grundlagenforschung rheumatischer Gelenkkrankheiten eingereicht werden. Publikationen sollten nicht älter als zwei Jahre sein.

Die Arbeiten sind per Email einzureichen an Prof. Dr. A. Niemeier über die Geschäftsstelle der DGORh (info@dgorh.de).

Einreichungsfrist: 31.07.2019

ORFA – Von der Assistenz über die Delegation zur Eigenständigkeit

Der folgende Fall dürfte Ihnen aus Ihrer täglichen orthopädischen Praxis nicht fremd sein:

Eine 76-jährige Patientin, Witwe, wohnhaft in einem kleineren Dorf, wird von der Hausärztin mit der Fragestellung „Rheumatoide Arthritis“ überwiesen. Anamnese: Sie klagt seit über vier Wochen über heftigste Schmerzen im Nacken.

Arzt: „Wo genau spüren Sie Schmerzen?“

Patientin: – zeigt auf die Schulter- und Nackenregion.

„Zu welcher Tages- oder Nachtzeit treten die Beschwerden besonders auf?“

„Ganz früh morgens.“

„Um welche Uhrzeit?“

„So ab 5 Uhr.“

„Wann wird es besser?“

„Nach dem Aufstehen und Waschen, so ab 9 Uhr.“

Die Verdachtsdiagnose ist eindeutig! Nicht rheumatoide Arthritis sondern eine Polymyalgia rheumatica.

„Hat die Hausärztin Blutuntersuchungen gemacht?“

„Ja und die Werte waren hoch!“

„Die Entzündungswerte?“

„Ich glaube ja.“

„Wie hoch?“

„Das weiß ich nicht.“

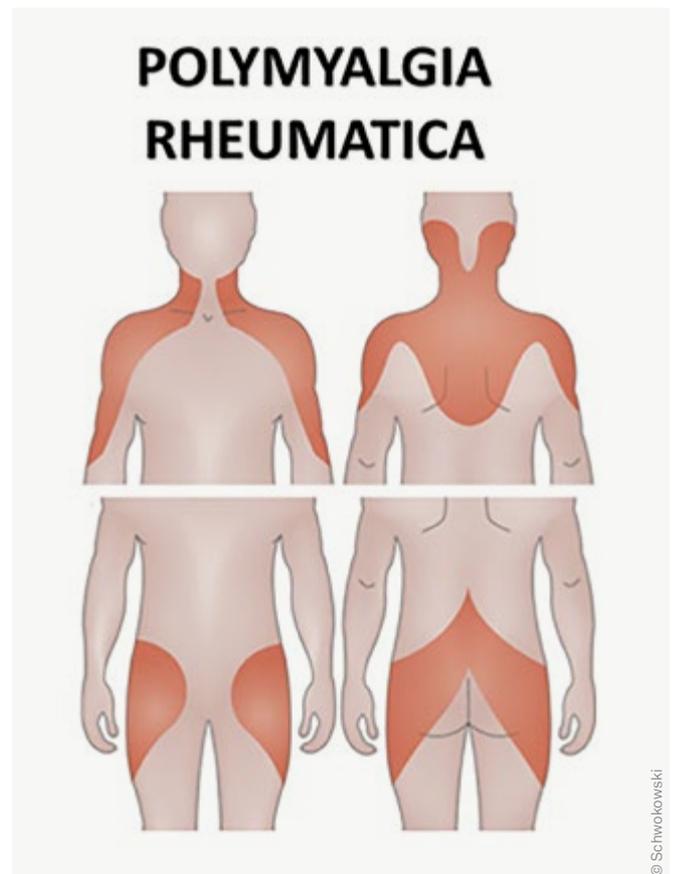
„Bekommen Sie aktuell besondere Medikamente für diese Beschwerden?“

Die Patientin liegt ihren Medikamentenbogen vor:

- ▶ Ibuprofen 600 3x1 Tablette täglich,
- ▶ Novaminsulfon 3x1 Tablette täglich,
- ▶ Prednisolon 5 mg 1x1 Tablette täglich
- ▶ Pantoprazol 20mg 1x1 Tablette täglich

„Ist es unter dieser Therapie besser geworden?“

„Ja etwas, aber weiterhin habe ich frühmorgens recht starke Schmerzen!“

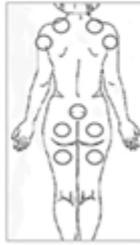


Besonders interessant sind jetzt die Akute Phase Proteine: BSG 63mm/h, CRP 43 mg/l (unter NSAR und low dose Prednisolon).

Die erweiterte Diagnostik bzw. Ausschlussdiagnostik ist aufwendig: Überweisung zum internistischen Rheumatologen? Drei bis sechs Monate Wartezeit! Frühe Diagnosestellung und früher Therapiebeginn sind nach der aktuellen S3-Leitlinie zur PMR dringlich indiziert. Vermeiden einer Chronifizierung, es besteht Fraktur- und Erblindungsgefahr und vieles mehr! Nehmen Sie sich persönlich die Zeit für die Anamnese-Untersuchung-Labordiagnostik und Bildgebung? Können bzw. wollen Sie dies überhaupt unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten und dem Budgetdruck?

S3-Leitlinie zur Behandlung der Polymyalgia rheumatica - 2018

- *Diese Leitlinie wurde erarbeitet, weil trotz der relativ großen Anzahl von Patienten mit PMR das Vorgehen zur Behandlung dieser Erkrankung sehr heterogen ist*
- Die PMR tritt fast ausschließlich bei Menschen > 50 Jahre auf, wobei Frauen etwa 3-mal häufiger betroffen sind als Männer
- Sie ist nach der rheumatoiden Arthritis die zweithäufigste entzündlich rheumatische Erkrankung im höheren Lebensalter
- Da spezifische Tests für die Erkrankung fehlen, wird die Diagnose erst nach Ausschluss klinisch ähnlicher Differentialdiagnosen gestellt



Polymyalgia rheumatica - Klinik

- **hohe humorale Entzündungszeichen** – BSG/CRP (können selten fehlen), keine Autoantikörper
- **bilaterale Schulterschmerzen** stehen deutlich im Vordergrund
- Häufig kommen Nackenschmerzen und/oder Schmerzen im Beckengürtelbereich vor
- Gelenkentzündungen und Tenosynovitiden können auftreten

© BVOU

PMR -Anamnese

- Die meist alten Patienten, > 70 Jahre, klagen über heftige frühmorgentliche Schmerzen in der Schulter-Nackenregion, meist beidseits, teilweise auch im Beckengürtelbereich
- Morgensteifigkeit, im Laufe des Tages Beschwerdebesserung
- Medikation mit NSAR in der Vorbehandlung meist ohne ausreichende Wirkung
- Allgemeine Symptome wie Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Fieber, Starkes Krankheitsgefühl, teilweise Depression

Die PMR ist eine Ausschluss-Diagnose !

- paraneoplastisches Syndrom
- hämatologische Erkrankungen
- Infektionen, z.B. Endokarditis
- myalgischer Beginn einer „late-onset RA“ (LORA)
- subklinische RZA (auch ohne Kopfklinik)
- medikamentös induzierte Myalgien
- chron. nicht entzündliches Schmerzsyndrom



Nun kommt die **Orthopädisch-Rheumatologische Fachassistenz (ORFA)** ins Spiel: Sie ist bestens über das Krankheitsbild informiert und kann die Verdachtsdiagnose meist schon anhand des Anamnesefragebogens stellen (eigene Praxiserfahrungen). Sie kennt die Therapieoptionen (Glukokortikoide, ggf. Methotrexat) und weiß über die Behandlungsdauer und die möglichen Nebenwirkungen Bescheid (der Nutzen ist ungleich höher als das Risiko unter Kortikoiden). Die ORFA informiert über Osteoporosedagnostik und Therapieoptionen und sie nimmt die Ängste der Patienten. Im EBM gibt es keine Ziffer mehr für außerordentliche und zeitaufwendige Beratungen für die O und U bei entsprechenden Krankheitsbildern. Die PMR ist in der täglichen Praxis nicht selten, ich hatte pro Quartal über 40 Patienten. Die Therapie dauert leitliniengerecht und erfahrungsgemäß 1-3 Jahre! Dann ist meist eine Vollremission erreicht. Nach Therapiebeginn mit 15-20 mg Prednisolon täglich sind die Patienten zumeist nach wenigen Tagen von ihren heftigen Schmerzen befreit. Wir können als Orthopäden in unserer täglichen Praxis die intensive Beratung und Betreuung dieser oder ähnlicher Patienten unter dem

Aspekt „wirtschaftlich und ausreichend“ nicht schultern. Seitens der Krankenkassen können wir absolut keine Hilfe erwarten. Nur wir selbst können aktiv werden und den schmerzgeplagten Patienten helfen, indem wir gut ausgebildete MFA bzw. ORFA oder wie in Baden-Württemberg EFA (Entlastungs-Fach-Assistentinnen im Rahmen eines 73c Strukturvertrages) haben.

Solange es nicht möglich ist, die Fortbildung der EFA mit den Fachgebieten Arthrose, Rückenschmerz, Osteoporose und entzündliche Gelenkerkrankungen auf das gesamte Bundesgebiet auszuweiten, einschließlich einer entsprechenden Honorierung, empfehle ich den rheumatologisch interessierten Kollegen und insbesondere den RheFO, ihre MFA bei einem ORFA Kurs anzumelden, um durch deren Eigenständigkeit nicht nur die Adhärenz zu optimieren, sondern auch eine erhebliche persönliche Zeitentlastung zu erfahren.

Durch meine langjährige Praxiserfahrung würde ich Ihnen zu diesem Schritt dringend raten!

Dr. Uwe Schwokowski

→ Nächste ORFA-Kurse: 13. bis 14. September und 27. bis 29. September 2019 in Berlin
Anmeldung: www.bvou.net/mfa



TSVG – Honorarplus lockt in die Bereinigungsfalle

Das im März 2019 verabschiedete **Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG)** geht davon aus, dass sich **medizinische Versorgung für gesetzlich Krankenversicherte verbessern lässt, in dem mehr Termine angeboten werden. Daher werden bereits ab Inkrafttreten des Gesetzes (vermutlich Ende April 2019) verschiedene ärztliche Leistungen mit Honoraranreizen versehen.**

Warum es für die einzelne Praxis und unsere gesamte Fachgruppe dennoch nicht sinnvoll ist, vor dem 3. Quartal 2020(!) auf diese Honoraranreize einzugehen, zeigen wir hier:

Das TSVG eröffnet grundsätzlich vier Fallkonstellationen mit möglichem Honorarplus:

1. Hausarzt vermittelt Termin beim Facharzt

Hausärzte und Kinderärzte erhalten spätestens drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes (voraussichtlich *ab 1.8.2019*) einen Zuschlag in Höhe von 10 Euro extrabudgetär für die Vermittlung eines dringenden Termins beim Facharzt (§ 87 Abs. 2b S.3 Nr. 4 SGB V). Es ist zu erwarten, dass die KBV hierfür für Hausärzte eine EBM-GOP einführen wird mit verpflichtend erforderlicher Angabe der Arztnummer (wahrscheinlich BSNR) des Überweisungsempfängers. Der annehmende Facharzt erhält bereits ab Inkrafttreten, voraussichtlich *Ende April 2019* alle Leistungen eines solchen Behandlungsfalls extrabudgetär vergütet. Der Behandlungsfall ist durch den Facharzt bei der Abrechnung (Eintrag in einem neuen Datenfeld; Feldkennung) zu kennzeichnen, die Umsetzung erfolgt in etwa analog zum bisherigen Vorgehen beim Erbringen operativer Leistungen nach §115b SGB V. Fachärzte, die in Kooperation mit Haus- und Kinderarztpraxen diese Möglichkeiten nutzen wollen, sollten sich über leicht zu handhabende und niederschwellige Kommunikationskanäle verständigen.

2. Vermittlung eines Facharzttermins durch die Terminservicestelle

Spätestens *ab 1.1.2020* müssen die Terminservicestellen (TSS) 24/7 über die bundesweite Rufnummer 116 117 erreichbar sein und Akuttermine sogar am gleichen Tag ohne Überweisung mit einem standardisierten Ersteinschätzungsverfahren an Niedergelassene, Krankenhäuser,

Notfallambulanzen oder Rettungsdienst vermitteln (§ 75 Abs. 1a SGB V). Die TSS können dabei mit Landesverbänden von Krankenkassen und Rettungsleitstellen kooperieren. Alle Leistungen eines Behandlungsfalls, die auf Grund der Vermittlung durch die TSS erbracht werden, werden unmittelbar ab Inkrafttreten des Gesetzes, voraussichtlich *ab Ende April 2019*, extrabudgetär vergütet (§ 87a Abs. 3 S. 5 Nr. 3 SGB V). Spätestens *ab 1.8.2019* gibt es einen gestaffelten Zuschlag auf die Grundpauschale je nach Wartezeit auf den Termin bzw. Schnelligkeit der Behandlung (Akutfall innerhalb 24 Stunden 50 Prozent, 50 Prozent bis 1 Woche, 30 Prozent bis 2 Wochen, 20 Prozent bis 1 Monat). Auch hier wird die Kennzeichnung des Behandlungsfalls mittels Feldkennung in der Abrechnung vom PVS abgefragt. Da die Meldung von Terminen an die TSS künftig nicht mehr nur freiwillig, sondern für alle Ärzte obligat sein wird, kommen Facharztpraxen nicht umhin, in ihrem Terminmanagement entsprechende Zeiträume vorzusehen. Waren die Fächer O&U von Haus aus unbürokratische Notfallversorgung gewohnt, könnte es künftig interessant werden, den Notfall durch die TSS vermitteln zu lassen. Elektronische Terminbuchungssysteme werden künftig eingeführt und könnten Gestaltungsmöglichkeiten eröffnen.

3. Patient besucht die offene Sprechstunde

Grundversorgende Fachärzte müssen spätestens drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes (voraussichtlich *ab 1.8.2019*) fünf Stunden offene Sprechstunde pro Woche anbieten, die einzuhaltende Mindestsprechstundenzeit erhöht sich auf 25 Stunden pro Woche. Welche Arztgruppen zu den grundversorgenden Fachärzten zählen, wird durch KBV und GKV-Spitzenverband im Bundesmantelvertrag festgelegt. Es ist damit zu rechnen, dass O&U dazugehören werden. Alle Leistungen im Behandlungsfall, die im Rahmen von bis zu 5 offenen Sprechstunden je Kalenderwoche ohne vorherige Terminvereinbarung erbracht werden, werden ohne Überweisungsvorbehalt extrabudgetär vergütet (§ 87a Abs. 3 S. 5 Nr. 6 SGB V). Auch diese Fälle werden kennzeichnungspflichtig. Unklar ist bisher, wie die Prüfung der Begrenzungsregelung auf 5 Stunden erfolgen soll. Denkbar sind Plausibilitätsprüfungen anhand der im EBM hinterlegten Zeitprofile. Praxen sollten ihr Terminmanagement entsprechend vorbereiten.

4. Aufnahme neuer Patienten

Leistungen bei neuen Patienten werden spätestens drei Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes (voraussichtlich ab 1.8.2019) ausbudgetiert vergütet (§ 87a Abs. 3 S. 5 Nr. 5 SGB V). Als neuer Patient gilt, wer zum ersten Mal in die Praxis kommt oder mindestens zwei Jahre nicht in der Praxis untersucht und behandelt wurde. Für welche Arztgruppen die Regelung gilt, wird vom Bewertungsausschuss festgelegt, O&U dürften voraussichtlich dabei sein. Auch diese Fälle werden voraussichtlich zu kennzeichnen sein. Unklar ist, wie mit ehemaligen Selektivvertragspatienten oder reinen Rezeptausstellungen umzugehen ist. Im fachärztlichen Bereich sind bei bestimmten Fachgruppen durchaus relevante Größenordnungen von bis zu 40 Prozent neuer Patienten vorstellbar.

Bereinigung im ersten Jahr

Ein echtes Honorarplus mit entsprechender Mehrvergütung durch die Krankenkasse wird durch die genannten Fälle allerdings erst im zweiten Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes generiert.

Finanzielle Herausforderungen hinsichtlich der Vergütung für nicht unter die oben genannten Fallkonstellationen fallende Patienten wird das erste Jahr mit sich bringen: Denn für die ersten vier Quartale muss laut TSVG einmalig eine Bereinigung zu Lasten der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) mit den arztgruppenspezifischen Auszahlungsquoten des jeweiligen Vorjahresquartals erfolgen (§ 87a Abs. 3 SGB V). **In diesem Bereinigungszeitraum bezahlen die Krankenkassen nur die Preisdifferenz zur Ausbudgetierung (Quote), jedoch nicht die Mengenentwicklung (Fälle und Leistungen).**

Ein Mehr an Fällen und Leistungen gehen im ersten Jahr zu Lasten der Preise für die übrigen Leistungen und werden für die Folge basiswirksam. Somit wird jede Praxis dies ab dem zweiten Jahr dauerhaft negativ spüren, wenn eine Praxis innerhalb des ersten Jahres sehr viele Mehrfälle im Rahmen der neuen ausbudgetierten Möglichkeiten abrechnet!

Erst ab dem zweiten Jahr sind die zuvor ausgeführten Fallkonstellationen tatsächlich Einzelleistungen und werden mit dem tatsächlichen Preis und Menge auch vergütet. Die negativen Auswirkungen für die jeweilige Praxis und die gesamte Fachgruppe können dabei in jedem Bundesland je nach Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der jeweiligen KV unterschiedlich sein. Unsere drei Beispielfälle beziehen sich exemplarisch auf den HVM der KV Baden-Württemberg.

Wir empfehlen den Kollegen der jeweiligen Bundesländer unbedingt eine mit den Landesteams abgestimmte Vorgehensweise unter Berücksichtigung des jeweiligen HVM.

Beispielfälle

→ anhand des HVM der KV Baden-Württemberg. Die Konsequenzen sind abhängig vom jeweiligen Bundesland unterschiedlich in Abhängigkeit vom jeweiligen HVM!

Annahme: Das RLV einer Praxis beträgt 45.000 Euro bei einer Quotierung von 90 Prozent, unquotierter Fallwert 50 Euro, quotierter Fallwert RLV+QZV 45 Euro. Bisher wurden 1.000 Patienten im Quartal behandelt.

Szenario 1 Schon im Quartal 2/2019 werden 1.000 Patienten behandelt, davon 100 extrabudgetär nach neuer TSVG-Regelung. Die Honorarberechnung für Quartal 2/2019 laufen trotzdem alle 1.000 Fälle bzw. der Leistungsbedarf gegen das RLV von 45.000 Euro, das Honorar beträgt 900 mit 90 Prozent quotierte Fälle zu je 45 Euro zuzüglich 100 unquotierte Fälle zu je 50 Euro = 45.500 Euro. Das Honorarplus für die 100 extrabudgetären Fälle nach TSVG beträgt in Quartal 2/2019 gerade einmal 500 Euro. Für Das Quartal 2/2020 ergibt sich für die Praxis ein RLV aus nur 900 RLV-Fällen × Fallwert der Fachgruppe. Alle extrabudgetären Fälle in 2/2020 werden voll vergütet und die restlichen Fälle laufen gegen das RLV.

Szenario 2 Die Praxis rechnet im Quartal 2/2019 keinen extrabudgetären Fall nach neuer TSVG-Regelung ab, im Quartal 2/2020 jedoch dann 100 extrabudgetäre Fälle.

Die Honorarberechnung für Quartal 2/2019 ergäbe wie bisher 45.000 Euro. Das RLV für 2/2020 läge wieder bei 1000 RLV-Fällen × Fallwert der Fachgruppe. Im Quartal 2/2020 käme es bei entsprechender Leistungsanforderung zu einer Auszahlung von 45.000 Euro für die 900 Fälle im Budget plus einer Auszahlung von 100 extrabudgetären Fällen zu je 50 Euro (oder auch mehr, je nach Leistungsschwere der ausbudgetierten Fälle), insgesamt also mindestens 50.000 Euro.

Szenario 3 Die Praxis behandelt schon im Quartal 2/2019 weiter 1.000 Patienten wie bisher im RLV und generiert zusätzlich 300 extrabudgetäre Fälle nach neuer TSVG-Regelung. Jeder Fall hat einen Wert von 50 Euro. In der Honorarberechnung für Quartal 2/2019 laufen die 1.300 Fälle gegen das RLV von 2/2019. Dies ergibt eine RLV-Vergütung von 45.000 Euro, aber mit einer Quote von gerundet 70 Prozent. Ausbudgetiert vergütet wird die Quote für die 300 Fälle, also 30 Prozent für die 300 Fälle × 50 Euro = 4.500 Euro. Das Honorarplus für die 300 extrabudgetären Fälle nach TSVG beträgt in Quartal 2/2019 4.500 Euro. Für das Quartal 2/2020 ergibt sich für die Praxis ein RLV aus 1.000 RLV-Fällen × Fallwert der Fachgruppe. Dieser Fallwert der Fachgruppe hängt ab von der Höhe des Arztgruppentopfes (Honorar der Orthopäden im Vorjahr × Veränderungsrate - Bereinigung/RLV-Fallzahl aller Ärzte). Würden also alle Orthopäden im ersten Jahr identisch 30 Prozent Fallzahlsteigerungen vornehmen, sinkt der Fallwert auch im Folgejahr um diese 30 Prozent und zwar dauerhaft für alle Praxen.

Kommentar

Das Gesundheitswesen ist der letzte Bereich in Deutschland, in dem die Politik glaubt, mit Planwirtschaft erfolgreich sein zu können. Angeblich soll das erweiterte Sprechstundenangebot erforderlich gewesen sein, um die zumindest gefühlte Ungleichbehandlung von GKV-Patienten zu verringern und auf die Einführung einer Bürgerversicherung verzichten zu können. Der BVOU und seine Mandatsträger haben sich wiederholt zur Sinnhaftigkeit eines solchen Gesetzentwurfes geäußert, in dem wir insbesondere einen Eingriff in die ärztliche Autonomie sehen. Das TSVG zeigt nun exemplarisch was passiert, wenn die Politik in die Selbstverwaltung eingreift. Auf einmal ist viel mehr Geld vorhanden. Es wird erwartet, dass ca. 600 Mio. Euro an zusätzlichen Geldmitteln in das System fließen werden. Das Geld wird jedoch verwendet, um publikumswirksam Kosmetik beim Thema Wartezeiten zu betreiben. Das Gesetz bietet dabei Potential für Honorarsteigerungen in einer Dimension, welche dann später der Ärzteschaft vorgeworfen werden wird. Der BVOU hat massive Zweifel, dass dieses Geld die Versorgung wirklich verbessert. Mehr Geld wird vor allen Dingen bei der Versorgung der chronisch kranken Patienten benötigt. Das TSVG setzt die finanziellen Anreize jedoch bei Neu- und Akutpatienten. Dies zementiert eher noch die Unterfinanzierung der Chroniker. Durch die zahlreichen Eingriffe in die ärztliche Selbstverwaltung ist mit weiterer Bürokratisierung des Systems und tiefgreifenden Kontrollmechanismen zu rechnen, die Manipulationen verhindern sollen. Zahlen zum Schluss die Ärzte wieder die Mehrkosten für die erhöhten Verwaltungskosten der KVen? Schon jetzt sollte der Kollegenschaft empfohlen werden, absolut korrekt zu kodieren und abzurechnen, um sich nicht späteren Vorwürfen auszusetzen. Der BVOU hat die Politiker im Vorfeld des Gesetzes vor dieser Vorgehensweise gewarnt, wir wurden nicht gehört. Die gesetzlichen Neuregelungen begünstigen jetzt die 24/7-Flatrate-Pizzaservice-Mentalität von Patienten zur unkoordinierten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in einem Mehr an Terminen. Offene Sprechstunde und Vorhaltung von TSS-Terminen reduzieren dabei an anderer Stelle das Terminangebot. Die Neuregelungen dürften sich daher auf die Versorgung chronisch Kranker nicht vorteilhaft auswirken. Erfolgreiche alternative Versorgungswege wie im baden-württembergischen Selektivvertrag werden wieder nicht gegangen, Elemente einer vernünftigen Patientensteuerung fehlen. Ärzte, die sich den gesetzlichen Neuregelungen nicht anpassen, haben – wie kann es anders sein – mal wieder mit Sanktionen zu rechnen, wie genau ist bisher unklar. Positiv kann man sehen, dass es im Gegenzug zu massiven Eingriffen in die ärztliche Selbstverwaltung und in die Autonomie eines freien Berufs im budgetierten System, erstmals wieder seit vielen Jahren

mehr Honorar für bestimmte Leistungen geben wird. Das ist natürlich ein Schritt in die richtige Richtung. Dieses durchaus relevante, aber wegen der unglücklichen Bereinigungsregelung erst ab dem zweiten Jahr erzielbare Honorarplus, dürfte überwiegend bestimmten an der unmittelbaren medizinischen Versorgung teilnehmenden Facharztgruppen, voraussichtlich auch O&U, zugute kommen. Eine Praxis, die mit einer fallzahlintensiven Umsetzung jedoch zu früh – vor Quartal 3/2020 – startet, schneidet sich und der Fachgruppe ins eigene Fleisch. Im TSVG verstecken sich auch an anderer Stelle einige weitere positive Aspekte, wie die Erhöhung der zu fördernden Weiterbildungsstellen von 1.000 auf 2.000, die Begrenzung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen für ärztliche und ärztlich veranlasste Leistungen auf zwei statt bisher vier Jahr rückwirkend sowie die Einführung der für von Regressforderungen betroffenen Ärzte vorteilhaften Differenzschadensberechnung bei Verordnungen. Und auch die wirtschaftliche Verantwortung für die mit dem TSVG eingeführte Blanko-Verordnung bei Heilmittelverordnungen wurde konsequenterweise auf die Heilmittelerbringer übertragen. Um den Arztberuf insgesamt attraktiver zu machen, leistet das Bürokratiemonster TSVG sicher keine guten Beiträge. Aber vielleicht ist das auch gar nicht so gewünscht, denn generell zeigt sich in weiteren Paragraphen ein fragwürdiger Weg zu mehr Substitution, Delegation und Verlagerung ärztlicher Kompetenz auf nichtärztliche Gesundheitsberufe und Apotheker, der die zukünftige Rolle des Arztes im System immer mehr in Frage stellt.

Zusammenfassung

Vier Konstellationen für eine extrabudgetäre Vergütung (Terminvermittlung durch Hausarzt, Termin über TSS, neuer Patient und offene Sprechstunde) wurden aufgezeigt, für diese Fälle erfolgt im ersten Jahr eine Bereinigung, d. h. im Jahr darauf wird das zur Verfügung stehende Vergütungsvolumen entsprechend reduziert und je nach Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung auch individuell dem Arzt abgezogen. Im 2. Jahr wird keine Bereinigung mehr erfolgen. Extrabudgetäre Fälle nach TSVG könnten für unsere Fachgruppe ab dem 3. Quartal 2020 interessant sein und je nach Praxisstruktur ein Honorarplus bringen. Relevante Fallzahlsteigerungen schon im ersten Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes können hingegen für die abrechnende Praxis und die Fachgruppe negative Effekte im Folgejahr mit sich bringen.

Dr. Johannes Flechtenmacher,
Dr. Burkhard Lembeck, Dr. Karsten Braun

Stoßwelle bei Fersenschmerz: über Regeln und Verfahren

Nur 26,73 Euro für die ESWT bei Fersenschmerz – das können viele nicht nachvollziehen. Wie kommen eine neue Kassenleistung und das Honorar dafür zustande? Nach Regeln und in geordneten Verfahren. Und am Ende hinter verschlossenen Türen.

Unterschiedlicher als Dr. Johannes Flechtenmacher und Dr. Harald Deisler kann man eine Versorgungsentcheidung nicht bewerten. Deisler, bis vor kurzem unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und dort Vorsitzender des Unterausschusses Methodenbewertung, lobte am 19. April 2018 eine neue Kassenleistung: „Der G-BA konnte den ursprünglich ausgeschlossenen Einsatz der extrakorporalen Stoßwellentherapie (ESWT) bei der Indikation des Fersenschmerzes bei plantarer Fasciitis auf aktueller wissenschaftlicher Grundlage neu bewerten. Erfreulich ist, dass betroffenen Patientinnen und Patienten nunmehr eine zusätzliche Möglichkeit zur Behandlung zur Verfügung steht.“ Wirklich?

Nach Auffassung von Flechtenmacher: nicht wirklich. Als eine Entscheidung „zum Nachteil einer patientenorientierten ambulanten Versorgung“ kritisierte der BVOU-Präsident den Beschluss. Patienten dürfen eine ESWT nämlich erst dann beanspruchen, wenn sie mindestens ein halbes Jahr unter der angegebenen Form von Fersenschmerz leiden, in ihrer gewohnten körperlichen Aktivität stark eingeschränkt sind und bereits unterschiedliche konservative Therapieansätze wie Dehnübungen oder Schuheinlagen ohne relevante Beschwerdebesserung angewandt worden sind. „Ich weiß nicht, wie viele Patienten Sie haben, bei denen Sie sechs Monate lang erfolglos eine Fasciitis plantaris behandeln“, kommentierte Flechtenmacher den G-BA-Beschluss.

Berufsverbände außen vor

Für endgültigen Ärger unter Fachärzten und -ärztinnen für Orthopädie und Unfallchirurgie sorgte dann aber die Honorarentscheidung im Bewertungsausschuss kurz vor



Weihnachten 2018. Die neue Kassenleistung (**siehe Textkasten 1**) wurde unter der Gebührenordnungsnummer (GOP) 30440 aufgenommen, sie wird zwei Jahre lang extrabudgetär vergütet – aber mit nur 247 Punkten gleich 26,73 Euro. Abgerechnet werden darf sie maximal dreimal pro Fuß. „Die Befürchtungen, dass durch die Honorierung keine adäquate Kostenerstattung dieser teuren Leistung zu erreichen ist, haben sich somit bestätigt“, so der BVOU-Präsident im „Infobrief“ 1 dieses Jahres. Der BVOU, die Deutsche Gesellschaft für Extrakorporale Stoßwellentherapie (DIGEST) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hätten gegenüber dem Bewertungsausschuss als angemessene Bewertung der Leistung rund 80 Euro angegeben.

Diese Klarstellung änderte nichts daran, dass es erboste Zuschriften gab, der Berufsverband habe versagt – ganz so, als ob der BVOU im Bewertungsausschuss einfach Preise für Leistungen festsetzen könne. Das kann er nicht, genauso wenig wie andere ärztliche Berufsverbände. Der Bewertungsausschuss ist bekanntlich paritätisch besetzt mit drei Vertretern der KBV und drei des GKV-Spitzenverbandes.

Doch auch lange vor der Preisfestsetzung, wenn ein Verfahren zu einer Methodenbewertung im G-BA eingeleitet wird, kann ein Berufsverband wie der BVOU formal seine Expertise nicht einbringen. In den etablierten Stellungnahmeverfahren, nach denen im G-BA eine Methodenbewertung wie die zur Stoßwelle abläuft, sind Berufsverbände gar nicht vorgesehen. Hier kommen nur



Beim Gemeinsamen Bundesausschuss ist als einer von neun Unterausschüssen der für Methodenbewertung angesiedelt. Er tagt – im Gegensatz zum Plenum hier – nicht öffentlich. Stellungnahmen einbringen dürfen nur wissenschaftliche Fachgesellschaften, nicht aber Berufsverbände.

wissenschaftliche Fachgesellschaften wie zum Beispiel die DGOU zu Wort (**siehe Textkasten 2**). Das hatte kürzlich schon der BVOU-Landesvorsitzende Württemberg, Dr. Burkhard Lembeck, klargestellt: Als Player oder bei „nächtlichen Pokerrunden bei den Preisen“ sei man als BVOU nicht vorgesehen.

Die Entscheidungen des G-BA stehen häufig in der Kritik, ebenso seine langen Verfahren, ja die ganze demokratische Legitimation dieses mächtigen Gremiums. Anfang des Jahres hat Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) seinen Unmut in einem Gesetzentwurf verarbeitet. Anlass war, dass die Krankenkassen das Körperfettabsaugen in bestimmten Fällen bezahlen sollen, sich jedoch weigern, weil der Nutzen ihrer Auffassung nach noch nicht ausreichend erwiesen ist. Der G-BA befasst sich seit längerem damit. Dem geplanten Implantateregister-Einrichtungsgesetz will Spahn nun einige thematisch völlig fremde Vorgaben anhängen, die den G-BA und seine Kompetenzen betreffen: Demnach soll das Bundesgesundheitsministerium (BMG) die G-BA-Entscheidungen zur Nutzenbewertung von Methoden in bestimmten Fällen beanstanden können. Bislang hat das BMG zwar die Verfahrens-, nicht aber die Fachaufsicht über das Selbstverwaltungsgremium G-BA. Was aus dem Gesetz und seinem Anhang noch wird, wird man sehen. Für die Beurteilung der extrakorporalen Stoßwelle bei Fersenschmerz lief aber alles so ab, wie es Geschäfts- und Verfahrensordnung des G-BA bislang vorsehen.

Am 25. September 2014 schrieb das Referat Methodenbewertung beim GKV-Spitzenverband dem damaligen G-BA-Mann Deisler. Man stellte einen Antrag auf Bewertung des ESWT-Verfahrens bei Patienten mit Fersenschmerz nach § 135 Sozialgesetzbuch V. Dieser

Paragraf enthält Regelungen, wie bei der Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung vorzugehen ist. Als Begründung für den Antrag hieß es, im Juni 2014 sei die ESWT durch den Medizinischen Dienst des Spitzenverbands erneut bewertet worden, der „mittlerweile ausreichend vorhandene hochwertige Sekundärliteratur“ verwendet habe: „Die beschriebene Datenlage deutet darauf hin, dass durch die ESWT die Beschwerdesymptomatik zumindest bei einem Teil der Betroffenen dauerhaft beendet werden kann. Abgesehen von der finanziellen Entlastung der einzelnen Versicherten stehen der GKV Einsparungen durch Vermeidung von Arzneimittelverordnungen, physikalische Mittel und Maßnahmen sowie ggf. Operationen und Arbeitsunfähigkeit gegenüber.“ Allerdings verwies der GKV-Spitzenverband auch darauf, dass die aktuelle Versorgungssituation bezüglich der ESWT bei Fersenschmerz „unklar“ sei. Die Datenlage zur Verbreitung der Leistung sei „intransparent“. Eine Behandlung koste „pro Sitzung in der Regel zwischen 80 und mehreren hundert Euro“.

Der Antrag hatte Erfolg. Am 19. Februar 2015 beschloss der G-BA auf Vorschlag seines Unterausschusses Methodenbewertung, ein Beratungsverfahren einzuleiten. Am 30. Juli 2015 wurde das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der Recherche des aktuellen medizinischen Wissensstandes zur ESWT beauftragt. Zu seinem Vorbericht Ende 2016 gaben die DGOU und die DGOOC damals eine Stellungnahme ab, und zwar durch den als Experten von ihnen benannten Leiter der Arbeitsgemeinschaft Stoßwelle, PD Dr. Jörg Hausdorf, zugleich Vorstandsmitglied der DIGEST. „Die Evidenz für die ESWT war

damals extrem angewachsen“, erinnert Hausdorf. Das sei auch im von den Kassen angestoßenen Bewertungsverfahren zum Ausdruck gekommen.

Hausdorf bewertete nicht die wissenschaftlichen Aspekte. „Wir haben seinerzeit auch schon auf die hohen Gerätekosten zwischen 20.000 und 25.000 Euro verwiesen Zeiteinsatz bei der Anwendung. Das wurde aber offenbar alles ignoriert.“ Dabei bat die KBV 2017 in Vorbereitung auf die Beschlussfassung zur ESWT im G-BA und später im Bewertungsausschuss den BVOU um nähere Angaben, unter anderem zu Geräte- und Wartungspreisen, durchschnittlicher Behandlungsdauer, aber auch Anzahl der mit ESWT versorgten Patienten. BVOU-Präsident Flechtenmacher beantwortete die Fragen, verwies aber auch darauf, dass man die Zahl von Praxen mit entsprechenden Geräten oder die Anzahl der damit durchschnittlich versorgten Patienten nur schätzen könne.

Am 19. April 2018 verkündete der G-BA seinen Beschluss zur Wiederaufnahme der ESWT als Kassenleistung. Am 12. Dezember 2018 entschied der Bewertungsausschuss, die neue Leistung zum 1. Januar 2019 als GOP 30440 aufzunehmen und mit rund 27 Euro zu vergüten. Warum so niedrig – das bleibt sein Geheimnis. Weder KBV noch GKV-Spitzenverband äußern sich hierzu jemals im Detail. Von Kassenseite wird allerdings Wert darauf gelegt, es sei „ein Verhandlungs- und kein Schiedsergebnis gewesen“.

„Wir haben einfach keine umfassenden Daten vorliegen“, bestätigt Hausdorf. Der Leiter der AG Stoßwelle betont aber: „Meiner Erfahrung nach wäre man nur mit einer Orientierung an der heutigen GOÄ-Ziffer für die radiale Stoßwelle zu einem einigermaßen fairen EBM-Honorar bekommen, also mit ca. 50 Euro. Für die fokussierte Stoßwelle wären es bei einfachem GOÄ-Satz ca. 80 Euro, was ebenfalls die richtige Größe zur Orientierung wäre. Die Leistung wird von einem akademischen Beruf erbracht, es fallen Geräte- und Wartungskosten an, ebenso weitere Praxiskosten. Damit muss man kalkulieren. Wenn die Arztminute mit 0,89 Euro eingerechnet wird, ist das doch blanker Hohn.“

Neben der niedrigen EBM-Vergütung hält er auch die Auflagen für falsch, vor allem die, mindestens sechs Monate bis zur Anwendung der ESWT zu warten. „Einlagen und Dehnübungen sind oft sehr nützlich. Aber die Patienten haben ja oft schon länger Schmerzen und können nicht mehr gescheit laufen, wenn sie zu mir kommen. Wenn es dann nicht rasch besser wird, biete ich ihnen die Stoßwellenbehandlung an.“ Dass sich der G-BA bei seinem Beschluss am Sechs-Monats-Zeitraum orientiert hat, kann Hausdorf in gewisser Weise nachvollziehen: „Viele der ausgewerteten Studien sind so angelegt, dass man diese Zeit abgewartet hat, um den Effekt zu eliminieren, dass die Beschwerden von allein weggehen. Mittlerweile gibt es aber auch Studien, bei denen kürzere Verläufe angesetzt wurden.“

Textkasten 1

Vom Antrag zu 26,73 Euro Honorar – Zeitschiene

- ▶ **1999:** Der Arbeitsausschuss „Ärztliche Behandlung“ des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (Vorgängerorganisation des G-BA) legt einen Bericht über die zurückliegenden Beratungen zur ESWT bei verschiedenen Indikationen vor. Ergebnis: Wirksamkeit und medizinische Notwendigkeit der ESWT seien „nicht hinreichend belegt“.
- ▶ **2004:** Der Medizinische Dienst des Spitzenverbands (MDS) legt ein ergänzendes Gutachten zum Stellenwert der ESWT vor. Ergebnis: Trotz neuer Erkenntnisse gilt keine Beratung zur Einführung der Methode beim G-BA als erforderlich.
- ▶ **2014:** Die Stoßwellentherapie für die Indikation Fersenschmerz mit und ohne Fersensporn wird erneut durch den MDS bewertet. Der GKV-Spitzenverband stellt beim G-BA einen Antrag auf Methodenbewertung.
- ▶ **2018:** ESWT bei der Indikation des Fersenschmerzes bei planarer Fasciitis wird unter bestimmten Vorgaben Kassenleistung. Kurz vor Weihnachten entscheidet der Bewertungsausschuss, paritätisch besetzt mit drei Vertretern der KBV und dreien des GKV-Spitzenverbands, über die Honorierung: 26,73 Euro.
- ▶ **1.1.2019:** Die Neuregelung tritt in Kraft.

ESWT wird weiter zu diskutieren sein

Hausdorfs Meinung nach ist das Interesse der Krankenkassen nicht allzu hoch, dass die Stoßwellentherapie häufiger eingesetzt wird. Denn das muss zusätzlich bezahlt werden. Das hört man öfter. Den Fachärzten und -ärztinnen für O und U ist es angesichts der Honorierung und der Limitationen beim Einsatz ebenfalls nicht zu verdenken, wenn sie ihren Patienten die Stoßwelle nach entsprechender Information weiter eher als IGeL anbieten. Die jetzige Regelung lädt geradezu dazu ein. Die wissenschaftliche Diskussion darüber, welche Therapieoption wann welchem Patienten angeboten werden sollte, ist aber sicher noch nicht zu Ende: Im Februar hat das „Deutsche Ärzteblatt“ eine Übersichtsarbeit „Plantarer Fußschmerz“ veröffentlicht.

Sabine Rieser, Berlin, Fachjournalistin

Textkasten 2

Die Regeln und Verfahren des Gemeinsamen Bundesausschusses

- ▶ Die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen bilden den **Gemeinsamen Bundesausschuss** (G-BA). Der G-BA ermittelt den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse auf der Grundlage der evidenzbasierten Medizin.
- ▶ Der G-BA trifft seine Beschlüsse im Rahmen seiner gesetzlichen Aufgaben im Plenum. Das **Plenum** beschließt grundsätzlich in Sitzungen. Sie sind in der Regel öffentlich.
- ▶ Das Plenum setzt zur Vorbereitung seiner Beratungen und Beschlussfassungen in der Regel sektorenübergreifend besetzte **Unterausschüsse** ein. Jede Trägerorganisation ist berechtigt, in einem Unterausschuss vertreten zu sein. Derzeit arbeiten neun Unterausschüsse, darunter einer für Methodenbewertung und einer für Disease-Management-Programme.
- ▶ Ein Unterausschuss berät in nicht-öffentlichen Sitzungen. Er soll bei seinen Beratungen **Konsens** anstreben. Er fasst das Ergebnis seiner Beratungen zusammen und legt es dem Plenum vor. **Beschlussempfehlungen** des Unterausschusses müssen die tragenden Gründe für die Beschlussentwürfe enthalten.
- ▶ Der G-BA ermittelt für seine Verfahren **stellungnahmeberechtigte Organisationen und Sachverständige**. Dazu zählen **wissenschaftliche Fachgesellschaften**, in erster Linie die in der AWMF zusammengeschlossenen. Die Satzung der Gesellschaft muss die primär wissenschaftliche Zielsetzung explizit abbilden. Ausgeprägte Interessenvertretung oder eine vorwiegend berufspolitische Ausrichtung (zum Beispiel als **Berufsverband**) schließt die Anerkennung aus.
- ▶ Die Geschäftsstelle arbeitet mit dem IQWiG und dem IQTiG vertrauensvoll zusammen.

Quelle: Geschäfts- und Verfahrensordnung des G-BA



Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery

BÄK-Statistik 2018: „Höchste Zeit, den Ärztemangel zu bekämpfen.“

„Wir zehren seit Jahren von der Substanz. Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte wächst zu langsam, um die enormen Herausforderungen zu bewältigen, vor denen unser Gesundheitssystem steht.“ Davor warnte Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, ehem. Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), anlässlich der Vorstellung der Ärztestatistik für das Jahr 2018. Wenn die Politik nicht endlich mit mehr Studienplätzen in der Humanmedizin gegensteuere, werde der demografische Wandel zu erheblichen Engpässen bei der gesundheitlichen Versorgung führen. „Die Bevölkerung in Deutschland ist eine der ältesten weltweit, und sie wird immer älter. Es liegt auf der Hand, dass damit auch der Behandlungsbedarf immer größer wird“, so Montgomery.



Die komplette Statistik mit Zahlen aus O und U finden Sie unter:
www.bvou.net/baek-statistik-2018



Im Einklang mit Berufspolitik und Privatleben

Im Dezember 2018 wählten Ärztinnen und Ärzte Dr. Klaus Thierse und Dr. Claudio Freimark in die neue Delegiertenversammlung der Ärztekammer Berlin. Im Interview berichten sie über Ziele und Inhalte der kommenden Jahre.

Herr Dr. Thierse, welche Themen möchten Sie in nächster Zeit in der Ärztekammer Berlin vorantreiben?

Dr. Klaus Thierse: Die Kammerpolitik befindet sich in ständiger Bewegung. Das bedeutet für uns: Wir wollen nicht nur reagieren, sondern möglichst auch agieren. Konkret heißt das: Gestaltung und Mitbestimmung. Punkte, die wir in kommender Zeit vorantreiben möchten, sind beispielsweise die Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung. Auch möchten wir uns für Anpassungen an das neue Berliner Kammer- und Heilberufsgesetz stark machen. Das neue Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) ist ein stets heiß diskutiertes Thema.

Herr Dr. Freimark: Wie kam es eigentlich zu Ihrem Engagement?

Dr. Claudio Freimark: Da erinnere ich mich noch gut an folgendes Ereignis: Unser ehemaliger und immer noch geschätzter Berufsverbandsvorsitzende, Dr. Günter Abt, sagte einmal zu mir: „Junge, lange haben wir für Euch und Eure Belange in der KV und Kammer gekämpft, jetzt seid Ihr mal dran und müsst die Weichen stellen!“ Den Rat habe ich befolgt und beschlossen, mich zu engagieren.

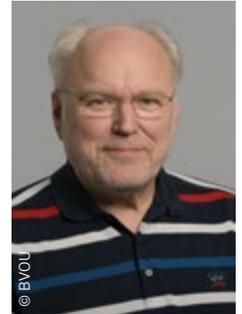
Wofür steht Ihre Liste „Fachärzte 2.0 fair.transparent.konstruktiv“, mit der Sie auch bei der KV angetreten sind?

Dr. Freimark: Fair meint einen von gegenseitigem Respekt getragenen Meinungsaustausch untereinander, transparent heißt, dass Beschlüsse und Handlungsweisen eines KV-Vorstands allen Mitgliedern der Vertreterversammlung gleichermaßen zugänglich zu machen und nachvollziehbar aufzubereiten sind. Und konstruktiv steht dafür, dass ein politisches Miteinander nur durch Kooperation und Integration gelingt. Und nicht etwa durch Ausgrenzung oder Polarisierung.

In der Ärztekammer wird derzeit das Projekt „Kammer 2025“ – digital und modern – gestartet und eine grundlegende Reform der Beitragsordnung. Wir gestalten gemeinsam unsere Kammer für unsere Zukunft! In der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin bin ich für Veränderungen, in der Ärztekammer dagegen für Kontinuität angetreten. In der KV haben wir es schon geschafft, viel mehr Transparenz als früher in die Gremien und für die Niedergelassenen hineinzubringen – das ist auf jeden Fall als Erfolg zu verzeichnen. Jedoch besteht teilweise noch ein gewisser Neidfaktor gegenüber den Orthopäden.



Dr. Claudio Freimark (47) ist niedergelassener Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin-Neukölln.



Dr. Klaus Thierse (66), BVOU-Landesvorsitzender Berlin, ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, niedergelassen in Berlin-Frohnau.

Es gibt sicherlich Sitzungen und Gremien, die zäh und vielleicht auch überflüssig sind. Aber da prallen halt die unterschiedlichen Charaktere und Interessen aufeinander.

Was bedeutet das zusätzliche Engagement für Ihren Berufsalltag? Und was für Ihr Privatleben?

Dr. Thierse: Auf jeden Fall bedeutet das viel Zeitaufwand: Während das im beruflichen Bereich durch die mit der Kammeraktivität verbundene Vernetzung doch zum Teil kompensiert wird, gilt dies für den privaten Bereich nicht: Da kann ich nur für die Geduld meiner Frau sehr dankbar sein.

Dr. Freimark: Naja, aber zum Glück sind die Orthopäden klar und gut und strukturiert (lacht). Aus diesem Grund lässt sich auch das Privatleben mit der Berufspolitik gewissermaßen in Einklang bringen.

Herr Dr. Thierse, Herr Dr. Freimark, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Janosch Kuno, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU



Polo-Shirts für Ihr Praxis- oder Klinikteam

Corporate Identity in Ihrer Praxis oder Klinik?

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

Wählen Sie unter verschiedenen Farben und Größen:

- ▶ dunkelblau
- ▶ weiß
- ▶ türkis

jeweils in S, M, L, XL und XXL

Bestellen Sie direkt

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

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

Preise inkl. MwSt.,
zzgl. Versand

www.orthinform.de



Facharztprogramm: Nachweislich besser versorgt



© WavebreakMediaMicro/stock.adobe

Wissenschaftliche Auswertungen der Routinedaten von insgesamt rund 52.000 AOK-Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen zeigen, dass Teilnehmer am Facharztprogramm in Baden-Württemberg besser und koordinierter versorgt sind als Patienten in der Regelversorgung. Die Patienten werden zudem deutlich gezielter vom Hausarzt an den Orthopäden überwiesen.

Bei 85 von 100 Patienten sind falsche, einseitige Belastungen und zu wenig Bewegung die Ursachen der Rückenschmerzen. Am Facharztvertrag teilnehmende Orthopäden haben deutlich mehr Zeit für individuelle Beratungs- und Motivationsgespräche – vor allem zum Thema Bewegung. So können die Fachärzte ihre Patienten ausführlich dazu beraten und gemeinsam mit ihnen abstimmen, wie diese durch ihr Verhalten aktiv zu ihrer Genesung beitragen können. Dr. Burkhard Lembeck, Landesvorsitzender des BVOU in Baden- Württemberg unterstreicht das: „Ein wesentlicher Erfolgsfaktor bei der Behandlung von Rückenschmerzen ist die Möglichkeit, die Patienten empathisch zu begleiten.“ Voraussetzung dafür sei, genügend Zeit für ein profundes Gespräch mit dem jeweiligen Patienten zu haben. Daran fehle es aber in der Regelversorgung am meisten. „Diese Zeit entsprechend vergütet zu bekommen, ist das Alleinstellungsmerkmal des Facharztvertrages“, so Lembeck.

➔ Weitere Informationen finden Sie auf bvou.net unter dem Suchbegriff:

„**Facharztprogramm**“

Für eine kindgerechte fachorthopädische Diagnostik und Therapie



Mitglieder des Münchner Netzwerks für Kinderorthopädie

Seit fast fünfzehn Jahren treffen sich in München Kinderorthopädinnen und Kinderorthopäden zu einem regelmäßigen Zusammenschluss, um Behandlungsmaßnahmen zu koordinieren, gemeinsame Interessen zu transportieren und berufspolitische Probleme zu formulieren. Der ursprünglich kleine Stammtisch hat sich in den letzten Jahren enorm erweitert. Dr. Hartmut Gaulrapp, BVOU-Bezirksvorsitzender in München, hat die Initiative ins Leben gerufen und spricht über gemeinsame Ziele.

Herr Dr. Hartmut Gaulrapp, in München haben Sie ein kinderorthopädisches Netzwerk aufgebaut: Was ist das und wie muss man sich das vorstellen?

Dr. Hartmut Gaulrapp: Das kinderorthopädische Netzwerk ist ein loser Zusammenschluss von ursprünglich zunächst in München niedergelassenen Kinderorthopäden, also Ärztinnen und Ärzte mit der seit 2005 von der Ärztekammer gemäß der Weiterbildungsordnung ergebenden Zusatzbezeichnung „Kinderorthopädie“. Seit 2015 ist daraus ein großer und weiter zunehmender Kreis mit allen in München niedergelassenen Kinderorthopäden und auch Klinik-Kollegen entstanden.

Warum braucht man ein kinderorthopädisches Netzwerk?

Dr. Gaulrapp: Das hat mehrere Gründe: gemeinsame Interessen der Ärzte zu bestimmen und zu transportieren, Behandlungsmaßnahmen zu vergleichen, zu koordinieren und abzustimmen, für schwierige Kasuistiken Lösungen zu finden und ebenso, um berufspolitische Probleme und Interessen zu formulieren und mitzuteilen.

Wie oft und wo treffen Sie zusammen?

Dr. Gaulrapp: Aktuell treffen wir uns zweimal im Jahr, jeweils in der Praxis oder Klinik eines der Mitglieder des Arbeitskreises.

Was wird dort besprochen? Welche Ziele verfolgen Sie? Wie erfolgt der Erfahrungsaustausch?

Dr. Gaulrapp: Wir haben eine Plattform und ein Forum für kinderorthopädische Fragen der Ärzte entwickelt. Hier beraten wir auch zu berufspolitischen Themen, hinsichtlich der Wissenschaft und der Patientenliegen und Therapieformen. Wir besprechen in der Runde auch E-Mail Anfragen einzelner Mitglieder.

Was möchten Sie verändern?

Dr. Gaulrapp: Wir möchten optimale Angebote für Patienten schaffen. Ziel ist es, das hier in München eingeführte lose, aber informative, Netzwerk auch regional in anderen Regionen zu etablieren. Inhaltlich setzen wir uns für kindgerechte fachorthopädische Diagnostik und Therapie ein und wollen kind- und familiengerechte Betreuung schaffen. Dies gilt insbesondere auch für behinderte Patienten. Hier sollte die Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik gestärkt werden: Orthopädietechnik, Physiotherapie und Ergotherapie, gesetzliche Behinderungen (Notfalldepot, Ausschluss bestimmter Abrechnungsziffern, Minderbewertung der Ordinationsziffer, fehlende Ziffern für

bestimmte Leistungen, zu wenig Präventionsziffern) abbauen, durch die EBM Reform 2005 geschaffene Benachteiligungen ausgleichen und neue Vorsorgeziffern im Bereich der Kinderorthopädie etablieren.

Mit wem teilen Sie Ihre gewonnenen Erkenntnisse?

Dr. Gaulrapp: Die gewonnenen Erkenntnisse teilen wir mit Kollegen, Berufsverbänden, Patientenorganisationen, Krankenkassen und dem Gesetzgeber. Uns erreichen auch Presseanfragen von Medienvertretern.

Wer darf an dem Treffen teilnehmen?

Dr. Gaulrapp: Voraussetzung ist die Zusatzbezeichnung Kinderorthopädie, da diese die notwendige qualitative und quantitative Ausbildung voraussetzt. Voraussetzung ist ferner Interesse und auch die aktive Beteiligung im Arbeitskreis.

Wie viele Leute sind dabei?

Dr. Gaulrapp: Zu Beginn waren es drei Kollegen, mittlerweile sind es über 20.

Wie sollte sich das kinderorthopädische Netzwerk Ihrer Meinung nach entwickeln?

Dr. Gaulrapp: Es wäre schön, wenn sich nach dem Münchner Vorbild bundesweit kinderorthopädische Netzwerke einrichten würden, die ein wichtiger Basisaspekt eines bundesweiten orthopädischen Netzwerkes werden könnten, wie dies von der Kommission Kinderorthopädie (DGOU, Vereinigung Kinderorthopädie und BVOU) initiiert wurde.

Könnte das kinderorthopädische Netzwerk auch als Modell für andere Bundesländer dienen?

Dr. Gaulrapp: In München ist die Besonderheit gegeben, dass viele niedergelassene Kinderorthopäden in eigenen Praxen tätig sind und zusätzlich an vier

Kliniken kinderorthopädische Leistungen angeboten werden. Auf jeden Fall sollte die Münchner Initiative Vorbild für eigenständige Zentren in den verschiedenen Regionen Deutschlands sein, auch wenn die in München umfangreichen Inhalte in einzelnen Regionen schwer abzubilden oder darzustellen sein könnten. Es zählt die Initiative, Kindern qualitativ gute kinderorthopädische Behandlung zukommen zu lassen.

Was war bis jetzt Ihr größtes Erfolgserlebnis?

Dr. Gaulrapp: Das Highlight unserer bisherigen Arbeit im Netzwerk (Arbeitskreisarbeit) war sicherlich die gemeinsame Planung, Organisation und Durchführung der kinderorthopädischen Jahrestagung 2016 in München.

Herr Dr. Gaulrapp, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Janosch Kuno, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU



Dr. Hartmut Gaulrapp ist Facharzt für Orthopädie, Kinderorthopädie, Sportmedizin und Chirotherapie. Außerdem ist er als Kinder-D-Arzt (Unfallarzt) für die Behandlung von Schulunfällen, Wegeunfällen und Arbeitsunfällen von den Berufsgenossenschaften zugelassen. Seit 2001 ist er Bezirksvorsitzender des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) in München und berufspolitisch in der Kassenerztlichen Vereinigung, Ärztekammer und im Kreisverband engagiert. Seit 1999 ist er niedergelassener Arzt in einer eigenen Praxis.

Komplikation nach intramuskulärer Injektion: Kommentar und Faktencheck



© Tobias Arhelger

In der Tagespresse^{z.B. 4} ist aktuell nachzulesen, dass einer unserer Kollegen wegen eines schweren Behandlungsfehlers verurteilt wurde. Das Gericht stellte einen vermeidbaren Spritzenabszess (Diclofenac/Corticosteroid) mit katastrophalen Folgen für den Patienten fest⁵.

Jeder Anwender von i.m.-*Diclofenac* muss sich im Klaren sein, dass eine mit diesem Applikationsweg verbundene Komplikation (Spritzenabszess, allergischer Schock) in der Regel als vermeidbarer schwerer Behandlungsfehler zu werten ist¹, – falls keine der seltenen Ausnahme-Indikationen für diese parenterale Applikation vorliegt und dokumentiert ist. Bei i.m. Gabe eines *Corticosteroids* ist naturgemäß nicht mit Anaphylaxie zu rechnen, hingegen ist das Risiko eines Abszesses hierbei höher.

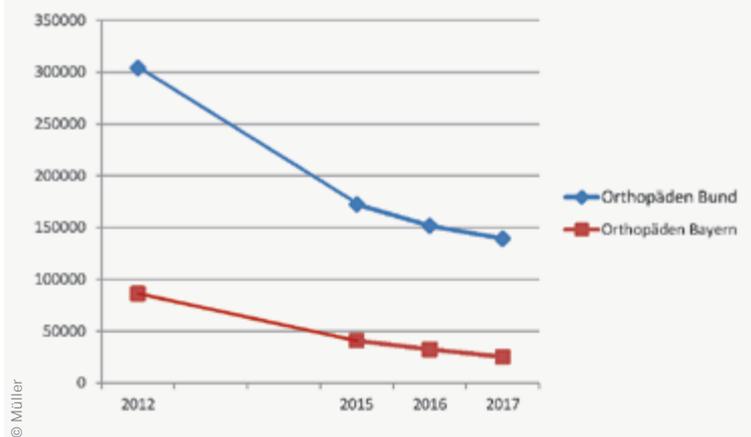
In nun über 35 Jahren Berufstätigkeit (Pharmakologie, Chirurgie, Orthopädie, Neurologie, Schmerzzambulanzen, Bereitschaftsdienste) erinnere ich mich an keinen ambulanten Patienten, der ein NSAR oder Corticosteroid dringend benötigte und dieses nicht enteral zuführen

konnte. Klar, das ist Zufall und keine Wissenschaft. Doch scheint der Schluss zulässig, dass die Comorbidität von Lumboischialgie etc. einerseits und gleichzeitig schwerem Brechdurchfall selten vorkommt. Eine ähnliche Ausnahme-Indikation könnte bei einem Patient mit Schädelprellung, Nausea und schmerzhaft geschwollenen Hämorrhoiden gegeben sein.

Dennoch werden in Deutschland Jahr für Jahr abenteuerlich hoch anmutende Zahlen von Diclofenac-i.m.-Ampullen p.c. bestellt. Dieses Thema verfolgten Hartmut Gaulrapp und ich über einige Jahre mit dem Ziel, eine putativ missbräuchlich häufige Anwendung von NSAR- und/ oder Corticosteroid-i.m.-Spritzen in unserer orthopädischen Fachgruppe zu reduzieren^{2,3}.

Anzahl der Einzeldosen Diclofenac i.m. 2012-2017

[Dank für die Daten an KVB: I.Hasselluhn, L.Weichenberger, J.Fischaleck]



Zum Vergleich: über 400 000 DDD Diclofenac i.m. (p.c.) in Bayern 2017 über alle Fachgruppen

In einer Subgruppenanalyse zeigte sich, dass viele Praxen unserer Berufsgruppe wenig oder kein Diclofenac i.m. orderten, hingegen wenige Praxen für einen hohen Verbrauch verantwortlich zeichneten. Wie die Verteilung in anderen Fachgruppen aussieht, wissen wir nicht.

Fakten für die Praxis

NSAR

1. „So weisen die für jeden Arzt rechtlich verbindlichen Fachinformationen von Diclofenac deutlich darauf hin, dass eine i.m. Injektion u.a. nur indiziert ist, wenn eine andere Applikation (oral oder rektal) nicht möglich ist. Zudem erfordert die Fachinformation wegen des möglichen Auftretens von anaphylaktischen Reaktionen bis hin zum Schock die Bereithaltung eines funktions-tüchtigen Notfallbestecks und die Notwendigkeit einer einstündigen Überwachung in der Praxis sowie die Aufklärung des Patienten darüber. Die Behandlung sollte in der Regel auch nur einmalig als i.m. Injektion erfolgen.“¹
2. Der Trend über alle Fachgruppen ist in letzten Jahren rückläufig, aber die absoluten Zahlen sind noch immer unplausibel hoch.²
3. Diclofenac wirkt i.m. (andere i.m. applizierbare NSAR analog)
 - ▶ weder relevant schneller als solubile oral oder supp. rectal,
 - ▶ noch stärker als eine äquipotente Dosis oral oder rectal
 - ▶ und besser magenverträglich als eine äquipotente magenunlöslich dragierte oder rectal gegebene Dosis ist es auch nicht.³

Corticosteroide

1. sind oral ebenfalls hervorragend bioverfügbar und wirken ohnehin erst mit einer zeitlichen Latenz.
2. Eine i.m. Gabe von Corticosteroiden ist weder in den Leitlinien für Arthrose noch für Rückenschmerz vorgesehen.
3. „Wenngleich hierfür keine vergleichbar strikten Anforderungen bestehen, dürften im Zweifelsfall ähnliche Maßstäbe der i.m. Gabe von Diclofenac angelegt werden.“¹

Bitte helfen Sie mit, dass wir als Ärzteschaft besser werden und solch unnötige Risiken vermeiden.



Dr. Norbert Müller
Zirndorf

Literatur

1. Verordnung Aktuell der KVB (Kassenärztliche Vereinigung Bayern) zu diesem Thema, 2015; online: <https://bit.ly/2W1gayQ>
2. Müller N, Gaulrapp H: Reduktion nicht indikationsgerechter i.m. Applikation von Analgetika – ein Beitrag zur AMTS aus der Praxis für die Praxis. Poster. 5. Deutscher Kongress für Patientensicherheit bei medikamentöser Therapie-Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ), D-Berlin, 18.–19.10.2018, online: <https://bit.ly/2W0judU>
3. Müller N, Gaulrapp H: NSAR – Spritze oder Pille? Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten der DGOU, Thieme, 6/11:198-202,2011; (intern für die Berufsgruppe publiziert und deshalb online nicht verfügbar; kann bei dr.norbert.mueller@gmx.de als pdf bestellt werden)
4. Spiegel Online: <https://bit.ly/2WuGiSx>
5. Oberlandesgericht Celle – Niedersachsen: <https://bit.ly/2JFg9dw>

Sind intraartikulär applizierte Lokalanästhetika zytotoxisch?

Seit 15 Jahren werden immer mehr Fallberichte und Studien publiziert, die auf eine zytotoxische Wirkung von intraartikulär applizierten Lokalanästhetika insbesondere auf Chondrozyten hindeuten.

Mittlerweile gibt es eine Reihe von Fallberichten, in denen eine Chondrolyse bei Patienten beschrieben wird, die nach einer Schulterarthroskopie Bupivacain über Schmerzpumpen kontinuierlich verabreicht bekamen. In einer retrospektiven klinischen Studie am Kniegelenk nach vorderer Kreuzbandrekonstruktion erhielten zwar 99 von 105 Patienten einmalig eine intraartikuläre Injektion von 0,25 Prozent bzw. 0,5 Prozent Bupivacain oder 1 Prozent Lidocain. Eine Chondrolyse trat aber ausschließlich bei 13 von 46 Patienten auf, die zusätzlich postoperativ zwei Tage lang mittels einer Schmerzpumpe 0,25 Prozent oder 0,5 Prozent Bupivacain und Epinephrin intraartikulär erhielten (Buchko et al. 2015). Da ein toxischer Effekt in gewissen Grenzen eine Funktion aus Dosis und Expositionszeit ist, ist die ausschließlich nach postoperativem Einsatz von Schmerzpumpen beobachtete Chondrolyse nachvollziehbar. Es gilt hervorzuheben, dass diese Fallberichte und retrospektiven Studien keinen kausalen Zusammenhang zwischen intraartikulär appliziertem Lokalanästhetikum und Chondrolyse beweisen, jedoch eine Assoziation nahelegen.

Aufgrund von ethisch-rechtlichen Vorgaben sind tierexperimentelle Studien insbesondere zum Nachweis einer toxischen Wirkung unumgänglich. So geht derzeit die Deutsche Forschungsgemeinschaft davon aus, dass die Übertragbarkeit von tierexperimentellen Ergebnissen hinsichtlich unerwünschter Wirkungen, auch Nebenwirkungen oder toxische Wirkungen genannt, bei ca. 70 Prozent liegt und zudem viel toxikologisches Wissen ausschließlich von den gesetzlich vorgeschriebenen Tierexperimenten stammt. Tierexperimentell ließ sich der klinische Befund einer fehlenden Zytotoxizität bei einmaliger Injektion von Bupivacain nur bei einer Studie mit Hunden bestätigen. Jedoch gibt es auch mehrere Studien sogar mit verschiedenen Spezies wie Hund, Ratte und Hase, die über eine zytotoxische Wirkung von Bupivacain oder Lidocain auf Chondrozyten und z.T. auch auf Synoviozyten nach einmaliger intraartikulärer Applikation berichten.



Die tierexperimentellen Studien bestätigen somit auch weitgehend die mit kultivierten humanen und bovinen Chondrozyten und Knorpelimplantaten in zahlreichen *in vitro* Studien bereits erhobenen zytotoxischen Befunde (Kreuz et al. 2018). So konnte mit kultivierten Chondrozyten gezeigt werden, dass die zytotoxische Wirkung von Bupivacain, Mepivacain und Ropivacain abhängig war von der Konzentration, der Substanz und der Expositionszeit. Ein klinisch relevanter Schwellenwert z.B. ein No-Observed-Effect Level für eine zytotoxische Wirkung, ist derzeit jedoch nicht bekannt. Möglicherweise können Lokalanästhetika die mitochondriale DNA schädigen, so dass es infolge einer Funktionsstörung der Mitochondrien zu Apoptose und Nekrose kommt.

Einige klinische und tierexperimentelle Befunde zeigen, dass eine zytotoxische Wirkung auch erst nach Monaten nachweisbar sein kann.

So wurde in der retrospektiven klinischen Studie von Buchko et al. (2015) eine Chondrolyse bei den betroffenen 13 Patienten in einem Zeitraum von vier bis 30 Monaten diagnostiziert. Saltzman et al. (2009) berichten von einem Fall einer erst neun Monate nach Schulterarthroskopie festgestellten Chondrolyse, wobei 0,5 Prozent Bupivacain über eine Schmerzpumpe appliziert wurde.

Auch in einem Versuch mit Ratten trat eine verminderte Chondrozytendichte erst in einem Zeitraum von 3–6 Monaten nach einmaliger intraartikulärer Injektion von 0,5 Prozent Bupivacain auf (Chu et al. 2010). Diese lange Zeitspanne zwischen Exposition und Diagnose zeigt, dass ein potenziell chondrotoxischer Effekt der Lokalanästhetika sich subtil entwickeln kann und lässt vermuten, dass es eine Dunkelziffer gibt.

Insbesondere Bupivacain wurde in den klinischen und tierexperimentellen Studien untersucht. Aus *in vitro* Versuchen mit kultivierten Chondrozyten oder Knorpel-explantaten ist bereits bekannt, dass Bupivacain, verglichen mit anderen Lokalanästhetika vom Amidtyp, z.B. Mepivacain oder Ropivacain, ein höheres zytotoxisches Potential besitzt. Einige wenige Zellkultorexperimente sowie tierexperimentelle Studien zeigen aber auch das zytotoxische Potential auf andere artikuläre Zellen wie z.B. die Synoviozyten und Tenozyten. Zu den hieraus resultierenden langfristigen klinischen Konsequenzen gibt es derzeit keine Studien. Interessanterweise konnte *in vitro* gezeigt werden, dass Lokalanästhetika nach Entfernen der lamina splendens besser in den Knorpel eindringen und zytotoxisch wirken konnten, was von klinischer Relevanz bei arthrotisch verändertem Knorpel sein kann.

Lokalanästhetika vom Estertyp werden aufgrund einer höherer Allergieinzidenz und geringeren Verträglichkeit seltener eingesetzt. So gibt es nur eine tierexperimentelle Studie mit Procain, wobei keine Apoptose in Chondrozyten nach 21 Tagen festgestellt wurde. Ein längerer Untersuchungszeitraum sowie weitere Lokalanästhetika vom Estertyp, z.B. das im Auge häufig eingesetzte Tetracain, würde deren Zytotoxizität einschätzen und somit ihr Potential als alternative Lokalanästhetika-Gruppe aufzeigen helfen.

Lokalanästhetika werden bei intraartikulärer Anwendung gelegentlich gemeinsam mit Epinephrin oder einem Glucocorticoid z.B. Triamcinolon, injiziert. Das Aufziehen in eine Spritze von zwei zuvor getrennten Präparaten, z.B. Lokalanästhetikum und Glucocorticoid, ist arzneimittelrechtlich – auch wenn es nur eine Mischung darstellt

– eine bei der zuständigen Bezirksregierung anzeige-pflichtige Herstellung eines Arzneimittels. Präklinische Untersuchungen haben bereits gezeigt, dass die chondrotoxische Wirkung bei gemeinsamer Applikation eines Glucocorticoids mit einem Lokalanästhetikum erhöht ist (Jayaram et al. 2018). Retrospektiv erhobene klinische Befunde hierzu gibt es bisher nicht.

Fazit

Über eine potentiell chondrotoxische Wirkung von kontinuierlich intraartikulär applizierten Lokalanästhetika bei Patienten wird immer wieder berichtet. Es wird daher bereits mehrfach empfohlen, die kontinuierliche intraartikuläre Applikation von Lokalanästhetika mit Hilfe von Schmerzpumpen nicht mehr durchzuführen. Eine zytotoxische Wirkung bei einmaliger intraartikulärer Injektion ist klinisch bisher nicht, tierexperimentell jedoch vielfach beschrieben worden. Es gibt hierzu aber nur eine kleine klinische Studie. Daher sollte die Indikation für eine einmalige intraartikuläre Injektion streng geprüft werden. Auch sollte eine strenge Indikationsstellung für die gemeinsame intraartikuläre Injektion eines Lokalanästhetikums mit einem Glucocorticoid aufgrund einer bereits präklinisch festgestellten, zusätzlich erhöhten Chondrotoxizität erfolgen. Anstelle dessen sollte die intraartikuläre Applikation einer Hyaluronsäure evtl. in Kombination mit einem möglichst niedrig, aber wirksam dosierten Glucocorticoids in Betracht gezogen werden.

Literaturempfehlung

- ▶ Angele P, Zellner J. Einfluss lokaler Anästhetika auf den hyalinen Gelenkknorpel. *Arthroskopie* 29:82-88 (2016).
- ▶ Jayaram P, Kennedy DJ, Yeh P, Dragoo J. Chondrotoxic effects of local anesthetics on human knee articular cartilage – A systematic review. *PM R* 2018 Nov 19. doi: 10.1002/pmrj.12007. [Epub ahead of print]



Prof. Dr. Jürgen Steinmeyer
Labor für Experimentelle
Orthopädie,
Orthopädische Universitätsklinik,
Justus-Liebig-Universität Gießen

DKOU 2019: Wissen braucht Werte – Was bringt der diesjährige Kongress?

Dr. Thomas Möller, DKOU-Kongresspräsident 2019 für den BVOU, ist in Speyer im Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie niedergelassen und behandelt dort sowohl konservativ als auch operativ. Beim Berufsverband war er langjähriger Landesvorsitzender in Rheinland-Pfalz. Derzeit hat er das Amt des stellvertretenden Landesvorsitzenden und des Bezirksvorsitzenden in der Pfalz inne. Was ihm beim DKOU 2019 besonders am Herzen liegt, erläutert er im Gespräch.

Herr. Dr. Möller, das diesjährige Kongressmotto heißt „Wissen braucht Werte“. Warum dieses Motto und was bedeutet es für Sie?

Dr. Möller: Ein Kongressmotto ist immer auch ein Plädoyer oder eine Situationsbeschreibung. Der Satz „Wissen braucht Werte“ ist vielschichtig. Als Ärzte müssen wir auf dem neuesten Stand des medizinischen Wissens sein. Das erwarten unsere Patienten und dazu sind wir verpflichtet. Weil wir Teil einer Wertschöpfungskette sind, schaffen wir damit auch tatsächlich Werte. Das Kongressmotto hat aber auch eine ethische Dimension, die nicht minder wichtig ist. Vertrauen, Verantwortung und Empathie sind die zentralen Werte unserer Arbeit und Grundlage jeder Arzt-Patientenbeziehung. Das dürfen wir nicht vergessen. Mir ist dabei vor allem der verantwortungsvolle Umgang mit dem medizinischen Fortschritt wichtig. Wir müssen immer wieder abwägen, was die beste

Behandlung für den einzelnen Patienten und seine individuelle Lebenssituation ist. Wir brauchen in O&U also ein wissens- und wertebasiertes Handeln. Darauf zielt das diesjährige Kongressmotto ab.

Es gibt Patienten, die der Ansicht sind, dass sie bei ihrem Arztbesuch zu kurz kommen. Was kann man dagegen tun?

Dr. Möller: Zunächst möchte ich festhalten, dass wir jeder Patientin und jedem Patienten mit unserer ganzen Aufmerksamkeit und Wertschätzung begegnen sollten. Sie sind krank und vertrauen auf unsere Hilfe. Aber wir haben in unserem Gesundheitssystem auch das Problem, dass die sprechende Medizin sehr viel schlechter honoriert wird als technische Leistungen oder Interventionen. Das gilt auch für die konservative Orthopädie. Die Behandlung einer Patientin oder eines Patienten wird pro Quartal nicht viel besser



Dr. Thomas Möller studierte von 1979 bis 1986 an den Universitäten Münster und Würzburg Medizin und promovierte 1986 an der Orthopädischen Klinik König-Ludwig-Haus in Würzburg über juvenile Knochenzysten. Möller war danach an verschiedenen chirurgischen und orthopädischen Kliniken tätig, unter anderem am Kreiskrankenhaus in Tauberbischofsheim, den Bundeswehrkrankenhäusern Wildbad und Gießen sowie an der Klinik Hohenlohe in Bad Mergentheim, dem Royal Berkshire Hospital in Reading (England) und der Orthopädischen Klinik Kassel. Möller erhielt 1993 seine Facharztanerkennung Orthopädie. Seit 1993 ist er Facharzt für Sportmedizin und Chirotherapie, seit 2006 für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie seit 2008 für Akupunktur und Teilradiologie. Seit 14 Jahren ist Möller 1. Vorsitzender der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU) und Herausgeber der Orthopädischen und Unfallchirurgischen Praxis (OUP). Möller ist beratender Facharzt der KV, Mitglied der VV der Bezirks- und Landesärztekammer und Prüfarzt für den Facharzt Orthopädie und Unfallchirurgie. Er hält regelmäßig wissenschaftliche und berufspolitische Vorträge bei den Kongressen in Baden-Baden und Berlin und hat den Vorsitz wissenschaftlicher Sitzungen inne.

vergütet als ein guter Haarschnitt. Eine konservative Behandlung verlangt aber weitreichende Kenntnisse und eine enge Führung des Patienten. Das muss dann auch entsprechend honoriert werden, was derzeit nicht der Fall ist.

Inwiefern findet sich diese Debatte im Kongressprogramm des DKOU 2019 wieder?

Dr. Möller: Diese Debatte wird sicher immer wieder Thema des DKOU sein, aber es gibt auch einige Sitzungen, die sich explizit damit beschäftigen werden. So werden Vertreter des Jungen Forums O&U am Mittwoch, den 23. Oktober 2019, über die nötigen Soft Skills für ein wissens- und wertebasiertes Handeln in unserem Fach reden. Eine Sitzung am Donnerstag, den 24. Oktober 2019, wird sich mit der Zukunft von O&U beschäftigen und an dem selben Tag werden wir mit einer eigenen Sitzung auch einen Blick über den Tellerrand werfen. Wie im vergangenen Jahr wird auch die Digitalisierung wieder Thema sein, etwa in Form der elektronischen Patientenakte. Wir brauchen die Digitalisierung, aber die Daten müssen sicher sein und die Verantwortung für Diagnostik und Therapie dürfen nicht an einen Algorithmus delegiert werden. Die persönliche Zuwendung muss integraler Bestandteil der Behandlung bleiben. Für mich – und das gilt natürlich auch für meine Kopräsidenten –, war sehr wichtig, dass sich alle Kolleginnen und Kollegen in dem Kongressprogramm wiederfinden werden, sowohl die niedergelassenen als auch die klinisch tätigen Kolleginnen und Kollegen.

Welche Themenaspekte sind Ihnen besonders wichtig?

Dr. Möller: Neben den berufspolitischen Themen, die mir als Kongresspräsident für den BVOU am Herzen liegen, interessieren mich natürlich auch die Fortschritte zu den Krankheitsbildern, die ich täglich selbst behandle. Etwa zum Trochanter-schmerz, zu den Tendopathien, den

Kreuzbandverletzungen oder den Knorpelregenerationsverfahren und nicht zuletzt zur Altersorthopädie und Alterstraumatologie – um nur einige zu nennen.

Haben Sie durch den VSOU-Kongress, den Sie jährlich als Vorsitzender der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen verantworten, schon Routine in Sachen Kongressorganisation und -durchführung?

Dr. Möller: Ja und Nein! Vom VSOU kenne ich die logistischen, administrativen und repräsentativen Pflichten eines großen Kongresses. Der VSOU ist mit rund 3000 Fachbesuchern immerhin der zweitgrößte Kongress für O&U im deutschsprachigen Raum. Als Kongresspräsident des DKOU 2019 konnte ich jetzt auch das wissenschaftliche Programm mitgestalten. Das ist etwas Neues für mich gewesen. Deshalb möchte ich mich an dieser Stelle auch bei meinen beiden Kopräsidenten und den Kongresssekretären für die außerordentlich gute Zusammenarbeit bedanken. Wir haben ein sehr gutes Programm zusammengestellt. Überzeugen Sie sich selbst und kommen Sie nach Berlin.

Was ist für Sie die größte Herausforderung beim DKOU 2019?

Dr. Möller: Sicher die größere Dimension. Der DKOU ist mit seinen knapp 11.000 Teilnehmern einer der größten wissenschaftlichen Kongresse in Europa.

Wir haben durch die Gastländer – in diesem Jahr sind es Kanada und Italien – auch eine hohe internationale Sichtbarkeit, die wir ja auch weiter ausbauen wollen. Auf der anderen Seite wollen wir allen Kolleginnen und Kollegen gerecht werden. Das ist nicht immer einfach. In den vergangenen Jahren konnten wir zum Beispiel beobachten, dass die Zahl der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, die zum Kongress gekommen sind, leicht zurückgegangen ist. Es ist mir ein persönliches Anliegen, diesen Trend mit einem ausgewogenen Kongressprogramm umzukehren. Ich hoffe, dass uns das gelingen wird.

Worüber und worauf freuen Sie sich am meisten?

Dr. Möller: Ich freue mich besonders auf die vielen Begegnungen und Gespräche. Ich hoffe, dass wir lebhaft über die Entwicklungen und Herausforderungen unseres spannenden Faches diskutieren werden. Wir brauchen eine breite Debatte. Der DKOU ist genau das richtige Forum dafür. Und ich freue mich natürlich auch auf das attraktive Rahmenprogramm, das den DKOU jedes Jahr zu einer ganz besonderen Veranstaltung macht. Letztlich ist dieser informelle Austausch ja auch ein wichtiger Grund nach Berlin zu kommen.

Herr Dr. Möller, vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Janosch Kuno, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU



Aktuelle BVOU-Themen im Kloster Lichtenthal



Die 2. BVOU-Gesamtvorstandssitzung und interne Klausur am Rande der 67. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen fand in der Cistercienserinnen-Abtei des Klosters Lichtenthal statt. Das inspirierende Ambiente am Rande von Baden-Baden bot den 45 Mandatsträgern ein ideales Umfeld zu Information und Meinungs austausch über die zahlreichen Verbandsaktivitäten.

Die von Margit Henniger (BVOU-Geschäftsstelle) perfekt vorbereitete Veranstaltung startete mit den Kurzberichten des geschäftsführenden Vorstandes. Präsident Dr. Johannes Flechtenmacher berichtete zu Mitgliederzahlen, Honorar, Politik, Geschäftsstellenarbeit und Weiterbildung. Bei der Mitgliederentwicklung betonte er die Notwendigkeit, aktiv neu niedergelassene Kolleginnen und Kollegen zu gewinnen.

Neuer Allgemein Chirurg stört EBM-Entwicklung.

Die für unser Fach bedeutende EBM-Neugestaltung mit Zusammenlegung der Kapitel 07 und 18 sei nicht für die „kleine“ EBM-Reform 2020, sondern erst für die Reform 2021 angedacht. Hierbei bereite die Ausgestaltung Probleme, da in der neuen Musterweiterbildungsordnung eine Minderheit

entgegen dem erklärten Willen der Fachgesellschaften und Verbände den „neuen Allgemein Chirurgen“ durchsetzen konnte, für den im Versorgungssystem kein Bedarf bestehe. Die Abgrenzung der von diesem abrechenbaren Leistungen sei schwierig und es könne keinesfalls sein, dass dieser „in allen Teichen rumfischt“. Hier gelte es die Zäune hochzuhalten und den Erwerb orthopädisch-unfallchirurgischer Qualifikationen zu verwehren.

Neue GOÄ: Es geht weiter, gut aufgestelltes O&U-Team am Verhandlungstisch.

Bei der GOÄ-Entwicklung gehe es hingegen im Juni weiter und das Team für O&U sei mit Vertretern aller Sektionen gut aufgestellt. Wie im weiteren Verlauf auch Dr. Helmut



Das inspirierende Ambiente bot den Mandatsträgern ein ideales Umfeld zu Information und Meinungsaustausch.

Weinhart ausführlicher darstellte, sei es durch intensive Verbandsarbeit gelungen, das TSVG an vielen Stellen so mitzugestalten, „dass es im fachärztlichen Bereich für uns Sinn macht.“ Angesichts des in Höhe von 1 Mrd. Euro von den Krankenkassen bereitzustellendem zusätzlichen Honorar bleibe zu hoffen, dass ein Teil davon bei O&U hängenbleibe. Unter dem Motto „Mit Speck fängt man Mäuse, man kann sich aber dabei verschlucken“ wurden die von der nur im im ersten Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes stattfindenden Bereinigung ausgehenden Konsequenzen erläutert (separater Bericht).

TSVG: Bereinigung bitte nur zu Lasten von „Möchtegernschlaumeiern“!

An die Landesvorsitzenden erging Dr. Flechtenmachers Appell, sich in ihren KVen dafür einzusetzen, dass die Bereinigung nicht zu Lasten der Fachgruppe, sondern individuell und nur zum Nachteil der die TSVG-Leistungen abrechnenden Ärzte statfinde. Die Fachgruppe könne nicht „Steigbügelhalter für Möchtegernschlaumeier“ sein,

die nur ihren kurzfristigen eigenen Vorteil im Visier hätten. In seinem Beitrag zum Thema TSVG wies Dr. Weinhart auf die unterschiedlichen Zeitpunkte hin, an denen die Neuregelungen in Kraft treten. Für den BVOU sei nun noch wichtig, sich bei den fünf Stunden offener Sprechstunde nach Möglichkeit nicht auf ein definiertes Zeitfenster festlegen zu müssen. Die pragmatische, anzustrebende Lösung sei, entsprechend dem zeitlichen Umfang von 5 von 25 Stunden einfach 20 Prozent der ärztlichen Leistungen ohne weitere Kennzeichnungspflicht konkreter Fälle ausbudgetiert zu vergüten.

Schon wieder Spahn: Gefahren im GKV-FVG

Laut Dr. Flechtenmacher bestehe in dem auf das TSVG nachfolgende GKV-FVG die neue Gefahr, dass Bundesgesundheitsminister Spahn diagnoseabhängige Abrechnungssysteme kippe, was nicht nur erfolgreiche Selektivverträge, sondern auch gerade beschlossene oder in Verhandlung befindliche DMP gefährde. Da diese Vergütungssysteme unbedingt erhalten werden müssten, sei viel Arbeit im Hintergrund nötig.

Lembeck setzt DMP Rückenschmerz gegen Stimmen der Krankenkassen durch.

Brandaktuell berichtete Dr. Burkhard Lembeck von dem wenige Tage zurückliegenden Beschluss des GBA, der Neueinführung des DMP zum chronisch unspezifischen Rückenschmerz zuzustimmen. Für sein Verhandlungsgeschick und Durchhaltevermögen in über 30 Sitzungen in drei Jahren erntete er entsprechendes Lob der Anwesenden. Aufgrund der Gegenstimmen der Krankenkassen sei das positive Votum nur durch Zustimmung des unparteiischen Vorsitzenden Josef Hecken möglich geworden. Die Entwicklung sei ein Gemeinschaftsprojekt des BVOU mit den Fachgesellschaften und insbesondere Prof. Bernd Kladny und Prof. Marcus Schiltewolf gewesen. Das DMP müsse noch durch die KVen umgesetzt werden, so dass mit Einschreibungen ab 2020 zu rechnen sei. Zu den Einzelheiten berichten wir separat.

Nicht so sehr in der Schusslinie des Ministers stehen Physiotherapeuten. Zum Leidwesen der Anwesenden würden dort Wartezeiten auf Termine von oft zwei Monaten toleriert, obwohl dies Operationsergebnisse gefährde. Nachdem deren Verbände für die Thematik unzugänglich seien wolle man künftig mehr über die politische Schiene dafür sorgen, dass Ausbildungsbedingungen für Physiotherapeuten attraktiver würden und „mehr Leute ins System“ kämen. Dass Zusammenarbeit mit Physiotherapeuten jedoch auch besser funktionieren kann zeigte Jeannine Hauke bei der Präsentation von Studienergebnissen zum „DAAG-konservative Arthrosetherapie Vertrag“ (früher Zweitmeinungsvertrag). In einem 2-Jahresbeobachtungszeitraum sei die Operationsvermeidung bei 90 Prozent der Knie- und 70 Prozent der Hüftpatienten gelungen. Durch eine Erhöhung der Vergütung durch die BEK mit einem Minutenpreis von 1,85 Euro sei der Vertrag zunehmend auch für Physiotherapeuten interessant. Eine weitere Flächendeckung sei noch in Bayern und Niedersachsen zu wünschen.

Verschärfte Sanktionen für TI-Verweigerer

Nicht an die Telematik-Infrastruktur angeschlossenen Praxen droht derzeit nur ein Honorarabzug von 1 Prozent; aktuell gibt es laut Dr. Flechtenmacher jedoch Hinweise dafür, dass vom Ministerium höherer Honorarabzug oder gar Zulassungsentzug als mögliche Strafmaßnahmen eingeführt werden könnten. Der BVOU wird daher seine bisherige TI-kritische

Handlungsempfehlung neu überarbeiten, wenngleich weiterhin Fragen zur Datensicherheit und technische Probleme auch seitens der Krankenkassen bestehen.

Übergangsbestimmungen für Orthopädische Rheumatologie?

Das Thema Weiterbildungsordnung kam nochmals auf die Tagesordnung im Zusammenhang mit der Umgestaltung der Zusatzbezeichnung „Orthopädische Rheumatologie“ unter stärkerer Ausrichtung auf die Inhalte der konservativen Orthopädie inkl. Schmerztherapie, Manuelle Therapie, technische Orthopädie und Rheumatologie“.

Der BVOU begrüsst eine Weiterbildung mit Zusatzbezeichnung mit dem Schwerpunkt konservative Orthopädie und Unfallchirurgie unabhängig vom wording einer solchen Zusatzbezeichnung. In der Diskussion wurde deutlich, dass die neuen Zusatzbezeichnungen ggf. die Auslagerung von Qualifikationen aus der jeweiligen Facharztbezeichnung mit sich bringen könnte was zu Problemen mit der derzeitigen Musterweiterbildung führen würde. Die sehr engagierten Kollegen der Taskforce „Orthopädischen Rheumatologie“ wünschen sich Übergangsbestimmungen. Ob das letztendlich möglich ist, muss von und mit den Ärztekammern geklärt werden. Auch hier würde der BVOU das Projekt unterstützen.

Aktive Vorstandsarbeit:

Aus den Reihen des sonstigen Vorstandes berichtete Prof. Karsten Dreinhöfer über anstehende Neuverhandlungen mit dem Springer-Verlag bezüglich der Kosten für das Verlegen der OUMN. Die Zukunft dieses gemeinsamen Mitteilungsblattes müsse neu überdacht werden. Dr. Henning Leunert berichtete über erste Aktivitäten des SpiFa zum Abschluss von Versorgungsverträgen. Die Finanzlage der zuständigen Tochtergesellschaften sei jedoch angespannt. Prof. Alexander Beck stellte das „SmED – System“ zur digitalen Triagierung als standardisiertes Ersteinschätzungsverfahren für die bundeseinheitliche Rufnummer 116 117 bzw. die „gemeinsamen Tresen“ von Bereitschaftspraxen und Krankenhausnotaufnahmen vor. Dieses ist am 1.4.19 als Modellprojekt für drei Jahre an 30 Standorten gestartet. Noch mehr Tempo bei der Digitalisierung ist laut PD Dr. Axel Sckell aufgrund von Äußerungen von Minister Jens Spahn bei der Veranstaltung „Hochschulmedizin auf dem Prüfstand“ zu erwarten. Eine erfreuliche Entwicklung bei den BVOU-Einnahmen aus Sponsoring und dem baden-württembergischen Selektivvertrag konnte Schatzmeister Dr. Weinhart vermelden.

Junges Forum: Engagiert und weiblich

Großes Engagement beim unter weiblicher Führung koordinierten „Jungen Forum“ wurde im Bericht von Stefanie Weber deutlich: Sitzungen zur Mentor-Mentee-Beziehung beim NOUV, Tag der Vorklinik mit 40 Studenten bei VSOU, Tag der Studierenden beim DKOU, FORTE Summer-School in Mailand oder Summer School in Münster sind nur einige der Projekte, die dem Nachwuchs in Fach und Verband zugute kommen. Für die gute Zusammenarbeit und die Bemühungen die Angebote der AOUC und des Thieme-Verlags in die Weiterbildungscurricula zu implementieren erhielt das Junge Forum großes Lob von Prof. Reinhard Hoffmann.

Föderale BVOU-Struktur bewährt sich.

Die Kurzberichte aus den Ländern zeigten konstante Fallzahlen und Scheinwerte. Positiv ist der Trend zu weiteren Selektivverträgen, u. a. in Bayern, Brandenburg, Westfalen-Lippe, Thüringen und Sachsen-Anhalt. Honorarpolitisches Sorgenkind bleibt weiter Sachsen. Erfreulich stellten sich die von Dr. Angela Moewes präsentierten Entwicklungen in Westfalen-Lippe mit steigenden Mitgliederzahlen im BVOU, guten Fallzahlen und Scheinwerten sowie guten Möglichkeiten zur Erhebung von Versorgungsdaten in Zusammenarbeit mit KV und Apothekenrechenzentren dar. Dr. Flechtenmacher gratulierte zur erfolgreichen Verbandsarbeit. Für das von ihr mitbetreute Orthinform, welches alle Digitalisierungsprozesse von O&U zusammenfasse, wünschte sich Dr. Moewes jährlich einen Beitrag von jedem BVOU-Mandatsträger. Durch die Implementierung von Onlineterminvergabe, Direktlink zur DAAG-Videosprechstunde und Orthinform plus – Mitgliedschaft erhoffe man das schon jetzt mit 80.000 Klicks im Monat gut angenommene Angebot zunehmend attraktiver zu machen.

Kompetenz in den Referaten

Beim Bericht aus den Referaten stellte Prof. Michael Rauschmann die Entwicklungen bei der Kooperation vom Referat Wirbelsäule mit der DWG vor. Dr. Flechtenmacher betonte die Notwendigkeit von größerem Engagement niedergelassener Orthopäden in diesem Referat. Für das Referat konservative Orthopädie kündigte Reinhard Deinfelder die bald erscheinende Neuauflage des

bewährten Standardhefts zur Einlagenversorgung an und berichtete über die Entwicklungen bei der Entwicklung zum Curriculum der orthopädischen FÄPA. Für das Referat Rehabilitationswesen stellte Dr. Hans-Jürgen Hessel-schwerdt dar, dass das Thema Entlassmanagement derzeit sehr aktuell sei, da von Krankenkassen kein Entgegenkommen bei Maßnahmen zur Finanzierung gezeigt werde.

Auszeichnungen vom BVOU

Beschlossen wurden die anlässlich des DKOU vorzunehmenden Ehrungen: Mit der Hubert-Waldmann-Plakette werden der Vorstandsvorsitzende der AOK Baden-Württemberg Christopher Hermann und Kollege Dr. Uwe Schwokowski ausgezeichnet. Die Ehrenmitgliedschaft im BVOU wird an Helmut Mälzer und Dr. Manfred Neubert verliehen. Die Jürgen-Eltze-Plakette erhält Prof. Marcus Schiltenswolf. Als BVOU-Interna wurden mögliche Änderungen der Satzung, Geschäfts- und Beitragsordnung vorgestellt. So sollen Neurochirurgen, die sich im gemeinsamen Referat Wirbelsäule mit der DWG engagieren, auch eine BVOU-Mitgliedschaft beantragen können. Ebenso steht der Verzicht auf zwei Mitglieder als Bürgen bei der Neuaufnahme zur Diskussion. Der Vorstand wünscht darüber hinaus die Aufnahme eines Passus zur Vorveröffentlichung des Wahltableaus für den BVOU-Vorstand acht Wochen vor der Wahl und der Möglichkeit zum Mailversand von Einladungen zu Versammlungen. Die letztendliche Entscheidung, was bei der Mitgliederversammlung vorgestellt wird, treffen die Mandatsträger auf der September-Sitzung in Kassel. Nicht abschließend diskutiert wurde eine angestrebte Erhöhung der Aufwandsentschädigungen für Mandatsträger. Bei Wahlen wurden in den Gesamtvorstand PD Dr. Christian Merle als Vertreter der Oberärzte und Stefanie Weber als Vertreterin der Weiterbildungsassistenten nominiert.

Dr. Karsten Braun,
Wertheim,
BVOU-Bezirksvorsitzender
Heilbronn Franken

Versorgungskonzept verzögert Operationen mit Gelenkersatz

In Deutschland sind laut einer Studie des Bundesgesundheitsblattes mehr als 40 Prozent der über 60-Jährigen von Arthrose betroffen. In diesem Fall sehen viele Betroffene eine Operation oft als letzten Ausweg und steigende Operationszahlen sind die Folge. Diese lassen sich jedoch oft verhindern oder zumindest deutlich hinauszögern. Die Deutsche Arzt AG bietet mit ihrem Versorgungskonzept „Konservative Alternative bei drohenden Operationen“ eine wirksame Therapieoption.

Das belegen nun auch die Ergebnisse des Abschlussberichtes zur Untersuchung „Ökonomische Evaluation des Versorgungskonzeptes Zweitmeinungsverfahren mit angeschlossenem Therapiekonzept bei Coxarthrose und Gonarthrose im Vergleich zur üblichen Vorgehensweise bei Patienten mit Coxarthrose oder Gonarthrose“ der Hochschule Niederrhein.

Das Versorgungskonzept „Konservative Alternative bei drohenden Operationen“ der Deutschen Arzt AG zielt darauf ab, Schmerzen und schmerzbedingte Einschränkungen im Alltag bei Patienten mit Hüft- und/oder Kniearthrose, die eine Operationsindikation haben, so weit zu reduzieren, dass ein Gelenkersatz dadurch vermieden oder zumindest möglichst lange hinausgezögert wird. Das Versorgungskonzept wurde gemeinsam mit Physiotherapeuten der NOVOTERGUM GmbH und dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) entwickelt. Besonders beim bundesweiten Netzwerkaufbau und der Weiterentwicklung können gemeinsam mit dem BVOU Synergien genutzt, Versorgungsprozesse optimiert und ausgebaut werden. Um die Wirksamkeit des Versorgungskonzeptes zu belegen, hat die Deutsche Arzt AG eine repräsentative Studie durch die Hochschule Niederrhein (Prof. Dr. rer. medic. Martin Alfuth, Prof. Dr. Maria Weyermann, MPH, Louisa Scheepers) in Auftrag gegeben, deren Abschlussbericht nun vorliegt.

Methodik

Im ersten Schritt wurden die vor und nach dem Programm erhobenen Daten von 430 Patienten mit Kniearthrose (Durchschnittsalter: 68,9 +/- 9,9; 78 Prozent weiblich; 22 Prozent männlich) und 247 Patienten mit Hüftarthrose (Durchschnittsalter: 68,8 +/- 10,5; 76 Prozent weiblich; 24 Prozent männlich) analysiert.

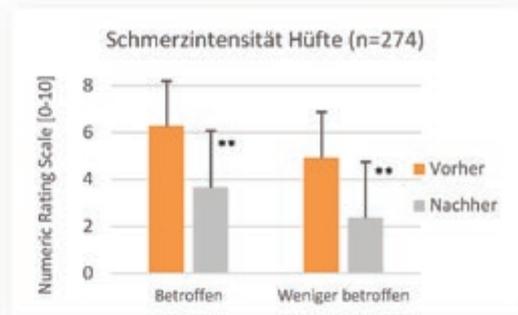
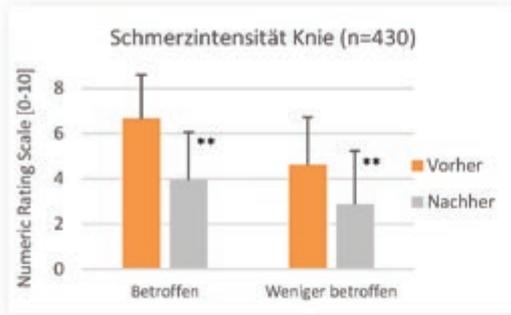
In einem zweiten Schritt wurden die Routinedaten mit den Daten zum Versorgungskonzept der Deutschen Arzt AG verknüpft und analysiert. Als Studienpopulation der Patienten im Versorgungskonzept der Deutschen Arzt AG wurden 330 Patienten mit Kniearthrose (Durchschnittsalter: 65,5 +/- 8,5; 79,9 Prozent weiblich; 20,1 Prozent männlich) und 102 Patienten mit Hüftarthrose (Durchschnittsalter: 66,4 +/- 7,9; 74,5 Prozent weiblich; 25,5 Prozent männlich) betrachtet, bei denen eine eindeutige Indikation für eine Endoprothesen-Erstversorgung des Knie- bzw. Hüftgelenks aus den Jahren 2014 oder 2015 vorlag und für die eine Verknüpfung mit den Routinedatensätzen möglich war. Als Vergleichsgruppe wurden operativ versorgte Hüft- und Kniearthrosepatienten anhand der zur Verfügung stehenden Routinedatensätze ausgewählt, bei denen eine Endoprothesen-Erstversorgung des Knie- bzw. Hüftgelenks in den Jahren 2014 oder 2015 durchgeführt wurde. Die Vergleichsgruppe weist die gleiche Altersstruktur auf wie die Interventionsgruppe. Folgende Fragestellungen wurde untersucht:

1. Ökonomischer Vergleich operativ versorgter Cox- und Gonarthrosepatienten mit Patienten im Versorgungskonzept der Deutschen Arzt AG. Hierzu wurden patientenindividuelle Ein-Jahres-Zeiträume vor und ab der endoprothetischen Erst-Versorgung bzw. vor und ab dem Beginn des Versorgungskonzeptes der Deutschen Arzt AG verglichen.
2. Ereigniszeitanalysen innerhalb der Patienten im Versorgungskonzept der Deutschen Arzt AG. Mittels stratifizierter und adjustierter Überlebenszeitanalysen wurde die operationsfreie Zeit ab Einschluss in das Versorgungskonzept der Deutschen Arzt AG berechnet.

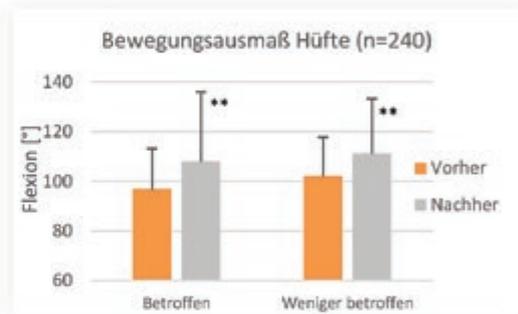
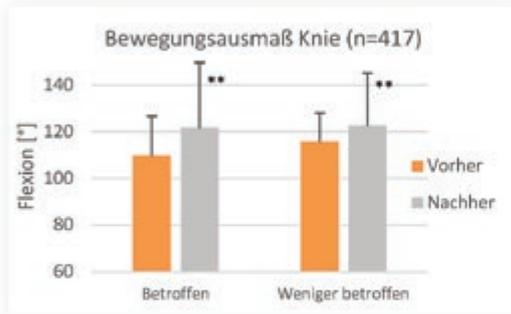
Ergebnisse mit Diskussion

In den Bereichen Schmerzempfinden, Beweglichkeit, Koordination und Ausführung von Tätigkeiten des alltäglichen Lebens, zeigten sich signifikante Verbesserungen nach der Teilnahme am Deutsche Arzt AG Konzept für die Patienten mit Knie- und Hüftarthrose.

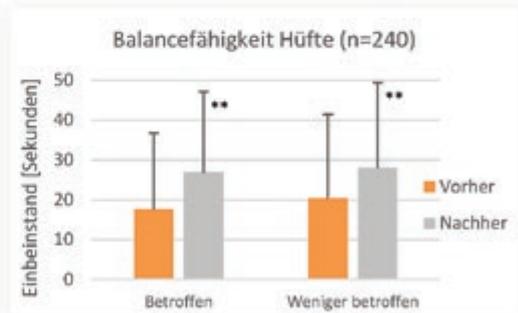
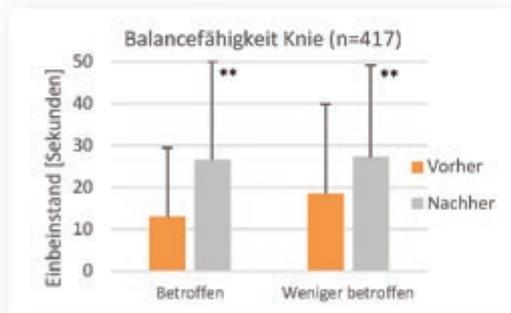
Schmerzempfinden:



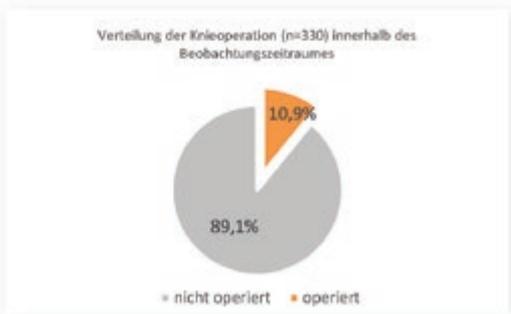
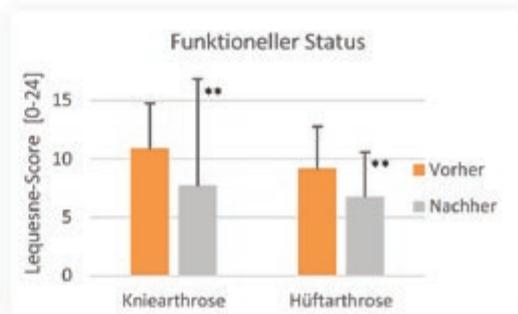
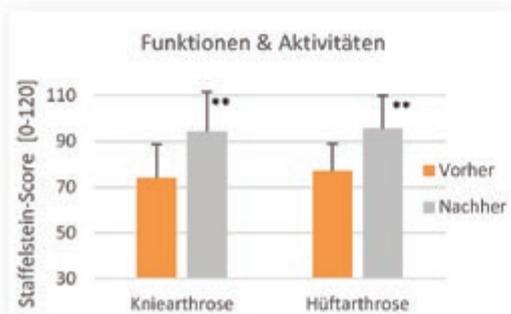
Bewegungsausmaß:



Balancefähigkeit:



Funktionen/Aktivitäten und funktioneller Status:



© BVOU

Die Verbesserungen der Schmerzintensität waren klinisch relevant, was mit vorherigen Ergebnissen aus der Literatur übereinstimmt (da Silva et al. 2015). So konnte der Zielwert einer erfolgreichen Rehabilitation nach Gelenkersatz von 86 Punkten im Staffelstein-Score (Tuncel et al. 2015) deutlich mit 94,3 Punkten bei Kniearthrose und 95,6 Punkten bei Hüftarthrose überschritten werden. Das Gleiche galt für den Lequesne-Score. Die Zielpunktzahl einer erfolgreichen Rehabilitation nach Gelenkersatz von maximal 11 Punkten wurde mit 7,7 bei Kniearthrose und 6,7 bei Hüftarthrose somit deutlich unterschritten. Diese Werte stellen eine endoprothetische Operation nach Anwendung des Therapiekonzeptes in Frage. Hinsichtlich der Balancefähigkeit wurden signifikante Verbesserungen erzielt und diese glichen sich über den Verlauf des Versorgungsprogrammes an die Normwerte der entsprechenden Altersgruppe ohne vorhandene Arthrose an. Die Ergebnisse zu den funktionellen und aktivitätsspezifischen Verbesserungen der hier vorliegenden Analyse stimmen mit internationalen Leitlinien überein, die Physiotherapie bei Arthrose-Patienten empfehlen, um eine Totalendoprothese hinauszuzögern (NICE Clinical Guidelines 2014, AAOS Guidelines 2017).

Kostenvergleich

Insgesamt zeigt die Betrachtung der Gesamtkosten im Jahr vor der Intervention keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Patientengruppen. Die beiden Patientengruppen sind demnach hinsichtlich der Gesamtkosten im Zeitraum von einem Jahr vor der Intervention vergleichbar und weisen auch in den betrachteten Untergruppen bezüglich Alter, Geschlecht und Komorbidität keine relevanten Unterschiede in den Gesamtkosten auf.

Im 1-Jahreszeitraum ab der Intervention zeigt sich ein signifikanter Unterschied in den Gesamtkosten in diesem 1-Jahres-Zeitraum, dieser beruht v.a. auf den Kosten zur stationären Versorgung in der Gruppe der Versicherten mit endoprothetischer Erstversorgung.

Ereigniszeitanalyse der Teilnehmer

Insgesamt mussten sich 36 von 330 Patienten mit Kniearthrose während der Nachbeobachtungszeit einer Operation unterziehen. Bei 10,9 Prozent der Kniearthrosepatienten die über einen Zeitraum von 2 Jahren beobachtet wurden betrug die operationsfreie Zeit im Median 93,1 Wochen. Der Anteil der Patienten, die sich einer Operation unterziehen mussten, stieg mit zunehmendem Alter an. Ebenso war er bei Frauen höher als bei Männern (11,8 Prozent vs. 7,5 Prozent). Die Wahrscheinlichkeit, im ersten Jahr

ab Einschluss in das Programm keine Operation zu benötigen, betrug für die Patienten mit Gonarthrose 98 Prozent. Die Wahrscheinlichkeit, in den ersten zwei Jahren keine Operation zu benötigen, betrug 90 Prozent.

Bei den Patienten mit Hüftarthrose mussten sich 28 von 102 Patienten während der Nachbeobachtungszeit einer Operation unterziehen. Im Median betrug die operationsfreie Zeit 98,4 Wochen. Die Wahrscheinlichkeit, im ersten Jahr ab Einschluss in das Programm keine Operation zu benötigen, betrug für die Patienten mit Hüftarthrose 86 Prozent. Die Wahrscheinlichkeit, in den ersten zwei Jahren keine Operation zu benötigen, betrug 74 Prozent.

Fazit

Die Studienergebnisse belegen, dass Patienten mit Hüft- und/oder Kniearthrose von dem Versorgungskonzept der Deutschen Arzt AG erheblich profitieren. Bei einem Großteil der Knie- und Hüftpatienten der Interventionsgruppe konnte eine Operation nachweislich um mindestens zwei Jahre verhindert werden. Zudem konnte die Lebensqualität der Patienten gesteigert und die Schmerzintensität reduziert werden. Darüber hinaus zeigt sich ein deutlicher Kostenvorteil der konservativen Versorgung mit dem Konzept der Deutschen Arzt AG von mehreren tausend Euro pro erfolgreich versorgtem Patienten. Das Ziel kann allerdings nur erreicht werden, wenn die Patienten eine individuelle und bedarfsgerechte Therapie erhalten und vor allem wenn die persönlichen Ziele des Patienten im Vordergrund stehen.

Ausblick

Die Deutsche Arzt AG entwickelt aus dem Bedarf und den Erfahrungen der Evaluation heraus die Versorgungskonzepte stetig weiter und baut ein bundesweit flächendeckendes, am tatsächlichen Bedarf ausgerichtetes Versorgungsnetzwerk auf. Die Versorgungsprozesse werden durch digitale Unterstützungssysteme verbessert, der Einsatz neuer Technologien wie etwa der Videosprechstunde beschleunigt Entscheidungsprozesse während der Therapie, verbessert die Kommunikation und ermöglicht dem Patienten eine intensive und unterbrechungsfreie Therapiezeit.

Andrea Niehaus, Essen, Novotergum.

Osteoporose- und Röntgenpässe für Ihre Patienten

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

► 150 oder 800 Stück

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

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

RÖNTGEN-PASS

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

PLZ, Wohnort _____



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

Bringen Sie bitte diesen Pass zu jeder
Messung mit!

Bestellen Sie direkt

150 Stück kostenfrei

oder
800 Stück
10€ für Porto/Versand

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

Preise inkl. MwSt.,
zzgl. Versand

www.orthinform.de



Beantragung von SSR-Nummern nach neuem Strahlenschutzgesetz

Mit dem neuen Strahlenschutzgesetz (StrlSchG) müssen Beschäftigte, die an ihrem Arbeitsplatz erhöhter Strahlung ausgesetzt sind, eine Strahlenschutzregisternummer (SSR-Nummer) beantragen und (wie bisher) individuelle Dosimeter tragen. Um genügend Zeit für die Beantragung für alle Beschäftigten zu ermöglichen, hat das Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und nukleare Sicherheit (BMU) die für den Vollzug des Strahlenschutzrechts zuständigen Landesbehörden gebeten, bis zum 30. Juni 2019 zu dulden, wenn die SSR-Nummer noch nicht verwendet wird.

Das Tragen von Personendosimetern und somit die Beantragung einer SSR-Nummer ist für alle Personen Pflicht, die sich im sog. Überwachungsbereich, also in unmittelbarer Nähe einer Strahlenquelle oder direkt im Strahlengang, aufhalten. Ist für den Aufenthalt in einem Überwachungsbereich für alle oder für einzelne Personen zu erwarten, dass im Kalenderjahr eine effektive Dosis von 1 Millisievert, eine höhere Organ-Äquivalentdosis als 15 Millisievert für die Augenlinse und eine lokale Hautdosis von 50 Millisievert nicht erreicht werden, so kann für diese Personen auf die Ermittlung der Körperdosis verzichtet

werden. Die Körperdosis muss außerdem nur dann ermittelt werden, wenn man sich aus beruflichen Gründen in einem Kontrollbereich aufhält. Diese Ermittlung geschieht in der Regel mit Personendosimetern.

In einer gewöhnlichen orthopädischen Praxis mit Röntgenraum befindet sich der Auslöser nicht im Kontrollbereich und die Medizinische Fachangestellte (MFA) verlässt beim Auslösen den Röntgenraum. In diesem Fall sind das Tragen eines Personendosimeters und somit die Beantragung einer SSR-Nummer nicht erforderlich. Werden jedoch z.B. im Rahmen von ambulanten Operationen C-Bögen eingesetzt oder röntgen- oder CT-gesteuerte Infiltrationen durchgeführt, sind alle am Eingriff beteiligten oder im Eingriffsraum befindlichen Personen mit Dosimetern auszustatten und sollten eine SSR-Nummer beantragen.

Dr. Jörg Ansorg, BVOU-Geschäftsführer

→ **Weitere Infos zur Beantragung:**
www.bvou.net/ssr

Kombination von digitaler Volumentomographie und der Magnetresonanztomographie

Im Bewegungs- und Fußzentrum Bonn unter der Leitung von Dr. Janusz Pieczykolan ist die vollständige und umfassende Untersuchung des Patienten, die optimale Beratung und Therapie sowie die Vermeidung von Operationen das gesetzte Ziel. Aus diesem Grund wird im Bewegungs- und Fußzentrum ein bestimmtes Symptom im Sinne der ganzheitlichen Medizin nicht alleine, sondern immer im Zusammenhang mit allen anderen Symptomen und individuellen Einflussfaktoren betrachtet, um die richtige Diagnose und Ursache ermitteln zu können.

Die Diagnostik der Fußerkrankungen ist auf Grund von vielen sich auf engstem Raum befindenden anatomischen Strukturen schwierig. Die topographisch in enger Beziehung zueinanderstehenden Knochen, Gelenke und Weichteile, deren Fehlfunktion bzw. morphologische Veränderung Beschwerden verursachen können, müssen daher exakt beurteilt werden. Dabei ist die Anwendung eines Untersuchungsalgorithmus¹ sehr hilfreich. Neben einer tiefen klinischen Untersuchung wird hier oft die weiterführende apparative Bildgebung notwendig.

Besonders geeignet für die Darstellung des Fußskeletts beim Vorliegen einer entsprechenden Indikation ist die 3D Diagnostik mittels digitaler Volumentomographie (DVT oder CBCT). Das SCS MedSeries® H22 DVT ermöglicht dreidimensionale Schnittbildaufnahmen von Teilen der Extremitäten in überlegener Auflösung von 0,2mm und sowohl in be- als auch in unbelastetem Zustand. Einen zusätzlichen Vorteil für den Patienten stellt eine vergleichbar geringe Strahlendosis dar. Das SCS DVT reduziert die Strahlendosis im Vergleich zu dem klassischen CT um mindestens 50 Prozent (bis zu 92 Prozent) und erlaubt damit sogar die Strahlenbelastung unter die des 2D-Projektionsröntgen zu senken².

Die Aufnahmen im Stand ermöglichen zudem die Beurteilung der Gelenkbewegungs- und Belastungsachsen und decken etwaige Inkongruenzen sowie Fehlstellungen auf. Am Fuß und Sprunggelenk hilft die belastete drei-

dimensionale sowie multiplanare Darstellung bei der Planung von Osteosynthesen, Korrekturosteotomien und Endoprothesen. Dies erhöht wesentlich die Sicherheit von Patient und Operateur. Spezielle Bildrekonstruktionsalgorithmen ermöglichen eine sehr artefaktarme, dreidimensionale Darstellung des Skeletts, was die Beurteilbarkeit der Implantatlage sowie der knöchernen Heilung und somit die Qualität der postoperativen Verlaufskontrollen verbessert.

Auch in der Traumatologie können Frakturlinien mit der Sensibilität einer CT-Untersuchung detektiert² und selbst feinste etwaige Fragmentdislokationen und Haarrisse dreidimensional dargestellt werden. In der Rheumatologie ist an den Füßen und Händen der Nachweis von Usuren mit der ultrahohen Auflösung von 0,2mm Schichtdicke die Beurteilung von Arthritis möglich.

Die Diagnostik der Weichteilpathologien obliegt der Magnetresonanztomographie. Dieses Verfahren bietet den höchsten Weichteilkontrast und ermöglicht genaue Beurteilung von Sehnen- und Muskelläsionen. Mit Hilfe von speziellen Sequenzen und/oder Kontrastmittelgabe können (Teil-) Rupturen, degenerative und entzündliche Veränderungen der Sehnen, Bänder und Gelenkkapsel dargestellt werden. Der Einsatz von fettunterdrückten Sequenzen zum Nachweis von pathologischen Flüssigkeiten (z.B. Knochenödem) ermöglicht die präzise Zuordnung der oft diffusen Beschwerden und eine genaue Ursachenermittlung. Auch aseptische Knochennekrosen und Stressfrakturen im Frühstadium, wo noch keine radiologischen Veränderungen sichtbar sind, können damit zuverlässig detektiert werden.

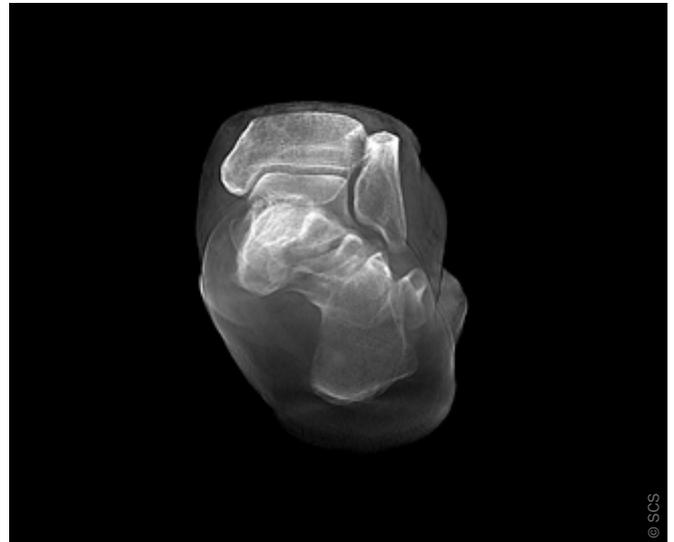
In der Traumatologie können mittels MRT neben Sehnen- und Muskelrissen Kontusionsherde im Knochen, sogenannte „bone bruises“ und oft Knorpelläsionen nachgewiesen werden. Priv.-Doz. Mauch, ein erfahrener Gelenkchirurg aus der Sportklinik in Stuttgart postuliert nach einer traumatischen Gelenkluxation (z.B. Schulter, Ellenbogen, Patella) neben der radiologischen Hochkontrast-Diagnostik mit einem SCS DVT auch eine

MRT-Untersuchung durchzuführen, um die Schwere der Verletzung und daraus resultierende therapeutische Konsequenzen als Gesamtbild beurteilen zu können³. Die genaue Darstellung der verletzten Knochen-, Weichteil- und Knorpelstrukturen ermöglicht überhaupt die Anwendung eines patientengerechten Therapiealgorithmus.

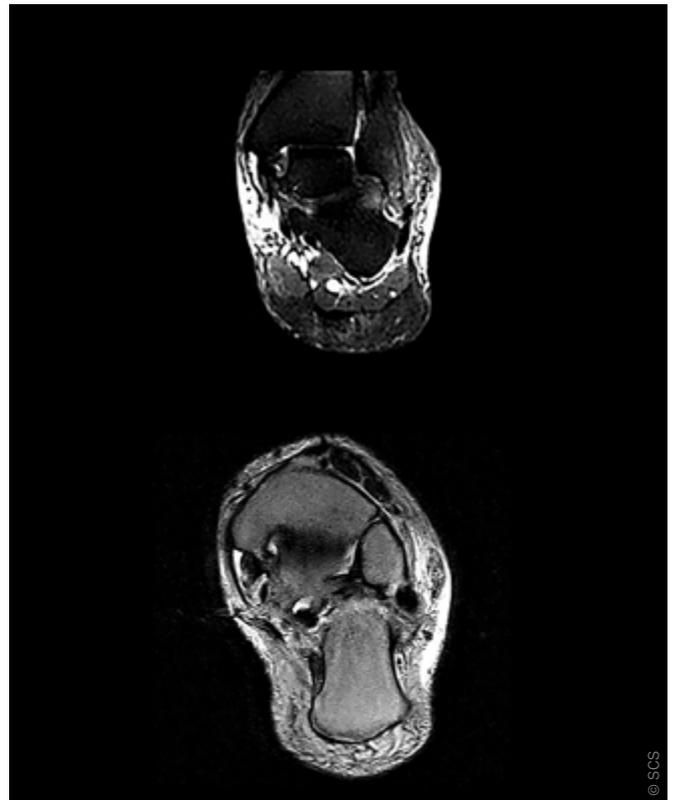
Am Fuß kommen beide Verfahren (DVT und MRT) bei bestimmten Krankheitsbildern zur Anwendung und ergänzen sich gegenseitig hervorragend. Dazu gehört z.B. die Tibialis posterior Sehnen Dysfunktion oder Läsionen der Peronealsehnen bzw. distale, ansatznahe Tendopathie der Achillessehne. Während die knöchernen Strukturen und Belastungsachsen mittels SCS MedSeries® H22 DVT vollständig beurteilt werden können, bietet die MRT einen genauen Einblick in die Sehnenpathologie. Das erlaubt eine sichere, exakte und stadiengerechte Therapieplanung. Dabei werden sowohl die unmittelbare, schmerzhafte Pathologie (Teilruptur, Synovitis, Bursitis, Traktions-sporn, Exostose usw.) als auch die bestehende Fehlstellung (valgus/varus) adressiert. Das hochauflösende SCS MedSeries® H22 DVT wird in der Orthopädie und Unfallchirurgie auf Basis der DVT-Fachkunde im Rahmen der Teilgebietsradiologie eingesetzt, um die knöchernen Strukturen mit höchster Genauigkeit und Strahlenhygiene sowie erforderlichenfalls auch unter Belastung darzustellen. Besonders geeignet sind hier Strukturabbildungen, die ohne Schnittbilddiagnostik zu einem Informationsverlust infolge der Projektion führen würden. Beispielhaft sind hier Fußdeformitäten, postoperative Verläufe nach Korrekturoperationen und Beurteilung von Implantaten zu nennen. Die MRT verfügt über den höchsten Weichteilkontrast und wird damit zur Beurteilung von Sehnen, Bändern und Gelenkknorpel herangezogen. Oft ergänzen sich unter bestimmten Voraussetzungen beide Methoden untereinander und werden zusammen zur Entwicklung von Therapiealgorithmen eingesetzt.

1. Ulrike Szeimies, Axel Stäbler, Markus Walther „Bildgebende Diagnostik des Fußes“ Thieme Verlag (2012), Kap 2.1, S. 24
2. Neubauer J, Benndorf M, Reidelbach C, Krauß T, Lampert F. et. al: „Comparison of Diagnostic Accuracy of Radiation Dose-Equivalent Radiography, Multidetector Computed Tomography and Cone Beam Computed Tomography for Fractures of Adult Cadaveric Wrists“ PLoS One. 2016 Oct 27;11(10):e0164859
3. Mauch F., Drews B.: „Magnetresonanz- und Computertomographie: Indikationsstellung in Orthopädie und Unfallchirurgie“ Der Unfallchirurg 119(10). September 2016

Darstellung der hervorragenden Ergänzung der Diagnostiken mittels SCS MedSeries® H22 DVT und des MRT im Rahmen einer exemplarischen Indikation zur planungssicheren, exakten und stadiengerechten Therapieplanung



Virtuelles Fernröntgen (Belastungsaufnahme) eines 48-jährigen Mannes zeigt die Lateralisierung des Fersenbeins.



In MRT nur geringe Degeneration der Tibialis posterior Sehne mit Sehnenverdickung und intratendinöser Signalanhebung (20 Prozent des Sehnendurchmessers) in T2-gewichteter, axialen Sequenz. Flüssigkeitequivalentes Signal in der Sehnenscheide des Tibialis posterior. Die koronare fettunterdrückte STIR Sequenz zeigt das Ausmaß des Impingements mit flauem Knochenödem, sowohl im Außenknöchel als auch korrespondierend im Fersenbein.



Multiplanare Darstellung des SCS MedSeries® H22: Erhebliche Knick-Senkfuß Deformität und Tibialis posterior Dysfunktion St. II. Im DVT sieht man das angedeutete Außenknöchelimpingement und die Inkongruenz der Gelenkflächen im subtalaren Gelenk.

Fazit

Knick-Senkfuß mit erheblicher Lateralisierung des Fersenbeins und Inkongruenz im subtalaren Gelenk. Keine nennenswerten Arthrosen nachweisbar. Nur geringe Degeneration der Tibialis posterior Sehne, keine signifikante Teilruptur. Therapieempfehlung: bei anhaltenden Beschwerden operative gelenkerhaltende Korrektur mit medialisierender Osteotomie des Fersenbeins, Verlängerung des Processus anterior calcanei (Evans-Osteotomie) und Tenosynovektomie der Tibialis posterior Sehne. Bei noch gut erhaltenem Sehnengewebe und erheblicher Deformität vorwiegend knöcherner Korrektur und kein Transfer des Flexor digitorum longus.



Dr. Janusz Pieczykolan
Bewegungs- und Fußzentrum
Bonn

„Zeigt her Eure Füße“! – BVOU unterstützt Aktionsmonat

Am 6. März startete, als Ergebnis einer Arbeitsgruppe, erstmalig die Aktion: „Kleine Füße – kleine Schuhe, große Füße – große Schuhe!“. In allen Kitas in Wülfrath wurden innerhalb eines Monats 677 Kindern die Füße vermessen. Ziel war es zu überprüfen, ob ihre Schuhe passen. Unterstützung bot der BVOU, der Aktionsmappen mit Informationen für alle Eltern und Kinder bereithielt. Organisiert wurde der Aktionsmonat unter anderem von Dr. Hans-Peter de Jong, Facharzt für Orthopädie im Ruhestand, Beatrix Krämer, Leiterin des katholischen Kindergartens St. Joseph und Gudula Kohn, Netzwerkkoordinatorin des Jugendamtes und Gleichstellungsbeauftragten.

Im Februar bestellten Sie beim BVOU 700 Aktionsmappen für „Zeigt her Eure Füße“. Zugegebenermaßen hat uns die hohe Anzahl überrascht. Wie ist es zu dieser großen Aktion gekommen?

Dr. Hans-Peter de Jong: Auf einer gemeinsamen Konferenz im Oktober 2018 verschiedenster Institutionen, Vereine und Verbände, politischer Parteien und weiterer Partnerinnen und Partner zum Thema: „Für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und für Chancengerechtigkeit – aktiv gegen Kinderarmut!“ hat sich ein Projekt-Team zum Thema „Fußgesundheit“ gegründet.

Die Fußgesundheit der Kinder liegt nicht nur den Eltern, sondern den Teilnehmenden der Konferenz am Herzen. Mit der Aktion „Kleine Füße – kleine Schuhe, große Füße – große Schuhe!“ möchte das Projektteam einen Beitrag zum gesunden Wachstum von Kinderfüßen leisten.

Vom 6. März bis 1. April 2019 fanden in den Kindertageseinrichtungen Aktionstage zur Fußgesundheit der Kinder statt. Dort erfuhren die Kinder auf spielerische Art, wie wichtig Füße für ihren Körper sind und was sie selbst für eine gesunde Entwicklung tun können.

Wie liefen die Aktionstage ab?

Kohn: In jeder Tageseinrichtung wurde der Fuß-Parcours eingerichtet. Am Ende des Parcours wurden die Füße des Kindes vermessen, die Schuhgröße festgestellt und mit den vorhandenen Schuhen verglichen. Die Kinder erhielten eine Urkunde mit den Daten zur eigenen Schuhgröße und die Eltern den Hinweis, ob die Schuhe noch passten zusammen mit der BVOU-Fachbroschüre zur Fußgesundheit. Eine Einverständniserklärung für die Eltern bereitete die Projektgruppe vor.

Haben Sie zusätzliche Unterstützung bei der Durchführung erhalten?

Kohn: Die Durchführung wurde über ein Team aus zehn Ehrenamtlichen sichergestellt. Hierzu wurde über das Freiwilligenforum geworben und die Helfer dann auf die Messaktion fachlich vorbereitet.

Frau Krämer, welche Notwendigkeit sehen Sie, die Kinder zum Thema Fußgesundheit aufzuklären?

Beatrix Krämer: Nach der Schulung durch Herrn Dr. Hans-Peter de Jong,

hielten wir es für notwendig, die Eltern ausführlich zur Fußgesundheit zu informieren. Für die Kinder sollte das Thema spielerisch angeboten werden.

Was erleben Sie während Ihrer täglichen Arbeit in den Kitas: Sind die Kinder immer mit dem passenden Schuhwerk ausgestattet?

Krämer: Nein, die Beobachtungen zeigen, dass viele Kinder mit unpassendem Schuhwerk in die Einrichtungen kommen. Dazu gehört auch die Beobachtung, dass die Schuhe nicht immer der entsprechenden Jahreszeit angepasst sind.

Wie viele Kitas nahmen denn in dem Aktionsmonat an der Aktion teil?

Wie viel Zeit planen Sie für jede Aktion ein?

Kohn: Insgesamt haben zehn Wülfrather Kindertageseinrichtungen mit 677 Kindern teilgenommen. Weil in den Kindertageseinrichtungen die Füße von allen Kindern vermessen wurden, lag die Zeitdauer bei zwei bis vier Stunden. Einige Kindertageseinrichtungen hatten sogar zwei Vormittage für das Thema angesetzt.



Ehrenamtler und Stadt-Team v.l.
 Dr. Hans-Peter de Jong, Orthopäde im Ruhestand, Bärbel Habermann, Leiterin Jugendamt, Gudula Kohn, Jugendamt und Netzwerkkoordinatorin Frühe Hilfen, Gerd Bohnen, Freiwilligen Forum Wülfrath, Iris Michel, Ehrenamtlerin, Wiebke Sander (vorne im Bild) Ehrenamtlerin, Kinderschuhfachverkäuferin, Jessica Jäger, Leiterin Kita Wilhelmstraße 88, Franca Calvano, Pressesprecherin.

Wie vermitteln Sie die Informationen an die Kinder?

Krämer: Am Anfang der Aktion hatte es sich bewährt, dass sich die Kinder in einen Halbkreis setzten. Die Ehrenamtlichen stellten sich persönlich vor, die Kinder konnten Fragen stellen und so etwas über den menschlichen Körper und die Wichtigkeit der Fußgesundheit erfahren. Die Kinder konnten spielerisch zeigen, was die Füße alles „können“. In manchen Gruppen wurden auch ein Tanzlied oder ein Tanz angeboten.

Welche Materialien brachten Sie zusätzlich zu den BVOU-Aktionsmappen in die Kitas mit?

Dr. de Jong: Vom Deutschen Schuhinstitut GmbH in Offenbach, erhielten

wir leihweise vier Fußmessgeräte, die in Einsatz gebracht wurden. Dafür waren wir sehr dankbar.

Wichtig ist, dass die vermittelten Inhalte auch die Eltern erreichen. Wie wollen Sie das gestalten?

Krämer: Für die Eltern wurde einmalig ein großer Informationsnachmittag angeboten. Das Informationsmaterial des BVOU wurde gemeinsam mit den Urkunden für die Kinder durch die Erzieherinnen der Kindertageseinrichtungen verteilt. Gleichzeitig mit der Elternbrochure erhielten die Eltern auch einen Hinweis, ob die Schuhe ihres Kindes passgerecht waren. Dies geschah durch eine Art Schablone. Finanzschwachen Eltern wurde ein Angebot zur Schuhbeschaffung durch das Projekt „Wülf-

rather Kinder in Not“ gemacht, bzw. durch einrichtungsspezifische Unterstützungsangebote sichergestellt.

Ist Ihr Aktionsmonat einmalig oder können Sie sich vorstellen, die Aufklärungskampagne regelmäßig durchzuführen?

Kohn: Diese Entscheidung soll nach Auswertung der Aktion mit allen Beteiligten erfolgen.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Janosch Kuno, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit BVOU

„King Kong“ auf der Schulbank: BVOU erweitert Aktion Orthofit



Einprägsame Übungsnamen wie „King Kong“ oder „Rückenrodeo“ lassen sich leicht in den Schulalltag integrieren.

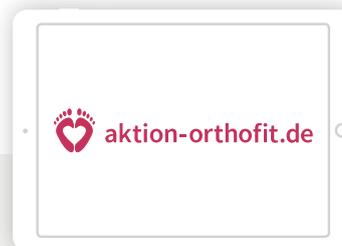
Anlässlich des Tages der Rückengesundheit am 15. März, erweiterte der BVOU seine Aktion Orthofit um Übungen für einen starken Rücken im Schulkindalter. Ziel ist die aktive Prävention von Haltungsschäden. Dazu werden Übungsvideos für dynamisches Sitzen und gesunde Haltungsübungen während des Unterrichts in der Schule eingesetzt.

Rückenschmerz ist eine Volkskrankheit. Fast zwei Drittel aller Deutschen sind betroffen. „Gezieltes Rücken-training, schon vom Kindesalter an, ist der wirksamste Schutz vor Rückenbeschwerden im Erwachsenenalter“, sagt Prof. Dr. Joachim Grifka, Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Regensburg und Autor des Patientenratgebers „Gesunder Rücken“.

Gemeinsam mit einer Forschungsgruppe der Universität Regensburg hat er Online-Videos für ein Trainings-

und Präventionsprogramm entwickelt, die sich nicht zuletzt durch die einprägsamen Übungsnamen wie „King Kong“ oder „Rückenrodeo“ leicht in den Schulalltag integrieren lassen. Auf diese Weise werden Kindern spielerisch Übungen für dynamisches Sitzen während des Unterrichts vermittelt. Im Idealfall geht diese „Gebrauchsanweisung für einen gesunden Rücken“ in den Alltag über und unterstützt auch im Erwachsenenalter einen starken Rücken.

„Gerade die kindliche Wirbelsäule ist in Wachstumszeiten besonders anfällig für Störungen“, so die Sportwissenschaftlerin Silvia Dullien. Das gemeinsam mit Prof. Dr. Petra Jansen und Prof. Dr. Joachim Grifka entwickelte Rückenprojekt für Schulkinder wurde 2017 mit dem Oskar Medizin-Preis ausgezeichnet.



Die Videos sind abrufbar unter:
www.aktion-orthofit.de/sonderaktionen/rueckenfit



Zehn Jahre Orthofit

Die Aktionswoche "Zeigt her Eure Füße" findet in diesem Jahr vom 11. Bis 15. November statt. Wer Interesse hat, sich in seiner Region zu beteiligen, kann sich direkt bei der BVOU-Geschäftsstelle oder über die Internetseite www.aktion-orthofit.de anmelden und wird zeitnah mit dem nötigen Material versorgt. Auf der Internetseite findet man im Newsblog auch Infomaterial und praktische Tipps, wie man Kontakte zu Schulen oder

anderen Institutionen knüpfen und den Aktionstag vorbereiten und gestalten kann. Teilnehmende Orthopädinnen und Orthopäden finden zudem alle nötigen Formulare (Ablaufplan, Checkliste, Einverständniserklärung und Informationen für die Schulen) in einem passwortgeschützten Werkzeugkasten. BVOU-Präsident Dr. Johannes Flechtenmacher unterstreicht die Wichtigkeit der Präventionsmaßnahme: "Die Gesundheit unserer Kinder ist eine der größten Herausforderungen. Ich möchte deshalb auch Sie bitten, die Aktion Orthofit aktiv zu unterstützen."

Videosprechstunden in O und U

– Kann man oder muss man?

Video-Sprechstunden zwischen Arzt und Patient bieten zeitliche und räumliche Flexibilität und sparen Zeit und Wege. Insbesondere wenn ein Patient bereits bekannt ist, können Verlaufskontrollen und Routinefälle in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient zeitsparend online durchgeführt werden. Auch Hausbesuche können bei geeigneten Fällen deutlich reduziert werden.

Hier dient die Videosprechstunde als Erweiterung bestehender Versorgungsangebote und kann insbesondere in unterversorgten, ländlichen Räumen helfen, die fachärztliche Versorgung zu verbessern.

Aber auch für den Erstkontakt zwischen Arzt und Patient, der ja durchaus beratenden Charakter haben kann, ist die Videosprechstunde sinnvoll einsetzbar. Hier spielt vor allem die räumliche Distanz zum Experten eine entscheidende Rolle. Bevor ein Patient die Mühen einer weiten Anreise auf sich nimmt, kann so geklärt werden, ob ein solcher Besuch überhaupt Sinn macht.

Schließlich kann die Videosprechstunde die Kommunikation zwischen Fachärzten, Hausärzten und anderen Heilberufen sowie die sektorübergreifende Zusammenarbeit erleichtern und stärken.

Als Digitalisierungsprojekt zur Optimierung von Prozessen und Kommunikation wird die Videosprechstunde bereits heute von ca. 50 Prozent der Patienten gewünscht. Pilotprojekte wie DocDirect in Baden-Württemberg oder MedGate in der Schweiz zeigen, wie sinnvoll Videosprechstunden bereits heute eingesetzt werden können. Auch über 70 Prozent der Ärzte halten Videosprechstunden für sinnvoll, konkrete Erfahrungen haben jedoch erst wenige gemacht.

Rechtlicher Rahmen und Vergütung

Der Wegfall des Fernbehandlungsverbots war eines der Top-Themen des Deutschen Ärztetages 2018. Die Videosprechstunde ist hierfür der klassische Anwendungsfall. Technisch dürfen dabei alle von der KBV zertifizierten Videodienstleister zum Einsatz kommen.

Auch wenn in vielen Bundesländern der Beschluss des Ärztetages bereits ratifiziert wurde, wird die Videosprechstunde nur sehr zögerlich in den Alltag aufgenommen. Dazu dürfte auch die karge Honorierung dieser Leistung im EBM beitragen. Damit sind die Investitionskosten nicht zu decken. Ob sich die Selbstverwaltung durch die neue Gesetzesinitiative des Gesundheitsministers umstimmen lässt und „eine Regelung im EBM trifft, nach der Videosprechstunden in weitem Umfang möglich macht“, bleibt abzuwarten.

Der bessere und schnellere Weg, Innovationen in die Versorgung einzuführen, wird wohl auch hier über Selektivverträge und extrabudgetäre Anreize laufen.

Optimierung der Rahmenbedingungen

Nach Zulassung der ersten Videosprechstunden durch die KBV zeigen sich im Versorgungsalltag einige Unzulänglichkeiten der durch die KBV gesetzten Rahmenbedingungen und technischen Anforderungen. Diese erschweren die breite Einführung der Videosprechstunde.

Unter der Überschrift „Warum kann man in Deutschland nicht online zum Arzt gehen?“ haben die bisher zertifizierten Videodienstleister im März 2019 in einem gemeinsamen Statement ihre Forderungen an die Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen formuliert:

1. Patienteneinwilligung muss digital erfolgen dürfen
2. Primär muss die Verbindung Peer-to-Peer aufgebaut werden, unter gewissen Bedingungen sollte auch die alternative Nutzung eines Turn-Servers mit Standort in EU zulässig sein (z.B. bei Mehrfachkonferenzen oder Hemmnis durch Firewalls oder NAT)
3. Einheitlicher Nachweis der Zertifizierung gegenüber den KVen
4. Keine Zertifizierung der Videosprechstunde als Medizinprodukt
5. Gleichstellung von analogem und digitalem Arzt-Patienten-Kontakt: auch die Konsultation per Videosprechstunde löst die Behandlungspauschale aus. Das medizinische Fachpersonal muss die Entscheidungshoheit diesbezüglich behalten.

The screenshot shows the Orthinform website interface. On the left, there is a profile for Herr Dr. med. Johannes Flechtenmacher, a Niederlassener Arzt at the Ortho-Zentrum am Ludwigsplatz in Karlsruhe. Contact information includes phone numbers (0721 9209010) and a website link. A 'Termin vereinbaren' button is visible. On the right, a large group photo of the practice team is shown. A white pop-up window titled 'sprechstunde.online' is overlaid on the right side, displaying 'Buchung Videosprechstunde' and 'Arzt-Login'. The pop-up lists three self-paying services: 'Allgemeine orthopädische Beratung' (30,00 € / 15 Minuten), 'Sportmedizinische Beratung' (60,00 € / 30 Minuten), and 'Impfberatung' (10,00 € / 5 Minuten). Below these, it lists services covered by statutory health insurance, such as 'Visuelle Beurteilung von Bewegungseinschränkungen' and 'Visuelle Verlaufskontrolle einer Operationswunde'. A vertical copyright notice '© orthinform' is on the far left.

Beispiel zur Integration der Videosprechstunde in Orthinform, dem Patientenportal des BVOU. Nach Klick auf den Button „sprechstunde.online“ kann der Anwender eines der Angebote wählen. Im Folgeschritt wird dann ein passender Termin fest gebucht.

Anwendung in O und U

„Ärzte sind in ihrer Mehrheit keine Technik-Verweigerer, aber viele brauchen einen Anstoß, um sich auf eine neue Technik einzulassen und dann auch ihre Vorteile für sich zu nutzen.“ Mit dieser Erkenntnis liegt der DAK-Digitalisierungsreport 2018 sicher richtig. Es braucht konkrete Initiativen und finanzielle Förderung, um Innovationen in der Breite in den Versorgungsalltag einzuführen.

In Orthopädie und Unfallchirurgie lassen sich die Videosprechstunden in vier Szenarien sinnvoll einsetzen:

1. **Virtueller Behandlungsraum**
teilweiser Ersatz von Hausbesuchen, Folgeterminen und Nachuntersuchungen
2. **Besondere Versorgung**
Zwischenuntersuchung und interprofessionelle Kommunikation
3. **Expertenberatung**
allgemeine Beratung zu Erkrankungen des Bewegungsapparates
4. **Telekonsil**
interdisziplinäre und sektorübergreifende Arzt-Arzt-Kommunikation

Eine rasche Akzeptanz wird sich bei Fachärzten für O&U nur einstellen, wenn sich durch klare Vorteile für den täglichen Ablauf und finanzielle Anreize ein Vorteil ergibt.

Besondere Versorgung über Selektivvertrag

Im Selektivvertrag zur speziellen konservativen Therapie bei Gon- und Coxarthrose von DAAG und BVOU steht eine individualisierte Physiotherapie im Mittelpunkt des Behandlungs-konzeptes. Abstimmungen zwischen Arzt und Physiotherapeut sowie die Zwischenuntersuchungen des Patienten können per Videosprechstunde durchgeführt werden.

Die Patienten nehmen diese in ihrer Anwesenheit durchgeführte Abstimmung zwischen Arzt und Physiotherapeuten als besonders positiv wahr. Gleichzeitig wird die interprofessionelle Kooperation im Gesundheitsnetzwerk gestärkt, Kommunikationswege verkürzt und Entscheidungen beschleunigt.

Die Vergütung ist identisch zu der einer persönlichen Kontaktaufnahme und Untersuchung und wird mit 50 Euro vergütet. Damit sind bereits nach einem behandelten Patienten die monatlichen Kosten für das Videosprechstunde-System abgegolten.

Integration in Orthinform

Die Videosprechstunden ist leicht in die eigene Webseite und in das Arztprofil bei Orthinform zu integrieren. Bei Orthinform erfolgt dieser Integrationsprozess vollautomatisch mit wenigen Klicks. Im Dashboard kann jeder Orthinform-Nutzer die Videosprechstunde ebenso wie die Online-Terminvergabe als Ergänzung zum persönlichen Profil hinzubuchen. Das Orthinform-Profil weist dann zusätzlich einen Videosprechstunde-Button aus, über den der Patient direkt einen Termin buchen kann.

Vorteilhaft ist dies insbesondere dann, wenn der Patient über die Orthinform-Deutschlandkarten zu Selektivverträgen, Expertensprechstunden und besonderen Leistungen auf die teilnehmenden Kollegen aufmerksam wird und dann direkt einen Videosprechstunde-Termin über Orthinform buchen kann.

Auch wenn der Patient bereits bekannt ist und vom Facharzt per SMS einen Zugangscode erhalten hat, kann er über Orthinform einen Termin buchen.

Ein besonderes Angebot in diesem Zusammenhang wird die Expertensprechstunde sein, die BVOU und DAAG gemeinsam auf dem VSOU in Baden-Baden Anfang Mai 2019 vorstellen. Hier können sich Patienten auf Orthinform über Erkrankungen des Bewegungsapparates und moderne Behandlungsmethoden informieren und bundesweit nach Experten suchen. Bei teilnehmenden Experten kann dann ein Beratungstermin über Videosprechstunde gebucht werden.

Dr. Jörg Ansorg
Geschäftsführer BVOU

Ihr nächstes Level: Orthinform-Profil+

Ab sofort erhalten alle aktiven Nutzer von Orthinform die nächste Ausbaustufe: Mit Profil+ bietet der BVOU noch mehr Möglichkeiten, die eigene Expertise sowie das Umfeld auf Orthinform ausführlich zu präsentieren. Denn: Gemeinschaftspraxen und Kliniken haben den Vorteil, bei geschickter Aufteilung der Expertise und Kompetenzen auf mehrere Ärzte das gesamte Spektrum der eigenen Einrichtung abzubilden und mit mindestens einem Experten bei der regionalen Suche über Lexikonbeiträge präsent zu sein. Im Profil+ können die Mitglieder nun eigene Bilder und

Videos der eigenen Praxis, MVZ oder Klinik hochladen und Texte über Leistungen und Einrichtung erstellen. Mitglieder, die selbst Autor auf Orthinform sind und bereits Lexikon- oder Fachbeiträge veröffentlicht haben, werden als solche direkt im Profil angezeigt. Damit können Sie Ihr Arztprofil auf Orthinform noch individueller gestalten.

Das Profil+ ist ein Dankeschön an unseren aktiven Orthinform-Nutzer. Es ist kostenfrei für Kolleginnen und Kollegen verfügbar, die ihr Arztprofil vollständig ausgefüllt und ein Profelfoto hochgeladen haben.




SHOEPASSION
— 2014 —
THE BERLIN SHOE BRAND

15%
Rabatt

SHOEPASSION.com hat es sich zur Aufgabe gesetzt, das Wissen und die Vorzüge von rahmengenähten Schuhen aufzubereiten, eine eigene Kollektion anzubieten und diese hochwertigen Schuhe kostengünstig an Sie weiterzugeben. In unserem Schuhpflege-Bereich finden Sie alles was Sie für eine optimale Pflege der Schuhe benötigen. Ebenso halten wir unverzichtbares Zubehör für Sie und Ihre Schuhe bereit.



GRUNDIG

10%
Rabatt

Die Geräte von Grundig überzeugen durch modernstes Design und innovative Technologien, die Ihren Fernseh- und Musikgenuss definitiv auf ein neues Level bringen. Dabei setzen die hochauflösenden TVs auf brillante Farbwerte, Detailgenauigkeit, Kontrastreichtum und smarte Eigenschaften für noch mehr Bedienfreude. Und auch die Audiogeräte können sich sehen und vor allem hören lassen.



TAKKO
FASHION

15%
Rabatt

Takko Fashion gehört zu den erfolgreichsten Modefilialisten Europas und bietet als Smart Discounter seinen qualitäts- und preisbewussten Kunden ansprechende Mode für einen aktiven Alltag. Von praktischen Basics über lässige Casuals bis hin zu angesagten Trendstücken – in den vielseitigen Kollektionen von Takko Fashion findet die gesamte Familie tolle neue Outfits zum Wohlfühlen.



SportScheck

15%
Rabatt

Ob Sportbekleidung, Ausrüstung oder Schuhe: Bei SportScheck finden Sie 30.000 Artikel von über 500 Top Marken aus Ihrem Sportbereich. Rüsten Sie sich bei SportScheck für ihre Sportart aus und profitieren Sie von 15% exklusiv Rabatt auf alle Produkte, außer auf bereits reduzierte Artikel.

Ich bin von Natur aus Innovationen gegenüber aufgeschlossen.

Wo befinden sich die konkreten und sinnvollen Anwendungsfelder der Digitalisierung im Gesundheitswesen? Dem interessierten Facharzt ist es kaum möglich, Visionen und Pilotprojekte von konkreten Angeboten zu unterscheiden, die bereits in den Alltag Einzug gehalten haben. Dr. Bill Hegemann, (Facharzt für Orthopädie) teilt seine Erfahrungen.

Herr Dr. Hegemann, die Digitalisierung in der Gesundheitsbranche ist in aller Munde. Wie ordnen Sie die Entwicklung ein und welche Neuerungen nutzen Sie bereits?

Dr. Bill Hegemann: Grundsätzlich bin ich von Natur aus neugierig und Innovationen gegenüber immer recht aufgeschlossen. Allerdings müssen mich die Dinge dann auch überzeugen. Ich möchte ja nicht nachher irgendwelche Probleme lösen müssen, die ohne die Technik überhaupt nicht entstanden wären. Neben den zahlreichen digitalen Lösungen, welche die Telematik-Infrastruktur der Gematik mit sich gebracht hat, haben wir zuletzt eine Online-Terminvereinbarung eingeführt. Außerdem nutze ich die Videosprechstunde seit Einführung im Mai 2017.

Wie haben Sie das umgesetzt? Im Allgemeinen steht die Videosprechstunde doch eher noch in den Startlöchern...

Dr. Hegemann: Wir pflegen an unserem Praxisstandort einen engen Kontakt zu einer benachbarten Physiotherapiepraxis. In Zusammenarbeit mit denen nutzen wir ein Konzept zur konservativen Alternative bei drohenden Operationen, z.B. an Knie oder Hüfte. Dieses Konzept

im Rahmen der besonderen Versorgung ermöglicht unter anderem den interdisziplinären Austausch zwischen dem Patienten, dem behandelnden Physiotherapeuten und mir per Videosprechstunde. Das ist unkompliziert und erspart dem Patienten die Anfahrt und viel Zeit. Darüber hinaus hat es aber auch die Kommunikation zwischen der Physiotherapiepraxis und mir verbessert. Und am Ende wird der Patient optimal versorgt und die Zeiten zwischen den einzelnen Terminen verkürzen sich – eine klassische Win-Win-Situation.

Mir persönlich geht es darum, meinen Patienten einen guten Service zu bieten. Außerdem ist es mir wichtig, mich frühzeitig als innovativer Gesundheitsanbieter zu positionieren, um die technischen Möglichkeiten voll auszuschöpfen und die damit verbundenen Entlastungen in Anspruch zu nehmen.

Und wie sehen Sie die Zukunft der Videosprechstunde?

Dr. Hegemann: Das Anforderungsprofil des modernen Arbeitsalltages ist im Umbruch: Die Arbeitszeiten werden immer flexibler. Auch die Bindung an einen Arbeitsort weicht auf, gerade jetzt wird das Thema Home-Office immer wichtiger. Bereits heute erfordern viele Jobs ein Höchstmaß an Flexibilität –



Dr. Bill Hegemann

viele meiner Patienten sind mehrere Wochen am Stück im Ausland oder nur am Wochenende in Menden. Da erleichtert ein virtuelles Aufeinandertreffen den Erhalt langjähriger Arzt-Patienten-Beziehungen ungemein.

Daher bin ich der Meinung, dass die Videosprechstunde deutlich an Stellenwert zulegen wird. Bereits jetzt ist es ein echter Mehrwert, dem Patienten bereits nach einer kurzen Konsultation per Videokonferenz sagen zu können, dass er z.B. zunächst eine Bildgebung benötigt. Ich versende dann direkt über die Chatfunktion des Videoprogramms die Telefonnummern oder E-Mailadressen einiger Kollegen aus der Radiologie, damit meine Patienten möglichst schnell einen Termin für ein MRT o.ä. bekommen, falls wir dieses nicht selbst leisten können.

Vielen Dank für das Gespräch.

Das Interview führte Tim Schneider, Deutsche Arzt AG.

Die Digitalisierung der Arztpraxis zwischen Wunsch und Wirklichkeit

Die Nutzung digitaler Angebote in der Arztpraxis nimmt stark zu

Immer mehr Patienten nutzen digitale Angebote der Arztpraxen



Jameda Patientenstudie 2019: n=1.067 / Studie 2015: n=1.002. Frage: „Welche der folgenden digitalen Angebote einer Arztpraxis haben Sie bereits schon einmal genutzt?“

Tatsächliche Nutzung liegt weit hinter Nutzungswunsch zurück

Digitaler Arztkontakt: Große Lücke zwischen Wunsch und Wirklichkeit



Jameda Patientenstudie 2019: n=1.067. Frage: „Welche der folgenden digitalen Angebote würden Sie nutzen, wenn Ihr Arzt sie anbietet?“, „Welche der folgenden digitalen Angebote einer Arztpraxis haben Sie bereits schon einmal genutzt?“

Immer mehr Patienten nutzen den Online-Kontakt in die Arztpraxis. Die Kluft zwischen dem tatsächlichen Angebot digitaler Services einer Arztpraxis und dem Nutzungswunsch der Patienten ist jedoch nach wie vor groß. Dies sind zwei zentrale Ergebnisse der (online-)repräsentativen Studie „Die Digitalisierung der Arztpraxis zwischen Wunsch und Wirklichkeit“, die das Marktforschungsinstitut Dynata im Auftrag von jameda unter 1.067 Patienten durchgeführt hat.

Der Wunsch nach digitalen Angeboten ist deutlich größer als die tatsächliche Nutzung. Mehr als jeder dritte Patient (36 Prozent) hat bereits einen Arzttermin online gebucht, was einen deutlichen Anstieg im Vergleich zur Vorgängerstudie 2015 darstellt (25 Prozent). Nach wie vor gibt es jedoch wesentlich mehr Patienten, die das Angebot einer Online-Arztterminbuchung nutzen möchten: 78 Prozent geben an, ihre Arzttermine gerne online zu vereinbaren, wenn ihr Arzt die Möglichkeit anbietet.



Weitere Informationen finden Sie im Themendossier auf bvou.net unter dem Suchbegriff: „Digitalisierung der Arztpraxis“



Vernetzte Daten als Grundlage für eine fortschrittliche Medizin

Medizin war nicht immer wissenschaftlich, aber stets eine Disziplin, die ohne Daten nicht auskam. Viele Jahrtausende lag das Wissen im Kopf der an der Heilung von Kranken beteiligten Experten. Das ändert sich gerade.



© seakmasterke, Hamar/Shutterstock

Längerfristige, professionell organisierte Therapien und ihre aktive Begleitung – *nicht nur durch medizinische und pflegende Experten* – zielen auf eine gesicherte Verbesserung des Gesundheitszustands bei Patientinnen und Patienten. Das betrifft künftig nicht mehr nur die Optimierung der Therapie, Interventions- oder Operationsverfahren durch den wissenschaftlichen Fortschritt einer stets entwicklungsfreudigen Medizin selbst. Auch die Berücksichtigung der Rahmenbedingungen und ihre günstige Entwicklung, z.B. zur Verfügbarkeit von Therapien, einer adäquaten Vergütung oder Kostendeckung, und einer Vermessung der Erlebnis- und Ergebnisqualitäten werden ausschlaggebend.

Daten verändern dabei schleichend das Paradigma wie Gesundheit gelingt und Krankheiten kompensiert werden. Das Verschränken von Daten in der Medizin zu Big Data verspricht neue Evolutionssprünge für den Fortschritt der Medizin. Künftig wird Technologie dabei helfen, Krankheiten besser zu verstehen. Dabei gewinnen vor allem Daten und Berichte von außerhalb der Gesundheits- und Forschungseinrichtungen an Bedeutung. Die Kompensation von Krankheiten orientiert sich neuerdings auch an Daten, die einerseits durch medizintechnisch begleitete Verfahren verfügbar aber auch durch Patienten selbst eingebracht werden.

Die Bemessung der Güte eines anzustrebenden Gesundheitszustands als Indiz der Ergebnisqualität orientiert sich immer stärker an den Berichten der

Patientinnen und Patienten. Nicht mehr allein die durch einen Arzt erhobenen Befunde und deren Interpretation werden genutzt, um Therapien und Versorgungsmodelle auf ihre Wirksamkeit hin zu überprüfen. Die persönlichen Berichte der Betroffenen erfahren eine wachsende Aufmerksamkeit, wenn sie nicht nur auf der bilateralen Ebene zwischen Einrichtung und Individuum erfasst werden. Um die Wirksamkeit von breit organisierten Therapieangeboten objektiv beurteilen zu können, leistet auch der Patient Input, sei es durch selbst eingebrachte Daten oder durch eine strukturierte Befragung über sich verändernde Umstände und das subjektive Empfinden. So lassen sich Therapien und ihre Rahmenbedingungen gezielt optimieren was dazu führt, dass Behandlungserfolge künftig sogar besser vorhergesagt werden können.

Wissenschaftsplattform für medizinische Daten

Vor diesem Hintergrund, setzen die Vertragspartner für die technische Umsetzung des Mitte Januar 2019 bekannt gegebenen Selektivvertrags Cox-/Gonarthrose zwischen AOK Sachsen Anhalt, KV Sachsen-Anhalt und dem BVOU auf ein junges und innovatives Software-Unternehmen aus Leipzig. Mit der von RAYLYTIC entwickelten web-basierten Datenplattform UNITY wird in einem ersten

Schritt eine integrierte, einrichtungsübergreifende Erfassung aller wichtigen Daten ermöglicht. Damit ist für die 100 teilnehmenden Praxen eine einfache, unkomplizierte und papierfreie Eingabe der Daten zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Therapieverlauf gewährleistet. Und mit dem Anspruch einer breiten Evaluierung unter Berücksichtigung der Patienten selbst, wird die Erfassung von Patientendaten durch strukturierte Befragungen zu ihrem Gesundheitszustand möglich. Die im Rahmen dieser pseudonymisierten Befragung von bis zu 10.000 von einer Arthrose betroffenen AOK Versicherten erhobenen Daten, erlauben wissenschaftliche Rückschlüsse auf erzielte Behandlungsergebnisse. Mit Hilfe sogenannter Patient Reported Outcome Measures (PROMs) lassen sich die angestrebten Ziele des Selektivvertrags patientenseitig um wichtige Angaben (subjektives Schmerzempfinden und Fähigkeit zur Ausführung von Aktivitäten des täglichen Lebens) ergänzen. Gemeinsam mit den durch die Praxen erfassten Daten kann dann regelmäßig automatisch analysiert werden.

Das Unternehmen, welches bereits international erfolgreich ist, baut mit UNITY im Bereich der medizinischen Softwareentwicklung an einer integrierten Plattform, die heutige und künftige Szenarien der datengetriebenen Medizin unterstützen wird. Dabei legt man in Leipzig Wert auf einen hohen Grad an Automatisierung und Standardisierung von Routineprozessen, wie wir sie im Alltag von Kliniken und Praxen aus der Anamnese, der Datenerfassung und den radiologischen Analysen kennen. Im Bereich der computergestützten Bilddatenanalyse setzt das hochspezialisierte Startup auf künstliche Intelligenz mit Hilfe derer sich eine 15-fach höhere Genauigkeit im Vergleich zu manuellen Messungen durch erfahrene Ärzte erreichen lässt. Auch die stetig zunehmenden Datenmengen lassen sich mit Computer-Algorithmen leichter und präziser auswerten. Durch die so realisierte Vertiefung der klinischen Erkenntnisse verbessert sich die Versorgungsqualität, nicht nur weil heute schon eine erleichterte und vereinheitlichte Umsetzung von Diagnose- und Behandlungsrichtlinien sichergestellt werden kann. Das System wächst mit den Herausforderungen, die sich aus einer zunehmend datengetriebenen Medizin ergeben. So lassen sich künftig auch Daten aus Wearables und mit Sensorik ausgestattete, sogenannte smarte Implantate, in Korrelation zum Fallgeschehen bringen.

Mit UNITY als Plattform lassen sich Daten direkt bei der Erfassung strukturieren, so dass ein nachträgliches Bearbeiten der Datenmengen übersichtlich bleibt, ein Umstand, den historische Massendaten (Big Data) selten vorweisen können. Das bedeutet, dass Daten, die im Rahmen der Leistungserbringung erhoben werden, gleich nutzbringend eingesetzt werden können und langfristig an Bedeutung gewinnen, zumal UNITY schnittstellenfreundlich an bestehende Systeme angeschlossen werden

kann. Spezialisierte Module im klinischen und ambulanten Setting, die Daten aussenden oder speichern, können auf UNITY miteinander kombiniert werden. Das Zusammenführen unterschiedlicher Datenmengen ermöglicht so eine holistische Betrachtung, Analyse, Bewertung und Interpretation einer sich bietenden Datenlage.

Datengetriebene Medizin

Der Umgang mit Daten jeglicher Art stellt Gesundheitseinrichtungen heute und zukünftig vor besondere Herausforderungen, mit einem erkennbaren Trend: Die Datenerfassung im Sinne neuer Versorgungsmodelle wird einrichtungsübergreifend organisiert werden müssen, so wie jetzt im Rahmen des Selektivvertrags Cox-/Gonarthrose. Datengetriebene Medizin steckt nicht hinter exklusiven Mauern einer einzelnen Gesundheitseinrichtung, sondern muss aus der täglichen Leistungserbringung heraus einer wissenschaftlichen Bewertung zugeführt werden. Neben gezielt durchgeführten Studien mit dem Zweck, die traditionelle, medizinische Forschung zu fördern, bietet der medizinische Alltag über die Abrechnung hinaus wichtige Daten, die genutzt werden können. Ein Selektivvertrag ist dabei nur eines von vielen denkbaren Szenarien. Dessen wissenschaftliche Evaluierung allerdings bietet einen hervorragenden Anlass, sich einrichtungsübergreifend der datengetriebenen Medizin anzunähern und die Wirksamkeit solcher Versorgungsmodelle auf ein neues Fundament zu stellen.

UNITY als integrierte Plattform leistet dazu seinen Beitrag, sowohl in der Einzelpraxis als auch im Universitätsklinikum. Die Anwendungsszenarien sind vielfältig und lassen sich gemeinsam entwickeln. So lassen sich auch Praxisziele und medizinstrategische Überlegungen verfolgen, die hineinreichen bis in die Führung einer Gesundheitseinrichtung.



Frank Stratmann,
Kommunikationsmanager & Mentor

Kontakt bei Rückfragen:
RAYLYTIC GmbH
Schillerstraße 5
04109 Leipzig

T 0341 656702-01
info@raylytic.com
www.raylytic.com

Mehr Freiheit im Mediziner-Alltag: Einfache Termin- und Behandlungsplanung

Stress, zu wenig Zeit für die Patienten und immer mehr Bürokratie im Arbeitsalltag. So beschreiben Ärztinnen und Ärzte in einer aktuellen Umfrage ihre Arbeitsbedingungen. Der Verwaltungsaufwand für medizinische Einrichtungen ist in den vergangenen Jahren enorm gestiegen. Ständig neue Formulare, neue Regelungen, neue Modelle und alles muss detailgenau dokumentiert werden. Klar und deutlich äußern sich Ärzte darüber, welche Verbesserungen dringend notwendig sind. Auf der Prioritätenliste stehen mehr Zeit für Privatleben und der Abbau von Bürokratie. Zwischen Wunsch und Wirklichkeit klafft also eine immer größer werdende Lücke.

„Das samedi System als bereits langjähriger Partner des BVOU erleichtert Ihnen das Terminmanagement und spart wertvolle Zeit am Empfangstresen. Neben Patienten lassen sich auch Zuweiser und Kliniken nach individuellen Anforderungen und Prioritäten flexibel anbinden, wodurch auch der Service für Kooperationspartner verbessert wird“, erklärt Dr. Jörg Ansorg, Geschäftsführer des BVOU.

24/7 Online-Zugang

Patientinnen und Patienten informieren sich über Gesundheitsleistungen heute vorliegend online. Ein moderner Online- und Marketing-Auftritt sowie die Bereitstellung von Online-Patientenservices gewinnen zunehmend an Relevanz. Mit flexibler Online-Terminvereinbarung lassen sich Termine rund um die Uhr verbindlich buchen – über die Webseite der Praxis, Arztsuch-Portale, soziale Netzwerke oder über Suchmaschinen. Automatische Email- und SMS-Benachrichtigungen erinnern Patienten an anstehende Termine, gleichzeitig können terminspezifisch Dokumente und Informationen übermittelt werden. So werden Telefon- bzw. Faxaufkommen um 30 Prozent reduziert und Terminausfälle um 70 Prozent reduziert.

Ressourcensteuerung

„Bei samedi lässt sich die Online-Terminbuchung flexibel in die interne Ressourcen- und Ablaufsteuerung integrieren. Alle Terminbuchungen, egal ob online gebucht oder intern geplant, laufen in Echtzeit in einem Kalender zusammen – ohne Doppelbelegungen oder Übertragungsaufwand“, erklärt samedi Geschäftsführer Prof. Dr. Alexander Alscher einen zentralen Vorteil der sicheren Websoftware. Flexibel anpassbare Konfigurationsmöglich-

keiten bieten speziell zugeschnittene und jederzeit variable Lösungen, die sich an individuelle Anforderungen und bestehende Prozesse anpassen. Durch automatisierte Auswertungen werden Optimierungspotentiale im Hinblick auf die Auslastung erkennbar.

Online-Vernetzt

samedi vereinfacht darüber hinaus die fach- und sektorübergreifende Zusammenarbeit im Behandler-Netzwerk. Die sichere Vernetzung mit Hausärzten und Fachkollegen ermöglicht eine jederzeit verfügbare Online-Zuweisung in wenigen Klicks und mit direkter Anbindung ans Arztinformationssystem. Zum Zeitpunkt der Zuweisung werden bereits alle behandlungsrelevanten Informationen strukturiert abgefragt und sicher übermittelt. So wird ein medienbruchfreier Informationsfluss gewährleistet und Doppeluntersuchungen sowie sonstige Verzögerungen im Behandlungsablauf ohne zusätzlichen Bürokratie-Aufwand ausgeschlossen. Über das vorliegende Patientenkonto können Ärzte ihren Patienten sicher Dokumente übermitteln, die diese dann weiteren Behandlern freigeben können.

„Der Telefonaufwand ist zurückgegangen, weil Patienten nach vorgegebenen Regeln und Kriterien online Termine buchen. Die Ressourcenauslastung ist dem Patientenaufkommen angepasst. Trotz zweier unterschiedlicher Facharzttrichtungen in denselben Räumlichkeiten bleiben Doppelbelegungen aus, wenn sich alle nach dem System richten und nicht in alte Handlungsweisen verfallen.“

Dr. Michael Fontana,
Facharztpraxis für Orthopädie und Unfallchirurgie, Berlin

Das möchten Sie direkt auch in Ihrer Praxis umsetzen? Buchen Sie gerne direkt einen unverbindlichen Beratungstermin unter [samedi.de/demo](https://www.samedi.de/demo).

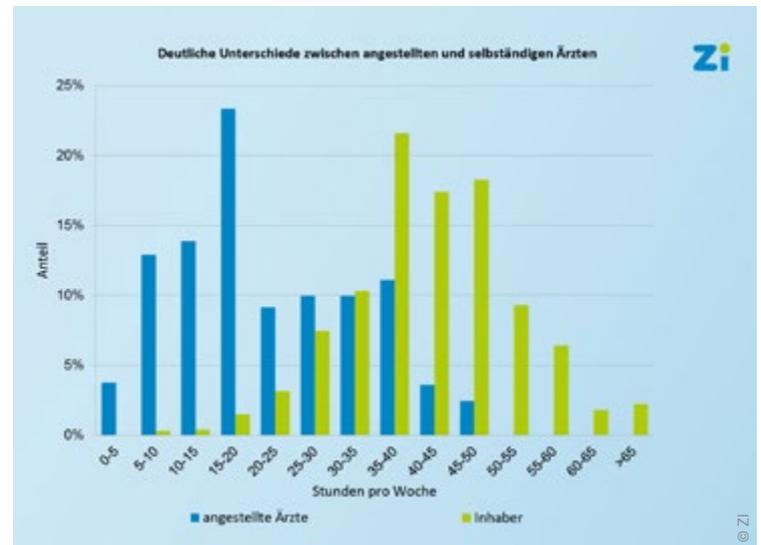


samedi GmbH
Rigaer Straße 44
D – 10247 Berlin
T +49(0)30 2123 0707 0
info@samedi.de
www.samedi.de

Unterschiede zwischen angestellten und selbstständigen Ärzten

Anhand der Daten von 5.762 Praxisinhabern und 613 angestellten Ärzten aus der jüngsten Erhebung des Zi-Praxis-Panels ist erkennbar, wie sich die Wochenarbeitszeiten für angestellte und selbstständige Ärzte unterscheiden. Dabei zeigt die Grafik die Verteilung der Wochenarbeitszeiten für ärztliche Tätigkeiten (ohne Zeiten für Praxismanagement und Fortbildungen). Im Durchschnitt arbeiteten angestellte Ärzte in den Praxen des Zi-Praxis-Panels im Jahr 2017 rund 23 Wochenstunden. Dies entspricht etwas weniger als der Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit der selbstständigen Ärzte. Letztere lag im Zi-Praxis-Panel im Jahr 2017 bei durchschnittlich 49 Wochenstunden. Mit der stetigen Zunahme angestellter Ärzte in der ambulanten Versorgung geht die durchschnittliche Arbeitszeit je Arzt und die Zeit für Patienten zurück. Dies steht hinter der „Arztzeituhr“, welche die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) am 23. Januar 2019 öffentlich vorstellte. Demnach geht der Versorgung alle vier Stunden ein Arzt „verloren“.

Quelle: Zi



Im Durchschnitt arbeiteten angestellte Ärzte 2017 rund 23 Wochenstunden - etwas weniger als der Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit der selbstständigen Ärzte.

Vorgaben der KVWL zur Abrechnung von ESWT und Akupunktur

Dr. Christian Baumgart (BVOU-Bezirksvorsitzender Münster) informiert die Mitglieder des Berufsverbands aus dem Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL).

Liebe Kolleginnen und Kollegen, die KVWL hat ergänzend zu den bereits im BVOU Portal/ Westfalen Lippe dargestellten Informationen zur ESWT bei der Pantarfasziitis aktuell mitgeteilt:

Wichtig ist die Einhaltung der seitens der Patienten zu erduldenen Schmerzkarriere von sechs Monaten. Abschließend ist noch nicht geklärt, ob diese beim

Behandler oder beim zuvor betreuenden Kollegen dokumentiert werden muss. Frau Dr. Schwenzer von der KVWL verweist in diesem Zusammenhang auf ein noch nicht komplett veröffentlichtes Bundessozialgerichtsurteil. Dieses Urteil bezieht sich zunächst auf die Abrechnungsmodalitäten der Akupunktur in der Regelleistung / EBM, wird aber als Grundlage für die ESWT („sechs Monate“) herangezogen. Diesbezüglich hat der Justitiar des BVOU, Dr. Heberer, klar Stellung bezogen. Die Stellungnahme kann bei der Geschäftsstelle angefordert werden: office@bvou.net.



➔ Weitere Informationen finden Sie auf bvou.net unter dem Suchbegriff:

„Abrechnung“



© spotmatikphoto/Fotolia

PpUG: Schiedsstelle gewährt Optionsrecht

Die Bundesschiedsstelle hat am 25.03.2019 eine Vereinbarung gemäß § 137i Absatz 1 Satz 10 SGB V über Sanktionen nach § 137i Absatz 5 SGB V bei Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen (PpUG-Sanktions-Vereinbarung) festgesetzt. In dem Schiedsverfahren wurde durch Entscheidung der Bundesschiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG unter deklaratorischer Übernahme der zwischen den Vertragsparteien bereits konsensual vereinbarten Bestandteile die PpUG-Sanktions-Vereinbarung festgesetzt. Danach sind Sanktionen (Vergütungsabschlag oder Verringerung der Fallzahl) für die Nichteinhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen nach § 6 PpUGV auf einer Station eines pflegesensitiven Bereichs im Durchschnitt eines Monats zu vereinbaren, wenn kein Ausnahmetatbestand nach § 8 Abs. 2 PpUGV oder § 6 der PpUG-Sanktions-Vereinbarung vorliegt. Darüber hinaus sind Vergütungsabschläge zu vereinbaren, wenn ein Krankenhaus seine Mitteilungspflichten nach §§ 3, 4 und 5 PpUGV-Nachweis-Vereinbarung oder nach § 5 Abs. 3 und 4 PpUGV nicht, nicht vollständig oder nicht fristgerecht erfüllt hat. Die Vergütungsabschläge

bzw. eine Verringerung der Fallzahl sind von den örtlichen Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG zu vereinbaren. Der Nachweis über die Einhaltung der Pflegepersonaluntergrenzen sowie der fristgerechten und vollständigen Übermittlung erfolgt auf Basis der vom Wirtschaftsprüfer bestätigten Jahresmeldung des Krankenhauses. Durch den Wirtschaftsprüfer festgestellte wesentlich

fehlerhafte Quartalsmeldungen gelten als nicht vollständige Quartalsmeldungen.

Bei fehlender, nicht vollständiger oder nicht fristgerechter Übermittlung einer Quartalsmeldung ist ein pauschaler Vergütungsabschlag in Höhe von 20.000 Euro zu vereinbaren.

Zeigt ein Krankenhaus die nicht vollständige und nicht fristgerechte Übermittlung der Quartalsmeldung aktiv vor Fristablauf gegenüber dem InEK an, wird eine zweiwöchige Nachmeldefrist gewährt. Der pauschale Vergütungsabschlag greift dann hinsichtlich der Fristgerechtigkeit mit Ablauf der zweiwöchigen Nachfrist.

Zeigt ein Krankenhaus die nicht vollständige und nicht fristgerechte Übermittlung der Jahresmeldung aktiv vor Fristablauf gegenüber dem InEK und den örtlichen Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG an, wird eine vierwöchige Nachmeldefrist gewährt.

Die aktive Anzeige der nicht vollständigen und nicht fristgerechten Übermittlung der Quartals- bzw. Jahresmeldung an das InEK ist rechtzeitig vor Fristablauf ausschließlich per E-Mail formlos abzugeben. Die gewährte Nachfrist wird dem Krankenhaus vom InEK bestätigt. Die Fristgerechtigkeit der Quartals- bzw. Jahresmeldung wird nach positiver Rückmeldung des InEK entsprechend auf Basis der gewährten Nachfrist ermittelt.

Quelle: G-BA

Die finale PpUG-Sanktionsvereinbarung finden Sie unter:
www.bvou.net/personaluntergrenzen-schiedsstelle-gewaehrt-optionsrecht





MFA-Tarifabschluss: NAV-Virchow-Bund begrüßt Einigung

Die Tarifverhandlungen für Medizinische Fachangestellte (MFA) sind beendet. Der Verband der niedergelassenen Ärzte (NAV-Virchow-Bund) begrüßt die Einigung, mit der das Gehalt der Medizinischen Fachangestellten (MFA) ab April 2019 um 2,5 Prozent und ab April 2020 um weitere 2,0 Prozent steigt.

Dass die Tarife für MFA im öffentlichen Dienst höher liegen als in den ambulanten Praxen, sieht auch der Verband der niedergelassenen Ärzte (NAV-Virchow-Bund) kritisch. „Unsere MFA sind hoch qualifizierte Fachkräfte, deren Wissen und Engagement in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung angemessen honoriert werden muss. Ansonsten wandern sie in andere Berufe ab. Schon heute haben viele Praxisinhaber Schwierigkeiten, offene Stellen zu besetzen“, erklärt der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes, Dr. Dirk Heinrich.

Während Tarifsteigerungen im öffentlichen Dienst vom Steuerzahler gegenfinanziert werden, müssen Praxisinhaber diese aus eigener Tasche bezahlen. Personalkosten machen rund 70 bis 80 Prozent der Praxiskosten aus. Die Honorarabschlüsse der letzten Jahre haben jedoch die allgemeine Preisentwicklung nicht abgedeckt. Zuletzt stieg der Orientierungswert um 1,58 Prozent und deckte damit nicht einmal die Inflationsrate ab.

„Große Sprünge bei den Gehältern sind in einem budgetierten System leider nicht drin“, bedauert Dr. Heinrich.

Quelle: NAV-Virchow-Bund



Tarifverträge in ambulanter Medizin – Vision wird Realität

Immer mehr angestellte Ärztinnen und Ärzte wechseln aus dem Krankenhaus in eine Praxis oder ein MVZ, nicht als Selbständige, sondern als Angestellte. Bundesweit sind es bereits über 36.000 Ärztinnen und Ärzte. Die Zahlen steigen jährlich um zehn Prozent.

Eine Anstellung im Bereich der Niederlassung hat für die Betroffenen oftmals zur Folge, dass die aus dem Tarifvertrag für Ärzte (TV-Ärzte) des Marburger Bundes gewohnten tariflichen Standards in den Krankenhäusern plötzlich in dem nicht tarifierten ambulanten Bereich nicht mehr gelten. Jeder Einzelne muss dort selber über seine Arbeitsbedingungen verhandeln.

Der Marburger Bund Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz hat und der Hausärzterverband Rheinland-Pfalz haben einen Arbeitgeberverband gegründet, der nun Tarifverhandlungen aufnehmen kann und wird. Das ist bundesweit einmalig“, freut sich Dr. Karlheinz Kurfeß (stellv. Vorsitzender der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz). „Wir unterschreiben heute eine gemeinsame Erklärung unserer beider Interessen.“

Quelle: Marburger Bund

➤ Weitere Informationen finden Sie auf bvou.net unter dem Suchbegriff:
„Tarifvertrag“

Haftung des Honorararztes oder des Krankenhauses?

Niedergelassene Vertragsärzte, die in Krankenhäusern auf freiberuflicher Basis allgemeine Klinikleistungen, insbesondere Operationen, durchführen, sind aus dem Alltag vieler Krankenhäuser nicht mehr wegzudenken. Auch für die niedergelassenen Ärzte eröffnet solch eine Honorararztstätigkeit weitere sowohl berufliche, als auch wirtschaftliche Möglichkeiten. Allerdings birgt dies natürlich ein weiteres Risiko im Hinblick auf eine Haftungserweiterung für beide Seiten.

Für die Haftung gilt zunächst der im Rahmen eines totalen Krankenhausaufnahmevertrages, wie er in der Konstellation der Erbringung von Regelleistungen gemäß § 2 Abs. 1 S. 1, Abs. 2 KHEntg durch den Honorararzt üblicherweise vorliegt, dass bei einem Behandlungsfehler des Honorararztes dieser stets aus Delikt gemäß § 823 Abs. 1 BGB persönlich haftet. Daneben haftet jedoch der Krankenhausträger gesamtschuldnerisch dem Patienten gegenüber aus dem Behandlungsvertrag, der ausschließlich zwischen Krankenhaus und Patient zustande kommt, da ihm das Verschulden des Honorararztes nach § 278 Satz 1 BGB bzw. deliktsrechtlich nach § 831 BGB zuzurechnen ist.

Dem Patienten stehen somit also im Außenverhältnis zwei Schuldner, an die er sich im Falle eines Schadens halten kann, zur Verfügung.

Die Haftung im Innenverhältnis, also ob beispielsweise der Krankenhausträger den Honorararzt von einer Haftung im Rahmen seiner honorarärztlichen Tätigkeit freizustellen hat oder er hierfür ein Ausgleich zu leisten hat, ist stets Frage der Regelungen im Honorararztvertrag zwischen Krankenhausträger und Arzt.

Wie sieht jedoch die Haftungsverteilung aus, wenn dem Honorararzt im Rahmen seiner niedergelassenen Praxistätigkeit bei einem Patienten, der dann später auch von ihm im Krankenhaus im Rahmen seiner Honorararztstätigkeit operiert wird, sowohl ein Behandlungsfehler im Rahmen der niedergelassenen Praxistätigkeit, als auch später bei der OP unterläuft?

Mit Urteil vom 13.03.2018 – VI ZR 151/17 – hat der BGH nunmehr hierzu entschieden (siehe unter: bit.ly/2VKWueo).

I. Sachverhalt

In vorliegendem Fall verklagte die Haftpflichtversicherung des Krankenhausträgers den honorarärztlich tätigen Arzt auf Gesamtschuldnerausgleich, d. h. auf Zahlung der Hälfte des von der Haftpflichtversicherung an den geschädigten Patienten gezahlten Betrages.

Dem beklagten Arzt unterliefen bei dem von ihm seit Jahren behandelten Patienten sowohl Fehler bezüglich der Indikationsstellung und der Aufklärung, die in seiner Praxis stattgefunden hatten, als auch bei der von ihm im Rahmen seiner Honorararztstätigkeit im Krankenhaus als Regelleistung durchgeführten OP.

Im Honorararztvertrag zwischen Krankenhausträger und niedergelassenem Arzt war in § 6 vereinbart, dass sich die Betriebshaftpflichtversicherung des Krankenhausträgers auch auf die im Rahmen des Honorararztvertrages zu erbringenden ärztlichen Leistungen des Arztes 2 bezieht. Für seine niedergelassene Tätigkeit besaß der Arzt eine eigenständige Haftpflichtversicherung.

Das OLG Naumburg als Berufungsinstanz hatte einen Ausgleichsanspruch aus gesamtschuldnerischer Haftung gegenüber dem Honorararzt deshalb abgelehnt, da es der Meinung war, dass die ambulante Tätigkeit des Arztes und seine honorarärztliche Tätigkeit in dieser Konstellation aufgrund der Personenidentität eine einheitliche Behandlung darstellen, so dass auch die ambulanten Tätigkeiten unter den vereinbarten Betriebshaftpflichtversicherungsschutz des Krankenhauses falle.

II. Entscheidung des BGH

Der BGH bestätigte zwar die OLG-Entscheidung im Ergebnis, jedoch hielt er die höchst brisante Frage, ob die zeitlich und örtlich vorgelagerten Behandlungssteile im Rahmen der niedergelassenen Tätigkeit des Honorararztes einem einheitlichen Behandlungsgeschehen mit Operationsschwerpunkt und damit als untrennbare Einheit insgesamt der honorarärztlichen Tätigkeit zuzuordnen sind, nicht für entscheidungsrelevant.

Der BGH bestätigte dabei zunächst noch einmal die Haftungsgrundlagen und die bestehende Gesamtschuldnerschaft zwischen Krankenhaus und Arzt. Dies bedeutet, das Krankenhaus haftet gegenüber dem Patienten aus dem totalen Krankenhausaufnahmevertrag, in dessen Rahmen es für das Verschulden des Honorararztes einzustehen hat. Daneben haftet es aus Delikt gemäß § 831 BGB. Der beklagte Arzt haftet dem Patienten gegenüber für seine Fehler bei der honorarärztlichen Tätigkeit sowie der niedergelassenen Tätigkeit stets persönlich aus Delikt gemäß § 823 Abs. 1 BGB und, soweit die Fehler im Rahmen seiner niedergelassenen Tätigkeit und dem dort bestehenden Behandlungsverhältnis erfolgt sind, ebenfalls aus diesem Behandlungsvertrag (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 15).

Im Hinblick auf die Gesamtschuld führte der BGH jedoch aus, dass durch die Verdopplung der Anknüpfungspunkte (ambulante und stationäre Behandlungsfehler) für eine Haftung des beklagten Arztes gegenüber dem Patienten die Gesamtschuld zwischen dem Krankenhausträger und dem Arzt nicht um einen zusätzlichen Ausgleichsanspruch aus § 426 Abs. 1 BGB erweitert werde (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 16).

Die Erstattungsansprüche der Haftpflichtversicherung des Krankenhausträgers aus dem Gesamtschuldverhältnis wies der BGH sodann aus zwei Gründen zurück:

1. Zum einen verneinte er die Ansprüche, da der Arzt, soweit das Behandlungsverschulden die honorarärztliche Tätigkeit betrifft, im Innenverhältnis aufgrund der Regelung in § 6 des Honorararztvertrages nicht ausgleichspflichtig und zudem nicht Dritter i. S. d. § 86 Abs. 1 S. 1 VVG sei. Denn in § 6 des Vertrages wurde dem Arzt für den Fall der Verletzung von im Rahmen des Honorararztverhältnisses zu erbringenden ärztlichen Pflichten Haftpflichtschutz gegen Ansprüche von Patienten aus zivilrechtlicher Haftung zugesagt, ohne dass sich das Krankenhaus einen Rückgriff vorbehalten hätte (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 18). Folglich wurde die gesetzliche hälftige Ausgleichspflicht nach § 426 Abs. 1 S. 1 BGB durch die Regelung im Honorararztvertrag in Verbindung mit dem vereinbarten Versicherungsschutz des Krankenhauses abgeändert. Nachdem sich der Versicherungsschutz des Krankenhauses somit jedenfalls auch auf die honorarärztliche Tätigkeit erstreckte, sei der Arzt als versicherte Person anzusehen und damit jedenfalls nicht Dritter im Sinne des § 86 Abs. 1 Satz 1 VVG, so dass ebenso hiernach schon kein Anspruch übergehen könne (vgl. BGH, a. a. O., Rn. 19).
2. Hinsichtlich der im niedergelassenen Bereich erfolgten Behandlungsfehler sah der BGH aufgrund der eigenen Haftpflichtversicherung für die niedergelassene Tätigkeit einen Fall der Mehrfachversicherung, weswegen er den Ausgleichsanspruch der klagenden Haftpflichtversicherung insoweit jedenfalls

wegen des Vorrangs des Ausgleichs unter den Haftpflichtversicherern gemäß § 78 Abs. 1 und 2 VVG ablehnte. Dies hatte hier konkret zur Folge, dass der Arzt schon nicht passivlegitimiert und damit nicht richtiger Beklagter des Anspruches war. Die Haftpflichtversicherung des Krankenhauses hätte ihren Anspruch auf Gesamtschuldnerausgleich damit allein gegenüber der Haftpflichtversicherung des Arztes geltend machen können.

III. Stellungnahme

Für die honorarärztlich tätigen Ärzte wäre eine klare Bestätigung dieser OLG-Auffassung durch den BGH sicherlich wünschenswert und erfreulich gewesen, da dann nämlich regelmäßig bei einer Personenidentität zwischen niedergelassenem Arzt und Honorararzt, der auch seine eigenen Patienten im Krankenhaus im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen behandelt, von einer untrennbaren Einheit der Vorgänge ab Indikationsstellung innerhalb der niedergelassenen Tätigkeit bis zur stationären Leistung auszugehen gewesen wäre, was letztendlich zu einem Einbezug der niedergelassenen Tätigkeit in die Betriebshaftpflichtversicherung des Krankenhausträgers und damit zu dessen Haftungsausweitung geführt hätte.

Niedergelassenen Ärzten, die im Rahmen von § 2 Abs. 1, 2 KHEntgG auch honorarärztlich in einem Krankenhaus Regelleistungen erbringen, ist deshalb aus juristischer Sicht zwingend zu empfehlen, darauf zu achten, dass die honorarärztliche Tätigkeit von der Haftpflichtversicherung des Krankenhausträgers mitumfasst ist und das dies auch im Honorararztvertrag so vereinbart wird. Ferner sollte ein Rückgriffsvorbehalt zu Gunsten des Krankenhausträgers nicht vereinbart werden.



Dr. jur. Jörg Heberer
Rechtsanwalt Fachanwalt für Medizinrecht,
München Justitiar BVOU, Berlin

Was bedeutet das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) für BVOU-Mitglieder?

Das BDSG überträgt EU-Datenschutzrecht in nationales Recht und bedurfte mit Inkrafttreten der neuen Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) einer Überarbeitung. Diese hat leider Auswirkungen auf die Pflichten des externen Datenschutzbeauftragten.

Im Januar 2019 hat die Datenschutzkonferenz die Auslegung des §39 DSGVO zur Rolle und den Aufgaben des externen Datenschutzbeauftragten konkretisiert.

Einige Aufgaben sind in der Basisleistung der WENZA bereits enthalten:

- ▶ Bestellung eines externen Datenschutz-Beauftragten (Anmeldung bei dem zuständigen Landesamt und Veröffentlichung auf Ihrer Internetseite)
- ▶ Telefonische Sprechstunde: unbegrenzt und kostenlos
- ▶ Erledigung der Auskunftspflichten gemäß Art 15 DSGVO
- ▶ Einschätzung der Datenschutzpannen und ggf. Erledigung der Meldepflichten – Art. 33 DSGVO
- ▶ Erstellung eines Jahresberichtes (Dokumentationspflichten durch Umkehr der Beweislast)

Die regelmäßige Überprüfung der Umsetzung des durch die WENZA erstellten Datenschutzkonzeptes sowie der Datenschutzvorschriften im Allgemeinen durch Datenschutz-Audits vor Ort und die Mitarbeiterunterweisungen ist jedoch neu hinzugekommen. Dieses Audit ist bei der günstigen Kalkulation der Basisleistung nicht enthalten und wird nun ergänzend angeboten.

Bei einer solchen Bestandsaufnahme untersucht der Datenschutzberater den Umsetzungsgrad hinsichtlich der Verantwortlichkeiten, der eingeführten Prozesse, der Anzahl der unterwiesenen Mitarbeiter und der erstellten Unterlagen. Die gesammelten Informationen bilden die Basis für den Jahresbericht. Idealerweise baut das Audit auf das vorhandene Datenschutzkonzept innerhalb des Unternehmens auf.



Im Vergleich mit anderen Anbietern ist das Gesamtpaket immer noch sehr attraktiv. Natürlich ist es ärgerlich, dass diese Ausweitung der Aufgaben des externen Datenschutzbeauftragten nun zu weiteren Kosten bei unseren Mitgliedern führt, auch wenn es sich noch in einem vertretbaren Rahmen hält und dem Vergleich mit anderen Anbietern immer noch standhält. Dem Einzelnen steht es natürlich jederzeit frei, sich alternativ einen anderen externen Datenschutzbeauftragten zu suchen. Aber auch dieser wird wahrscheinlich zukünftig ein jährliches Vor-Ort-Audit in sein Angebot einbeziehen müssen.

In Bezug auf die nun jährlich erforderliche Schulung/Unterweisung haben wir als BVOU auf diese neue Anforderung sofort reagiert. Dazu bieten wir ab sofort für alle Mitarbeiter einen zertifizierten E-Learning-Kurs an, der speziell die Anforderungen in der Praxis berücksichtigt. Als 10er Lizenz kostet der für BVOU-Mitglieder 99 Euro, also 10 Euro pro Mitarbeiter. Das Angebot finden Sie in der Akademie Deutscher Orthopäden mit BVOU-Sonderpreis: www.bvou.net/schulungen-datenschutz

Einen Dokumentationsbogen für Schulungsnachweis und Ablage im Datenschutzhandbuch gibt es auch gleich dazu. Damit decken Sie die Unterweisungspflicht sehr kostengünstig ab und erhalten als Arzt auch noch bis zu zwei CME-Punkte. MFA entsprechend zwei RbP-Punkte.

Dr. Jörg Ansorg,
Geschäftsführer BVOU

↪ [Einen zertifizierten E-Learning-Kurs finden Sie in der Akademie Deutscher Orthopäden: www.bvou.net/schulungen-datenschutz](http://www.bvou.net/schulungen-datenschutz)



Abgesichert im Ruhestand: Nachhaftungs-Versicherung

Eine umfassende Berufs-Haftpflicht-Versicherung ist für Ärzte essenziell. Und zwar nicht nur während der ärztlichen Tätigkeit, sondern auch darüber hinaus. Jedem Arzt können im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit Fehler unterlaufen, die wirtschaftliche Folgen haben. Die Berufsordnung der Ärzte schreibt vor, dass Ärzte sich ausreichend gegen Haftpflichtansprüche absichern müssen, die im Zusammenhang mit der Ausübung ihres Berufes stehen.

Was ist aber, wenn der Arzt aus dem beruflichen Leben ausscheidet und in den Ruhestand geht? In diesem Fall sollte auch der Versicherungsschutz auf den Prüfstand gestellt werden. Denn ob und in welchem Umfang eine Berufs-Haftpflicht-Versicherung weiterhin erforderlich ist, hängt oft vom Einzelfall ab.

Zeitpunkt des Schadens

Für den Arzt besteht der Versicherungsschutz aus der Berufs-Haftpflicht-Versicherung, sofern die schadenursächliche Behandlung sowie das Datum des Schadeneintritts bei dem Patienten in die aktive Laufzeit der Arzt-Haftpflicht-Versicherung fallen.

Es ist möglich, dass zwischen dem Behandlungsfehler des Arztes und dessen Folgen eine längere Zeitspanne liegt, in der sich der praktizierende Arzt zur Ruhe gesetzt hat. Wird ein Arzt im Ruhestand dann mit den Schadenersatzansprüchen von früheren Patienten konfrontiert, kommt es dabei auf den Zeitpunkt des tatsächlichen Schadeneintritts an.

Nicht entscheidend ist dagegen der Zeitpunkt der Schadenmeldung sowie der Kenntnis des Patienten des Schadens. Selbst nach der Beendigung der beruflichen Tätigkeit sollten Ärzte daher ihren Versicherungsschutz noch aufrechterhalten. Denn im Zweifel haften sie sonst mit ihrem privaten Vermögen.

→ Weitere Informationen finden Sie auf www.bvou.net/partner/funk-gruppe/



Auf der sicheren Seite

Im Regelfall wird die Berufs-Haftpflicht-Versicherung mit dem Ausscheiden aus dem Arztberuf beendet. Für den Fall, dass der Patient einen Schadenersatzanspruch nach der vollständigen Beendigung der ärztlichen Tätigkeit geltend macht, bedarf es in der Regel des Abschlusses einer Nachhaftungs-Versicherung.

Die Nachhaftungs-Versicherung umfasst Haftpflichtansprüche aus der bisherigen ärztlichen Tätigkeit des Arztes, die nach deren Beendigung eintreten können. Während bei manchen Haftpflicht-Versicherern die Nachhaftungs-Versicherung für einen vorübergehenden Zeitraum von in der Regel fünf Jahren bedingungsgemäß versichert gilt, verzichten einige Risikoträger auf zeitliche Begrenzung der Nachhaftung. Für den Umfang der Nachhaftungs-Versicherung gelten die bis zum Zeitpunkt der Beendigung der ärztlichen Tätigkeit vereinbarten Deckungssummen und Bedingungen.

Besonderer Vorteil

Sämtliche nach dem Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung bei der Versicherungskammer Bayern versicherten BVOU-Mitglieder profitieren bereits von einer Mitversicherung der Nachhaftungs-Versicherung. Diese gilt nach Berufsaufgabe – ohne zeitliche Befristung – beitragsneutral mitversichert und erhöht somit Ihre Sicherheit. Der Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflicht-Versicherung für BVOU-Mitglieder sieht auch für berufstätige Ärzte exklusive Sonderkonditionen mit einem außerordentlich guten Preis-Leistungsverhältnis vor.

Eine Prüfung Ihres persönlichen Versicherungsbedarfes ist daher entscheidend. Nutzen Sie die Möglichkeit einer kostenfreien Beratung, um Deckungslücken und Doppelversicherungen zu vermeiden.



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

Die neue Orthopädische Rheumatologie – Die Novelle der WBO bringt einen durchgreifenden Wandel der Zusatzweiterbildung

Mit der Novelle der Weiterbildungsordnung wird die Zusatzweiterbildung „Orthopädische Rheumatologie“ neu ausgerichtet.

Die drei wichtigsten Neuerungen:

1. Die Zusatzweiterbildung (ZWB) war bisher schwerpunktmäßig operativ orientiert, sie ist jetzt konservativ geprägt.
2. Die ZWB übernimmt die internationale Definition der Rheumatologie, soweit es die Bewegungsorgane betrifft.
3. Die ZWB nimmt inhaltlich alle großen konservativen Subdisziplinen auf, für die praktische Erfahrungen nachzuweisen sind.

Schon an den Überschriften der ZWB 2003 und 2019 lässt sich der durchgreifende Wandel erkennen (**Abb. 1**). Nach der internationalen Definition umfasst die Rheumatologie „die Krankheiten und Funktionsstörungen der Bewegungsorgane und der angrenzenden Weichgewebe bei entzündlichen, degenerativen und stoffwechselbedingten Krankheiten, einschließlich der inneren Organe und des Nervensystems, soweit sie betroffen sind“. Diese Definition findet sich jetzt in der ZWB Orthopädische Rheumatologie wieder. Arthrosen, Rückenschmerz, Sehnen- und Muskel-erkrankungen gehören nach internationaler Definition zur Rheumatologie! In diesem Sinne arbeiten in Deutschland die meisten Orthopäden als Rheumatologen, und die meisten Rheumakranken werden von Orthopäden behandelt. Dieser Sprachgebrauch ist in Deutschland ungewohnt, aber sehr europäisch.

Inhaltlich umfasst die neue Orthopädische Rheumatologie Schmerztherapie, Manuelle Medizin, Technische Orthopädie, Osteologie, Rehabilitationsmedizin und entzündlich-rheumatische Gelenkkrankheiten und entspricht damit der internationalen Rheumatologie-Definition. Die fachärztlichen Kenntnisse werden vertieft, praktische Erfahrungen sind für jede Sektion nachvollziehbar nachzuweisen.

Die Anzahl der durchzuführenden Operationen wurde deutlich reduziert, für einen Teil reicht die Assistenz. Charakteristische rheumachirurgische Eingriffe bleiben aber enthalten, um den Kandidaten und Kandidatinnen

2003

Die Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz

[die Erkennung und operative Behandlung rheumatischer Erkrankungen.](#)

2019

Die Zusatz-Weiterbildung Orthopädische Rheumatologie umfasst in Ergänzung zur Facharztkompetenz

[die Diagnostik und Therapie von degenerativen, entzündlichen und stoffwechselbedingten rheumatischen Krankheiten der Bewegungsorgane](#)

[einschließlich der interdisziplinären Zusammenarbeit bei komplexen rheumatischen Erkrankungen.](#)

Abb. 1: Vergleich der Definition „Orthopädische Rheumatologie“ 2003 und 2019

einen ausreichenden Einblick in die operative Seite des Spezialgebietes zu vermitteln.

In der medikamentösen Therapie bleibt der neue Orthopädische Rheumatologe wie bisher uneingeschränkt, auch in der Medikation entzündlich rheumatischer Gelenkkrankheiten u.a. mit Biologika. Letztere Kenntnisse sollen in Kooperation mit internistischen Rheumatologen erworben werden, um anerkannten Standards sicher zu entsprechen.

Die Novellierung der Weiterbildungsordnung ist weit vorangeschritten. Alle Fachgesellschaften von O&U haben die Veränderungen konsentiert. Der Ärztetat 2018 und

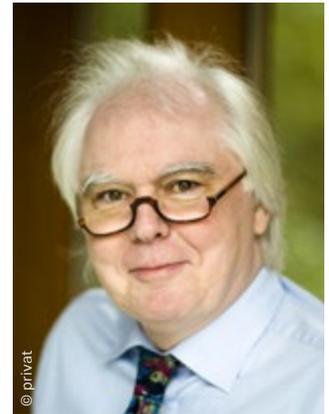
die Bundesärztekammer haben ihre Zustimmung erteilt, eine „Musterweiterbildungsordnung“ liegt vor. Die abschließenden Beschlüsse der Landesärztekammern werden bis Ende 2019 erwartet.

Mit der neuen Definition und den neuen Inhalten der Orthopädischen Rheumatologie öffnet sich für alle konservativen Disziplinen unseres Faches die Chance, ein gemeinsames Ausbildungsziel zu etablieren. Die Orthopädische Rheumatologie steht auf Augenhöhe mit den beiden großen operativen Zusatzweiterbildungen Spezielle Unfallchirurgie und Spezielle Orthopädische Chirurgie. Sie kann einen starken Komplementär für den operativen Teil unseres Fachgebietes darstellen – und gewinnt gemeinsame Kraft und Sichtbarkeit. Der konservative Orthopäde ist kein „Nicht-Operateur“. Er soll in Zukunft ein Orthopädischer Rheumatologe sein – und ein Spezialist.

Im europäischen Ausland sieht man eine Zweiteilung der muskuloskelettalen Medizin: konservativ – rheumatologist, operativ – orthopedic surgeon, also eine muskuloskelettale Medizin, die auf zwei verschiedene Fachgebiete aufgeteilt ist. Die neue Orthopädische Rheumatologie stärkt die konservative Orthopädie und erhält die Einheit der konservativen und operativen Orthopädie und Unfallchirurgie. Die DGOU hat eine Task-Force gebildet, in der

sich die Vorsitzenden und Präsidenten der orthopädischen Sektionen und Gesellschaften konservativer Orthopädie zusammengeschlossen haben. Die Task-Force stellt sich in jeweils ganztägigen Präsentation freitags beim Süddeutschen Orthopädenkongress 2019 und beim DKOU 2019 vor.

Erschienen im „VSOU-Special“
der Orthopädischen Nachrichten 2019;04



Prof. Dr. Wolfgang Rüther
Präsident der Deutschen Gesellschaft für
Orthopädische Rheumatologie DGORh



Informationen für Ihre Patienten

Was tun bei Osteoporose, Arthrose, Rückenschmerzen oder Sportverletzungen?

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

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

Zur Auslage in Klinik und Praxis bestens geeignet.

Bestellen Sie direkt

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

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

Preise inkl. MwSt.,
zzgl. Versand

www.orthinform.de



Summer School 2019 – Anmeldung für Schnupperkurs in O & U läuft

Medizinstudierende können sich noch bis zum 5. Juli für die Summer School 2019 der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU) und des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) anmelden. Bei dem „Schnupperkurs“ vom 28.8. bis zum 30.8.2019 in Münster bekommen angehende Mediziner auch in diesem Jahr wieder Gelegenheit, einen Blick in ihre mögliche berufliche Zukunft zu werfen. Auf dem Programm der 11. Summer School stehen unter anderem Diskussionsrunden zur Karriereplanung sowie zur Vereinbarkeit von Beruf und Familie. In Workshops können die Nachwuchsmediziner Verfahren wie Arthroskopie oder Endoprothetik selbst erproben und damit umfassende Einblicke in das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie gewinnen.

Die Summer School wird jedes Jahr vom Jungen Forum O und U organisiert, um den medizinischen Nachwuchs zu fördern. In dem zweitägigen Intensivprogramm lernen die Studierenden Inhalte des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie praxisnah kennen und erfahren etwas über das Berufsleben von Medizinern, die in O und U tätig sind. Die wissenschaftliche Leitung der Summer School übernehmen: der zukünftige DGOU-Präsident Prof. Dr. Dieter C. Wirtz aus Bonn, der zukünftige stellvertretende DGOU-Präsident Prof. Dr. Michael Raschke aus Münster und Dr. Burkhard Lembeck aus Ostfildern-Nellingen, BVOU-Kongresspräsident des DKOU 2020. Gemeinsam mit weiteren Chef- und Oberärzten, Hochschuldozenten sowie jungen Ärzten in der Weiterbildung

berichten sie aus ihrem Arbeitsalltag. Im engen Austausch bringen sie den Studierenden die vielfältigen Arbeitsbereiche von Orthopädie und Unfallchirurgie näher, beleuchten die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen und sprechen über die beruflichen Zukunftsaussichten im Fach.

Studierende aller klinischen Semester können sich noch bis zum 05.07.2019 für einen der 30 Plätze der Summer School 2019 bewerben. In einem strukturierten Verfahren wählt das Junge Forum dann die Kandidaten aus, die kostenfrei an der Summer School 2019 teilnehmen können. Die Unterbringungskosten sowie den Eintritt zur traditionellen Abendveranstaltung übernehmen DGOU und BVOU.

➤ **Weitere Informationen:**
Bewerbung Summer School 2019
jufu.dgou.abcde.biz/?page_id=515

Summer School von DGOU und BVOU
www.dgou.de/bildung/nachwuchsfoerderung/summer-school.html
 oder
www.bvou.net/der-bvou/junges-forum-ou/

Junges Forum O und U:
www.jf-ou.de

Assistenzarztumfrage offenbart Handlungsbedarf

Ökonomischer Druck und Personalmangel in der Klinik beeinträchtigen nicht nur die Gesundheit des medizinischen Personals, sondern stellen auch eine potenzielle Gefahr für Patientinnen und Patienten dar. Diesen Schluss legen die Antworten von rund 1500 Assistenzärztinnen und Assistenzärzten nahe, die sich an einer aktuellen Umfrage des Hartmannbundes beteiligt haben. Begünstigt und in Teilen überhaupt erst möglich wird diese Entwicklung offensichtlich durch noch immer weit verbreitete Defizite bei der Erfassung und Dokumentation von Arbeitszeiten.

Exakt 1437 Assistenzärztinnen und Assistenzärzte nahmen von Dezember 2018 bis Januar 2019 an der Umfrage teil und nicht nur ihre Antworten, sondern auch hunderte von Kommentaren legen einen interessanten und in Teilen erschreckenden Blick auf die Arbeitswelt der in Weiterbildung befindlichen Ärzte frei – von den Themen Arbeitszeit und Digitalisierung bis hin zu Weiterbildung und Fehlermanagement.

Quelle: Hartmannbund

➤ **Die komplette Übersicht über den Fragenkatalog inklusive mehrerer Freitext-Kommentare finden Sie unter bvou.net unter dem Suchbegriff:**

„Assistenzarztumfrage“

CLOU+: Erweitertes Seminar für den nächsten Karriereschritt



Berlin – Das Seminar für Oberärzte in Orthopädie und Unfallchirurgie, die vor dem nächsten Karriereschritt stehen, wird in diesem Jahr inhaltlich erweitert.

Zusätzlich zu den Karriereoptionen in der Klinik als Chefarzt oder (leitender) Oberarzt wird das Seminar zukünftig auch die Perspektiven der Niederlassung beleuchten. Hier ergeben sich sowohl in der klassischen orthopädisch-unfallchirurgischen (Gemeinschafts-)Praxis, als auch im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) attraktive Perspektiven für Fachärzte in O und U. Hinzu kommen zukunftsweisende, sektorübergreifende Tätigkeiten als Belegarzt und neue Versorgungsformen bis hin zum Consultant-System.

Im Bereich Niederlassung beschäftigt sich das Seminar neben den Voraussetzungen, mit den betriebswirtschaftlichen Rahmenbedingungen als Selbständiger. Es geht um Businesspläne, Praxisfinanzierung und Investitionsrechnung. Erfahrene Kollegen berichten aus

der eigenen Erfahrung und darüber, warum sie sich ganz bewusst nach einer vielversprechenden Klinikkarriere für die Niederlassung entschieden haben.

Daneben werden wie bisher die bewährten Themenblöcke zur Tätigkeit in leitender Position im Krankenhaus beleuchtet. Es geht um die Bewerbung als Chef- oder leitender Oberarzt, Vertragsverhandlungen sowie die eigene Positionierung im Unternehmen Krankenhaus sowie in regionalen Versorgungsnetzen. Auch hier wird gesundheitsökonomisches Knowhow, vom kleinen Einmaleins der Betriebswirtschaft bis zu wesentlichen Kennzahlen, vermittelt.

Das von der gemeinsamen Akademie AOUC organisierte Seminar richtet sich an alle Kolleginnen und Kollegen, die aus einer Oberarztposition heraus den nächsten Karriereschritt planen und dafür Wissen und Erfahrungen jenseits der fachlichen Expertise anreichern wollen.

Jetzt anmelden

Der CLOU+-Kurs findet vom 13.–14. September 2019 in Berlin statt.

Gastgeber ist in diesem Jahr Prof. Sven Märdian, kommissarischer Leiter des Centrums für Muskuloskelettale Chirurgie der Charité Berlin. Neben intensiven eineinhalb Seminartagen bieten wir einen gemeinsamen Abend zum Erfahrungsaustausch mit Teilnehmern und Referenten an.

Dr. Jörg Ansorg, Geschäftsführer BVOU

Jetzt registrieren!

Erweitertes CLOU+ Seminar

13.–14. September 2019, Berlin, Charité Campus Virchow Klinikum

Gebühr: BVOU/DGOU/DGOOC/DGU-Mitglieder: 450,00 € Nicht-Mitglieder: 700,00 €

doo.net/veranstaltung/30420/buchung



Interaktives Seminar – Kindertraumatologie für D-Ärzte

Das traditionell im Herbst im Unfallkrankenhaus Berlin stattfindende ADO-Seminar zur Kindertraumatologie wurde im vergangenen Jahr um interaktive Elemente ergänzt. Dabei kam erstmals die neue App „O&U Events“ der gemeinsamen Akademie für Orthopädie und Unfallchirurgie zum Einsatz.

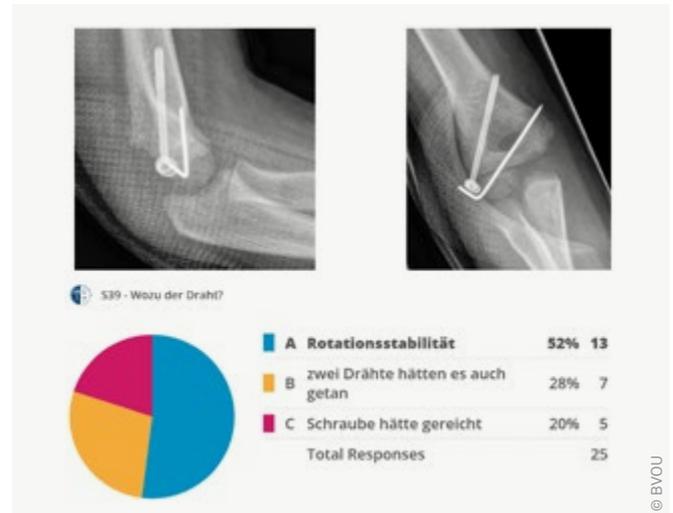
Die O&U Events App bietet neben einem TED-System die Option, anonym Fragen zu stellen, mit Seminarteilnehmern zu chatten und die Präsentationen auf dem eigenen Tablet oder Smartphone mitzuverfolgen.

Wir haben den wissenschaftlichen Leiter, Prof. Winfried Barthlen der Uni Greifswald, sowie einen teilnehmenden Kollegen, Dr. Harald Rieger aus Wolfratshausen, nach ihren Erfahrungen mit diesem interaktiven Kurs befragt.

Prof. Winfried Barthlen, Greifswald:

Neu war diesmal eine noch stärkere Einbindung des Auditoriums durch TED-Umfragen, die alle Referenten in knifflige Fallvorstellungen integriert haben. Wir wollten von den Teilnehmern wissen, wie sie in der konkreten Situation entschieden hätten. Durch grafische Darstellung des Meinungsbildes der erfahrenen D-Ärzte im Saal konnte jeder Teilnehmer sofort seine eigene Indikation überprüfen und in der Diskussion sein Wissen vertiefen. Schwerpunkt war die Hinterfragung der wissenschaftlichen Evidenz von Verfahren und Zeitfenstern in der Kindertraumatologie. Beispiele sind Indikation zum Röntgen beim Supinationstrauma des Spunggelenks, Folgen der Wachstumsfugenkreuzung von Drähten, Nägeln und Schrauben, oder die Dauer der Ruhigstellung bei konservativer Therapie von Frakturen.

Die Resonanz war durchweg positiv. Ungefähr die Hälfte der anwesenden Kollegen hat über die App an



TED-Abstimmungen teilgenommen. Dadurch wurde die Diskussion sehr lebhaft und die Nachhaltigkeit des Wissensgewinns verstärkt.

Dr. Harald Rieger, Wolfratshausen:

Die neue Technik mit dem TED, der über eine herunterzuladende App funktionierte, ist sehr einfach und angenehm, da dadurch das Auditorium viel aktiver in eine Meinungsbildung einbezogen wird. Das schafft eine hervorragende Grundlage für eine intensive Diskussion. Schließlich möchte man ja sein Abstimmungsverhalten vor sich selbst und anderen begründen.

Die Vorträge müssen dazu anders aufgebaut werden damit dies auch so gelingt. Hier wird es auch bei den Referenten eine Lernkurve geben.

Die App ist leicht zu bedienen und bietet mit den Vortragsfolien, der Evaluation und der integrierten Chat-Funktion weitere Highlights, die das Seminar zu einem einmaligen und nachhaltigen Erlebnis machen.

Insgesamt gehörte die Fortbildung durch die Interaktivität und die Themenwahl der Vorträge zu einer der Besten, die ich in der nahen Vergangenheit besucht habe.

9. Berliner Kindertraumatologiekurs für D-Ärzte

Freitag, 6. September 2019 Gebühr: Mitglieder: 190,00 € Nicht-Mitglieder: 240,00 €

doo.net/veranstaltung/30420/buchung



Präzises und praxisnahes Kitteltaschenbuch

Der ärztliche Bereitschaftsdienst in KV-Bereitschaftspraxen, in und außerhalb der Klinik oder im Fahrdienst steht seit wenigen Jahren im Fokus der Gesundheitspolitik. Diese hat deren Organisation und Verantwortlichkeit für die zunehmend mehr nachgefragten und somit auch mehr belasteten Strukturen den regionalen kassenärztlichen Vereinigungen und den örtlichen Kliniken auferlegt.

Die Kompetenz des dienstverpflichteten ärztlichen Personals zu festigen und zu steigern, ist das Ziel des vorliegenden Buchs. Die Herausgeber dieses seit Jahren eingeführten Praxisleitfadens sind drei erfahrene Allgemeinmediziner aus Essen.

Das Kitteltaschenbuch soll für alle Fachrichtungen von „Geburt“ über „Reanimation“ bis zum „Tod“ kurz, präzise und praxisnah helfen, wenn im klinischen Alltag des Bereitschaftsdienstes Diagnosen gefunden und eine Erstbehandlung eingeleitet werden muss. Leitlinien und evidenzbasierte Medizin nennen die Herausgeber als Grundlagen.

Akute und chronische Krankheitsbilder aus allen klinischen Fachgebieten werden symptomorientiert vermittelt. Orthopädie und Unfallchirurgie werden wie die Innere Medizin nicht direkt genannt, sondern die im vereinten Fachgebiet OU auftretenden Probleme in Kapiteln zu Blutungen, Verletzungen und zum Bewegungsapparat aufgezeigt. Fachbezogene Kapitel finden sich dagegen zu HNO, Augen- und Zahn-, Kiefer-, Mund- und Gesichtschirurgie, Dermatologie, Urologie und Gynäkologie und Kinderheilkunde, zu Notfällen in Psychiatrie, der Palliativmedizin und der Schmerztherapie. Neu sind Hinweise zur Versorgung von Migranten, zu multiresistenten Keimen und – leider zunehmend

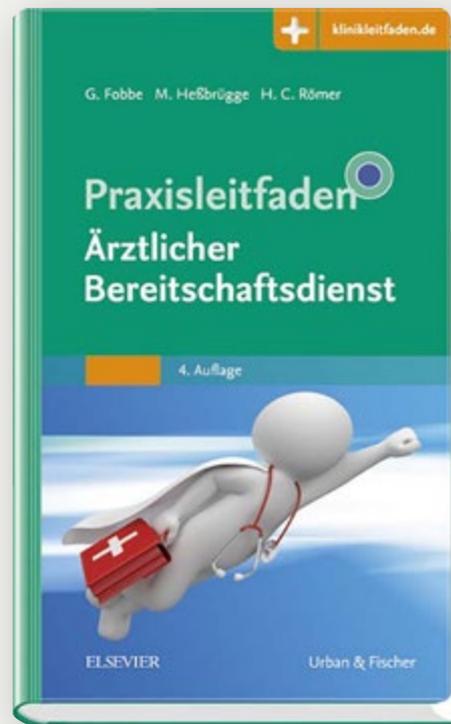
bedeutsam und sogar Gegenstand ärztlicher Fortbildungen – zur Gewalt im Bereitschaftsdienst.

Nach Nennung der Leitsymptome folgen in jedem Kapitel unmittelbar die wichtigsten Differenzialdiagnosen, die samt einem Verweis auf das entsprechende Kapitel übersichtlich aufgelistet werden. Sogenannte Cave-Kästchen weisen auf zu vermeidende gefährliche Verläufe hin. Wann eine Klinikeinweisung erforderlich wird oder wann nachzuuntersuchen ist, wird jeweils genannt. Warum die Sonografie als unmittelbar auch im Bereitschafts-

dienst und bei sehr vielen Fragen wie Verletzungen der Körperhöhlen, bei Blutungen, Gelenkproblemen und Muskel- oder Sehnenrissen teilweise sogar portabel bed-side einsetzbare Bildgebung keine Erwähnung gefunden hat, erschließt sich dem Rezensenten allerdings nicht.

Dieses über Jahre etablierte Buch gehört jedoch auf jeden Fall in den Arbeitsbereich aller ärztlichen Bereitschaftsdienst Leistenden.

Dr. Hartmut Gaulrapp,
BVOU-Bezirksvorsitzender München



Fobbe G, Heßbrügge M, Römer HC:
Praxisleitfaden Ärztlicher Bereitschaftsdienst.
Elsevier München, 4. Auflage 2017, 552 Seiten,
ISBN 978-3-427-22422-5,
49,99 €

Hervorragendes Werk zur Kindertraumatologie

Nach 2006 und 2010 erreicht uns jetzt die Neuauflage der Monografie des renommierten Frankfurter Kindertraumatologen Ingo Marzi. 27 erfahrene Autoren aus Kindertraumatologie, Unfallchirurgie und Orthopädie sowie der Radiologie trugen dazu bei. Das bereits gut eingeführte Buch erfuhr eine Erweiterung durch Übersichtstabellen der häufigsten Frakturtypen, hervorragende Schemazeichnungen aller Verletzungstypen und typische Fallbeispiele einschließlich vieler Röntgenbilder.

Der allgemeine erste Teil stellt die Besonderheiten von Verletzungen und insbesondere Frakturen im Kindes- und Jugendalter heraus. Es folgen Vorbemerkungen zu konservativer und operativer Behandlung von Frakturen und der Weichteile. Den speziellen Teil kennzeichnen die Gegenüberstellung der normalen unverletzten Anatomie und Röntgenanatomie mit Verletzungen der Extremitäten, der Wirbelsäule und des Beckens. Eine Vielzahl von Röntgenbildern lässt Verletzungen und deren Behandlungsstrategie verstehen. Die Straffung von Tabellenübersichten, und Bildmaterial könnte dem Buch allerdings einige Seiten und somit Gewicht einsparen, ohne seine Übersichtlichkeit zu verringern. Zur Fraktursonografie als moderner strahlensparender Bildgebung wie auch zu okkulten traumatischen Veränderungen (Stressfrakturen, Knochenödeme etc.) wünscht sich der interessierte Rezensent eigenständige Kapitel.



Marzi I: Kindertraumatologie.
3. Auflage 2016 Springer Berlin, 570 S., 1167 Abb., 167 Tab.,
ISBN 978-3-642-44996-3,
149,99 €

Die optimale und kindgerechte Behandlung kindlicher Verletzungen ist von allen, die sich damit professionell beschäftigen, zu erwarten. Darüber hinaus der Erwartungshaltung der Eltern der verletzten Kinder gerecht zu werden, diesem hohe Ziel des Herausgebers kann der interessierte und aufmerksame Leser nach der Lektüre dieses hervorragenden Werks sehr nahe kommen.

Dr. Hartmut Gaulrapp,
BVOU-Bezirksvorsitzender München

Gut strukturiertes und übersichtliches Nachschlagewerk

Muskuläre Dysfunktionen können ursächlich für Probleme im Bereich des Bewegungsapparates und Gelenkstörungen sein. Sie können aber auch, z.B. bei viszeroparietalen und neurovaskulären Störungen, sekundär entstehen.

Dabei spielt die manuelle Muskeltestung eine wichtige Komponente im Rahmen der Detektierung entsprechender funktioneller Störungen. Wobei es nicht um die reine Messung der Muskelkraft geht, sondern um die funktionelle Untersuchung mit Messung des Spannungszustandes des Muskels und Erfassung von Inhibitions-mustern. Das ist der Ansatz des vorliegenden Buches von Hans Garten, der in diesem die Faktoren, die die Muskel-funktion beeinflussen können, darstellt auf der Grundlage der ‚Applied Kinesi-ology‘. Erstmals erschienen 2008, hat nun diese aktualisierte 3. Auflage eine deutliche Aufwertung erfahren. Das Buch besitzt nun einen festen Einband und hat an Größe zugelegt. Des Weiteren sind die Fotos und Zeichnungen durch Mehrfarbigkeit nun ansprechender. Die bewährte Gliederung hat sich nicht geändert. Nach der Einleitung wird zunächst, nach Erläuterung der Durchführung der manuellen Muskeltestung mit den Hinweisen auf mögliche Fehlerquellen und Vorsichtsmaßnahmen, ausführlich die Interpretation der erhobenen Ergebnisse dargestellt. Auch werden kurz therapeutische Aspekte erläutert, wobei es sich bei diesem vorliegenden Buch um kein Therapiebuch handelt.

Die Abhandlung der einzelnen Muskeln erfolgt dann in alphabetischer Reihenfolge, wobei Muskelgruppen, wie z. B. die Beckenboden- oder Kaumus-kulatur, zusammen erläutert werden. Die Muskeln werden nach Anatomie, Funktion und Testung unter Hinweis auf mögliche Fehler bei der Testung sowie auf Vorsichtsmaßnahmen beschrieben. Des Weiteren erfolgt dann die Erläute-

rung der myofaszialen Syndrome mit Dehnungsprüfung und ein Hinweis zur möglichen Therapie (Postisometrische Relaxation).

Auch werden die häufigsten Triggerpunkte der einzelnen Muskeln und ihre Assoziation zu den lokalen und peripheren Akupunkturpunkte beschrieben.

Anhand von anatomischen Zeichnungen werden gegen Ende des Buches sind dann die neurovaskulären Reflexpunkte der Muskeln am Schädel dargestellt sowie die Beziehungen der Muskeln zu den neurolymphatischen Reflexzonen.

Abgerundet wird das Werk dann durch eine tabellarische Auflistung der Organleitbahnen und der orthomolekularen Substanzen mit Bezug zu den einzelnen Muskeln.

Insgesamt ein sehr gelungenes Buch, welches an alle Kolleginnen und Kollegen adressiert ist, die sich mit der Diagnostik und Therapie von myofunktionellen Störungen befassen und auf ein sehr gut strukturiertes und übersichtliches Nachschlagewerk zurückgreifen wollen.

Dr. Christian M. Smit, Gelsenkirchen



Das Muskeltestbuch:
Funktion – Triggerpunkte – Akupunktur, Hans Garten,
Ausgabe 3, Verlag Elsevier Health Sciences, 2017,
ISBN: 3437180738, 9783437180736,
296 Seiten,
49,00 €

Orthopädisch-Traumatologische Fachassistenz (OTF): Berufsbegleitender Lehrgang für MFA

Im Herbst startet bereits der dritte Kurszyklus der OTF-Zusatzqualifikation für Medizinische Fachangestellte (MFA) in Praxen und Kliniken. Theorie und Praxis wurden noch besser auf einander abgestimmt. Erstmals findet der Kurszyklus in München statt, um gezielt MFA im süd-deutschen Raum anzusprechen.

Der dritte Kurszyklus für Medizinische Fachangestellte (MFA) zur Zusatzqualifikation Orthopädisch-Traumatologische Fachassistenz (OTF) vermittelt fachspezifische theoretische Kenntnisse und praktische Fertigkeiten für MFA, die in Klinikambulanzen und orthopädisch-unfallchirurgischen Praxen täglich mit den akuten und chronischen Krankheitsbildern unseres Fachgebietes konfrontiert werden.

Die optimale Versorgung von orthopädisch-traumatologischen Patienten in Klinik und Praxis basiert auf einer Teamleistung, in der Ärzte, Pflege und Assistenzpersonal Hand in Hand arbeiten. Sowohl in Praxen als auch in Kliniken fehlt häufig die Zeit für eine kontinuierliche Weiter- und Fortbildung des medizinischen Assistenzpersonals. Dafür hat die Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) des BVOU gemeinsam mit Experten aus Klinik und Praxis die zertifizierte Fortbildung zur Orthopädisch-Traumatologischen Fachassistenz (OTF) entwickelt.

Das Angebot richtet sich an junges Assistenzpersonal und fokussiert die praktische Versorgung von Patienten mit akuten und chronischen Krankheitsbildern im orthopädischen und traumatologischen Alltag einer Klinik oder Praxis. Dabei legen wir gleichermaßen Wert auf die Vermittlung von theoretischem Wissen (Anatomie, Frakturlehre, Materialkunde) sowie von praktischen Fähigkeiten (Gipsen, Casten, Taping etc.).

Renommierte Experten aus Orthopädie und Unfallchirurgie um den wissenschaftlichen Leiter Dr. Christoph Weinhardt (OrthoGroup Hamburg) vermitteln dieses Know-How berufsbegleitend in vier über das Jahr verteilten Kursmodulen von jeweils eineinhalb Tagen. Die Leitung der praktischen Workshops wurde von Frau Birgitt Krenz, selbständige Krankenschwester und Anwendungsberaterin für Tape-, Gips- und Verbandschulungen, übernommen.



Die OTF-Module können einzeln oder als Gesamtcurriculum gebucht werden. Das OTF-Abschlusszertifikat erhalten alle Teilnehmer, die sämtliche vier Module sowie die begleitenden Tests am Ende der Kursreihe erfolgreich absolviert haben.

Alle Kursmodule vermitteln Wissen und Fähigkeiten für die Versorgung von akuten und chronischen Erkrankungen des muskuloskeletalen Systems. Am Ende der Kursreihe sind die teilnehmenden MFA in der Lage, in Klinikambulanz und Praxis tätige Ärztinnen und Ärzte qualifiziert zu unterstützen und unter deren Aufsicht bestimmte Tätigkeiten selbstständig durchzuführen.

Module der Kursreihe

1. Der Akutpatient: Allgemeine Unfall- und Frakturlehre

- ▶ Erstversorgung am Unfallort und in der Ambulanz
- ▶ Frakturen und Verletzungen
- ▶ Konservative und operative Therapieoptionen
- ▶ Bildgebende Verfahren und deren Indikation
- ▶ Verschiedene Verbands-, Gips- und Casttechniken, praktische Tipps und Tricks

2. Traumatologie der oberen Extremität

- ▶ Anatomie
- ▶ Verletzungen und Frakturen
- ▶ Konservative und operative Therapie
- ▶ Klinische Untersuchungstechniken
- ▶ Cast- und Schienenversorgung
- ▶ Einsatz von Hilfsmitteln

3. Traumatologie der unteren Extremität

- ▶ Anatomie
- ▶ Verletzungen und Frakturen
- ▶ Konservative und operative Therapie
- ▶ Klinische Untersuchungstechniken
- ▶ Cast- und Schienenversorgung
- ▶ Einsatz von Hilfsmitteln

4. Der chronische Patient:

Chronisch-degenerative Erkrankungen

- ▶ Anatomie Rumpf (Kopf bis Becken)
- ▶ Verletzungen der Wirbelsäule
- ▶ Osteoporose: Pathologie, Diagnostik und Therapie
- ▶ Rheumatologie: Die drei häufigsten Krankheitsbilder
- ▶ Arthrose: Verlaufsformen und Therapie
- ▶ Komplikationen: Infekt mit und ohne Gelenkbeteiligung
- ▶ Kinesiotaping an Rumpf und Extremitäten

Theorie und Praxis aus einer Hand

Der besondere Wert der Kursreihe liegt darin, dass interessierten MFA systematisch die wesentlichen Grundlagen und praktischen Fähigkeiten in Kompaktkursen vermittelt werden. Das Angebot orientiert sich dabei strikt an den Abläufen in Praxis, Ambulanz und Notaufnahme und verzichtet bewusst auf ausufernden theoretischen Unterricht. Hier wird auf das umfangreiche Vorwissen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer sowie deren grundsätzliches Interesse an orthopädisch-unfallchirurgischen Krankheitsbildern aufgebaut.

Ärztinnen und Ärzte in Notaufnahme und Praxis werden mit diesem Schulungsangebot nicht von der Vermittlung fundierter Kenntnisse an ihre Mitarbeiter und von deren kontinuierlicher Überwachung entbunden. Sie können vielmehr auf die didaktische Struktur der OTF-Kursreihe aufbauen und die vermittelten Fähigkeiten und Fertigkeiten im Alltag festigen und weiterentwickeln. Erst wenn sich der verantwortliche Arzt von den bestehenden Fähigkeiten seiner Mitarbeiter überzeugt hat, kann er ruhigen Gewissens Teile seiner Tätigkeit an Assistenzpersonal delegieren. Dieses Vertrauen in die Fähigkeiten der Mitarbeiter ist Grundlage für ein erfolgreiches Arbeiten im Team und zur Bewältigung des Alltages in Klinikambulanz und Praxis.

Man lernt nie aus!

Auf die Frage, was sie motivierte, an der Kursreihe teilzunehmen, antwortete Christin Arndt: „Gerade die Auffrischung der einzelnen Themenpunkte finde ich sehr gut und erfrischend, da es in unserem hektischen Praxisalltag manchmal nicht möglich ist, uns genau für diese Dinge Zeit zu nehmen.“ Mit den theoretischen Teilen haben sich die Referenten ihrer Meinung nach sehr viel Mühe gegeben, um sie anschaulich zu gestalten. Besonders hilfreich waren die praktischen Elemente und Workshops, die unmittelbar auf die zuvor gehaltenen Vorträge abgestimmt sind. „Viele Tapevariationen und verschiedene Castanlagen regen mich an, mich aktiv und kreativ in die Patientenversorgung einzubringen. Durch diese tolle Fortbildungsreihe schöpfe ich neue Motivation, Patienten in unserer Praxis bestmöglich zu versorgen. Frau Arndt kam abschließend zu dem Urteil „Die Gliederung der Module und das Zusammenspiel zwischen Theorie und Praxis machen die Kursreihe so interessant und abwechslungsreich. Ich bin froh, mitgemacht zu haben und bedanke mich bei den Referenten, die diese Fortbildungsreihe gestaltet haben.“

Frau Bellmann, eine weitere Teilnehmerin, ergänzt „Für mich hat sich nach dem Besuch dieser Fortbildungsreihe im beruflichen Alltag eine spürbare Veränderung vollzogen. Ich bin aufmerksamer geworden, betrachte Röntgenbilder selbst genauer und kann so manchmal schon ein wenig vorarbeiten.“ Sie schätzt es, bei vielen Untersuchungen von Körperregionen nun besser einschätzen zu können, was dort gerade passiert. „Für mich ist der praktische Umgang mit Gipsen, Tapen und Orthesen einfacher geworden. Ich bin dort deutlich sicherer geworden. Die vielen praktischen Übungen haben mir sehr viel gebracht,“ resümiert sie.

Wir schließen mit dem Kursangebot eine Lücke

Rheuma, Diabetes, Wundheilung – der niedergelassene Orthopäde und Unfallchirurg Dr. Christoph Weinhardt überblickt gut, was es an Fortbildungsangeboten für MFA in Klinik und Praxis in diesen Bereichen gibt: Sehr viel. „Im Bereich der orthopädisch-traumatologischen Fachassistenz fehlten bislang spezialisierte und praxisnahe Angebote“, sagt der Kursleiter. „Diese Lücke wollten wir mit unserem Kurs schließen. Und durch das Zertifikat nach erfolgreicher Absolvierung aller vier Module hängen wir unser Angebot auch hoch auf.“

Durch Zeitdruck und dünne Personaldecke wird es in Praxis und Klinik immer schwerer, das Assistenzpersonal systematisch zu trainieren und zu motivieren. „Wir haben intensiv überlegt, was die Teilnehmerinnen interessieren



© Neben/BVOU

könnte. Aber unsere Kombination aus Theorie und Praxis ist offenbar gut," erklärt der Initiator des OTF-Kurses.

Und welche Rolle spielt beim Konzept das Thema Arztentlastung? Eine große, betont Dr. Weinhardt: „Wir wollen ja Ressourcen bündeln und optimal einsetzen. Da ist es wichtig, dass die MFA weiß, was sie selbst machen kann. Ich finde, so entsteht in einem Praxisteam noch mehr das Gefühl, dass jeder Teil des Ganzen ist. Ich kann meine Kollegen nur ermutigen, die eigenen Mitarbeiter soweit wie möglich weiter zu bilden und ihnen dann auch die Chance zu geben, selbstständig zu arbeiten. Diese Arbeitsteilung entlastet uns im Arbeitsalltag erheblich.“

Wir bringen gern noch mehr Knowhow in die Fachwelt

Der Kurssponsor, das Hamburger Unternehmen BSN medical, vertreibt hochwertige Medizinprodukte in den Bereichen Wundversorgung, Orthopädie und Kompressionstherapie. Weltweit sind für BSN rund 5.500 Mitarbeiter tätig.

„Was den OTF-Kurs betrifft, so wollten wir gern noch mehr Knowhow in die Fachwelt und den Berufsalltag bringen“, sagt Frau Dr. Michaela Steinweg, Scientific Advisor Orthopaedics bei BSN. „In unserem Unternehmen arbeiten viele hochqualifizierte Anwendungsberater, die eine Menge Wissen zu Medizinprodukten vermitteln können. Wir unterstützen die OTF-Kursreihe gern durch praktische Demonstrationen.“

Die Mischung aus Theorie und Praxis im Kurs sei unabdingbar, betont Frau Steinweg: „Allen Teilnehmern ist es schließlich wichtig, dass sie das Gelernte tatsächlich in ihren Arbeitsalltag übertragen können. Deshalb überlegen wir derzeit, ob wir auch in die Theorieteile noch stärker praktische Elemente einbauen können.“ Dass eines der Kursziele auch die Arztentlastung ist, findet die BSN-Expertin zukunftsweisend: „Es ist ein lohnendes Ziel, Abläufe zu optimieren und die Qualität zu steigern und gleichzeitig die Mitarbeiter zu eigenverantwortlicher Arbeit motivieren zu können.“

Lehrgang Orthopädisch-Traumatologische Fachassistenz (OTF)

Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
06.–07.09.2019	Modul 1 – Der Akutpatient				
17.–18.01.2020	Modul 2 – Obere Extremität	PEG – DIE AKADEMIE Kreillerstraße 24 81673 München	Dr. Christoph Weinhardt, OrthoGroup Hamburg	alle vier Module 780,- €	alle vier Module 980,- €
08.–09.05.2020	Modul 3 – Untere Extremität			Einzelmodul 250,- €	Einzelmodul 350,- €
26.–27.06.2020	Modul 4 – Der chronische Patient				



Kursangebote der ADO

Facharztvorbereitungskurse (FAB)						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
25.–30.11.2019	27. Facharztvorbereitungskurs	Berlin	Dr. Thilo John, Prof. Michael Wich, PD Dr. Stephan Tohtz	640 €	890 €	
15.–20.06.2020	28. Facharztvorbereitungskurs	Berlin	Dr. Thilo John, Prof. Michael Wich, PD Dr. Stephan Tohtz	640 €	890 €	

CLOU-Kurs						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
13.–14.09.2019	Chefarzt und Leitender Arzt in O&U	Berlin	PD Dr. Sven Märdian, PD Dr. med. Christian Merle, Dr. Gerhard Achatz	450 €	700 €	

Mastertrainer-Seminare für Weiterbilder in Orthopädie und Unfallchirurgie						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
11.–12.10.2019	Grundkurs mit Praxis und Workshops	Berlin	Prof. Marcus Siebolds, Dr. Jörg Ansorg	300 €	450 €	

Hygienebeauftragter Arzt (HBA): Curriculare Fortbildung im Blended-Learning-Format						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	(Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)
18.–19.10.2019	Hygienebeauftragter Arzt (HBA) - curriculare Fortbildung	Berlin	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	559 €	699 €	

Kindertraumatologie für den D-Arzt						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
06.09.2019	9. Berliner Symposium	Berlin	Prof. Axel Ekkernkamp, Prof. Michael Wich, Prof. Winfried Barthlen	190 €	240 €	
durchgehend	Refresherkurs Hygienebeauftragter Arzt (HBA)	E-Learning	Prof. A. Kramer, Prof. J. Seifert	299 €	499 €	

Gutachterkurse						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
15.–16.11.2019	Begutachtung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten	Berlin	Prof. Michael Wich	210 €	390 €	

RheFO – Kursreihe zum Zertifikat "Rheumatologisch fortgebildeter Orthopäde"						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
07.09.2019	Rheuma I	Berlin	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €	
25.10.2019	Rheuma II	Berlin	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €	
26.10.2019	Rheuma III	Berlin	Dr. Uwe Schwokowski	200 €	300 €	

ADO-Kurse: Bildgebende Verfahren

DVT Fachkunde – Digitale Volumetomographie						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
20.07.2019	Spezialkurs Digitale Volumetomographie	Aschaffenburg	Dr. med. Markus Preis, Dipl.-Ing. Christian Stegmann	300 €	400 €	
09.11.2019	Spezialkurs Digitale Volumetomographie	Aschaffenburg	Dr. med. Markus Preis, Dipl.-Ing. Christian Stegmann	300 €	400 €	

ADO-Kurse für Medizinische Fachangestellte MFA

Orthopädisch Rheumatologische Fachassistenz ORFA						
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG	
13./14.09.2019 27./28.09.2019	ORFA-Kurs	Berlin	Dr. Uwe Schwokowski	400 €	600 €	



Orthopädisch-Traumatologische Fachassistenz (OTF): Berufsbegleitender Lehrgang für Medizinische Fachangestellte in Klinik und Praxis

Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
21.–22.06.2019	Modul 4: Der „chronische Patient“: Chronisch-degenerative Erkrankungen	Berlin	Dr. Christoph Weinhardt	250 €	350 €
06.–07.09.2019	Modul 1: Der „Akutpatient“: Allgemeine Unfall- und Frakturlehre	München	Dr. Christoph Weinhardt	250 €	350 €
17.–18.01.2020	Modul 2: Traumatologie der oberen Extremität	München	Dr. Christoph Weinhardt	250 €	350 €
08.–09.05.2020	Modul 3: Traumatologie der unteren Extremität	München	Dr. Christoph Weinhardt	250 €	350 €
26.–27.06.2020	Modul 4: Der „chronische Patient“: Chronisch-degenerative Erkrankungen	München	Dr. Christoph Weinhardt	250 €	350 €

Grundkurs Hygiene: Kursvarianten für Ärzte, Pflege, MFA und med. Hilfspersonal (Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)

Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
durchgehend	Grundkurs Hygiene	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer	16 €	20 €
durchgehend	Grundkurs Hygiene Teamschulung für 10 Mitarbeiter	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer	99 €	149 €

Update Händehygiene: Kursvarianten für Ärzte, Pflege, MFA und med. Hilfspersonal (Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)

Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
durchgehend	Update Händehygiene	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer	16 €	20 €
durchgehend	Update Händehygiene Teamschulung für 10 Mitarbeiter	E-Learning	Prof. Dr. Axel Kramer	99 €	149 €

Hygienebeauftragte Medizinische Fachangestellte (HB MFA): curriculare Fortbildung (Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)

Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
26.06.2019	Blended-Learning-Fortbildung zur Hygienebeauftragten MFA	Tuttlingen	Kathrin Mann	399 €	499 €
13.11.2019	Blended-Learning-Fortbildung zur Hygienebeauftragten MFA	Köln	Kathrin Mann	399 €	499 €
03.12.2019	Blended-Learning-Fortbildung zur Hygienebeauftragten MFA	Bochum	Kathrin Mann	399 €	499 €

Fortbildung Aufbereitung von Medizinprodukten für MFA (Teilnahmegebühr zzgl. 19% MwSt.)

Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
11.09.2019	Aufbereitung von Medizinprodukten Abschlusskolloquium	Hamburg	Kathrin Mann	399 €	499 €
14.11.2019	Aufbereitung von Medizinprodukten Abschlusskolloquium	Köln	Kathrin Mann	399 €	499 €

ADO-Kooperationen

DGOOC – Kursreihe Spezielle Orthopädische Chirurgie → Sonderpreis für DGOOC-Mitglieder: 500€

Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
19.–21.09.2019	Hüfte	Berlin	Prof. Dieter C. Wirtz, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller	500 €	600 €
14.–16.11.2019	Tumor	Berlin	Prof. Dr. Jendrik Harges, Prof. Dr. Axel Hillmann, Dr. Burkhard Lehner	500 €	600 €
23.–25.01.2020	Wirbelsäule	Berlin	Prof. Dr. René Schmidt, Dr. Matti Scholz	500 €	600 €
27.–29.02.2020	Knie	Berlin	Dr. Michael Krüger-Franke, PD Dr. Oliver Miltner, Prof. Dr. Christian H. Siebert	500 €	600 €
02.–04.04.2020	Schulter	Berlin	Prof. Dr. Andreas B. Imhoff, Prof. Dr. Markus Scheibel, PD Dr. Knut Beitzel	500 €	600 €
18.–20.06.2020	Fuß	Berlin	Prof. Dr. Christina Stukenborg-Colsman, Dr. Jörn Dohle	500 €	600 €
17.–19.09.2020	Hüfte	Berlin	Prof. Dieter C. Wirtz, Prof. Dr. Karl-Dieter Heller	500 €	600 €
05.–07.11.2020	Tumor	Berlin	Prof. Dr. Jendrik Harges, Prof. Dr. Axel Hillmann, Dr. Burkhard Lehner	500 €	600 €



**Deutsche und Internationale Gesellschaft für extrakorporale Stoßwellentherapie (DIGEST):
Fachkunde Stoßwellentherapie**

→ Sonderpreis für DIGEST-Mitglieder: 290€

Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
24.10.2019	DIGEST-Fachkundekurs Modul 3	Berlin	Dr. med. Martin Ringeisen	310 €	330 €
25.10.2019	DIGEST-Fachkundekurs Modul 4 Knorpel und Knochen	Berlin	Dr. med. Martin Ringeisen	310 €	330 €
29.11.2019	DIGEST-Fachkundekurs Modul 2 Tendopathien obere Extremitäten	Wien	Dr. med. Martin Ringeisen	310 €	330 €
30.11.2019	DIGEST-Fachkundekurs Modul 5 Haut	Wien	Dr. med. Martin Ringeisen	310 €	330 €

3D/4D-Wirbelsäulenvermessung und 4D-motion-Kurs DIERS International GmbH

Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
14.09.2019	4D-motion-Kurs – dynamische Wirbelsäulenvermessung	Schlangenbad	Dr. med. Holger Jahn	150 €	200 €
25.10.2019	3D/4D Wirbelsäulenvermessung	Berlin	Dr. med. Holger Jahn	150 €	200 €
26.10.2019	4D-motion-Kurs – dynamische Wirbelsäulenvermessung	Berlin	Dr. med. Holger Jahn	150 €	200 €

MRT-Kurse Kernspintomographie in Orthopädie und Unfallchirurgie

Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
13.–14.09.2019	MRT-Kurs 1: Obere Extremität	Erlangen	Dr. Axel Goldmann		
15.–16.11.2019	MRT-Kurs 2: Wirbelsäule	Erlangen	Dr. Axel Goldmann		
13.–14.12.2019	MRT-Kurs 3: Untere Extremität	Erlangen	Dr. Axel Goldmann		
19.–20.07.2019	Kurs 2 Wirbelsäule	Stuttgart	PD Dr. Frieder Mauch		
27.–28.09.2019	Kurs 3 Untere Extremität	Stuttgart	PD Dr. Frieder Mauch		
08.–09.11.2019	Kurs 4 Weichteil-, Knochen-, Gelenkerkrankungen	Stuttgart	PD Dr. Frieder Mauch		

Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen-EMG, SinfoMed GmbH

Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
25.10.2019	EMG-Muskelfunktionsdiagnostik und Biofeedbacktherapie	DKOU Berlin	Dr.med. Maximilian Meichsner		
25.10.2019	Stoßwellentherapie in der täglichen Praxis	DKOU Berlin	Dr.med. G. Sutter		

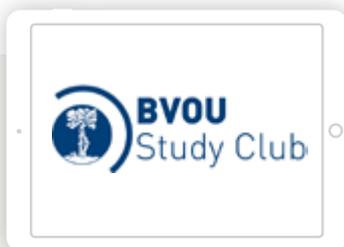
Deutsche Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. (DAF)

Termin	Kursthema	Ort	Leitung	BVOU-MG	Nicht-MG
12.–13.07.2019	IV Operationskurs Sehnenchirurgie	Augsburg	M. Jordan		
02.–03.08.2019	VII Operationskurs Traumatologie	Münster	S. Ochman		
16.–17.08.2019	VII Operationskurs Traumatologie	Hannover	J. Geerling		
30.–31.08.2019	III Operationskurs Arthrodesen	Aachen	D. Frank, A. Prescher, C. Wingenfeld		
13.–14.09.2019	II Operationskurs Vorfußchirurgie	Greifswald	J. Lange		
20.–21.09.2019	IV Operationskurs Sehnenchirurgie	Hannover	C. Stukenborg-Colsman		
20.–21.09.2019	IV Operationskurs Sehnenchirurgie	Wien	R. Schuh, H.-J. Trnka		
27.–28.09.2019	I Anatomischer Präparationskurs	Leipzig	J. Schwede, N. Gutteck		
04.–05.10.2019	VI Workshop Kinderfuß	Wien	R. Ganger		
11.–12.10.2019	V Operationskurs Rheumafuß	Augsburg	H. Waizy		
25.–26.10.2019	IV Operationskurs Sehnenchirurgie	Augsburg	M. Thomas		
08.–09.11.2019	II Operationskurs Vorfußchirurgie	Stuttgart	M. Gabel, U. Gronwald		
15.–16.11.2019	VI Workshop Kinderfuß	München	J. Hamel		





AE – Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik GmbH				→ www.ae-gmbh.com
Termin	Kursthema	Ort	Leitung	
28.–29.06.2019	16. AE-ComGen-Symposium „Herausforderungen und Kontroversen in der Knieendoprothetik“	Dresden	Prof. Dr. med. J. Lützner, Dr. med. A. Beier, PD Dr. med. M. Müller	
04.07.2019	AE-Kompaktkurs Zement und Zementiertechnik	Braunschweig	weitere Kurse: Berlin (28.08.19), Leipzig (29.11.19)	
05.–06.07.2019	AE/DKG-Masterkurs Knieendoprothetik Modul 3 für das Zertifikat Kniechirurg der DKG	München	Prof. Dr. med. K-D. Heller, Prof. Dr. med. R. Hube	
11.–12..07.2019	AE/DVSE-Masterkurs Schulterchirurgie	Berlin	Prof. Dr. med. B. Fink, Prof. Dr. med. M. Scheibel, Dr. med. F. Reuther, Prof. Dr. med. U. H. Brunner	
12–13.07.2019	AE-Masterkurs Hüfte	München	Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. V. Jansson, Prof. Dr. med. R. von Eisenhart-Rothe	
19.–20.07.2019	AE-ComGen-OP-Personalkurs	München	weitere Kurse: Berlin (20.–21.09.19), Düsseldorf (06.–07.12.19)	
23.–24.08.2019	AE-Masterkurs Hüfte	Frankfurt	Prof. Dr. med. R. Hoffmann, Prof. Dr. med. A. Meurer, Prof. Dr. med. M. Rudert	
29.–30.08.2019	AE-Masterkurs Knie	Berlin	Prof. Dr. med. A. Halder, Univ.-Prof. Dr. med. M. Tingart	
05.09.2019	AE-Kompaktkurs Umstellungsosteotomien	Köln	Dr. med. J. Harrer, Univ.-Prof. Dr. med. K-H. Frosch	
06.09.2019	AE-Masterkurs Komplexe Revisions-eingriffe in der Knieendoprothetik	Köln	Prof. Dr. med. K-D. Heller, Prof. Dr. med. H. Bähgis	
19.09.2019	AE-Kompaktkurs Spezial: Infektion	Berlin	Prof. Dr. med. R. Ascherl, PD Dr. med. T. Pfitzner, PD Dr. med. A. Trampuz	
20.–21.09.2019	AE-Masterkurs Komplexe Revisions-eingriffe in der Hüftendoprothetik	Berlin	Prof. Dr. med. K-P. Günther, Univ.-Prof. Dr. med. C. Perka	
06.–07.12.2019	21. AE-Kongress	Düsseldorf	Prof. Dr. med. Rudolf Ascherl, Dr. med. Alois Franz, Prof. Dr. med. Ulrich Christoph Liener	



Webinare live und im Archiv.

→ Auch im neuen Jahr bietet der BVOU über den BVOU Study Club wieder interessante Webinare zu aktuellen Themen aus Orthopädie und Unfallchirurgie. CME-zertifiziert und kostenfrei für BVOU-Mitglieder.

www.bvoustudyclub.net



OSTAK Osteologie Akademie GmbH			
Termin	Kursthema	Ort	Leitung
16.–17.11.2019	Basiskurs Osteologie	Hamburg	Prof. Dr. med. Florian Barvencik, PD Dr. med. Ralf Oheim
07.12.2019	Spezialkurs OSTEOLOGIN DVO/OSTEOLOGE DVO R1903	Köln	Prof. Dr. med. Christopher Niedhart, Prof. Dr. med. Uwe Maus, Prof. Dr. med. Klaus M. Peters

→ **Info/Anmeldung**
Akademie Deutscher Orthopäden
Tel. 030 797 444-59
www.institut-ado.de



Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
05.–06.09.2019	22. Basler Symposium für Kinderorthopädie	Basel	PD Dr. med. Erich Rutz, Prof. Dr. med. Carol Hasler
13.–14.09.2019	XIII. Kongress der Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und -rekonstruktion	Stuttgart	Dr. med. Micha Langendörfer
27.–28.09.2019	Li-La e.V. Kurs 3: Komplikationen in der Kindertraumatologie, Obere Extremitäten	Düsseldorf	Dr. med. Michael Kertai
16.–19.10.2019	21. Kurs zur Analyse und Korrektur von Beindeformitäten	Günzburg	PD Dr. med. Peter Keppler
09.11.2019	Symposium der operativen Therapie von Wirbelsäulendeformitäten im Wachstumsalter	Basel	Prof. Dr. med. Carol Hasler, Dr. med. Daniel Studer
22.11.2019	6. Hallenser Wirbelsäulensymposium	Halle (Saale)	Prof. Dr. med. Karl-Stefan Delank, Dr. med. Michael Planert, Dr. med. Katja Regenspurger
29.–30.11.2019	Li-La e.V. Kurs 4: Komplikationen in der Kindertraumatologie, Untere Extremität	Stuttgart	Prof. Dr. F. F. Fernandez, Dr. Oliver Loose
03.–06.12.2019	12. Kompaktkurs Kinderorthopädie	Stuttgart	Prof. Dr. med. Thomas Wirth

Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
10.–15.08.2019	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Damp-Eckernförde	Dr. med. Michael Fleischhauer
13.–15.09.2019 20.–22.09.2019	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Dresden	Dr. med. Uwe Ettrich
13.–15.09.2019 20.–22.09.2019	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Karlsruhe	Dr. med. Michael Frey
12.–17.10.2019	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Isny-Neutrauchburg	Dr. med. Florian Wagner, Dr. med. Horst Moll
18.–20.10.2019 25.–27.10.2019	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Bochum	Prof. Rigobert Klett, Dr. med. Horst Moll
15.–17.11.2019 22.–24.11.2019	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Berlin	Sergej Thiele
16.–21.11.2019	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Hannover	Dr. med. Peter Wittich
07.–12.12.2019	Manuelle Medizin – Grundkurs I	Isny-Neutrauchburg	Dr. med. Horst Moll

EUROSPINE

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
16.–18.10.2019	EUROSPINE 2019	Helsinki	Dr. Teija Lund, Prof. MD, PhD. Dietrich Schlenzka

Pro Sympos GmbH

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
15.–16.11.2019	9. Niederrheinischer Kongress und OP-Kurs Hüft-Arthroskopie	Essen	Dr. med. Wolfgang Zinser
21.–22.11.2019	21. UpDate Orthopädie und Unfallchirurgie	Neuss	Prof. Dr. med. Dr. h.c. Jörg Jerosch, Dr. med. Jochem Schunck, Dr. med. Theo Patsalis, Dr. med. Emanuel Ingenhoven
06.–07.12.2019	QKG Knorpel-Akademie - Spezialworkshop	Essen	Dr. med. Wolfram Steens

Hessing Stiftung

Termin	Kursthema	Ort	Leitung
16.11.2019	Hessing Orthopädie Symposium	Augsburg	Prof. Dr. med. Stephan Vogt, Dr. med. Jan Tomas





**„WIR SIND
O UND U!“**

Jetzt BVOU-Mitglied werden

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

10 gute Gründe einer BVOU-Mitgliedschaft

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

Jetzt
beitreten und
50%
Jahresbeitrag
sparen!

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



BVOU
Berufsverband für
Orthopädie und Unfallchirurgie