

Orthopädische Nachrichten



G 14 172

Zeitung für Orthopädie und Rheumatologie

12/2004

Köhler und Weigeldt

BERLIN/KÖLN – Die GFB einigte sich auf KBV-Hauptgeschäftsführer Köhler als ihren Spitzenkandidaten für den KBV-Vorstand. Der BVO begrüßt das Votum.

Per Telefon informierte der Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB), Dr. Jörg-A. Rüggeberg, den Kandidaten über das „einstimmige Votum“ einer außerordentlichen Mitgliederversammlung. Und Dr. Andreas Köhler gab sofort seine Zusage: Köhler soll einer von zwei hauptamtlichen KBV-Vorsitzenden werden. Einen Tag später stand fest, wer sein hausärztliches Pendant werden soll: Der BDA nominierte seinen Vorsitzenden Dr. Ulrich Weigeldt für das Spitzenamt.



Kandidiert: Dr. Andreas Köhler

Dr. Siegfried Götte, der sich ebenfalls für Köhler stark gemacht hatte, ist froh über Köhlers Zusage. „Er ist nicht nur der einzige, der Ahnung hat von Gebührenfragen hat. Mit ihm wird auch der fachärztliche Sachverstand in der KBV-Spitze stärker.“ (sk) ■

Gegen die Regressangst

Billecke will Positivliste für Orthopäden – Eigene Liste erarbeitet

KÖLN – Orthopäden als Dauergäste vor den Richtgrößen-Prüfungskommissionen der KV – das ist Dr. Petra Billecke ein Dorn im Auge. Die Landesvorsitzende hat eine Positivliste fürs Fach auf die Beine gestellt.

Sie selbst war schon mehrfach betroffen. „Das ist eine immense Belastung. Ich kann sehr gut verstehen, dass man so etwas am liebsten vermeidet“, sagt Dr. Petra Billecke. Billecke ist Orthopädin und spricht von Richtgrößenprüfungen. Dass beides offenbar schicksalhaft zusammengehört, hat sie von ihrer KV erfahren: „Ich war schon überrascht zu hören, dass mehr als 50 Prozent aller Richtgrößenprüfungen in unserer KV Orthopäden betreffen.“

Ihr selbst ist es zwar immer gelungen, die Prüfkommision durch Hinweis auf Leitlinien und Praxisbesonderheiten wie Schmerztherapie und Osteoporose von der Angemessenheit ihrer Verschreibungen zu überzeugen. Doch am liebsten würde sie auf diesen Stress ganz verzichten. Denn der Auftritt vor der Kommission sei höchst unangenehm: „Plötzlich bekommt man ein Schreiben, und da heißt es: ‚Begründen Sie diese Budgetüberschreitung, anderenfalls haben Sie 60000 Euro zu zahlen.‘“ Dass das betreffende Quartal zwei Jahre zurückliege, mache die Sache nicht einfacher. Wer da nicht ausreichend dokumentiere, habe ein

gewaltiges Problem.

Ihre KV teile mit, dass die Fachgruppe inhomogen sei: Viele Kollegen verordneten quasi nichts, andere – etwa mit ausgedehntem Osteoporose- oder Schmerzpatiententum – eben sehr viel. Billecke: „Im Mittel gibt das eben für die meisten ein viel zu niedriges Verordnungsbudget.“

Betrachte man eine durchschnittliche 1000-Scheine-Orthopädenpraxis mit je zehn Prozent Osteoporose- und Schmerzpatienten, fielen 44 Euro Arzneimittelkosten pro Patient im Schnitt an: „Dann ist klar, dass eine Richtgröße von 5,15 Euro wie zurzeit bei uns absolut indiskutabel ist.“

Anstatt sich permanent mit zu niedrigen Budgets herumzuschlagen oder aus Angst vor Regressen auf entsprechende Verschreibungen zu verzichten, müssten die Orthopäden einen anderen Weg gehen: „Kollegen, die aus Furcht vor Regressen nichts mehr verschreiben, brauchen Sicherheit. Und die sollten wir ihnen geben“, sagt Billecke entschlossen.

Ihr Ziel ist eine Positivliste mit Substanzgruppen, die Orthopäden leitliniengemäß verschreiben sollten,



Liste soll Kollegen ermutigen: Dr. Petra Billecke

ja müssten. Damit es schnell geht, hat sie bereits eine solche gemeinsam mit Kollegen aus ihrer KV erstellt. Die Liste liegt inzwischen dem BVO vor – mit der Bitte um Prüfung.

„Ich kann nur bestätigen, dass diese Regressangst ein bundesweites Phänomen ist“, bestätigt der BVO-Vorsitzende Dr. Siegfried Götte, der die Billecke-Initiative ausdrücklich begrüßt. Immer

wieder mahne er in den eigenen Medien die Kollegen, die notwendigen Präparate zu verschreiben und dies selbstbewusst auch gegenüber der KV zu vertreten. In vielen KVen würden schon relevante Präparate von vornherein aus dem Budget herausgerechnet. Man werde die Liste prüfen.

Auch die Tatsache, dass ihre Positivliste die von den Orthopäden veranlassten Arzneimittelausgaben deutlich steigen lassen könnten, schreckt Billecke nicht. Im Gegenteil: „Das ist endlich eine Kostenexplosion, die den Patienten etwas bringt.“ Sollte der BVO eine solche Liste nicht bundesweit empfehlen, will sie dennoch nicht aufgeben: „Dann werde ich als Person den Kollegen in Westfalen-Lippe die Liste weiterleiten. Mein Ziel ist es, unser Verschreibungsverhalten zu synchronisieren.“ (sk) ■

Robodoc-Urteil: kein Kunstfehler

FRANKFURT – Hüftgelenkoperationen mit Hilfe des umstrittenen Roboters „Robodoc“ stellen nach Ansicht des Oberlandesgerichts Frankfurt (OLG) keinen ärztlichen Kunstfehler dar. Ein Schadensersatzanspruch entfällt somit.

In seiner Begründung erklärte der 8. Zivilsenat, das aus den USA stammende Verfahren sei herkömmlichen Hüfteingriffen nicht unterlegen (Az.: 8 U 194/03). So sei wesentlich, ob man die Patientin ausreichend über die zum Op-Zeitpunkt 1995 noch sehr neue Methode aufgeklärt habe. Dies sei im konkreten Fall geschehen.

Die Klägerin hatte in Folge der Op einen Nervenschaden und eine Thrombose erlitten, wie sie aber auch bei manuellen Hüftoperationen auftreten können. Die Frau hatte rund 30000 Euro Schadensersatz und Schmerzensgeld verlangt. Das OLG bestätigte aber auf Grundlage eines Gutachtens die ablehnende Entscheidung der ersten Instanz und ließ keine Revision zu. Dagegen ist noch eine Zulassungsbeschwerde beim BGH in Karlsruhe möglich.

Das Frankfurter Urteil ist die erste Entscheidung eines deutschen Obergerichts zu der umstrittenen Methode. Von rund 12000 Robodoc-Operationen in Deutschland ist etwa die

Hälfte in der BG Unfallklinik Frankfurt erfolgt. Wie viele Operierte tatsächlich Schäden davon getragen haben, ist unklar. Der Freiburger Rechtsanwalt Jochen Grund vertritt nach eigenen Angaben rund 200 Geschädigte (wir berichteten).

BGU mit Urteil zufrieden

Sehr zufrieden mit dem Urteil zeigte sich der BGU-Geschäftsführer Joachim Berger. „Das OLG hat festgestellt, dass wir richtig aufgeklärt haben, dass kein Behandlungsfehler vorliegt und dass es keine speziellen Komplikationen beim Einsatz von Robodoc gibt.“

Noch seien zwei weitere Klagen gegen die Klinik und 53 Beweissicherungsverfahren von „Robodoc“-Patienten anhängig. Diese will man nun abwarten, bevor es eine endgültige Entscheidung zu der im April unter dem Druck der Öffentlichkeit eingestellten Operationsmethode geben werde.

Die Klinik habe das Verfahren auf Grund einer Kampagne eingestellt, sagte Berger. Die Klinik gehe nun durch wirtschaftlich schwierige Zeiten und werde sich wieder mehr auf die Unfallmedizin konzentrieren. Eine einseitige wirtschaftliche Ausrichtung etwa auf Hüftoperationen berge ein hohes Risiko. (sk) ■

Inhalt

■ Berufspolitik

Kommentar:
Überraschende Dinge: Die Strukturreform im Fach Seite 2

Im Gespräch:
Dr. Hermann Locher, letzter BVO-Kongresspräsident Seite 2



Locher

Reform:
Kernvorstand soll vergrößert werden Seite 3

Orthopäde im Vorstand:
Schmidt an der Spitze der KV XRheinland-Pfalz Seite 3

Preis der Einheit:
Sorge um schwindenden Einfluss der Niedergelassenen Seite 4

Kollektivregress in Hamburg:
Landes-Chef Bock-Lamberlin bleibt gelassen Seite 4



Bock-Lamberlin

■ Klinik- und Hochschule

Op-Ziffern gekürzt:
Unter Belegärzten herrscht Unruhe Seite 5

Parsch verabschiedet:
Olghospital-Chef geht in den Ruhestand Seite 5

Krankenhaus-Report 2004:
Hohe Verweildauer in der Orthopädie Seite 6

■ Wirtschaft

Steigender Umsatz:
Knochentransplantatersatz boomt Seite 7

In diesem Monat informiert Sie unser Special über Rücken/Wirbelsäule.



Kommentar

Überraschende Dinge

„Wir haben verstanden“ – getreu einem aktuellen Werbeslogan haben sich die Spitzenvertreter der deutschen Orthopädie entschlossen, ihr unüberschaubares Konglomerat aus Sektionen, Kommissionen, Arbeitskreisen und Beiräten zu entwirren und vor allem von überflüssigen und Doppelstrukturen zu befreien. Es hat gedauert, aber immerhin.

Warum auch sollte eine Gesellschaft eine Kommission künstlich am Leben halten, wenn die entscheidenden Entwicklungen – teilweise durch die gleichen Personen – ohnehin woanders im Fach betrieben werden? Und auch die Ankündigung des Generalsekretärs, lahmen bis völlig toten Funktionszirkeln die Daseinsberechtigung zu entziehen, muss man mit Anerkennung registrieren. Abzuwarten bleibt nur, wie man auf das zu erwartende Aufheulen der Betroffenen reagiert – mit weiteren Bewährungsfristen oder mit Konsequenz.

Erfreulich ist zudem, dass man offenbar gewillt ist, selbst vor dem inneren Führungszirkel nicht halt zu machen. Dass eine gemeinsame Geschäftsstelle Sinn macht, muss nicht lange diskutiert werden. Dass sich aber auch der in guter Absicht entstandene „Kernvorstand“ bezüglich seiner Tauglichkeit auf den Prüfstand stellt, ist mehr als beachtlich.

Alles in allem geschehen überraschende Dinge in der deutschen Orthopädie, die man eigentlich bedenkenlos begrüßen müsste. Wenn da nur nicht die über Jahre genährte Skepsis wäre. (Bernd Schunk)

Den Autor erreichen Sie unter: sk@biermann.net

Glosse

Der Patient G.K.V.

Der Patient G.K.V. erwacht mit starken Schmerzen im Knie. Er sucht sofort seinen Hausarzt auf.

Dort hat er schließlich die zehn Euro Praxisgebühr in diesem Quartal bezahlt. Nach zweistündiger Wartezeit (Erklärung der Arzthelferin: „Sie hatten ja keinen Termin!“) sieht ihn sein Hausarzt. „Alles klar – Sie haben Gelenkschmerzen!“ Ein Griff in eine Schublade mit der Aufschrift „Gelenkschmerzen“.

„Die nehmen Sie dreimal täglich und kaufen sich in der Apotheke dazu eine Salbe. Außerdem schreiben Sie zwei Wochen krank. So entstehen Ihrer Krankenkasse keine weiteren Kosten!“

„Die Lohnfortzahlung zahlt ja mein Arbeitgeber“, denkt G.K.V. und wagt eine schüchterne Frage: „Was habe ich eigentlich?“ „Gelenkschmerzen natürlich, das habe ich Ihnen doch gesagt“, ist die nicht mehr ganz so geduldige Antwort des Hausarztes.

Erneut beim Hausarzt

Nach einer Woche hält G.K.V. es nicht mehr aus. Er sucht erneut seinen Hausarzt auf, diesmal mit Termin. „Ich habe noch viel mehr Schmerzen, ich habe einen Ausschlag von der Salbe und Magenschmerzen von den Tabletten. Wollen Sie mich nicht doch zum Orthopäden schicken?“

Der Hausarzt erinnert sich erneut an das gemeinsame Manual

von Orthopäden und Hausärztenverband. „Wir müssen noch eine Woche warten, dann kann ich Sie zum Orthopäden schicken. Das ist so vereinbart und der ‚Goldene Standard‘ in der Behandlung der Gelenkschmerzen. Hier haben Sie Arzneimittelmuster gegen Ihre Magenschmerzen und die Allergie. Kommen Sie in einer Woche wieder. Wenn Sie dann noch immer Beschwerden haben, schicke ich Sie zum Orthopäden oder gleich zum Röntgen oder besser noch zum Kernspintomogramm. Ich bin schließlich Ihr Lotse im Gesundheitssystem, der Sie vor der Apparatediagnostik oder gar vor einer Operation bewahrt.“

Gesundheitsinvestition

Dann steht G.K.V. wieder auf der Straße. In seinem Geldbeutel findet er einen 10-Euro-Schein. Er entschließt sich zu einer Investition in seine Gesundheit: Er will die Praxisgebühr noch einmal zahlen.

Glücklicherweise hat seine Frau eine Cousine, die eine Freundin hat, deren Tochter bei einem Orthopäden putzt. So gelingt es ihm, für den nächsten Tag bei einem Orthopäden einen Termin zu bekommen und nicht erst in elf Wochen.

Wir hoffen, dass dieser Kollege ihm wirklich helfen kann.

Gute Besserung!

Schöne Aussichten, oder?

(Dr. Reinhard Holbe)

Im Gespräch

Ständiger Blick über den Tellerrand

TETTANG – Schaut man auf die Liste seiner Ämter und Funktionen, könnte man meinen, der Mann arbeite an zu vielen Fronten: Selbst bei zehn Mandaten ist noch nicht Schluss. Doch die Vielseitigkeit und den Blick über den Tellerrand hat er quasi verinnerlicht: Dr. Hermann Locher, niedergelassener Orthopäde in Tettang, wird 2005 der mutmaßlich letzte Kongresspräsident, den der BVO zum größten Fachtreffen in der Republik nach Berlin senden wird.

Nach acht Semestern Tiermedizin studierte Locher Humanmedizin in Berlin, Tübingen und Rom („Hier lernt man die klinische Medizin kennen, die weniger apparatabhängig ist.“). Während seiner Berliner Studienzeit war er als Gaststudent für Schlagzeug an der Hochschule der Künste in Berlin eingeschrieben – seine Liebe zur Musik treibt ihn noch heute zu Auftritten als Sänger (Bassbariton) in Oratorien und Konzerten – auch hierzu legte er mit einem privaten Gesangsstudium valide Grundlagen.

Seine Facharztausbildung absolvierte er im Seehospital Cuxhaven bei Dr. Peter Edelmann („Hier ist meine Passion für die Wirbelsäule entstanden.“), dann wechselte er in

die Argentaklinik nach Isny zu Dr. Peter Bischoff, wohin ihn die „Relativität der operativen Ergebnisse bei der Schmerztherapie“ trieben, bevor er sich Ende der 80er Jahre mit den



Dr. Hermann Locher

Schwerpunkten Schmerztherapie und Wirbelsäule niederließ.

Von all seinen Ämtern sind ihm vier besonders wichtig: das des Instructors der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM), das des Mitbegründers (1989) und Vizepräsidenten der Deutsch-Amerikanischen Akademie für Osteopathie DAAO) und das des Gründers und wissenschaftlichen Direktors der Associazione Italiana della Medicina Manuale (AIMM).

Für den Kongress im Oktober 2005 hat sich Locher zum Ziel gesetzt, „der interdisziplinären Schmerztherapie am Bewegungsorgan die Bedeutung zu geben, die sie hat und die Rolle des Orthopäden – gleich ob konservativ oder operativ tätig – in seiner Bedeutung voranzubringen“. Zudem wünscht er sich, „zur Evidenzierung der empirisch getragenen Therapieformen beizutragen, von deren Wirkmechanismen wir noch keine Vorstellung haben“. (sk)

Namen und Nachrichten

Seit dem 1. Dezember 2004 ist Dr. Dr. Philipp Roth neuer Chefarzt der Orthopädischen Abteilung im Klinikzentrum Lindenallee Bad Schwalbach. Roth wechselte von den Johannesbad Reha-Kliniken in Bad Füssing, wo er als Oberarzt tätig war, nach Bad Schwalbach.

Sandra Filke, Doktorandin in der Experimentellen Unfallchirurgie am UKE, hat den mit 2500 Euro dotierten Disertationspreis 2004 der DGU und der DG00C erhalten. Die Auszeichnung wurde ihr für Arbeiten zu Knochensatzmaterialien verliehen.

Tobias Kummer, Doktorand in der Experimentellen Unfallchirurgie am UKE, hat den mit 1500 Euro dotierten Senatspreis für Innovative Medizin- und Biotechnologie in Hamburg erhalten. Kummer hatte ein mikrobiomechanisches Verfahren entwickelt, um die in Laborversuchen gewonnenen Erkenntnisse zu den Prozessen der Knochenheilung computerunterstützt abbilden zu können.

Die Medizinische Fakultät der Universität Ulm hat Dr. Thomas Ebinger, Abteilung Unfallchirurgie, Hand- und Wiederherstellungschirurgie die Venia legendi für das Fach Chirurgie erteilt. Ebinger ist damit PD. Habilitiert hat er sich zum Thema „Analyse laserinduzierter Gelenkknorpeldefekte anhand einer tierexperimentellen Studie mit dem ER-YAG-Laser“.

Dr. Arndt Schilling, Abteilung Experimentelle Unfallchirurgie am UKE, hat das mit 10000 Euro dotierte Forschungsstipendium Osteoporose erhalten, das von MSD verliehen wird. Im Mittelpunkt seiner Grundlagenforschung steht die Verbindung von Fett- und Knochenstoffwechsel. Schilling konnte zeigen, dass das Gen Apolipoprotein E nicht nur beim Fettstoffwechsel, sondern auch beim Knochenstoffwechsel eine Rolle spielt.

Der Volker-Bay-Promotionspreis für Chirurgie wird Dr. Tim Holzmann (27), Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie (UKE Hamburg), verliehen. Er hatte nachgewiesen, dass das Hormon Leptin einen steuernden Einfluss auf die Bildung von Knochen hat. Diese Erkenntnis hat Bedeutung für die Entwicklung von Therapiekonzepten bei der Osteoporose. (sk)



Kummer



Schilling

„Vorbildliche“ Schulung

KÖLN – Ausgezeichnet wurde das Patientenschulungsprogramm M.O.B.I.L.L.I.S. der Uniklinik Freiburg und der Deutschen Sporthochschule Köln.

Das Programm M.O.B.I.L.L.I.S. („Multizentrisch organisierte bewegungsorientierte Initiative zur Lebensstiländerung in Selbstverantwortung“) ist ein sportmedizinisches Schulungsprogramm für Erwachsene mit starkem Übergewicht (Body-Mass-Index zwischen 30 und 40 kg/m²) und mindestens einem begleitenden Risikofaktor (z.B. Diabetes Typ II, Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, psychische Probleme, orthopädische Beschwerden).

Das Projekt wurde im Auftrag der BzGA geprüft und erhielt das Prädikat „vorbildlich“. Es wird unterstützt von der BEK, die ihren Versicherten einen Teil der Teilnahmegebühr ersetzt. (sk)

Falsche Adresse

KÖLN – In der Meldung über die Ausschreibung des DIGEST-Innovationspreises in der Ausgabe 11 der ON wurde versehentlich die falsche Adresse abgedruckt. Einsendungen sind bis 31. März möglich an: DIGEST, Kurfürstendamm 61, 10707 Berlin. (BV)

Impressum

Orthopädische Nachrichten

Herausgeber: Dr. Hans Biermann (Ile)

Biermann Verlag GmbH
Otto-Hahn-Str. 7, D-50997 Köln
tel. (02236) 376-0, fax. -999

Redaktionsleiter: Bernd Schunk (sk)
tel. (02236) 376-400, fax. -401
e-mail. ortho@biermann.net
web. www.ortho-online.de

Eva Junker (ej),
Dieter Kaulard (dk), Franz-Günter Runkel (ru)
Redaktionsassistentin: Barbara Walter
tel. (02236) 376-404, e-mail. bw@biermann.net

Grafik und Layout: Heike Dargel

Anzeigen / Marketing: Barbara Gosselck
tel. (02236) 376-526, fax. -527
e-mail. go@biermann.net

Vertrieb: Astrid Asmus
tel. (02236) 376-202, fax. -203

Druck: Grenz-Echo
Verwierser Str. 97, B-4700 Eupen

Die Orthopädischen Nachrichten erscheinen monatlich. Der Jahresbezugspreis beträgt 62 Euro, zzgl. 13 Euro Versandkosten. Bezugspreis für Assistenten: 31 Euro, zzgl. 13 Euro Versandkosten.

Das Druckpapier der Orthopädischen Nachrichten besteht zu 100 Prozent aus Altpapier.
ISSN 1437-2193



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft



Weißbuch

BERLIN – Frisch aus dem Druck stellen anlässlich des Berliner Kongresses das Netzwerk der Bone and Joint Decade, IOF, DGOOC und DGU sowie der BVO gemeinsam mit Osteologiegesellschaften das Weißbuch Osteoporose vor. Auf 56 Seiten werden wissenschaftliche Informationen über Epidemiologie, Morbidität und Mortalität gelistet, Empfehlungen zu Diagnose und Therapie gegeben und praktische Übersichtsblätter angeboten. (sk)



Goldene Tablette

MÜNCHEN – Großer Gewinner des Wettbewerbs „Goldene Tablette“ wurde die Firma Pfizer. In dem von der Zeitschrift „Pharma Barometer“ durchgeführten Wettbewerb wird in zehn Facharztgruppen unter anderem nach den innovativsten Medikamenten gefragt. Die Orthopäden wählten „Bextra“ zur Goldenen Tablette 2004. (sk)

Kernvorstand steht vor Reform

Führungsgremium soll vergrößert werden – Gemeinsame Geschäftsstelle von BVO und DGOOC

BERLIN – Der „neue Gesicht“ der Orthopädie gewinnt Kontur: Die beiden Geschäftsstellen werden zusammengelegt, der Kernvorstand wird ausgebaut. Unklar bleibt aber die Rolle von externen Beratern.

Einigkeit herrscht in der Spitze der deutschen Orthopädie darüber, dass der Versuch, einen sechsköpfigen „Kernvorstand“ zu nominieren, in der geplanten Form nicht ideal ist und so nicht fortgeführt wird. Ein Jahr nach Implementierung der neuen Führungsstruktur steht fest: Das Gremium ist für die Fülle seiner Aufgaben zu klein. Zwar wird die Konzentration auf einen nur wenige Köpfe zählenden Vorstand nach wie vor favorisiert, doch klar scheint, dass dieses Gremium aufgestockt wird.

Zwar kündigte DGOOC-Generalsekretär Prof. Fritz Uwe Niethard die Einbeziehung externer Experten im Dezember und Januar für die Organisationsreform an. Doch der BVO-Vorsitzende Götte relativiert dies: „Wir sind uns einig, dass das nur eingeschränkt geschieht.“ Dennoch: Spätestens im Januar dürfte festgelegt werden, wer neu in das sechsköpfige, paritätisch aus BVO- und DGOOC-Mitgliedern besetzte Führungsgremium für die Orthopädie hin- zu kommt.

„Der Kernvorstand bildet nicht das gesamte Spektrum der Orthopädie ab“, betont DGOOC-Generalsekretär Prof. Fritz Uwe Niethard im Gespräch mit den ON. Jeweils drei Vertreter der Wissenschaftsgesellschaft – neben Niethard noch Prof. Volker Ewerbeck und Prof. Carl Joachim Wirth – und des Berufsverbands – Dr. Siegfried Götte, Dr. Günter Abt und Dr. Daniel Frank – sollten die Geschehnisse des Fachs durch kurze Meinungsbildung und schnelle Entscheidungsprozesse in die Hand nehmen.

„Wir mussten feststellen, dass einige Bereiche unberücksichtigt blieben“, fügt Niethard an. So habe man weder die Interessen der Belegärzte noch die der konservativen Klinik-Orthopäden ausreichend berücksichtigt können.

Auch der BVO ist mit dem bisherigen Ergebnis eher unzufrieden. BVO-Schatzmeister Dr. Günter Abt räumt ein, dass das Gremium mit der bisherigen Arbeitsweise überfordert sei. „Das geht einfach nicht, das schafft niemand von uns. Der Kernvorstand kann nicht alles machen.“ Und auch Götte sieht die Effizienz des Gremiums durch dessen Größe beschnitten: „Wir brauchen ein Gremium, das tatsächlich alle Bereiche des Fachs repräsentiert.“

Zwar glaubt Abt, dass man mit Hilfe einer anderen Arbeitsweise auch

mit den sechs Kernvorständlern effektiv arbeiten könnte („Mit jedem Problem, mit dem wir uns beschäftigen, sollte gleich auch ein Lösungsvorschlag vorgelegt werden.“). Doch längst geht es intern nur noch darum,



BVO-Geschäftsführerin Sabine Lingelbach im Gespräch mit Prof. Wolfhart Puhl.

um wie viele Personen das Gremium aufgestockt wird – und wer in den inneren Machtzirkel des Fachs aufsteigen soll.

Auf ein zwischen acht und zehn Personen großes Gremium läuft der Konsens wohl hinaus. Götte wünscht sich einen Vertreter der angestellten Klinikärzte. „Auch sollte der Sprecher der Ordinarienkonferenz dem Gremium angehören“, meint er. Ziel müsse zudem sein, die Gesamtvorstände beider Verbände stärker in die Sacharbeit einzubinden. Immerhin hatten mit der Implementierung des Kernvorstands die zehn übrigen Mit-

glieder des ansonsten 13 Köpfe zählenden geschäftsführenden DGOOC-Vorstands und vier BVO-Vorständler elementar an Einfluss verloren. Abgesegnet werden soll das neue Konstrukt im Frühjahr in Baden-Baden.

Komplette Einigkeit herrscht dagegen in der Zusammenlegung der beiden Geschäftsstellen ab dem Jahresanfang 2005. Zwar müsse man, betont Niethard, wegen der Gemeinnützigkeit der DGOOC sehr auf die formale Trennung achten. Doch sorgten nahe liegende Synergien sowohl für organisatorische wie finanzielle Vorteile. Dass damit die bisherige Geschäfts-

struktur des BVO eine Aufwertung erhält und auch Geschäftsführerin Sabine Lingelbach zwangsläufig mehr Kompetenz erhält, darf der BVO durchaus auf seiner Habenseite verbuchen.

Profitieren werden wohl auch die Doppelmitglieder von der neuen Einigkeit: Mussten Orthopäden für eine Doppelmitgliedschaft in BVO (260 Euro; 6300 Mitglieder) und DGOOC (130 Euro) bislang die vollen Beiträge zahlen, so sollen es künftig zusammen nur noch 280 Euro sein. (sk)

➔ siehe dazu Kommentar S. 2

Orthopäde an KV-Spitze

Paritätische Führung der KV Rheinland-Pfalz

MAINZ/KOBLENZ – Die neue KV Rheinland-Pfalz wird trotz juristischer Querelen um die künftige Vorstandsbesetzung vom 1. Januar 2005 an voll arbeitsfähig sein. Einer der vier Vorsitzenden ist der Koblenzer Orthopäde Dr. Karl-Heinz Schmidt.

Die Wahl war eindeutig und doch noch nicht endgültig: Dem Vorstand der fusionierten KV Rheinland-Pfalz – bestehend aus den Alt-KVen Pfalz, Koblenz, Rheinhessen und Trier – fehlt noch der juristische Segen. Den verwehren derzeit zehn Ärzte und Psychotherapeuten, die Formfehler bei der Wahl festgestellt haben wollen. Zu dem zunächst



Gewählt: Dr. Karl-Heinz Schmidt

gewählten hauptamtlichen Vorstand gehört auch der Koblenzer Orthopäde Dr. Karl-Heinz Schmidt gehört.

Der Vorsitzende der Vertreterversammlung, Olaf Döschner (Boppard), vermutet hinter der Rechtsstreit persönliche Feinden „schlechter Verlierer“. Zu der zusätzlich geäußerten öffentlichen Kritik, dass die künftigen Vorstandsmitglieder der KV Rheinland-Pfalz Gehälter zwischen 180000 bis 240000 Euro im Jahr bezögen, sagte Döschner nur, die bis-

herigen Vorstände der vier eigenständigen KVen hätten noch höhere Kosten verursacht.

Die Klage gegen die KV-Vorstandswahl ist derzeit vor dem Sozialgericht Mainz anhängig, eine Entscheidung steht noch aus.

Beunruhigen lässt sich Schmidt von dem juristischen Nachspiel allerdings nicht. „Ich hätte erwartet, dass derjenige, der jetzt angebliche größte Verfahrensfehler beklagt, dann zumindest selbst nicht an dem Verfahren teilgenommen hätte“, zeigt er Unverständnis.

Schmidt glaubt, dass man mit dem Vierer-Führungsgremium eine ideale Zukunftslösung gefunden habe: „Unser Ziel war von vornherein eine Beteiligungsparität zwischen Haus- und Fachärzten. Und das ist uns gelungen.“ Neben Schmidt wurde der Internist San.-Rat Reiner Hinterberger als zweiter Facharzt an die Spitze der KV gewählt.

Man habe sich innerhalb des Vorstands zwar bereits auf eine konkrete Aufgabenteilung geeinigt, verriet Schmidt den ON. Wie diese aber im Detail aussehe, wolle er noch nicht verraten. (dpa/sk)

Kampfansagen an Rot-Grün

MÜNCHEN – Der Deutsche Facharztverband formulierte auf dem 12. Fachärztetag klare Kampfansagen an Rot-Grün.

Ihre hochgerechnet jährlich 45 Millionen Patientenkontakten wollen die Fachärzte allerdings nutzen, um dem von Rot-Grün geplanten Abbau der Facharztpraxen entgegenzuwirken, sagte Dr. Thomas Scharmann in München. Die Facharztmedizin in der freiberuflichen Praxis sei eine zukunftsreiche „Boom-Branche“.

Statt gezielt zu modernisieren, würde die Politik die Fachärzte aus der ambulanten Versorgung heraustrennen wollen und würde dieser damit doch nur schaden.

Möglichst kurzfristig will der DFV das „Schisma Hausärzte – Fachärzte“ beenden. Von der Spaltung profitiere nur die Politik, sagte Scharmann. Mittelfristig will der DFV den „Versorgungsfacharzt“ etablieren, der die Patienten in Kooperation mit den Hausärzten betreut.

In Zukunft konnte keine Partei an Fach- und Hausärzten vorbeigehen, wenn diese den Schulterschluss suchten, Scharmann schloss selbst Aktionen des zivilen Ungehorsams für die Zukunft nicht aus. (dk/sk)

Widerstand gegen EBM

Orthopäden in Westfalen-Lippe besorgt

KÖLN – Eine elementare Sorge treibt die Orthopäden-Basis in Westfalen-Lippe: Was wird passieren, wenn die drei Testquartale des EBM 2000plus in eine absehbare hausarztfreundliche Richtung weisen?

Ich persönlich will diesen EBM nicht.“ Aus ihrem Urteil über den wohl zu weit mehr als 90 Prozent fest stehenden künftigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab macht die Landesvorsitzende des BVO in Westfalen-Lippe, Dr. Petra Billecke, keinen Hehl. Der Grund für die Ablehnung des EBM-Modells ist dessen vermeintliche betriebswirtschaftliche Grundlage.

„Was ist an dem Modell denn betriebswirtschaftlich?“, fragt Billecke. „Wenn eine Hausarthelferin ein Wiederholungsrezept ausstellt und der Hausarzt für diese angestellte Leistung 480 Punkte berechnen kann, wir aber für einen Wirbelsäulenkomplex ganze 460 Punkte pro Quartal erhalten, deutet das nicht auf Betriebswirtschaft, sondern auf eine Strategie.“

Und die laute offenbar: Nach drei Testquartalen sollen die Hausärzte auf den Großteil der Versorgungsleistungen verweisen und sich einen entsprechenden Anteil am Versorgungskuchen sichern können. „Und das befürchte ich nicht alleine.“

Tatsächlich formiert sich – speziell im Westen der Republik – konkreter Widerstand der Orthopäden. So initiierte der niedergelassene Orthopäde Prof. Dr. Walter van Laack eine Internet-Unterschriftenliste mit dem Ziel, eine breite Front an EBM-Gegnern aufzubauen. Bis zum Stichtag 30. November hatten sich zahlreiche „Sympathisanten“ für den Widerstand gefunden – „darunter auch einige Orthopäden.“

Zu den entschlossenen EBM 2000plus-Gegnern zählen auch Billeckes Kollegen Dr. Michael Rosenkranz aus Bottrop und der Bochumer Niedergelassene Dr. Ernst-Thomas Kuhlmann.

Der BVO zeigt sich beim Thema EBM durchaus noch optimistisch. Der Vorsitzende Dr. Siegfried Götte glaubt, dass an den Punkten, die der BVO angemahnt hat, durchaus noch Korrekturen erfolgen könnten: Wir sehen Handlungsbedarf bei den orthopädischen Rheumatologen, die noch keinen gesonderten Komplex haben“, sagt Götte.

Ebenso gebe es Änderungsbedarf im operativen Kapitel der Belegärzte (s. S. 5) sowie bei den Plausibilitätszeiten, wo es etwa kaum nachvollziehbare Zeitkorrekturen in der Chiropraktik gegeben habe. Um dies durchzusetzen will Götte allerdings nach wie vor den Ton des konstruktiven Dialogs suchen. (sk)



„Kriegserklärung an die Ärzte“

HAMBURG – 39 Millionen Euro oder 10000 Euro pro Arzt verlangen die Hamburger Krankenkassen als Kollektivregress für das überschrittene Arzneimittelbudget 2002. Die Orthopäden bleiben gelassen.

Die Hamburger Kassen klagen vor dem Schiedsamt und denken schon weiter: 2003 steht ein Arznei-Defizit zwischen Budget und Realausgaben von sage und schreibe 72 Millionen Euro zu Buche. Auch in diesem Jahr platzt das Budget wieder aus allen Nähten.



Dr. Peter-René Bock-Lamberlin

Der noch amtierende Hamburger KV-Chef Dr. Michael Späth reagiert via Hamburger Abendblatt (24.11.) drastisch: Dies sei eine „Kriegserklärung an alle Ärzte“.

Falls sich die Kassen vor dem Schiedsamt durchsetzen, könne die ärztliche Sicherstellung nicht mehr gewährleistet werden. „Wenn die KV unterliegt, haben die Hamburger Ärzte wirklich ein Problem“, glaubt der BVO-Landesvorsitzende Dr. Peter-René Bock-Lamberlin. Er sieht die entscheidenden Gründe vor allem in der Metropolenfunktion der Hansestadt, die ein attraktives Behandlungsziel für viele Patienten aus dem Umland sei: „Die zahlreichen HIV-Patienten etwa belasten dieses Budget enorm.“

Mit Blick auf die Orthopäden aber bleibt Bock-Lamberlin gelassen: Sollten die Kollegen ihr Verschreibungsverhalten nicht komplett geändert haben, liege die Gruppe wieder im unteren Grenzbereich. „Und das Gericht möchte ich sehen, dass mich verurteilt, wenn ich unter der Richtgröße bleibe.“ (sk/ru)

Schmerznetzwerk

OBERURSEL – Anfang Dezember ging das Europäische Schmerznetzwerk (European Pain Network) an den Start. Gründungsmitglied ist die Deutsche Schmerzliga e.V. der Verbund aus 13 nationalen Patientenorganisationen hat das Ziel, dem Thema Schmerz eine angemessene öffentliche Wahrnehmung zu sichern und die Stigmatisierung von Patienten mit chronischem Schmerz abzubauen. (sk)

www.europeanpainnetwork.com

Der Preis der Einheit

Schwindet BVO-Einfluss durch Verzicht auf das Präsidentenamt?

BERLIN – Der wichtigste Fachkongress wird ab 2006 ohne einen Präsidenten des Berufsverbands stattfinden. Müssen die Niedergelassenen nun einen Einflussverlust befürchten? Davor warnt zumindest der letzte designierte BVO-Kongresspräsident Dr. Hermann Locher.

Seit dem jüngsten Berliner Kongress hat der BVO gegen den Eindruck zu kämpfen, im innerfachlichen Einigungsprozess den Kürzeren zu ziehen. So werten manche Mitglieder den Verzicht auf das Berliner Kongresspräsidentenamt als hohen Preis der Fach-Einheit.

Anders sieht das DGOOC-Generalsekretär Prof. Fritz Uwe Niethard („Das war meine Initiative schon im Jahr 2000“), der betont, die Doppelgleisigkeit habe „sich nie bewährt“. Sorge müsse sich beim BVO niemand machen um die Interessenvertretung der Niedergelassenen auf dem Berliner Fachtreffen: Sie behielten ihren Einfluss ja über die ADO-Veranstaltungen.

Davon ist auch der Sprecher der Landesvorsitzenden im BVO, Dr. Klaus Schatton, überzeugt: „Man hat uns das garantiert“, sorgt sich der Baden-Württemberger nicht um den eigenen Einfluss. „Der Kongress ist ja auch in erster Linie ein Wissenschaftskon-

gress. Und dafür ist die DGOOC zuständig.“ Es gehöre zur Absprache zwischen den beiden Verbänden, dass im Gegenzug die Berufspolitik das Feld des BVO sei.



Auf eine klare Absprache über die thematische Einflussnahme der Niedergelassenen haben sich DGOOC-„General“ Prof. Fritz Uwe Niethard (l.) und Dr. Siegfried Götte verständigt.

Auch der BVO-Vorsitzende Dr. Siegfried Götte macht sich keine Sorgen, man komme in Berlin zu kurz: „Es besteht eine klare Absprache zwischen den beiden Verbänden. Und ich denke, daran werden sich alle halten.“

Götte will zudem darauf achten, dass im anstehenden Satzungsvertrag mit der DGOOC über die künftigen Kompetenzverteilung im Kernvorstand auch dieses Thema nochmals klar angesprochen wird.



Doch selbst unter den Verantwortlichen klingt das manchmal anders. Den Verzicht auf einen eigenen Präsidenten bezeichnet BVO-Schatzmeister Dr. Günter Abt, wie Niethard und

Götte Mitglied im Kernvorstand, lapidar als „Preis dafür, dass wir auf eine glückliche Einheit mit der DGOOC zusteuern“.

Überzeugung klingt allerdings anders.

Der designierte letzte BVO-Präsident, der Tettlinger Niedergelassene Dr. Hermann Locher (s. dazu im Gespräch, S. 2), spricht von einem „Deal, der den BVO in die Pflicht bringt, sich intensiver um die Inhalte kümmern zu müssen, um zu verhindern, dass das gesamte Fach einen Ruck in Richtung operative Universitätsmedizin“ erfahre.

Gelinge es dem BVO-Vorstand als Gruppe, Einfluss auf die Kongressinhalte zu nehmen, dann sei das konstruktiv mit einem Orthopäden und einem Unfallchirurgen an der Kongressspitze akzeptabel.

Doch Locher fügt an: „Gelingt das nicht, werde ich aufstehen und sagen: Holt Euch wieder einen BVO-Mann.“ (sk)

Bewegt sich die Orthopädie?

WESTERLAND – Die Orthopädische Schmerztherapie und Ideen zur Belebung der Orthopädie waren die Themen der Herbsttagung der Orthopäden-Arbeitsgruppe-Nord im November auf Sylt.

Auf ein breites Therapiespektrum können Orthopäden bei der Schmerztherapie zurückgreifen. In Westerland wurden neben den physikalischen und medikamentösen Möglichkeiten auch alternative Therapieformen wie das Kinesiotaping besprochen. Hier zeigte Dr. Dieter Sielmann aus Bad Oldesloe Praxisbeispiele und diskutiert mit den Kol-

legen. Es sei als zusätzliche Behandlungsmöglichkeit empfehlenswert, so der allgemeine Tenor.

Dr. Bertram Schaar aus Neumünster stellte die Auswertung der gerac-Studie zur Akupunktur dar. Gerade in der Therapie chronischer Beschwerden berichteten die Teilnehmer über gute Erfolge: TCM und die Akupunktur gelten auch bei akuten Beschwerden als sinnvoll Therapieoptionen.

Ein Kampagnenmotto heißt „Orthopädie bewegt“ – „Aber bewegt sich auch die Orthopädie?“, fragte Dr. Uwe Schwokowski aus Ratzeburg. Er stellte ein Netzwerk „Ortho-

pädische Sportmedizin“ und Kooperationen mit Sportverbänden, Trainern und Betreuern vor; zudem hätte es erste Gespräche mit der Deutschen Triathlon Union über eine Zusammenarbeit gegeben.

Dr. Christian Hauschild aus Lübeck, neuer Landesobmann in Schleswig-Holstein, stellte ein Konzept zur Prävention orthopädischer Erkrankung bei Jugendlichen vor, das in Schulen und mit Lehrern durchgeführt werden soll. Der anwesende BVO-Landesvorstand will nun seine Außendarstellung in Zusammenarbeit mit den Kollegen der Arbeitsgruppe intensivieren. (sk)

eCard und die Zuversicht

DÜSSELDORF – Die elektronische Gesundheitskarte wird wie geplant im Jahr 2006 eingeführt. Dies sagte der Leiter der Projektgruppe Telematik im BMGS, Ministerialdirigent Norbert Paland, auf dem Anwenderforum zur Einführung der eCard anlässlich der Medica.

Werde das Forschungsvorhaben jetzt wie geplant anlaufen, könne bis März 2005 eine Lösungsarchitektur für die anschließende Testphase der eCard verfügbar sein, sagte Paland. Um die Akzeptanz der elektronischen Karte auch bei den Patienten zu fördern, sprach sich Pa-

land dafür aus, schon während der Testphase neben den obligaten Anwendung des elektronischen Rezepts auch freiwillige Anwendungen wie die Arzneimitteldokumentation und Notfalldatensätze in die Karte mit aufzunehmen.

Weniger optimistisch zeigte sich die VdAK-Vorstandsvorsitzende Dr. Doris Pfeiffer. Sie warnte angesichts der enormen technischen und logistischen Herausforderungen sowie der Kosten von rund 1,4 Mrd. Euro vor einem starren Zeitplan, es brauche eine gründliche Vorbereitung: „Wir können uns keinen Fehlstart leisten“, sagte sie. (ej/sk)

Kündigung nach Fusion

MAINZ – Wenn Krankenkassen fusionieren und für die neu gegründete Kasse die Beiträge erhöhen, bleibt für Versicherte das Sonderkündigungsrecht bestehen.

Das entschied das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz in Mainz in einer einstweiligen Anordnung (Az: 5 ER 49/04 KR). Damit gab das Landessozialgericht einem Versicherten Recht, der nach der Fusion seiner Betriebskrankenkasse mit einer anderen und der folgenden Beitragserhöhung seine Mitgliedschaft außerordentlich un-

IGOST-Kritik an Grenze für Fallzahl

KAARST – Eine Forderung der Deutschen Gesellschaft für Schmerztherapie kritisiert die Internationale Gesellschaft für Orthopädische Schmerztherapie: Die DGS hatte eine Fallzahlbegrenzung im EBM gefordert.

Offenbar will die Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie die Unterversorgung der Schmerzpatienten im neuen EBM in Deutschland gesetzlich fest-schreiben.“ Mit diesen Worten reagierte IGOST-Präsident Dr. Helmut E. Brunner auf Äußerungen des STK/DGS-Sprechers Dietrich Jungck. Der Hamburger Schmerztherapeut hatte für den neuen EBM 2000plus die Beschränkung der Fälle auf max. 300 pro Arzt in der Versorgung gefordert.

Brunner argumentiert, dass derzeit rund 3000 Kollegen eine relevante Schmerztherapie in Deutschland anbieten könnten – es handle sich um eine „Schnittmenge“ aus den 1800 Kollegen, die zur Behandlung chronischer Behandlungsfälle nach dem Bundesmanteltarif über die KVen zugelassen seien, und um rund 2400 Kollegen, die in den Kammern die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ erworben hätten. Umgerechnet auf die ca. elf Millionen Schmerzpatienten in Deutschland wären dies 3666 Fällen pro Schmerztherapeut.

Würde man den Forderungen Jungcks folgen, blieben 90 Prozent der Patienten unverorgt, eine „Explosion der Folgekosten“ sei nicht mehr zu verhindern. Stattdessen müssten Strategien zur Verhinderung „Frühchronifizierungen“ etabliert werden.

Die Hauptlast in der Therapie der Erkrankungen des muskuloskeletalen Systems trägt die Orthopäden. Sie behandelten 37 Prozent der Patienten, die Anästhesisten nur rund zwei Prozent. (sk)

Belegärzte drängen auf EBM-Korrektur

MÜNCHEN - Unruhe herrscht unter den orthopädischen Belegärzten: Der Bewertungsausschuss hat die Op-Ziffern im EBM 2000plus pauschal um 50 Prozent gekürzt. BVO-Mann Heppt ist „mäßig optimistisch“, dass sich das noch ändert.

Die Orthopäden hatten gedrängt, bis das Thema auf die Agenda kam: Sowohl anlässlich der Mitgliederversammlung in München wie Anfang Dezember bei einem weiteren Treffen befasste sich der Bundesverband der Belegärzte (BdB) mit dem EBM 2000plus. Der hatte die Belegärzte deftig beschneiden: pauschal um 50



Prozent sollten Op-Leistungen reduziert werden. „Das war noch nicht alles“, fügt Dr. Peter Heppt, zweiter Schatzmeister des BVO und Sprecher der Belegärzte, an. „Die Kalkulation der notwendigen Operations-Assistenzen geht in dem Entwurf völlig an der Realität vorbei.“ Der BdB-Bundesvorsitzende Dr. Klaus Schalkhäuser hatte dazu erklärt, dass eine Vergütung der Assistenzen in dieser Form weder bei Teilnahme eines anderen Vertragsarztes noch bei Hinzuziehung eines angestellten Krankenhausarztes möglich sei. Im Übrigen bezweifelt er auch, ob tatsächlich die bei großen Eingriffen – also etwa einer Hüft-TEP – notwendigen zwei Operations-Assistenzen bei der Bewertung berücksichtigt worden seien.

Die erheblichen Assistenz-Gebühren sowie Kosten für zusätzliche notwendige Leistungen seien nicht in die Vergütung nach OPS-301 eingerechnet, die von rein ambulanten Eingriffen ausgehe. Hier versprach der KBV-Hauptgeschäftsführer Dr. Andreas Köhler, Gast der Mitgliederversammlung des BdB, dass die KBV bis zum Jahresende eine Lösung finden werde.

Und die soll eine Staffellung des Abschlags zwischen 50 Prozent (für zeitniedrige Eingriffe) und 30 Prozent (für zeitintensive Eingriffe) vorsehen. „Damit könnten wir leben“, wie Heppt erklärt. Welcher Entwurf am Ende präsentiert werde, wisse man ohnehin nie: „Die KBV allerdings scheint unser Anliegen zu unterstützen“, erklärt Heppt.

Diese Unterstützung vermisst Heppt häufig in den eigenen Reihen: „Uns klopf't zwar jeder auf die Schulter, wenn es aber konkret wird, sieht das anders aus.“ (sk/ru)

Parsch verabschiedet

STUTTGART - Mit gleich zwei Feiern wurde Prof. Klaus-Dieter Parsch aus dem Stuttgarter Olghospital verabschiedet. Sein Nachfolger ist Prof. Thomas Wirth.

Die Kinderorthopädie, Schwerpunktthema des langjährigen Stuttgarter Orthopädie-Klinikdirektors Prof. Dr. Klaus-Dieter Parsch, war das Schwerpunktthema eines Symposiums, das das Olghospital zu Ehren seines scheidenden Chefarztes im Wannersaal des Lindenmuseums veranstaltete.



Prof. Klaus-Dieter Parsch

Parsch ist Mitbegründer und ehemaliger Vorsitzender der Vereinigung für Kinderorthopädie und gilt als Motor der Forschung und Weiterentwicklung gerade in diesem Orthopädiektor.

Einer der Laudatoren zum Abschied war der württembergische BVO-Landes-Chef und Parsch-Schüler Dr. Klaus Schatton. Parsch ging zum 1. Dezember in den Ruhestand. Am 1. Januar tritt Prof. Thomas Wirth die Nachfolge an. Wirth war zuletzt Chefarzt am Marburger Zentrum für operative Medizin. (sk)

AGA zertifiziert Arthroskopeure

HANNOVER - Die Deutschsprachige Arbeitsgemeinschaft für Arthroskopie (AGA) führt eine Qualitätsbezeichnung für Arthroskopeure ein. Die Vergabe erfolgt nach Vorstandsbeschluss.

Den Titel eines AGA-Instruktors, der ein besonders erfahrener und qualifizierter Ausbilder für arthroskopische Chirurgie ist, gibt es bereits seit 25 Jahren. Nun vergibt die AGA ein neues Prädikat: „Zertifizier-



Prof. Philipp Lobenhoffer

ter AGA-Arthroskopeur“ darf sich künftig nennen, wer alle Stunden im AGA-Kurscurriculum erbracht hat, insgesamt fünf Tage bei einem anerkannten AGA-Instruktor hospitiert hat und 250 selbstständig durchgeführte Arthroskopien durch Bestätigung seines Klinikleiters nachweisen kann. „Auch Nichtmitglieder können die Qualitätsbezeichnung erwerben“, betont AGA-Präsident Prof. Dr. Philipp Lobenhoffer. Der Vorstand beschließt zweimal jährlich über die Vergabe. (sk)

Manifeste postmenopausale Osteoporose

Actonel® bietet schnelle¹ und dauerhafte² Wirksamkeit

- Nachgewiesene Risikoreduktion**
Signifikante Senkung des Risikos für klinische Wirbelfrakturen bereits nach 6 Monaten!
- Erhält die Knochenfestigkeit³**
- Verträglichkeit**
Nachgewiesene gute Verträglichkeit⁴ auch bei Patienten mit gastrointestinalen Vorerkrankungen oder begleitender Einnahme von ASS oder NSAR.⁵

Procter & Gamble
Actonel® ist ein Markenname von Procter & Gamble, Inc. © 2004 Procter & Gamble, Inc. Alle Rechte vorbehalten.





Orthopädie mit überdurchschnittliche Verweildauer

BONN – Wie kann aus einem der „bestgeschützten Geheimnisse“ ein höchst transparentes Informationsangebot werden? Der „Krankenhaus-Report 2004“ stellt die Qualitätstransparenz von Krankenhäusern in seinen Fokus.

Eine Transparenz bezüglich einer Qualitätsberichterstattung lasse – „von hoffnungsvollen Einzelansätzen abgesehen“ – noch auf sich warten. Diese Bilanz zieht der „Krankenhaus-Report 2004“. Insbesondere die Ergebnis-Qualität bleibe „bis auf Weiteres im Dunkeln“.

Anders ist dies wohl im europäischen und nordamerikanischen Ausland – wie als Beispiel die Qualitätssicherungsinitiative auf regionaler Ebene in den „Hospital Reports“ in Ontario/Kanada zeige. Allerdings, so gibt der Autor zu bedenken, lassen sich Patienten von diesen Informationen bei der Auswahl eines Krankenhauses nicht lenken.

In Europa erscheint die öffentliche Qualitätsdarlegung der Krankenhausversorgung noch weitgehend als „Nebenprodukt größer angelegter Initiativen zur Qualitätssicherung“. Doch immer mehr wird Sorgfalt auf die Veröffentlichung

von Ergebnissen verwendet, damit diese für zukünftige Patienten aussagekräftig sind.

Sowohl Leistungserbringer wie Kassen sind an Instrumentarien interessiert, die das Messen einer Ergebnisqualität ermöglichen. Wichtige Hilfen sind hierbei unter anderem die GKV-Routinedaten und „risiko-adjustierte Analysen“. Und so kommt ein Beitrag zu dem Schluss, dass höhere Fallzahlen offensichtlich mit besserer Qualität einhergehen.

Ein für die Zukunft wichtiger Trend ist der Vormarsch der privaten Kliniken, wenngleich ein „Kliniksterben“ unter den öffentlichen und frei-

gemeinnützigen Häusern kaum auszumachen sei. Den stärksten Verlust von 2001 auf 2002 verzeichnen laut dem Report die freigemeinnützigen Kliniken mit -2,9 Prozent oder 26 Häusern.

Die durchschnittliche Verweildauer mit Operation lag in den 2222 Krankenhäusern bei 9,2 Tagen (-2,1 Prozent): In der Orthopädie blieben die Patienten nach Eingriffen durchschnittlich 11,9 Tage auf Station. Ohne Op blieben die Orthopädie-Patienten 11,7 Tage stationär (Gesamtdurchschnitt: 8,9)

Fünfhäufigste Diagnose für eine vollstationäre Behandlung waren

Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems mit 141,9 Fällen je 10000 Einwohner (Kreislaferkrankungen: 268,5).

Die Zahl der ärztlichen Vollzeitkräfte stieg um 2,4 Prozent auf 113000. Beim nichtärztlichen Personal gab es eine Trendumkehr: sie stieg in 2002 um 2,2 Prozent auf 738000 Vollkräfte. (dk/sk)

Jürgen Klauber, Bernd-Peter Robra, Henner Schnell Schmidt (Hrsg.):

Krankenhaus-Report 2004, incl. CD-ROM Stuttgart/New York 2005; 448 S.; 47 Abb.; 35 Tab.; kart.; 49,95 Euro; ISBN 3-7945-2350-4

Schalten Sie um auf regelmäßigen Empfang.

Die **Orthopädische Nachrichten** sind das Nachrichtenblatt für die deutsche Orthopädie.

Aktuell und unabhängig informieren die **Orthopädische Nachrichten** kompetent über die relevanten Entwicklungen in Politik, Wirtschaft und Klinik aus der Sicht des deutschen Orthopäden.

Tagesaktuell wird das Angebot ergänzt durch den führenden deutschen orthopädischen Online-Dienst www.ortho-online.de

Bleiben Sie auf dem Laufenden, jeden Monat aufs Neue:

Antwortfax (0 22 36) 376-203

Ja, ich möchte ab sofort die Orthopädischen Nachrichten regelmäßig beziehen und abonniere diese hiermit zum günstigen Jahres-Abonnementpreis von nur Euro 62 (zzgl. 13 Euro Versandkosten).

Das Abonnement kann ich jederzeit mit einer Frist von drei Monaten zum Bezugsende kündigen.

Faxen Sie oder senden Sie ein an:



Biermann Verlag GmbH
Otto-Hahn-Str. 7, 50997 Köln

Absender

Titel/Vorname/Name _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Ich bezahle nach Rechnungsstellung. Bitte buchen Sie den Gesamtbetrag ab.

Konto-Nr. _____ BLZ _____ Bankverbindung _____

1. Unterschrift _____

Vertrauensgarantie: Mir ist bekannt, dass ich diese Bestellung innerhalb von zehn Tagen beim Verlag schriftlich widerrufen kann.

2. Unterschrift _____ Datum _____

IV-Vertrag in Altentreptow

ALTENTREPTOW – Potenzielle Patienten für Knie- und Hüftoperationen können in der Region Neubrandenburg Kosten und lange Wege sparen. Einen Vertrag zur integrierten Versorgung haben Barmer und DAK mit dem Klinikum Neubrandenburg geschlossen.

Eingeschlossen in den Vertrag ist die orthopädische Spezialklinik in Altentreptow. Der Vertrag sieht vor, den meist älteren Betroffenen einen Betreuer zur Seite zu stellen, sagte Sabine Hansen von der DAK. Das Projekt stehe auch anderen Krankenhäusern offen.

Ziel der integrierten Versorgung sei es, die Betroffenen schneller und effizienter durch das medizinische Versorgungssystem zu schleusen, sagte die DAK-Vertreterin. Ein so genannter Fall-Manager betreue die Patienten. Zudem würden die Wohnverhältnisse überprüft, um beispielsweise Stürze und damit verbundene teure Nachbehandlungen auszuschließen. Wer dies in Anspruch nehme, könne 50 Prozent der Zuzahlung sparen.

Allein am Klinikum Neubrandenburg fallen laut Hansen im Jahr rund 1000 Hüftoperationen an. (dpa)

LBK-Verkauf

HAMBURG – Am 15. Dezember fallen die Würfel in Sachen Verkauf des Landesbetriebs Krankenhäuser (LBK). Zunächst entscheidet das Verfassungsgericht über eine Klage, mit der der Bürgerschaft eine Entscheidung über den LBK-Verkauf an den Klinikkonzern Asklepios untersagt werden soll. Dann will das Parlament über das Gesetz zum LBK-Verkauf abstimmen. Bei einem Volksentscheid im Februar hatten sich 76,8 Prozent gegen den Verkauf ausgesprochen. (dpa)

Wichtiger Hinweis: Tagesaktuell werden Sie zusätzlich unter www.ortho-online.de informiert. Eine Anmeldung, die sich lohnt.

Ersatz für Transplantat ist ein Boom-Markt

FRANKFURT - Der Markt für Knochentransplantatersatz, insbesondere für spinale Anwendungen, ist gegenwärtig der am schnellsten wachsende Sektor im orthopaedischen Bereich.

Nach einer Analyse der Unternehmensberatung Frost & Sullivan wurde 2003 in Europa mit Knochentransplantatersatz ein Umsatz von insgesamt 39,5 Mio. US-Dollar erwirtschaftet.

Kontinuierliche Innovation soll den Markt bis 2010 auf 114,9 Mio. US-Dollar wachsen lassen. Die nicht zuletzt auf älter werdende geburtenstarke Jahrgänge zurückzuführende steigende Zahl orthopaedischer Operationen führt auch zu einer zunehmenden Nachfrage nach Knochentransplantat.

Herkömmlicherweise wird in der orthopaedischen Chirurgie und in der Traumatologie mit allogenen oder Autotransplantaten gearbeitet. Autotransplantate gelten zwar als die beste Lösung für die Behandlung muskuloskeletaler Defekte, sie verursachen aber hohe Kosten und weisen eine erhöhte Morbidität auf.

Deshalb besteht Bedarf an kostengünstigeren, effektiveren Lösungen, die eine geringere Morbidität verzeichnen. Mit den gegenwärtig verfügbaren Knochentransplantatersatz-Produkten lassen sich Op-Dauer und Rehabilitationszeit verkürzen. Um aber das Produktpotenzial zu maximieren, müssen die Hersteller die Chirurgen von der physiologischen Ähnlichkeit des Produkts mit dem Knochen überzeugen.

„Also gilt es, ein Knochenersatzmaterial mit einer klinischen Wirksamkeit zu entwickeln, die der von Autotransplantaten entspricht oder diese übertrifft“, betont Tanya Pullen, Programme Manager Medical Devices bei Frost & Sullivan. „Die Hersteller müssen also Materialien auf den Markt bringen, das über osteokonduktive und osteoinduktive Oberflächen verfügt.“

Im Vergleich der drei wichtigsten Marktsegmente konnten synthetischer Knochentransplantatersatz und demineralisierte Knochenmatrix in den vergangenen fünf Jahren spürbar wachsen. Mit den BMP-Produkten (bone morphogenic proteins), die im Jahr 2006 oder 2007 die Marktzulassung in Europa erhalten sollen, dürfte ihnen jedoch eine ernsthafte Konkurrenz erwachsen. Und die dürfte auch die kleinen Unternehmen treffen, die um ihre Wettbewerbsfähigkeit kämpfen. Im Bemühen um Erweiterung ihres Produktportfolios streben Großfirmen immer wieder Fusionen oder Übernahmen an. (sk) ■

Brüssel genehmigt Übernahme

BRÜSSEL - Bayer darf vom Schweizer Konkurrenten Roche dessen weltweites Geschäft mit rezeptfreien Medikamenten übernehmen. Die Genehmigung dafür stellte Ende November die EU-Kommission in Brüssel aus.

Eine Beeinträchtigung des Wettbewerbs droht nach Ansicht der EU-Wettbewerbsbehörde nicht, weil die Produktpaletten sich kaum überschneiden und die Unternehmen bestimmte Zusagen gemacht haben.

Die Möglichkeit einer Ausschaltung des Wettbewerbs mit rezeptfreien, nicht betäubenden Arzneimitteln

in Österreich wurde durch die Zusage ausgeräumt, beide wollten dieses Geschäft verkaufen.

In Irland hätte der Zusammenschluss nach Ansicht der EU-Kommission zudem zur völligen Marktdominanz durch die Mittel zur Pilzbekämpfung geführt, doch auch dieses Geschäft wird nun von den Unternehmen aufgegeben.

Mit der Fusion entsteht nach Angaben der Kommission der größte europäische Anbieter rezeptfreier Arzneimittel. Die Transaktion hat nach Mitteilung von Bayer ein Volumen von 2,38 Milliarden Euro. (dpa/sk) ■

Hartes Jahr für Generikahersteller

ULM - Den eigenen Firmen geburstag nutzte ratiopharm-Chef Albrecht, um auf die existenzielle Bedrohung der Generikahersteller hinzuweisen. Der Grund: die Gesundheitsreformen.

Zum 30-jährigen Firmenbestehens von ratiopharm sagte Geschäftsführer Claudio Albrecht in Ulm, die Volumenzuwächse könnten die sinkenden Preise und den Margeverfall nicht ausgleichen. Bis 2007 würde die Mehrheit der deutschen Generikafirmen den Besitzer wechseln, fürchtet er.

ratiopharm GmbH habe 2004 ein „flaches Wachstum und schmerzhaftes Umsatzeinbußen“ erlebt. Das Unternehmen, eine Merckle-Tochter, erzielte mit weltweit etwa 2200 Mitarbeitern 2003 einen Jahresumsatz von 1,1 Milliarden Euro.

2004 habe es einen „eigenartigen Trend“ gegeben, sagte Albrecht: Der Markt für Originalhersteller sei stärker gewachsen als der für Generika. „Die Einsparpotenziale durch Generika werden bei vielen frei werdenden Patenten nicht genutzt.“ (sk) ■

Neue Power gegen manifeste Osteoporose

FORSTEO®. Mehr Trabekel – stark vernetzt.

Stabilität ist eine Frage des Aufbaus. Jetzt leistet FORSTEO® echte Aufbauarbeit.

- + FORSTEO® bei postmenopausaler manifester Osteoporose.
- + FORSTEO® führt zu einer Neuvernetzung der Trabekel.
- + FORSTEO® baut neues, belastbares Knochengewebe auf.

www.forsteo.de
(Passwort: Medizin)

Beurteilung der klinischen FORSTEO®-Studien durch die amerikanische Food and Drug Administration (FDA) im Jahr 2004. Die Ergebnisse der FORSTEO®-Studien zeigen, dass die Behandlung mit FORSTEO® zu einer signifikanten Vernetzung der Trabekel führt, was zu einer Erhöhung der Knochendichte und einer Reduzierung des Risikos für Frakturen führt. Die FORSTEO®-Studien wurden an 2.000 postmenopausalen Frauen durchgeführt, die eine manifeste Osteoporose hatten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Behandlung mit FORSTEO® zu einer signifikanten Vernetzung der Trabekel führt, was zu einer Erhöhung der Knochendichte und einer Reduzierung des Risikos für Frakturen führt. Die FORSTEO®-Studien wurden an 2.000 postmenopausalen Frauen durchgeführt, die eine manifeste Osteoporose hatten. Die Ergebnisse zeigen, dass die Behandlung mit FORSTEO® zu einer signifikanten Vernetzung der Trabekel führt, was zu einer Erhöhung der Knochendichte und einer Reduzierung des Risikos für Frakturen führt.





Fachliteratur nun besser absetzbar

KÖLN – Bislang musste dem Finanzamt eine Quittung mit genauen Angaben vorgelegt werden, wenn Kosten für Fachliteratur steuerlich abgesetzt werden sollten. Allgemeine Angaben wie „Fachliteratur“ wurden in der Vergangenheit nur selten vom Finanzamt anerkannt.

Zeitlicher Zusammenhang

Nach einem Urteil des Bundesfinanzhofs (Aktenzeichen: VI B 155/00) sind nun auch andere Beweismittel anzuerkennen, etwa eine Bestätigung des Arbeitgebers oder Kursleiters, dass das entsprechende Buch aus beruflichen Gründen angeschafft werden musste. Das Datum auf dem Beleg muss aber darauf hindeuten, dass die Anschaffung im zeitlichen Zusammenhang mit einer Fortbildung oder einer dienstlichen Anweisung steht. (Frielingsdorf Consult)

Telearbeitsplatz und Einkommenssteuer

KÖLN – Durch einen beruflich genutzten Telearbeitsplatz anfallende Kosten sind nur bis zu einer Höhe von 1250 Euro im Jahr als Werbekosten von der Einkommenssteuer absetzbar, wenn dem Arbeitnehmer in den Diensträumen des Arbeitgebers auch weiterhin ein Büro zur Verfügung steht.

Dies geht aus einem Urteil des Finanzgerichts München (Aktenzeichen: 10 K 2741/01) hervor. (Frielingsdorf Consult)

Im Urlaub Attest sofort vorlegen

KÖLN – Urlaub und Krankheit schließen sich aus, stellte das Bundesarbeitsgericht grundsätzlich fest. Wird der Arbeitnehmer während seines Urlaubs krank, wird sein Urlaub unterbrochen.

Voraussetzung dafür ist, dass dem Arbeitgeber noch während des Urlaubs ein Attest zugeht. Der Urlaub wird unterbrochen, und die Krankheitstage werden gutgeschrieben.

Nicht „anhängen“

Die Krankheitstage dürfen aber nicht einfach an den Urlaub angehängt werden. Wird ein Arbeitnehmer während eines unbezahlten Urlaubs krank, muss der Arbeitgeber das Gehalt nicht weiterzahlen. Dies entschied das Bundesarbeitsgericht schon vor Jahren (Az. 5 AZR 599/76). (Frielingsdorf Consult)

Große Unterschiede zwischen den Fachgruppen

Beim Praxis-Qualitätsmanagement liegen die Orthopäden in der Spitzengruppe

KÖLN – Seit dem 1. Januar 2004 hat der Gesetzgeber in § 135a SGB V niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen zur Einführung eines praxisinternen Qualitätsmanagement-Systems verpflichtet.

Um einen Überblick über die Ausgangssituation der niedergelassenen Ärzte zu erhalten, haben die Praxisberater von Frielingsdorf Consult gemeinsam mit der Firma Bauerfeind Anfang des Jahres 2004 einen Qualitätsmanagement-Fragebogen mit 27 Fragen zum ärztlichen Qualitätsmanagement im Internet (www.frielingsdorf-consult.de/qmcheck) veröffentlicht. Die Fragen orientieren sich an der international anerkannten QM-Norm DIN ISO 9001:2000 und decken die verschiedenen Bereiche des ärztlichen Qualitätsmanagements ab.

Inhalte des Fragebogens

Abgefragt wird zum Beispiel, ob die Verantwortlichkeiten in der Praxis definiert und Ablaufbeschreibungen vorhanden sind, ob die gesetzlichen Forderungen eingehalten, Mitarbeiterschulung

geplant und durchgeführt werden und ob die Patientenzufriedenheit gemessen wird. Bis Ende Oktober 2004 haben bereits mehr als 3000 Praxen aller Fachgruppen den Online-Fragebogen im Internet ausgefüllt. Jeder Teilnehmer erhält dabei eine Kurzauswertung seiner Daten. Bei einer Zwischenauswertung zeigte sich, dass die Voraussetzungen für ein praxisinternes QM bei den Fachgruppen stark unterschiedlich ausgeprägt sind.

Die folgende Übersicht zeigt für alle Fachgruppen, bei denen bereits mehr als 100 Praxen an der Umfrage

teilgenommen haben, einen Gesamtindikator. Eine Bewertung von 100 Prozent würde dabei bedeuten, dass in dieser Fachgruppe QM nach DIN ISO 9001 bereits vollständig eingeführt ist. Nicht aufgeführte Fachgruppen bringen es noch nicht auf eine ausreichende Anzahl von Umfrageteilnehmern. Der jetzige Stand:

▶ Dermatologie	67,49 %
▶ Gynäkologie	63,16 %
▶ Orthopädie	58,94 %
▶ Neurologie	58,80 %
▶ Augenheilkunde	57,51 %

▶ Innere Medizin (hausärztlich)	57,33 %
▶ Innere Medizin (fachärztlich)	57,20 %
▶ Allgemeinmedizin	54,75 %
▶ Radiologie	46,30 %
▶ Chirurgie	41,98 %

Frielingsdorf wird Ende des Jahres allen interessierten Berufsverbänden eine detaillierte Auswertung der Umfrage-Ergebnisse für die eigene Fachgruppe zur Verfügung stellen.

Leitfaden für Berufsverbände

Aus dieser Auswertung wird hervorgehen, welche Praxis-Bereiche in der Fachgruppe bereits den geläufigen Qualitätsmanagement-Standards entsprechen, und bei welchen Themen aus dem Qualitätsmanagement die Verbandsmitglieder Unterstützung benötigen.

Die Auswertung der online-Qualitätsmanagement-Umfrage unter der Internet-Adresse www.frielingsdorf-consult.de/qmcheck kann damit für alle interessierten Berufsverbände ein nützlicher Leitfaden sein zur Ausrichtung eines eigenen Schulungs- und Service-Angebotes im Bereich des ärztlichen Qualitätsmanagements. (Frielingsdorf Consult)



Mehr als 3000 Praxen nahmen bisher an der bundesweiten Online-Umfrage zum Qualitätsmanagement teil.

Förderung von Gemeinschaftspraxen

KÖLN – Der neue EBM und das Thema „Förderung von Gemeinschaftspraxen“ werden derzeit kontrovers diskutiert.

Nicht wenige niedergelassene Ärzte befinden sich derzeit in der Vorplanungsphase zur Gründung einer Gemeinschaftspraxis. Sollten diese Überlegungen jedoch ausschließlich vor dem Hintergrund etwaiger Budgetaufschläge und damit gegebenenfalls verbundenen Umsatzsteigerungen geschehen, ist Vorsicht geboten. Der derzeit gültige und auch der neue EBM sehen zwar Förderungen für Gemeinschaftspraxen vor. Ob sich hieraus aber zwingend auch ein Mehrumsatz ergibt, sollte immer im Zusammenhang mit dem aktuellen HVM, der in allen KVen unterschiedlich ist, gesehen werden.

Wie so oft, steckt auch hier der Teufel im Detail. Daher hat Frielingsdorf Consult ein Merkblatt „Förderung Gemeinschaftspraxis“ entwickelt, das kostenfrei per Fax unter +49(0)221-139836-65 oder über info@frielingsdorf.de mit dem Stichwort „Merkblatt Förderung Gemeinschaftspraxis“ angefordert werden kann. (Frielingsdorf Consult)

Kritik richtig anbringen Managementkompetenz in Praxen aufbauen

KÖLN – Unangemessen vorgetragene Kritik durch Vorgesetzte stellt einen der häufigsten Gründe für Mitarbeiter-Demotivation dar. Sie bringen Kritik „verdeckt“ vor, sind unsachlich und stellen persönliche Angriffe in den Mittelpunkt.

Ärzte sind zuallererst hoch qualifizierte Fachleute – und keine Konfliktlöser. Mittlerweile sind viele Praxen aber kleine Unternehmen. Da macht es sich bemerkbar, dass angehende Ärzte in ihrer Ausbildung fast gar nicht auf die Mitarbeiterführung vorbereitet werden.

Vorgehensweise verbindlich regeln

Marek Sadowski, Frauenarzt in Düsseldorf, hat das Problem durch ein Qualitätsmanagement (QM) gelöst, in dessen Rahmen die Vorgehensweisen bei Kritikgesprächen, die fachliche Fragen betreffen, detailliert und verbindlich geregelt sind. Zuständig dafür ist eine Mitarbeiterin, zu deren Aufgabengebiet das gesamte Mitarbeitermanagement gehört. „Diese Mitarbeiterin ist speziell dafür geschult“, so Sadowski.

Wie aber schaut es bei Konflikten auf der Beziehungsebene aus? Hierbei wird das Kritikgespräch mit den Worten eingeleitet: „Es ist für

mich/die Kollegin/die Praxis nicht gut, dass ...“ – dann wird der Kritikpunkt genannt. Im Verlauf des Gesprächs geht es vor allem um die Ursachenforschung. Alle Kritikgespräche sind dieser Struktur verpflichtet.

Ursachen erforschen, Lösungen finden

Oft sind private Gründe ausschlaggebend – bei Verspätungen etwa das Kind, um das sich die allein erziehende Angestellte kümmern muss. „Solche persönlichen Hintergründe lassen sich im Gespräch mit Mitarbeitern klären, und Ziel ist es, Lösungen zu finden“, so Sadowski.

Nun verfügen Ärzte, die sich gerade niedergelassen haben, noch nicht über ein QM-System. Sie erkennen aber die Notwendigkeit, Managementkompetenz aufbauen zu müssen, auch im Bereich der Mitarbeiterführung. Kritik kann konstruktiv wirken, wenn der Arzt das Gespräch als Chance begreift, mit der kritisierten Person eine Problemlösung zu suchen, die der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und des Mitarbeiter-Engagements dient. (Karim und Michael Letter)

Weitere Informationen: info@5medical-management.de
e-mail: info@5medical-management.de
web: www.5medical-management.de

Vorzeitige Praxisabgabe?

KÖLN – Viele ältere Praxisinhaber überlegen in einem vor grundlegenden Umbrüchen stehenden Gesundheitssystem, ihre Praxis bereits vor Erreichen der Altersgrenze zu veräußern.

Es ist jedoch zu überprüfen, ob mit dem realisierbaren Praxiswert die Jahre bis zur Berufsrente überbrückt werden können. Eine (vorläufige) Praxiswertbestimmung sowie eine Prognose-Rechnung, welcher Betrag in den Folge-Jahren für die Lebenshaltung zur Verfügung steht, erstellt Frielingsdorf Consult für Interessenten mit dem Sachverständigenbüro Frielingsdorf & Partner. (Frielingsdorf Consult)

Weitere Informationen: [tel.: +49\(0\)221-139-836-0](tel:+4902211398360)
[fax: +49\(0\)221-139-836-65](tel:+49022113983665)
e-mail: info@frielingsdorf.de
web: www.frielingsdorf-consult.de

Diese Seite ist entstanden in Zusammenarbeit mit:

FRIELINGSDORF CONSULT

Gesellschaft für Betriebswirtschaftliche Praxisführung GmbH
Kaiser-Wilhelm-Ring 50 • 50672 Köln
Tel.: 0221/13 98 36-0 • Fax: -65
E-Mail: info@frielingsdorf.de



Sinnvolle Ergänzung

Minimal invasive Verfahren und konventioneller Operationen an der degenerativen LWS

STUTTGART – Nach epidemiologischen Schätzungen leidet rund 80 bis 90 Prozent der Bevölkerung westlicher Industriestaaten mindestens einmal in ihrem Leben an einem therapiebedürftigen Rückenschmerz auf degenerativer Basis.



PD Andreas Veihelmann

Bei ca. zehn Prozent der Erwachsenen wird der Rückenschmerz chronisch (= über mehr als sechs Monate anhaltend). Davon wiederum werden über fünf Prozent zu schmerztherapeutischen Problemfällen und bedürfen einer intensiven, häufig langjährigen Therapie bis hin zu Operationsnotwendigkeit. Diese fünf Prozent der Patienten verursachen 50 Prozent der Gesamtkosten der chronischen Rückenschmerzpatienten.

Für diese kleine aber äußerst kostenrächtige Gruppe gibt es derzeit in Deutschland wenig angemessene Behandlungsmöglichkeiten. Die geschätzten jährlichen Kosten der Behandlung beträgt ca. zwölf Milliarden Euro für die Volkswirtschaft in Deutschland.

Der Rückenschmerzpatient spielt daher in den Statistiken der Kranken- und Rentenversicherungen eine wichtige Rolle: bei Männern ist der Rückenschmerz mit 14 Prozent die häufigste Ursache für Krankheitsausfälle, bei Frauen mit elf Prozent die zweithäufigste.

All zu oft wird der Leidensweg dieser Patienten durch konventionelle Operationsverfahren nur unzureichend positiv verändert. Moderne, minimal-invasive Therapieverfahren scheinen hier bei seriöser Anwendung und kritischer Überprüfung eine prognostisch günstige Alternative darzustellen. Die Deutsche Gesellschaft für Wirbelsäulentherapie e.V. (DGWT) möchte mit einigen Artikel über die Möglichkeiten und Grenzen dieser Methoden informieren.

Bei Bandscheibenprotrusionen und Bandscheibenvorfällen stehen therapeutisch bei in Schichtbildung nachgewiesener Bandscheibenprotrusion oder beim Prolaps mit reiner Schmerzsymptomatik zunächst die konservative Maßnahmen mit Analgetika nach dem WHO-Stufenschema und Krankengymnastik

im Vordergrund. Bei Bedarf sollten diese mit peri-/epiduralen Infiltrationen ergänzt werden. Häufig kann mit diesen Maßnahmen bereits eine Rehabilitation herbeigeführt werden. Sollte dies nicht zu einer zufriedenstellenden Besserung der Beschwerden führen, kann die seit 1989 bekannte so genannte Epiduralkathethertherapie nach Racz als minimal-invasive Schmerztherapie indiziert sein.

Hierbei werden verschiedene Medikamente über einen Katheter an die/den Bandscheibenprotrusion/-prolaps injiziert, nachdem dieser über den Hiatus Sakralis unter Bildwandlerkontrolle an den Befund platziert wurde. Einene Überblick über den derzeitigen Stellenwert dieser in Deutschland noch umstrittenen Methode gibt der Artikel von Christoph Birkenmaier (s. Seite 12), stellvertretender Leiter einer internationalen prospektiven plazebo-kontrollierten doppelblinden Multicenterstudie, zu diesem Verfahren.

Das Facettensyndrom ist eine häufige Ursache für chronische Rückenschmerzen, welches auch junge

kutiert. Auch wenn die tatsächliche Existenz dieses Schmerzes noch kontrovers diskutiert wird, so konnte Freemont et al. in einer immunhistochemischen Studie zeigen, dass in Bandscheibengewebe von Patienten, die sich einer ventrodorsalen Stabilisierung unterzogen hatten, sowohl ein generalisierter Nervenmarker als auch der Schmerzmediator Substanz P nachweisbar war.

In Kontrollfärbungen von Bandscheibengewebe frischer Leichen ohne anamnestischen Rückenschmerz war demgegenüber keine Substanz P nachweisbar.

Die klinischen Symptome bestehen – ähnlich wie beim Facettensyndrom – in einem unspezifischen Kreuzschmerz, der sich in der Regel auf die befahrene Höhe projiziert und druck- oder klopfschmerzhaftig ist. Ausstrahlungen der Schmerzen in ein Bein sind selten. Neben dem konventionellen Röntgen ist die sensitivste Methode der Wahl zur Diagnostik die MRT, welche ein vermindertes Bandscheibensignal in der T2-gewichteten Sequenz und ggf. Anulusrupturen detektieren kann.

Im Falle erfolgloser konservativer Therapie muss als unabdingbare Voraussetzung für ein operatives Vorgehen eine diagnostische Diskografie durchgeführt, bei welcher ein positiver memory pain für das betroffene Segment gefordert wird. Auch wenn die Aussagekraft der Diskografie immer noch kontrovers diskutiert wird, so ist sie derzeit unser einziges Instrument, um ein schmerzhaftes Segment hinreichend diagnostizieren zu können.

Im Falle eines positiven memory pain, wäre dann – in Abhängigkeit des Zustandes der Facettengelenke – die Implantation einer Bandscheibenprothese oder die Stabilisierungsoperation des Segmentes mit der Spätkomplikation der Anschlussinstabilität indiziert. Der Artikel

von H. Trouillier wird sich mit dem aktuellen Stand dieser zwei Operationsverfahren näher befassen. Zur Vermeidung dieser doch größeren Operationen wurde vor einigen Jahren ein minimal-invasives Verfahren, die sogenannte intradiskale elektrothermische Therapie (IDET) entwickelt.



Röntgenkontrolle der IDET-Platzierung

Hier wird mittels posterolateralem Zugang wie bei der Diskografie eine Thermo-sonde in die Bandscheibe entlang des Faserrings geführt und nach Bildwandler gesteuert Platzierung mit einem definierten Protokoll bis auf 90° C erhitzt, was zum einen eine Denervierung der Spinalkanalseitigen Schmerzrezeptoren und zum anderen eine Ver-

schmelzung rissiger Anulusfasern herbeiführt. Die ersten Studienergebnisse waren recht gut, aber die jüngst publizierte prospektiv randomisierte placebo-kontrollierte (sham-OP) doppelblinde klinische Studie zeigte zwar eine Überlegenheit der IDET-Gruppe bei allerdings einer hohen Erfolgsrate auch der sham-operierten Patientengruppe nach sechs Monaten (Pouza et al.).

Zusammenfassend muss eine moderne Therapie der degenerativen LWS-Erkrankungen eine sehr differenzierte diagnostische Vorgehensweise beinhalten. Dies setzt auch ausreichende Kenntnisse über die Anamnese und die psychosozialen Umstände des Patienten voraus (z.B. Rentenbegehren, Ehe- oder berufliche Probleme etc.).

Die in dieser Serie der DGWT beschriebenen minimal-invasiven Verfahren können sicherlich die konventionellen Operationen nicht ersetzen, aber sie stellen bei exakter Diagnosestellung und korrekter Indikation eine scheinbar sinnvolle Ergänzung in der Therapie chronischer Rückenschmerzen dar.

Autor:
PD Dr. med. Andreas Veihelmann
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Wirbelsäulentherapie (DGWT)
Geschäftsstelle Stuttgart
Mittlerer Bauernwaldweg 76
70195 Stuttgart
Fon +49 (711) 65 86 67 3; Fax: -65 67 64 6



Zustand nach multiplen ventrodorsalen Versteifungs-Operationen

Patienten treffen kann. Die Patienten klagen über einen lokalisierbaren Rückenschmerz im betroffenen Bereich der unteren LWS, der häufig auch durch Druck ausgelöst werden kann. Über die derzeit möglichen minimal-invasiven Behandlungsmethoden wird das Referat von M. Maier (s. Seite 10) informieren.

Als weitere Ursache von chronischem Rückenschmerz wird der so genannte diskogene Schmerz dis-

Inhalt

Special:

Lumbales Facettensyndrom:
Denervierung als Chance zur Op-Reduzierung Seite 10



Lumbales Facettengelenk

Bandscheibenimplantate:
Tendenziell bessere Ergebnisse als nach Fusions-Op Seite 10

Kyphoplastie:
Interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich Seite 11

Racz-Spezialkatheter:
Noch zu wenige gesicherte Daten Seite 12



Racz-Katheter

Frakturvorhersage:
Knochenmineralgehaltbestimmung effektiv? Seite 13

Medien & Computer

Beste Praxis-Website:
Orthopäden siegen in Kategorie „Beste Technik“ Seite 14

Termine

Aufgelistet:
Die wichtigsten Fachtermine im In- und Ausland Seite 14

Neues aus der Industrie

Vorgestellt:
Der Pharmamarkt und seine Innovationen Seite 15

Jahresrückblick

Das Orthopäden-Jahr 2004:
Von der Praxisgebühr bis zum Orthopädenkongress Seite 16



Denervierung als Chance zur Op-Reduzierung

Das lumbale Facettensyndrom – Ursachen und minimal invasive Therapiestrategien

OBERRAMMERGAU – Schmerzen und Funktionseinschränkungen der Lendenwirbelsäule stellen ein weitverbreitetes klinisches Problem im Bereich des Stütz- und Bewegungsapparates dar.

Über die Beteiligung der Facettengelenke am lumbalen Rückenschmerz wird in der Literatur kontrovers diskutiert. Es ist davon auszugehen, dass die kleinen Wirbelgelenke an vielen Schmerzsyndromen ätiologisch beteiligt sind. Aus anatomischer Sicht werden die Facettengelenke durch die Gelenkfortsätze benachbarter Wirbelkörper gebildet. Sie sind synovial ausgekleidet und weisen Gelenkflächen aus hyalinem Knorpel, umgeben von einer lockeren fibrösen Kapsel, auf. Neuroanatomische Untersuchungen haben gezeigt, dass die Kapseln der Facettengelenke reich von kranial als auch von kaudal her von nicht-myelinierten schmerzvermittelnden Nervenfasern sowie Strukturen der Propriozeption, z.B. korpuskulärer Mechanorezeptoren, versorgt werden. Neurotransmitter wie Substanz P und CGRP (calcitonin gene-related peptide) finden sich in den Gelenkkapseln in hoher Konzentration.

Der Facettengelenkschmerz kann von unterschiedlicher Genese sein. Alle Ursachen führen aber zum gleich klinischen Bild, dem Facetten-

syndrom, welches durch Alteration der durch den Ramus dorsalis versorgten Wirbelgelenkkapseln mit pseudoradikulären Schmerzen gekennzeichnet ist. Zusätzlich bestehen typischerweise Hüft- und Gesäßschmerzen sowie morgendliche Steifheit der tiefen Wirbelsäulenabschnitte.

Diagnostisch gilt die Röntgenuntersuchung des betroffenen Wirbelsäulenabschnittes als Goldstandard, ergänzend erfolgen oft CT oder MRT. Ein besonders aussagekräftiges Kriterium zur selektiven Identifizierung des Facettensyndromes ist die lokale Applikation einer geringen Menge (nicht mehr

als 0,5 – 1 ml) Lokalanästhetikum. Meist erfolgt die diagnostische Facetteninfiltration unter Röntgenbildwandlerkontrolle, Facetteninfiltrationen unter CT- oder MRT-Kontrolle müssen im Sinne einer Kosten-Nutzen Analyse sorgfältig indiziert werden. Kontrovers wird diskutiert, ob die Lokalanästhetikumapplikation intraartikulär oder extraartikulär, im

Bereich des medialen Astes des Ramus dorsalis des Spinalnerven erfolgen sollte.

Die zur Verfügung stehenden konservativen Therapieoptionen umfassen u.a. die rein symptomatische medikamentöse Schmerztherapie, lokale Wärmeanwendung im entlordosierten Zustand, Massagen in der postakuten Phase der Erkrankung zur Senkung des erhöhten Muskeltonus sowie manuelle Therapien zur Mobilisierung und Manipulation der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte.

Die perkutane Facettengelenkdenervation hat sich in den letzten Jahren zunehmend als minimalinvasive therapeutische Option bei den konservativ-therapieresistenten Patienten durchgesetzt. In Abhängig-

keit der Diagnostik werden auf zwei bis vier Höhen der mediale Ast des Ramus dorsalis des jeweiligen Spinalnerven oder die Gelenkkapsel mittels Radiofrequenztherapie oder Kryotherapie denerviert. Bei beiden Techniken hilft die Denervierung vorangehende Elektrostimulation

radiofrequenztherapie, die auf einer Hitze-denervierung beruht.

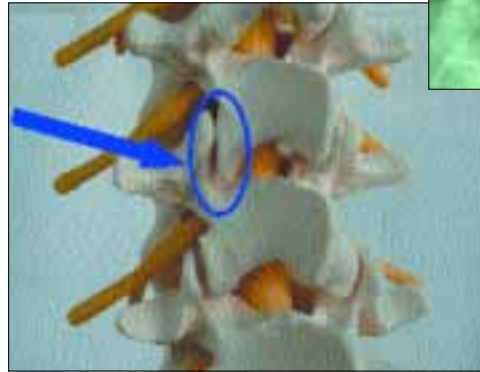
Letztlich gelten aber beide Methoden in den Händen erfahrener Therapeuten als risikoarm, neurologische Komplikationen sind selten. Resultiert nach einer Facettendenervierung Schmerzbesserung oder Schmerzfreiheit sind die mittelfristigen Erfolgsaussichten positiv. Wenn es zum Rezidiv kommt, dann zumeist innerhalb des ersten halben Jahres. Somit steigen die Erfolgsaussichten der Facettendenervierung mit der Dauer der Schmerzreduktion nach dem Eingriff. Ob die minimalinvasive Facettendenervierung geeignet ist, die Anzahl von aufwändigen Operationen nachhaltig zu senken, kann heute noch nicht abschließend beurteilt werden.

Dr. Christof Birkenmaier, Gründungsmitglied der DGWT und Oberarzt an der Orthopädischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München, führt derzeit eine klinische Studie durch, die diese Fragestellung beantworten soll. Beide Methoden bieten betroffenen Patienten jedoch die realistische Chance den facettensyndrombedingten Rückenschmerz nachhaltig zu mindern. Im Rahmen der wissenschaftlichen Projekte der Deutschen Gesellschaft für Wirbelsäulenthherapie wird derzeit ein Studiendesign zur weiteren Evaluation der Facettendenervierung entwickelt.

Autor: PD Dr. Markus Maier
Rheumazentrum Oberammergau;
Dt. Gesellschaft für Wirbelsäulenthherapie



PD Markus Maier



Lumbales Facettengelenk (Kreis) und Zielregion der Kryotherapie-sonde (Pfeil) zur Erfassung gelenkversorgender schmerzvermittelnder Nervenfasern

Ausgeprägte degenerative Veränderungen der Lendenwirbelsäule mit Facettenarthrose

den Ramus dorsalis zu identifizieren bzw. eine Neuplazierung der Sonde durchzuführen, wenn z.B. eine motorische Antwort im Bein erfolgt. In der klinischen Anwendung erscheint die Kryotherapie, bei der eine „Vereisung“ des Nerven erfolgt, weniger risikoreich als die Ra-

Tendenziell bessere Ergebnisse als nach Fusions-Op

Manche Bandscheibenimplantate sind bereits für ausgesuchte Patienten eine Alternative zur Spondylodese

BIELEFELD – Durch zunehmende Über- und Fehlbelastung, sowohl im Alltag als auch in der Freizeit, haben sich Wirbelsäulenbeschwerden und insbesondere Beschwerden im Bandscheibenbereich zu einer Volkskrankheit entwickelt.

Das schwächste Glied in der Kette der Wirbelsäule ist die Zwischenwirbelscheibe. Die Anforderungen an die Behandlungsstrategien werden immer schwieriger, da auch die Bandscheibenpatienten immer jünger werden. Die Fülle der konservativen Therapieangebote, wie auch im minimal-invasiven Sektor der Bandscheibenbehandlung ist ein moderner Ansatz in der Behandlung des Bandscheibenschadens. Hier stehen Langzeitergebnisse noch aus. In der Literatur werden 18% und mehr Rezidive nach operativer Therapie beschrieben.

Ein Versuch, eine definitive Versorgung für den durch Bandscheibenbeschwerden geplagten Patienten anzubieten und hier auch gerade bereits dem jungen Patienten eine Per-

spektive anzubieten, ist bislang die fusionierende Operation. Tatsächlich aber bedeutet dieser Therapieansatz, dass man der Aufgabenstellung der Wiederherstellung eines Bewegungselementes der Wirbelsäule nicht gerecht wird.

Gefordert werden muss also ein Therapiekonzept, das eine anatomic-adaptierte und zugleich funktionelle Wiederherstellung des betroffenen Wirbelsäulensegmentes gewährleistet und damit auch Aussicht auf bessere Langzeitergebnisse hat. Das heißt im Einzelnen, dass bei einem Patienten mit einem monosegmenta-

len Bandscheibenschaden, im Sinne einer Osteochondrose, ohne einen größeren Bandscheibenvorfall, ein Bandscheibenersatz angeboten werden sollte. Mit diesem Implantat wird versucht wieder eine weitgehende Normalisierung des Bewegungs- und Belastungsprofil des betroffenen Segmentes zu erreichen.

Zur Verfügung stehen uns mechanische wie formstabile Gelkissen. Diese und andere Therapieangebote sind nur dann seriös dem Patienten anzubieten, wenn sie auf Dauer eine stabile Wiederherstellung der physiologischen Zwischenwirbelraum-

höhe und die Erhaltung der Beweglichkeit und damit auch die Entlastung der Facettengelenke gewährleistet. Diese Gelenke sind entscheidend für einen Grossteil der Patientenbeschwerden, da sie durchschnittlich 16% - 20% der axialen Last im lumbalen Bewegungssegment aufnehmen.

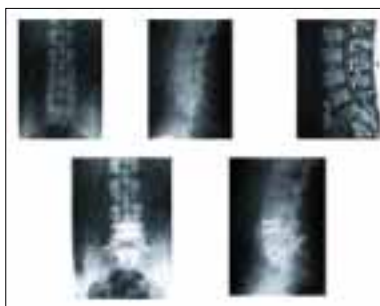
Die Wirbelsäulenchirurgie hat mit dem dynamischen mechanischen Bandscheibenimplantat, auch hier gibt es mehrere Anbieter auf dem Markt, mittlerweile Im-

plantate an der Hand, die ausgesuchten Patienten definitiv eine Alternative bieten zur bisher durchgeführten Spondylodese. Aus unserer

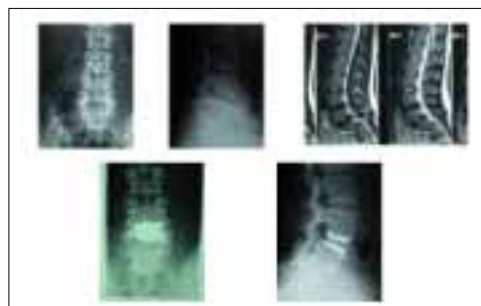
Sicht sind diese mechanischen Implantate im Sinne eines Grund- und Deckplattenimplantates mit Polyäthylenlinsenkern die einzig praktikablen Therapieangebote.

Die längsten retrospektiven Ergebnisse liegen mittlerweile über zehn Jahre zurück und dokumentieren stabile, für den Patienten zufriedenstellende klinische wie funktionelle Ergebnisse. Eigene Untersuchungen beschreiben sowohl die Wiederherstellung des Bewegungssegmentes im biomechanischen Sinn, wie auch bei strenger Indikationsstellung tendenziell sogar bessere Ergebnisse als bei einem vergleichbaren Patientengut mit Zustand nach fusionierenden Operationen.

Autor:
Dr. med. H.-H. Trouillier
Fanziskus Hospital; Kiskerstraße 26
33615 Bielefeld
Dt. Gesellschaft für Wirbelsäulenthherapie



Fallbeispiel Patient, 32 Jahre



Fallbeispiel Patientin, 28 Jahre

Interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich

Sozioökonomische Aspekte der Kyphoplastie bei Wirbelkörperfrakturen

LIMBURG – Jährlichen ist von etwa 500 000 Osteoporose-bedingten Wirbelkörperfrakturen in Europa auszugehen, wobei etwa ein Drittel klinisch relevant werden.

Die klassische Therapie mit Analgesie, Bettruhe und Korsettversorgung erbringt häufig nur unbefriedigende Ergebnisse. Weltweit wurden bisher mehr als 50 000 Ballon-Kyphoplastien bei osteoporotischen und traumabedingten Wirbelkörperfrakturen durchgeführt. Über ein Ballonsystem erfolgt minimalinvasiv eine Wiederaufrichtung und Stabilisierung gebrochener Wirbelkörper. Das Verfahren ist wenig belastend und erbringt bei kurzer stationärer Verweildauer für die Mehrzahl der Patienten (80-90%) eine schnelle und andauernde Schmerzreduktion und Funktionsverbesserung. Nachteilig sind die hohen Kosten der Einmalinstrumente von etwa 3700 Euro. Unter DRG folgt die Eingruppierung in die I 10, dies entspricht etwa 4000 Euro.

Unter dem allgemeinen Kostendruck sind durch prospektive klinische Studien entwickelte evidenzbasierte Daten über mittel- und langfristige Ergebnisse dieser neuen Methode wichtig, um einen sozioökonomischen Benefit zu dokumentieren. An zwei Zentren erfolgten prospektive Studien an Patienten, die minimal invasiv mittels Kyphoplastie behandelt wurden. Zwei Gruppen wurden unterschieden: Patienten mit alten osteoporotischen und frisch traumatisch frakturierten Wirbelkörpern.

An der Universitätsklinik Heidelberg wurde interdisziplinär eine prospektiv kontrollierte Studie an 60 Patienten mit alten osteoporotischen Frakturen durchgeführt (40 Pat. Kyphoplastie und 20 Pat. konservative Therapie, Altersmittel 72 J, Beobachtungszeitraum sechs Monate). Es erfolgte eine klinische prä- und postoperative Evaluation mittels zweier validierter Wirbelsäulenscores (Hannoveraner VAS-Score und EVOS-Score) und eine radiomorphometrische Beurteilung.

Bezüglich der frisch traumatischen Wirbelkörperfrakturen wurde im St-Vincenz Krankenhaus Limburg eine prospektive Studie an 25 Pat. mit WK-Kompressions- und Berstungsfrakturen durchgeführt. Das Altersmittel lag mit 57 Jahren deutlich unter der Osteoporosestudie (Nachbeobachtung 6 Monate, Evaluation mit Hannoveraner VAS-Score und radiomorphometrie. Analyse).

Osteoporose Es zeigte sich eine signifikante Schmerz- und Funktionsverbesserung bei 86 % der kyphoplastierten Patienten nach sechs Monaten, hingegen nur bei 50% der konservativ behandelten Pat. ($p < 0,01$). Die Anzahl der rücken-schmerzassoziierten Arztbesuche und der Schmerzmittelbedarf war in der Kyphoplastiegruppe deutlich geringer. Bei der radiologischen Analyse zeigte sich eine signifikante Aufrichtung nach Kyphoplastie um 16%

gegenüber 8% Höhenverlust in der Kontrolle ($p < 0,001$)

Trauma: Bei 93% der Pat nach Kyphoplastie zeigt sich eine deutliche Besserung von Schmerz und Funktion. Eine WK-Aufrichtung um 32% war möglich. Ökonomisch interessant erscheint uns nach Kyphoplastie die kurze stationäre Verweildauer im Mittel von vier Tagen und der Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit durchschnittlich nach vier Wochen. Anhand unserer prospektiven Daten von mittlerweile über 250 Pa-

tienten nach Kyphoplastie ließ sich eindeutig signifikant zeigen, dass eine frühe Frakturversorgung ein besseres Ergebnis ermöglicht bezüglich Schmerz, Funktion und WK-Wiederaufrichtung.

Betriebswirtschaftlich betrachtet sind mit der DRG die Materialkosten gedeckt. Für den Krankenhausträger ist mit diesem Verfahren momentan kein Gewinn zu erzielen. Volkswirtschaftlich ist dies anders. Die alten osteoporotischen Patienten generieren nach Kyphoplastie geringere

Folgekosten (weniger Analgetika, Arztbesuche und Hilfsmittel).

Noch günstiger aus sozioökonomischer Sicht erscheint uns das Verfahren bei jüngeren Patienten. Die Frühergebnisse nach Kyphoplastie verglichen mit Literaturdaten konservativ behandelter Pat. sind eindeutig besser, was sich in einem verkürzten Krankenhausaufenthalt und einer deutlich früheren Arbeitsfähigkeit zeigt.

Entscheidend ist die verantwortungsbewusste Indikationsstellung,

um eine Kostenexplosion ohne adäquaten Nutzen für die Patienten zu vermeiden. Deshalb erscheint eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Osteologen, orthopädischen Chirurgen und Radiologen unerlässlich.

I Autor: Dr. Jochen Hillmeier
Unfall- und orthopädische Chirurgie
St.Vincenz Krankenhaus Limburg
Auf dem Schafsberg, 65549 Limburg
Tel.: 06431 292 4421
E-Mail: j.hillmeier@st-vincenz.de

Revolution in der Wirbelsäulenchirurgie

Ballon-Kyphoplastie, kleiner Eingriff mit großer Wirkung

- Korrektur der Wirbelkörperhöhe durch Ballon-Technologie
- Weltweit mehr als 100.000 behandelte Patienten
- Minimalste Komplikationsrate < 0,5 %*
- Sofortige Schmerzreduktion
- Deutliche Verbesserung der Lebensqualität
- Mobil und aufrecht zurück in den Alltag

Ein Quantensprung in der Behandlung osteoporotischer Wirbelkörperkompressionsfrakturen

*MedWatch Medical Device Reporting System Juni 2003

Kyphon Deutschland GmbH
Uhlenstraße 48
67344 Speyer
Office: +49 (0)2232 6004 0
Office Fax: +49 (0)2232 6006 22
Mail: deutschland@kyphon.eu.com

WWW.KYPHON-EU.COM

KYPHON
AHEAD OF THE CURVE™



Was ist gesichert?

Zur Epiduralkathetertherapie nach Racz liegen derzeit noch zu wenige gesicherte Daten vor. Eine derzeit laufende Multicenter-Studie wird bezüglich der Wirksamkeit für Klarheit sorgen

MÜNCHEN – Die so genannte epidurale Neurolyse oder Neuroplastie wurde von Prof. Dr. Gabor B. Racz entwickelt und propagiert.

Erste Anwendungen wurden 1982 publiziert, und der von G. Racz entwickelte Spezialkatheter wurde sehr erfolgreich vermarktet – es findet sich bereits 1984 ein Erfahrungsbericht im „Orthopäden“. Die erste US-amerikanische, Medline-gelistete Publikation ist ein „Letter“ in „Anesthesia and Analgesia“. Die erste klinische Studie mit Anwendung der typischen Medikamente wurde 1995 publiziert.

In Deutschland ist die Methode mittlerweile durchaus populär: Im Jahr 2003 wurden 3160 Katheter an insgesamt 200 Anwender verkauft. Der Preis liegt incl. Einführungsnaedel bei 120 Euro insgesamt also 379.200 Euro (Quelle: Fit GmbH, Exklusivvertrieb für Epimed Int. In Deutschland). Man kann davon ausgehen, dass etwa 90 Prozent der Katheter in Privatinrichtungen verbraucht werden, bei einem durchschnittlichen Preis für den Kompletteneingriff (zwischen 2000 und 3000 Euro, Quelle: Sektion Wirbelsäule DGOOC) entspricht der Gesamtmarktwert der Therapie also 7.110.000 Euro pro Jahr.

Die Behandlungskosten werden in aller Regel von den gesetzlichen Kassen nicht übernommen. Dies umso mehr, seit 2003 eine Expertenkommission von Bundesärztekammer und kassenärztlicher Bundesvereinigung das Verfahren als „experimentelle Methode“ einstufte.

Nach Racz sind zum einen die auch von anderen Autoren beschriebenen epiduralen Vernarbungen nach Operation, Trauma und degenerativ verändertem Anulus und hinterem Längsband sowie Sequestration von Nukleus pulposus-Material für die Schmerzen verantwortlich. Dies im Sinne der mechanischen Bedrängung einer Nervenwurzel wie auch durch lokal-inflammatorische Prozesse mit Cytokin-Produktion, Wurzelschwellung und -reizung.

Die postulierten Wirkprinzipien der Racz Epiduralkatheterbehandlung sind:

1. Lösung epiduraler Adhäsionen (mechanisch, Hyaluronidase)
2. anti-ödematöser Effekt (hypertone NaCl, Corticosteroid)
3. anti-inflammatorischer Effekt (Auswaschung pro-inflammatorischer Substanzen, Corticosteroid)
4. analgetischer Effekt (Lokalanästhetikum, hypertone NaCl)

Welches sind die Indikationen? Laut Originalbeschreiber sind dies lumboschialgiforme Schmerzen aufgrund von Bandscheibenprolaps und postoperativen Vernarbungen, also jeweils mit dominierend radikulärer

Komponente. Andere Autoren propagieren die Methode auch zur Behandlung reiner Lumbalgien.

Im Verlauf der Entwicklung der Methode implizieren einige Autoren, dass epidurale Adhäsionen auch primär, d.h. ohne OP oder Bandscheibenläsion auftreten können. Insgesamt sind sieben klinische Studien publiziert, lediglich drei davon sind Medline-gelistet („Orthopäde“, „Regional Anesthesia and Pain Medicine“, „Clinical Journal of Pain“).

Die übrigen vier Arbeiten sind in „Pain Physician“, „Pain Digest“ und „Seminars in Anesthesia“ publiziert.

Kenndaten und Ergebnisse der Studien:

1. Devulder untersuchte in einer prospektiven, nicht kontrollierten Studie 34 Patienten, es wurde lediglich die Injektion der Medikamente, keine „mechanische Neurolyse“ nach Racz durchgeführt. Devulder beobachtete eine Reduktion der epidurographischen Füllungsdefekte, jedoch lediglich bei vier Patienten eine Schmerzverbesserung für maximal einen Monat.

2. Racz untersuchte retrospektiv 100 Patienten aus mehr als 1500, die

4. Heavner (Texas Tech University, Lubbock, Texas) untersuchte in einer prospektiv-kontrollierten Studie die Effekte von Hyaluronidase und hypertoner Kochsalzlösung: 83 Patienten, vier Gruppen, 24 drop-outs: Schmerzverbesserung in 25 Prozent der Patienten in allen vier Gruppen, in einzelnen Fällen bis zu einem Jahr. Hypertone Kochsalzlösung ergab tendenziell bessere Ergebnisse.

5. Racz (ebenfalls Texas Tech University, Lubbock, Texas) untersuchte im selben Jahr prospektiv (dieselben?) 83 Patienten, allerdings nach anderen Bewertungs-Scores. Ergebnis: 49 Prozent hatten

ladene Reviews zu bestimmten Themen. „Pain Physician“ ist die Publikation der American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP), nicht Medline-gelistet, jedoch nach eigenen Angaben peer-reviewed. „Pain Digest“ ist eine Publikation, die vor allem eingeladene Artikel publiziert. „Seminars in Anesthesia“ publiziert (eingeladene) Reviews in jeweils themenspezifischen Ausgaben. Das Editorial Board besteht aus einer Person.

Kritikpunkte: Keine der Studien ist placebo-kontrolliert. Die einzige prospektive, randomisierte und kontrollierte Studie verwendet als Zielkriterium Lumbago, die Kontrollgruppe ist in Wirklichkeit keine Negativkontrolle. Die beiden anderen randomisierten Studien sind retrospektive Analysen.

Die Publikationen von Racz und Manchikanti sind aufgrund ihrer Publikation in nicht Medline-gelisteten

Journals sicherlich kritischer zu betrachten. Die beiden Arbeiten von Heavner und Racz benutzten offensichtlich dasselbe Krankengut.

Heavner erreichte eine relevante Besserung bei 25 Prozent der Patienten bei Fehlen einer Kontrollgruppe, ähnlich dem natürlichen Verlauf bei Lumboschialgie. Die als Pilotstudie publizierte Arbeit von

Gerdesmeyer enthält keine Kontrollgruppe, der Zeitraum von drei Monaten ist kurz, methodisch ist die Arbeit sauber. Der Arbeit von Devulder verwendete nicht das Originalprotokoll, sie beinhaltet keine Kontrollgruppe.

Alle Arbeiten außer der von Gerdesmeyer sind in einem Ausmaß mit methodischen Fehlern behaftet, dass nach EBM-Kriterien keine Verwertung der Ergebnisse möglich ist. Es gibt Hinweise auf eine Wirksamkeit der Epiduralkathetertherapie nach Racz, mehr jedoch nicht. Eigene Ergebnisse und die von Gerdesmeyer et al. deuten ebenfalls in diese Richtung.

Die Ergebnisse einer in Durchführung befindlichen prospektiv-randomisierten, placebo-kontrollierten und verblindeten Multicenter-Studie (Leitung: Gerdesmeyer, TU München und Birkenmaier, LMU München) werden hier eine adäquate Antwort geben können (Literatur beim Verfasser).

I Autor: Dr. Christoph Birkenmaier
Orthopädische Klinik der LMU München,
Klinikum Großhadern
Marchioninistr. 15, D-81377 München
Dt. Gesellschaft für Wirbelsäulentherapie



Dr. Christoph Birkenmaier



Racz-Katheter auf Höhe L5/S1 mediolateral links mit geringem Füllungsdefekt im Epidurogramm

nach 1 Jahr weniger Schmerzen als vor dem Eingriff.

6. Gerdesmeyer berichtet im Orthopäden über die Machbarkeitsanalyse für eine Multicenterstudie. Er fand signifikante Verbesserungen in den VAS-, Oswestry- und MacNab Scores nach drei Monaten.

7. Manchikanti untersuchte in einer prospektiv-randomisierten, kontrollierten und doppel-blinden Studie den Unterschied zwischen alleiniger Katheterisierung und Katheterisierung mit mechanischer Adhäsiolese mit und ohne hypertone Kochsalzlösung bei Lumbalgien: Adhäsiolese war signifikant besser bis zu 3,8 Monaten.

8. Eine in Publikation befindliche prospektiv-randomisierte und kontrollierte Studie aus unserem Hause (Veihelmann et al) zeigte nach drei Monaten eine Überlegenheit im Vergleich zu konservativer Therapie. Leider erschwert eine hohe drop-out rate in der Kontrollgruppe die Interpretierbarkeit der Ergebnisse.

Wertigkeit der Studien: Der „Orthopäde“, „Regional Anesthesia and Pain Medicine“ sowie das „Clinical Journal of Pain“ sind Medline-gelistete peer-review Journals. Sie publizieren Originalarbeiten und einge-



Racz-Katheter auf Höhe L5/S1 in lateraler Projektion: Klassisches Epidurogramm mit geringem Füllungsdefekt L5/S1 ventral

zwischen 1989 und 1992 behandelt worden waren, „randomisiert“ in zwei Gruppen mit und ohne Verwendung von Hyaluronidase, es wurden Telefoninterviews geführt: Die Versageraten war 18 Prozent ohne und 6,1 Prozent mit Hyaluronidase, bleibende Besserung wurde in 14 Prozent respektive 12,3 Prozent erreicht.

3. Manchikanti analysierte retrospektiv 232 Patienten, die aus einer Gruppe von mehr als 500 ausgewählt worden waren bzgl. Unterschieden im Behandlungsergebnis zwischen ein- und zweitägiger Therapie: Er fand keine.

Einfluss von Bildung und Einkommen

BERLIN – Eine BKK-Umfrage zeigt: Niedriges Bildungsniveau und geringes Einkommen erhöhen die Häufigkeit von Rückenbeschwerden

In einer aktuellen Umfrage, durchgeführt von tns emnid im Auftrag der BKK, wurden 4003 Personen ab 14 Jahren zu den Einflussfaktoren auf ihre Rückenbeschwerden befragt. Erfragt wurden Angaben zur derzeitigen Lebenssituation, zum sozialen Umfeld sowie dazu, ob sie regelmäßig Sport treiben. Grund für die Befragung ist die überdurchschnittlich starke Zunahme der Rückenbeschwerden um mehr als zwei Drittel bei den 14- bis 29-Jährigen (von 36 auf 60 Prozent). Inzwischen klagt rund die Hälfte der Schüler über Rückenschmerzen (53 Prozent).

Obwohl die Zahl der Versicherten mit Rückenbeschwerden stieg, begaben sich deutlich weniger in Behandlung – gegenüber 1998 gab es einen Rückgang von 57 Prozent auf 41 Prozent.

Bildungsniveau und Einkommen spielen vor allem bei der Intensität der Rückenschmerzen eine größere Rolle. Befragte mit Volks- oder Hauptschulabschluss und ohne Lehre sind mit 31 Prozent weit häufiger täglich betroffen als Personen mit Abitur und/oder Studium (9 Prozent). Fast ein Viertel der Befragten mit einem Haushaltsnettoeinkommen von unter 1000 Euro klagt über tägliche Rückenbeschwerden. Bei Personen mit einem Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 2500 Euro sind es nur elf Prozent.

Überdurchschnittlich häufig kommen Rückenbeschwerden bei Menschen vor, die sich gestresst fühlen oder mit ihrer Lebenssituation unzufrieden sind. In diesen Personengruppen ist der Anteil der von Rückenbeschwerden Betroffenen mit 77 Prozent deutlich größer als in der Gesamtbevölkerung (67 Prozent). Berufliche Überlastung, familiäre Probleme und das Gefühl, die eigene Freizeit nicht sinnvoll zu nutzen, erhöhen ebenfalls die Rückenschmerzhaftigkeit.

Positives Denken, Ausgeglichenheit und der regelmäßige Kontakt zu Freunden senken das Rückenschmerzrisiko. Wer mit seiner Lebenssituation zufrieden ist und angibt, sich fit und gesund zu fühlen, reduziert die Rückenschmerzhaftigkeit um bis zu neun Prozent. Deutlich sind die Zusammenhänge zwischen Sport und Rückenbeschwerden: Wer regelmäßig schwimmt, läuft, Tennis spielt oder Ballsport betreibt, gibt an, bis zu 17 Prozent weniger unter Rückenschmerzen zu leiden als der Bevölkerungsschnitt. (sk)

Bei Frauen spongiöser und kortikaler Knochenmineralgehalt

Zur Abschätzung des Frakturrisikos bei Männern reicht die Bestimmung des spongiösen Mineralgehalts

ROSTOCK – Verbessert die quantitative Knochenmineralgehaltbestimmung der Kortikalis die Vorhersage für das Auftreten von Wirbelkörperfrakturen?

Zur Frakturrisikoabschätzung bei Osteoporose haben sich die Dual-Energy X-ray Absorptiometry (DEXA) und das spinale QCT (sQCT) als osteodensitometrische Verfahren klinisch etabliert. Es wird zunehmend versucht, den Einfluss unterschiedlicher Knochenkompartimente zur Verhinderung osteoporotisch bedingter Frakturen mittels bildgebender Verfahren darzustellen und zu quantifizieren, um hierdurch eine Verbesserung der individuellen Frakturvorhersage erreichen zu können. Auf der Basis des mit sQCT ermittelten Knochenmineralgehaltes für Spongiosa (sKMG) und Kortikalis (kKMG) der Lendenwirbelkörper und deren Bewertung soll die Vorhersage der individuellen Frakturwahrscheinlichkeit verbessert werden.

Bei 279 Patienten (68 Männer (Alter 33-81 Jahre Mittelwert 65,1 Jahre), 211 Frauen (Alter 30 bis 84 Jahre, Mittelwert 62,2 Jahre)) wurde mittels SE-QCT/85kV unter Zuhilfenahme eines integrierten automatischen Konturfundungsprogramm die spongiöse und kortikale Knochen-dichte bestimmt. Im lateralen Röntgenbild der BWS und LWS wurde die Anzahl der vorhandenen Wirbelkörperfrakturen (Minderung der Wirbelkörperhöhe $>=25\%$) ermittelt. Das Patientenkollektiv wurde nach Geschlecht, Alter und Vorhandensein von Frakturen separiert.

Altersbezogen findet sich bei Frauen eine signifikante Abnahme der spongiösen und kortikalen Knochen-dichte, bei Männern lediglich der Knochen-dichte im spongiösen Bereich. Bei den Männern fand sich bei 12/68 (18%) Patienten, bei den Frauen bei 72/211 (34%) Patientinnen mindestens eine Wirbelkörperfraktur. Frauen mit einer spongiösen Knochen-dichte von 107 mg/ml haben mit 10%-iger Wahrscheinlichkeit mindestens eine Wirbelkörperfraktur, bei 88 mg/ml beträgt die Wahrscheinlichkeit 50% und bei 62 mg/ml 90%. Männer mit einer spongiösen Knochen-dichte von 96 mg/ml haben mit 10%-iger Wahrscheinlichkeit mindestens eine Wirbelkörperfraktur, bei 78 mg/ml beträgt die Wahrscheinlichkeit 50% und bei 53 mg/ml 90%.

Verwendet man die 50%-Wahrscheinlichkeitswerte als diagnostischen Test, so erhält man für die Güte des Tests bei Frauen eine Sensitivität von 0,83, eine Spezifität von 0,77 und eine Testeffizienz von 1,58. Bei den Männern beträgt die Sensitivität 0,94, die Spezifität 0,92 und die Effizienz 1,85. Verwendet man die kortikale Knochen-dichte als zusätzlichen Parameter, verändert sich die Testgüte bei den Männern nicht signifikant, bei den Frauen verbessern sich die Sensitivität von 0,83 auf 0,91, die Spezifität von 0,77 auf 0,89 und die Effizienz von 1,58 auf

1,82. Die Kortikalisbestimmung in der CT ist jedoch insgesamt nicht unproblematisch, da die Kortikalisdicke im Auflösungsbereich der CT-Geräte liegt. Im allgemeinen wird die Kortikalisdichte mittels eines willkürlich bestimmten Schwellenwert-Algorithmus festgelegt. Die verwendete Schwellenwertstufe sowie die Bildarstellungsparameter und partielle Volumeneffek-



PD Reimer Andresen

te werden daher die Ergebnisse beeinflussen. So wird in der Regel die Kortikalisdicke zu groß bestimmt und daraus resultierend der kortikale KMG unterschätzt. Zusätzlich wird die Messung auch von der Knochengröße beeinflusst, was ebenfalls zu falschen Ergebnissen führen kann. Trotz dieser Schwierigkeiten scheint die selektive Knochenmineralgehaltsbestimmung der Kortikalis im CT paxisrelevante Infor-

mationen zu liefern, eine Verbesserung der Frakturvorhersage erscheint insbesondere bei Frauen gegeben, dieses lässt sich auch durch eine signifikant verbesserte Testgüte belegen. Inwieweit sich diese durch Einführung von Wichtungsfaktoren für die beiden Parameter spongiöser und kortikaler KMG weiter verbessern lässt, bleibt abzuwarten. Zusätzlich ist jedoch eine Verbesserung der Bildgebungstechnik für die Segmentierung der Kortikalis notwendig. Zur Abschätzung des individuellen Frakturrisikos am axialen Kno-

chenskelett genügt bei Männern die alleinige Bestimmung des spongiösen Knochenmineralgehaltes, bei Frauen sollte der spongiöse und kortikale Knochenmineralgehalt berücksichtigt werden. ■

I Autor: PD Dr. habil. Reimer Andresen, CA Krankenhaus Güstrow
Abtlg. Bildgebende Diagnostik und Interventionelle Radiologie; Friedrich-Trendelenburg-Allee 1; 18273 Güstrow
Tel.: 03843-34 27 51; Fax: -34 32 82 75 1
E-Mail: randresen@krankenhaus-guestrow.de

Das Instrumentarium für die Vertebroplastie
ermöglicht eine minimalinvasive Applikation des Vertebroplastiezementes.
Die Vorteile für den Operateur:

- Sicherheit
- Präzision
- Zerterspannis

Osteopal® V – für die Vertebroplastie und Kyphoplastie
zeichnet sich aus durch:

- niedrige Viskosität
- hohen Kontrastmittelanfall
- kurze Anmischzeit
- mechanische Eigenschaften, entsprechend ISO 5833

Zement Trauma Diskmaterial Wirbelsäule Gelenkersatz

Cemento Osteopal® V

Biomet Deutschland GmbH

Gustav-Krone-Str. 2
D-14167 Berlin

www.biometdeutschland.de

BIOMET
Deutschland



Beste Praxis-Websites

Orthopäden siegten in „Beste Technik“

NÜRNBERG – Die Gewinner des Wettbewerbs „Deutschlands beste Praxis-Website“ stehen fest. 13 Internetauftritte niedergelassener Ärzte wurden ausgezeichnet. Eine Orthopäden-Website gewann die Kategorie „Beste Technik“.

Insgesamt 510 Praxen beteiligten sich mit ihren Websites an dem Wettbewerb. Rang eins nahm eine Gemeinschaftspraxis (Allgemein- und Innere Medizin) aus Groß-Bieberau ein, gefolgt von der Augenarztgemeinschaftspraxis Detlef Kribus und Roland Seufert aus Bergisch Gladbach (www.augenzumarzt.de). Beste Orthopäden-Website wurde die Praxiswebsite www.ortho-medie.de aus Fürth auf Rang acht. Sie wurde mit einem Palm Handheld belohnt. Erstmals verlieh die Jury auch Preise in den neu geschaffenen Kategorien Design, Inhalt und Technik. Bei der besten Technik gewann der Webaufritt der orthopädischen Gemeinschaftspraxis von Dr. Michael Benning und Dr. Christoph Eichhorn aus Aachen (www.benning-eichhorn.de). Sie erhielten als Auszeichnung eine Digitalkamera.

Wie rasch die beiden Orthopäden webtechnisch reagieren, beweist ein Blick auf die Toppage: Hier wird die Auszeichnung bereits gebührend erwählt.

Das Ziel des Wettbewerbs, der von Novartis Pharma GmbH und Medical Tribune durchgeführt wurde, besteht darin, die Kommunikation zwischen Arzt und Patient zu verbessern. Einerseits sollen die niedergelassenen Ärzte im Online-Bereich unterstützt werden, andererseits soll den veränderten Bedürfnissen der Patienten Rechnung getragen werden, die sich vor einem Arzt-Besuch genauer über Praxis, Serviceleistungen oder medi-



zische Details informieren möchten.

Ein Website-Guide für Ärzte mit Tipps zur Erstellung einer eigenen Praxis-Homepage kann bei der Novartis Pharma GmbH unter dem Stichwort „Beste Praxis-Website“ kostenlos angefordert oder aus dem Internet heruntergeladen werden. (dk) ■

Psyhyrembel® ist ein Klassiker

Wer kennt ihn nicht, den „Psyhyrembel“? Medizinstudenten, Ärzte, Pflegepersonal, Medizinjournalisten oder einfach jene, die sich für medizinische Begriffe interessieren.

Alle profitieren von den prägnanten und präzisen Erklärungen medizinischer Begriffe. Die Neuauflage (260. Auflage) diese Standardwerks, erschienen im Walter-de-Gruyter-Verlag, Berlin, besticht unter anderem durch den übersichtlichen Aufbau, mehr Abbildungen und Tabellen sowie einen erweiterten Umfang. Ein Beispiel für letzteren ist E-Health, ein Begriff, der zunehmend

wichtiger wird und in der neuen Auflage umfassend beschrieben wird. Der Psyhyrembel® – ein Beweis dafür, dass Lexika nicht langweilig sein müssen. Weitere Informationen unter www.Psyhyrembel.de (rf) ■

Rheumatologie praxisnah

Hilfe bei der Einordnung von Symptomen und Befunden am Bewegungsapparat zu rheumatischen Krankheitsbildern leistet der Thieme Taschenatlas „Rheumatologie“, den der Leiter der Rheumatologie und klinischen Immunologie am Allgemeinen Krankenhaus Eilbek in Hamburg, Prof. Dr. Jürgen Wollenhaupt, vorlegt.

Im Fokus steht der Praxisbezug: Diagnosechecklisten, differenzialdiagnostische Tabellen, Therapieschemata und Leitsätze, durch klar strukturierte Schaubilder ergänzt, weisen dem Orthopäden den Weg durch die entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen, Arthrosen und Arthritiden. Viel Raum widmet Wollenhaupt dem Kapitel medikamentöse Therapie mit Wirkweisen und Einsatzbereichen der Wirkstoffe. Der zweite Teil widmet sich den Rheumaformen und ihren Eigenheiten. ■

Wollenhaupt, Jürgen: Rheumatologie; Taschenatlas spezial; 2003; 143 S. mit meist farbigen Abbildungen; ISBN: 3-13-132941-6; Preis: 24,95 Euro

Orthopädie-Kalender

Die Sprunggelenksfraktur – Fortbildung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt*

05.01.2005
Ort: Sangerhausen
Auskunft: Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
D-39120 Magdeburg
tel.: +49(0)391-6054-0; fax: -700
e-mail: info@aeksa.de
web: www.aeksa.de
Reiseinfo: www.sangerhausen.de

Kniegelenksnahe Umstellungsosteotomien – Fortbildung der Ärztekammer Berlin*

12.01.2005
Ort: Berlin
Auskunft: Ärztekammer Berlin
Friedrichstr. 16; D-10969 Berlin
tel.: +49(0)30-40806-0; fax: -3499
e-mail: kammer@aekb.de
Reiseinfo: www.berlin.de

Kinderorthopädie – Hüft dysplasie – Fortbildung der Ärztekammer Nordrhein*

12.01.2005
Ort: Essen
Auskunft: Ärztekammer Nordrhein
Tersteegenstr. 31
D-40474 Düsseldorf
tel.: +49(0)211-4302-0; fax: -200
e-mail: aerztekkammer@aekno.de
web: www.aekno.de
Reiseinfo: www.essen.de

22. Erweitertes Berliner Arthroskopie-symposium mit Arthroskopie-Workshop

13.01. – 16.01.2005
Ort: Oberwiesenthal
Auskunft: P & R Kongresse GmbH
Bleibtreustr. 12a; D-10623 Berlin
tel.: +49(0)30-8851-008; fax: -02
e-mail: info@pr-kongresse.de
web: www.pr-kongresse.de
Reiseinfo: www.oberwiesenthal.de

Comprehensive Hands-on Anatomy of the Cervical and Lumbar Spine for Operative Approaches

14.01. – 16.01.2005
Ort: St. Louis/Jefferson City, MO, USA
Auskunft: St. Louis University
Practical Anatomy Workshop
Sandy Turck; 3839 Lindell Blvd.
US-63108 St. Louis, MO
tel.: +1(0)314-535-4000
fax: +1(0)775-593-4989
e-mail: turcksk@slu.edu
Reiseinfo: www.explorestlouis.com

Hüftendoprothetik unter sportmedizinischen Aspekten/Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Sport

15.01. – 16.01.2005
Ort: Leipzig
Auskunft: Medica-Akademie Ges. für med. Weiterbildung mbH
Käthe-Kollwitz-Str. 8
D-04109 Leipzig
tel.: +49(0)341-2580-657; fax: -651
e-mail: kurse@medica-akademie.de
web: www.medica-akademie.de
Reiseinfo: www.leipzig.de

Sonographie-Kurs der HaMAS – Aufbaukurs Säuglingshüfte (SII)

15.01. – 16.01.2005
Ort: Hamburg
Auskunft: Hamburg-Münchner Ar-

beitskreis für Sonographie am Bewegungssystem/ HaMAS
Frau A. Habermann
Maurepasstr. 95
D-24558 Henstedt-Ulzburg
tel.: +49(0)4193-959-966; fax: -885
e-mail: sono-kurse@t-online.de
web: www.ortho-hamburg.de
Reiseinfo: www.hamburg.de

A Mayo Clinic Comprehensive Review – Reconstructive Surgery and Trauma of the Upper and Lower Limb*

17.01. – 21.01.2005
Ort: Wailea, Maui, HI, USA
Auskunft: Mayo Clinic
Linda Oelke, School of CME
2001st Street S.W.
US-55905 Rochester, MN
tel.: +1(0)507-284-2509; fax: -0532
e-mail: oelke.linda@mayo.edu
web: www.mayo.edu
Reiseinfo: www.grandwailea.com

Gestielte Lappenplastiken am Unterschenkel und Fuß – Fortbildung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt*

8.01.2005
Ort: Halle
Auskunft: Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
D-39120 Magdeburg
tel.: +49(0)391-6054-0
fax: +49(0)391-6054-700
e-mail: info@aeksa.de
web: www.aeksa.de
Reiseinfo: www.halle.de

10. Forum Wirbelsäulen-chirurgie

Datum: 20.01. – 22.01.2005
Ort: Arosa, Schweiz
Auskunft: Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg
Schlierbacher Landstr. 200a
D-69118 Heidelberg
Reiseinfo: www.arosa.ch

Abschlusskurs – Sonographie der Säuglingshüfte – Fortbildung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt*

21.01. – 22.01.2005
Ort: Magdeburg
Auskunft: Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
D-39120 Magdeburg
tel.: +49(0)391-6054-0; fax: -700
e-mail: info@aeksa.de
web: www.aeksa.de
Reiseinfo: www.magdeburg.de

23. Arthroskopiekurs – Operative Arthroskopie für Anfänger und Fortgeschrittene

23.01. – 28.01.2005
Ort: Arosa, Schweiz
Auskunft: Kreis Krankenhaus Rheinfelden
Frau Helga Karth; Am Vogelsang 4
D-79618 Rheinfelden
tel.: +49(0)7623-941-352; fax: -354
e-mail: karth.helga@klinlo.de
web: www.arthroskopiekurs.de
Reiseinfo: www.arosa.ch

5th Advanced Course on Shoulder Arthroscopy

23.01. – 29.01.2005
Ort: Val d'Isère
Auskunft: Flemish elbow and shoulder surgeons society
Wilrijkstraat 10

B-2650 Edegem
tel.: +32(0)3-8214-746; fax: -412
Reiseinfo: www.valdisere.com/

Einführung in die konventionelle Skelettdiagnostik/Durchleuchtung – Fortbildung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt*

25.01.2005
Ort: Halle
Auskunft: Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
D-39120 Magdeburg
tel.: +49(0)391-6054-0; fax: -700
e-mail: info@aeksa.de
web: www.aeksa.de
Reiseinfo: www.halle.de

DRG aktuell – Neue Entwicklungen für Krankenhäuser, Kostenträger und Industrie

26.01.2005
Ort: Köln
Auskunft: MCC – The Communication Company
Scharnhorststr. 67a
D-52351 Düren
tel.: +49(0)2421-12177-0; fax: -27
e-mail: mcc@mcc-seminare.de
Reiseinfo: www.koeln.de

8. Wiener Orthopädisch-Traumatologischer Ilizarov-Kurs

Datum: 26.01. – 29.01.2005
Ort: Wien, Österreich
Auskunft: Hospital Nino Jesus
E.P.O.S. European Paediatric Orthopaedic Society
Prof. Dr. Tomás Epeldegui
Avda. Menendez Pelayo, 65
ES-28009 Madrid
tel.: +34(0)91-5095900
fax: +34(0)91-5744669
e-mail: epeldegui@wanadoo.es
web: www.epos.efort.org
Reiseinfo: www.wien.at/

Hüftprobleme im Sport/ Hip Problems in Sports – Annual Meeting GOTS-Schweiz

27.01.2005
Ort: Basel, Schweiz
Auskunft: H. Winkelmann
CH-2532 Mugglingen
tel.: +41(0)32-327-6332; fax: -6405
e-mail: gots.frankfurt@t-online.de
Reiseinfo: www.basel.ch

9th International Symposium of the Association of European Research Group for Spinal Osteosynthesis – ARGOS

28.01. – 29.01.2005
Ort: Paris, Frankreich
Auskunft: Argos Association
Marjorie Sale 64, rue Tiquetonne
F-75002 Paris
tel.: +33(0)3-212159-64; fax: -70
e-mail: marjorie@argos-europe.com
web: www.argos-europe.com
Reiseinfo: www.paris.fr

Osteoporose als wichtigste osteologische Erkrankung (Kurs I)*

29.01. – 30.01.2005
Ort: Marburg
Auskunft: PD Dr. P. Hadji
Biegenstr. 14
D-35037 Marburg
tel.: +49(0)6421-286-4400
fax: +49(0)6421-286-7070
e-mail: hadji@med.uni-marburg.de

Für einen starken Rücken

DorsoTrain® mit stabilisierenden Elementen

Mit den Produkten für die gezielte Rückentherapie bietet Bauerfeind Orthopädie dem Patienten ein umfassendes System zur Behandlung von Erkrankungen des gesamten Rückens – mit optimalen Möglichkeiten zur Therapie, Wiederherstellung oder zur Vorbeugung.

Das Therapieprogramm rund um den Rücken wurde in diesem Herbst um die Aktivbandage DorsoTrain erweitert. DorsoTrain ist eine Bandage mit stabilisierenden Funktionselementen und wird bei muskuloligamentärer Wirbelsäulensuffizienz sowie bei Osteoporose eingesetzt.

Die Wirbelsäule wird mittels eines teilflexiblen Kunststoffstabes (Reklinator) in Verbindung mit unelastischen Funktionszonen des Bodys aufgerichtet und gestützt. Ein Leibgurt ermöglicht eine dosierbare Bauchdeckenkompression. Mit dieser Korrektur der Körperhaltung werden maßgeblich die Schmerzen gelindert.

Das anschmiegsame Material des Bodys sowie die atmungsaktiven und hautfreundlichen Textilfasern gewährleisten eine optimale Passform. Diese Passform begründet neben ansprechendem Design und einer sehr



einfachen Handhabung die gute Patientencompliance. Ein durchgehender Reißverschluss und ein nach vorn verlagerter Zwickelverschluss ermöglichen der Patientin das leichte An- und Ablegen des Bodys.

Die neue DorsoTrain bietet der Patientin ein sorgenfreies und aktives Leben. Größtmögliche Bewegungsfreiheit für jeden Tag – ganz besonders auch in aktiven Situationen. ■

Informationen:

Bauerfeind Orthopädie GmbH & Co. KG
Arnoldstraße 15; 47906 Kempen
Tel.: +49 (0) 2152 -208-175
www.bauerfeind-orthopaedie.de

Gegen Schuppenflechte

Enbrel®-Zulassung ein Paradigmenwechsel

Eine neue Ära in der Psoriasis-Therapie läutet das Unternehmen Wyeth Pharma mit seinem Präparat Enbrel® ein. Die Europäische Zulassungsbehörde EMEA hat soeben diesem aus der anti-rheumatischen Therapie bekannten TNF- α -Rezeptor mit dem Wirkstoff Etanercept auch eine Zulassung für die Psoriasis-Behandlung erteilt. Diese bezieht sich auf die Therapie erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, die auf andere systemische Therapien wie Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA nicht angesprochen haben, sie nicht vertragen oder bei denen diese Behandlungen kontraindiziert sind.

Die Daten, die zu dieser Zulassungserweiterung geführt haben, stammen im Wesentlichen aus drei randomisierten, doppel-blinden, und Placebo-kontrollierten Studien, in die mehr als 1200 erwachsene Patienten eingeschlossen waren. Die Studienresultate zeigten, dass der Einsatz von Enbrel® zu einer signifikanten Besserung sowohl der Hauterscheinungen als auch der Lebensqualität führt.

Die für die Psoriasis-Indikation empfohlene Enbrel®-Dosis beträgt 25 mg zweimal wöchentlich. Alternativ kann 50 mg zweimal wöchentlich bis zu 12 Wochen verabreicht werden, gefolgt von einer Dosis von 25 mg zweimal wöchentlich, falls er-

forderlich. Die Etanercept-Behandlung sollte bis zum Erreichen der Remission fortgesetzt werden und zwar bis zu 24 Wochen. Bei Patienten, die nach zwölf Wochen nicht angesprochen haben, sollte die Behandlung abgebrochen werden. Falls eine erneute Therapie mit Enbrel® indiziert ist, sollte die oben genannte Anleitung für die Behandlungsdauer befolgt werden. Die Dosis sollte 25 mg zweimal wöchentlich betragen.

Auch für Psoriasis-Arthritis

Enbrel® ist das einzige in Deutschland verfügbare Biological, das sowohl die Zulassung für die Psoriasis als auch die Psoriasis-Arthritis besitzt. Es liegen bereits 12 Jahre klinischer Erfahrung aus anderen Indikationsbereichen vor. Das Medikament wurde weltweit bereits bei über 255 000 Patienten eingesetzt, so dass man in der Indikation Psoriasis von einer neuen Therapieoption auf gut dokumentierter Sicherheitsgrundlage sprechen kann.

Etanercept (Enbrel®) ist derzeit in Deutschland als einziges Biological für die Behandlung der aktiven polyartikulären juvenilen Arthritis (JIA) zugelassen. ■

Informationen:

Wyeth; Wienburgstr. 207; 48159 Münster
tel.: 0251 - 2040; www.wyeth.de

Spezialeinlagen verbessern die Fußfunktion

Während des diesjährigen Unfallchirurgen- und Orthopäden-Kongresses in Berlin fand ein interessanter Workshop zum Thema „Haltungs- und Bewegungsdiagnostik – Sensomotorik und Spezialeinlagenbehandlung“ statt.

Dabei wurden die Ergebnisse konventioneller Einlagenbehandlung (siehe Artikel „Kein Effekt korrigierender Einlagen“ Orthopädische Nachrichten Kongressausgabe 1 10/2004) bestätigt. Als Behandlungsalternative wurden weiche, sensomotorisch wirksame Spezialeinlagen präsentiert. Der Orthopäde Gregor Pfaff führte anschließend in die neurophysiologischen Grundlagen der sensomotorischen Integration und Haltungssteuerung ein.

Die afferenzverstärkenden Spezialeinlagen aktivieren die gewölbte Fußmuskulatur, dabei ändert sich nicht nur die Fußform, sondern auch die Körperhaltung. Diese Effekte werden zur Behandlung von Fußfehlformen und Wirbelsäulenschmerzen genutzt. Pfaff verwies dabei auf neueste Untersuchungen von Hafkemeyer (Münster) und Bernius (München), die unabhängig voneinander positive Effekte afferenzverstärkender Einlagen bei ICP-Kindern zeigten. Die für die Verordnung notwendigen Kenntnisse werden in zwei zertifizierten Kursen vermittelt, die Inhalte sind von BVO und ADO anerkannt. ■

Informationen:

Medreflex Therapiekonzepte GmbH
Hesseleherstrasse 6; 80802 München
Tel. 089/38-799884; Fax: -898169
E-Mail: a.welk@medreflex.de

Informationen zur RA

Unter www.humira.de bietet Abbott Immunology neueste wissenschaftliche Ergebnisse und Informationen rund um das Thema Rheumatoide Arthritis (RA). Die thematischen Schwerpunkte der Webpage beinhalten auch speziell an den Bedürfnissen der Hausärzte, Internisten und Orthopäden orientierte Infos. Geboten werden wissenschaftliche Daten, Diagnosewege, Therapieoptionen, spezielle Informationen rund um Humira, Literaturhinweise und Präsentationen zum Download. Gebucht werden kann ein wissenschaftlicher Newsletter, der vierteljährlich erscheint und neueste wissenschaftliche Daten liefert. ■

Informationen:

Abbott GmbH & Co. KG; Max-Planck-Ring 2; 65205 Wiesbaden
tel.: 0 61 22 / 58-0; fax: -1244

Gutes Sicherheitsprofil

Verträglichkeitsstudie zu Durolane®

Laut den Richtlinien des American College of Rheumatology stellt die intraartikuläre Injektion von Hyaluronsäure eine alternative Herangehensweise zur Linderung von Gelenkschmerzen dar. Die Wirkdauer ist länger, die Verträglichkeit oft besser als die von oral eingenommenen Medikamenten. Die intraartikuläre Injektion von NASHA ist dabei besonders schonend und wirksam.

Dies konnte eine nicht-blinde prospektive Verträglichkeitsstudie mit 103 Patienten (128 Kniegelenke) im Alter von mindestens 50 Jahren bestätigen (Akermark C. et al. Non-Animal Stabilized Hyaluronic Acid in the Treatment of Osteoarthritis of the Knee: A Tolerability Study. Clin Drug Invest 2002;22,3:157-66).

Die Studie wurde an fünf Zentren in Schweden durchgeführt. Den Teilnehmern wurden einmalig 60 mg/3 ml NASHA intraartikulär injiziert. Die Patienten standen drei Monate lang unter Beobachtung. Zur Erweiterung der Studie erhielten 53 Patienten (72 Kniegelenke) sechs Monate nach der ersten eine weitere intraartikuläre NASHA-Injektion. Diese Patienten wurden über einen Zeitraum von einem Monat nachuntersucht. Zur Ermittlung des Verträglichkeitsprofils wurde in beiden Fällen die Häufigkeit der behandlungsabhängigen, unerwarteten unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW) festgestellt.

Als erwartete UAW definiert wurden lokale Reaktionen sowie Schwellungen, Berührungsempfindlichkeit und Wärmeempfinden an der Injektionsstelle, die innerhalb von drei Wochen auftraten. Zur Bestimmung der Wirksamkeit wurden anhand einer visuellen Analogskala (VAS) Schmerzen und Schwellungen am Knie sowie Berührungsempfindlichkeit gemessen. Zudem wurden Veränderungen des allgemeinen Zustands der Kniegelenksarthrose und

die Zufriedenheit der Patienten mit der Therapie festgehalten.

Nach der ersten Injektion wurden bei 128 Kniegelenken als erwartete UAW insgesamt 51 lokale Reaktionen beobachtet, die mit dem Produkt oder der Injektionstechnik in Verbindung gebracht werden konnten. Dabei handelte es sich bei nur sieben Kniegelenken um UAW, die ausschließlich in Form von lokaler Schwellung und leichten Schmerzen im Knie bestanden. Bei 128 Injektionen traten somit in 5,5% der Fälle UAW auf.


Nach der zweiten Behandlung traten elf lokale Reaktionen auf, von denen nur drei der Definition der UAW entsprachen. Dies entspricht einer UAW-Rate von 4,2% bei insgesamt 72 Injektionen.

Eine statistisch signifikante Reduktion der Schmerzen im Knie ($p < 0,0001$) konnte nach beiden Injektionen beobachtet werden. Die Berührungsempfindlichkeit konnte drei Monate nach der ersten Injektion ebenfalls signifikant im Vergleich zum Ausgangswert verringert werden ($p = 0,0003$). Der Anteil der Knie-schwellungen war nach beiden Injektionen unverändert. Hinsichtlich der Patientenbeurteilung bezüglich ihres allgemeinen Krankheitszustandes konnten ebenfalls keine signifikanten Veränderungen nach beiden Injektionen festgestellt werden.

Die Mehrheit der Patienten (80% oder 76 von 95 Patienten, 8 von 103 beurteilten nicht) bewertete den Behandlungserfolg bereits nach der ersten Injektion als gut oder sehr gut. Die Ergebnisse zeigten deutlich, dass Durolane® (NASHA) ein gutes Sicherheitsprofil bei der Therapie der Gonarthrose hat. ■

Informationen:

Q-Med; Berliner Ring 89; 64625 Bensheim;
Tel.: +49 (0)6251-77079-0; fax: -11
E-Mail: info.germany@q-med.com



V r n s t l t u n n r CUS-S rtklnk

f r z h m r s n r h k u r s r s t t z u n w u n s r n
(m b n g n d n r e G U M , G T u n r k V)

W s s n s c h t l i c h L t u n r r m W K n r m m (F o r u m s m a r t r)
t n . J E I m m m l t l r t l C U S - S r t k l n k

G r u n k u r s 1 2 - 1 3 . F u r 2 5
u f u k u r s 1 - 1 1 . S . m r 2 5
s c h l u s s k u r s 3 - . m r 2 5
u f u n s c h l u s s k u r s m u c h l s r s h r -
k u r s 1 .

U n t r s u c h u n s k u r s K n I m 2 . 1 2 5
U n t r s u c h u n s k u r s K n I I m 2 . 2 2 5
U n t r s u c h u n s k u r s S c h u l t r I m 2 3 . 3 2 5
U n t r s u c h u n s k u r s S c h u l t r I I m 1 3 . 2 2 5

. I n t r n t n l s CUS-W n t r s y m s u m
v m 5 - 1 2 . M t z 2 5 m n s n C l u S c h w z r h r V u l r / E n n

7 . I n t r n t n l r CUS-S r t m z n K n r s s
v m 1 - 2 1 . M 2 5 m G r s l t l n

m m l u n u n I n f m t n

CUS-S rtklnk, EK r l w k . W h l m - c k - S l r 1 5 7 1 7 t z h m ,
F N 7 2 8 1 / 1 5 2 2 . F X 7 2 8 1 / 1 5 2 2 3 , l k . r l w s k s r t k l n k .



Januar

▼ Die Einführung der **Praxisgebühr** dominiert das orthopädische Tun am Jahresbeginn: Rund 30 Prozent weniger Patienten kommen in die Praxen. Gründe: der „Vorzieheffekt“ und gezielte Desinformation. Die Patienten glauben, nur noch per Überweisung zum Orthopäden zu dürfen.

Auf dem Frankfurter **Orthopädentag** entlädt sich der Frust über den aktuellen EBM-Entwurf. Man fordert die Zulassung von Schwerpunkt-Orthopäden für den Komplex rheumatischer Erkrankungen sowie für die physikalische und rehabilitative Medizin und den Erhalt der Schmerztherapie als separates Kapitel.

Die **IGOST** übt heftige Kritik an der neuen Sprechstundenbedarfsregelung, die nur noch einen eingeschränkten Praxisbedarf an Lokalanästhetika zulässt. Der Orthopäde Dr. Othmar **Kubin** wird zum zweiten Vorsitzenden von Medi Hessen gewählt. ▲



Dr. Othmar Kubin

Februar

▼ Halle führt ein EU-gefördertes Projekt zur Synchronisierung des uneinheitlichen Datenmaterials über Endoprotheseneingriffe durch – der Startschuss für das längst überfällige **Deutsches Endoprothesen-Register?** Es fehlt die Unterstützung des DGOOC-„Arbeitskreises Endoprothesenregister“: Man befürchtet zu große Belastungen der Teilnehmer durch die Dokumentationspflichten.

BVO-Chef **Götte** fordert Anpassungen im EBM, dessen Umsetzung zum 1. Juli wankt.

Auf dem VLO-Treffen in Frankfurt erklärt der Finanzexperte Prof. Ferdinand **Kirchhof**, die von ihm geprüften Chefarztverträge würden nicht dem notwendigen Gleichheitsgrundsatz entsprechen. Bilanz eines Bundesarbeitsgerichtsrichters: „Offenbar ist es besser, einen Alt-Vertrag als Oberarzt als einen Neuvertrag als Chefarzt zu haben.“

Die Berliner Orthopäden sind besorgt über die neuen, zu niedrigen **Arzneimittelrichtgrößen**.

Die EU kündigt eine Neufassung der **Arbeitszeitrichtlinie** aus dem Jahr 1993 an. Ziel ist die Ausbehebung der EU-Urteile, die Berufsdienstleistungen als Arbeitszeit bewerten. ▲

März

▼ Der Bundesausschuss verlängert die Modellversuche zur **Akupunktur** und verhindert damit, dass diese als Kassenleistung entfällt. Mit den neuen **Heilmittelrichtlinien** können Orthopäden die maximale Verschreibungsmenge so festlegen, dass dem Patient unnötige Praxisgebühren erspart bleiben. Durch das Nein zu zeitgetakteten RLV im Länderausschuss kommt der **EBM 2000plus** nicht zum 1. Juli. Die Orthopäden gewinnen Zeit, die Benachteiligten für große Versorgerpraxen und die überdurchschnittlich hohe Abstrafung der Orthopäden noch zu ändern. In Westfalen-Lippe wird Dr. Petra **Billecke** zur neuen Landesvorsitzenden gewählt.



Prof. Ulrich Weber

Die Pharmaindustrie kritisiert heftig das EuGH-Urteil zur **Festbetragsregelung**, das den Kassen gestattet, die Festbeträge festlegen. Die Kooperation zwischen der orthopädischen Hochschulmedizin Berlin **Charité** und der Klinik **Emil von Behring** endet. Auslöser war ein Rechtsstreit der Klinik mit Chefarzt Prof. Ulrich **Weber**. ▲

April

▼ In **Baden-Baden** bricht der Zwist zwischen Orthopäden und Unfallchirurgen offen aus: DGOOC-Präsident Prof. Volker **Ewerbeck** wirft den künftigen Partnern „glasklare Interessenspolitik“ vor. Zankapfel ist die verpflichtende zweijährige **Weiterbildungszeit** im Komplementärfach. Ewerbeck will keinen „Facharzt light“ und sieht durch vorzeitige Abteilungs- und Facharztzusammenlegungen einen Perspektivverlust für den eigenen Nachwuchs. „Feindliche Übernahmen“ werden besonders an der Charité und den Unikliniken Göttingen und Freiburg, an der MHH und am Krankenhaus Limburg befürchtet. Die BGU Frankfurt stellt Operationen mit dem **„Robodoc“** ein und gibt damit dem großen öffentlichen Druck nach.

Der Orthopäde Dr. Enno **Warmcke** gründet in Schleswig-Holstein einen neuen Facharzt-Verein, um Facharztinteressen direkter anzugehen. Man fühlt sich von der Genossenschaft nicht ausreichend vertreten.

Gesundheitsministerin Schmidt kündigt auf der CeBIT an, die ab 2006 geplante **eCard** werde helfen, rund eine Milliarde Euro einzusparen. Experten bezeichnen das Projekt als „größer als die Lkw-Maut“. ▲

Mai

▼ Verstärkt machen sich nun auch Niedergelassene Sorgen um ihre **„Altterssicherung Praxisstift“**: Sie befürchten einen Wertverlust. Der Bonner Orthopäde Dr. Gunther **Konorza** will Anfang 2005 den Antrag auf die neue Facharztprüfung stellen; wird ihm dies verweigert, will er eine Normenkontrollklage einreichen.

Kongresspräsident in Baden-Baden 2005 wird Prof. Hans-Raimund **Casser**: Er kündigt als Schwerpunkt der Schmerztherapie an. Der Deutsche Ärztetag in Bremen schreibt die **Musterweiterbildungsordnung** fort und erleichtert die Gründung von **Zweigpraxen**.



Prof. Hans-Raimund Casser

Die Barmer Ersatzkasse will über einen **IV-Vertrag** die Behandlung von Patienten mit Knie- und Hüftleiden stringent vom Besuch beim Orthopäden bis zur Reha steuern.

Dr. Werner **Baumgärtner**, Chef der KV Nordwürttemberg, sieht in solchen Vorstößen den Versuch, Geld für die integrierte Versorgung vornehmlich in den stationären Bereich zu schleusen. ▲

Juni/Juli

▼ Der nordwürttembergische KV-Vize und Orthopäde Dr. Norbert **Metke** will an die KBV-Spitze; sein **„modifiziertes Hausarztmodell“** wird von den Orthopädenkollegen positiv bewertet. Baumgärtner und Dr. Axel Munte treten aus dem KBV-Vorstand zurück.

Der Unfallchirurg Prof. Martin **Börner** verlässt nach dem „Robodoc“-Wirbel die Frankfurter BGU. BVO und DGOOC geben bekannt, dass sie gemeinsam die Hälfte der 200000 Euro teuren Kampagne **„Orthopädie bewegt“** tragen, mit der das Fach Ruf und Stellung in der Gesellschaft klarstellen will.

Der Bundesverband für Ambulante Arthroskopie (**BVASK**) verweist auf EBM-Unklarheiten im Kapitel 31: Einige Zeitfenster seien zu eng gefasst, zudem fehlten einige Knorpeltransplantateingriffe und Regelungen zu den Sachkosten. Dr. Torsten **Hemker** schaffte den Sprung in die KV Hamburg. ▲



Dr. Torsten Hemker

August

▼ Ein **IV-Vertrag**, den der Solinger Orthopäde Dr. Armin **Brüggemann** mit der TK ausverhandelte, sorgt für Aufregung: Für außerbudgetäre zwölf bis 15 Euro je Patient werden kurze Wartezeiten, Arzttermine binnen fünf Tagen, eine Pflichtdokumentation sowie die Teilnahme an Qualitätszirkeln zugesagt. Der BVO attestiert dem Vertrag ein „krasses Missverhältnis von Mehrleistung zu Mehrvergütung“.

Der BVO kündigt ein gemeinsames **Manual** mit den Hausärzten zum **Gelenkschmerz** an. Knackpunkt sei die Definition der Schnittstelle. Auf dem Berliner Kongress werden Details bekannt: Hausärzte dürfen zunächst einen zweiwöchigen „Therapieversuch“ durchführen, bevor dann erfolgt die Überweisung.

Die GEK schließt den ersten **IV-Vertrag** ab: Ziel ist die Vermeidung von Knieoperationen.

Die Orthopäden begrüßen das Kippen der **Juniorprofessur** durch das Bundesverfassungsgericht.

Der Mannheimer Orthopädie-Chef Prof. Hanns-Peter **Scharf** sieht die Kritik des Wissenschaftsrates an der Mannheimer Unimedizin als Chance: Die Fakultät müsse nun mehr Eigenständigkeit entwickeln. ▲

September

▼ Der **KBV-Länderausschuss** stimmt dem vorliegenden EBM-Entwurf zwar zu, will aber die RLV-Einführung verschieben. Für erheblichen Sprengstoff sorgt die Ankündigung, der KBV-Hauptgeschäftsführer Dr. Andreas **Köhler** wechsele zur AOK. Die KBV-Führung verhindert den Wechsel.

Die **Orthesen-Hersteller** – ebenso die Orthopäden – kritisieren die Praxis, Knieorthesen bei Patienten wiederzuerwerben. Ein Erfahrungsaustausch des BVO zur **Integrierten Versorgung** zeigt die große Skepsis gegenüber bekannten Vertragsmodellen: Man rechnet nicht mit realen Versorgungsverbesserungen.

Orthopädie-Ordinarius Prof. Werner **Hein** wird in Halle Leiter des ersten Interdisziplinären Zentrums für Erkrankungen und Verletzungen der Hals-, Brust- und Bewegungsorgane.

Der **Biermann Verlag** und der **BVASK** stellen die Erstausgabe von **Kompakt AMSI** vor, eines Fortbildungsmediums für ambulante Arthroskopieure. ▲



Prof. Werner Hein

Oktober

▼ Mit der Marktrücknahme von **Vioxx** erlebt MSD einen wirtschaftlichen Super-GAU. Nach einer US-Studie zu einer Zulassungserweiterung, publiziert am 6. Oktober, gab es womöglich bis zu 27000 Herzattacken und tödliche Herzstillstände. Das Unternehmen wird beschuldigt, zu spät reagiert zu haben.

Der in den Kreisstellenvorstand gewählte Düsseldorf Orthopäde Dr. Andreas **Gassen** sieht hier mehr Möglichkeiten, unmittelbar zu Gunsten der Kollegen arbeiten zu können. Drei Orthopäden schaffen den Sprung in die VV der KV Brandenburg: Dr. Michael **Kirsch**, Dipl.-Med. Frank-Ulrich **Schulz** und Dr. Bernhard **Hausen**, der zugleich GFB-Landesvorsitzender in Brandenburg ist. Zwei schaffen den Sprung in die VV der KV Westfalen-Lippe: Dr. Christof **Mittmann** und Dr. Ulrich **Oberschelp**.

In Baden-Württemberg erleiden die Ambitionen **Metkes** Schiffbruch: Kein Medi-Vertreter schafft den Sprung in den Vorstand, keiner wird Vertreter in der KBV. Die EU-Kommission führt als neue Arbeitszeitkategorie die **„inaktive Bereitschaftsdienstzeit“** ein. Sie kontert das EuGH-Urteil, das Bereitschaftsdienst als Arbeitszeit deklariert. ▲

November/Dezember

▼ Der letzte **Deutsche Orthopädenkongress** erlebt mit knapp 6000 Teilnehmern einen Rekordandrang. Den Veranstaltungen wird ein hohes wissenschaftliches Niveau attestiert. DGOOC-Kongresspräsident **Ewerbeck** setzt nachhaltige Akzente: gegen eine Erlöserwartung orientierte Klinikpolitik, gegen einen von vielen Kollegen praktizierten Merkantilismus, für den Ausbau politischer Macht. Und Ewerbeck präsentierte seine Vision einer Gesellschaft, die Eliten zulässt, Mut zu tief greifenden Veränderungen hat und sich ihrer sozialen Verantwortung stellt.



Prof. Volker Ewerbeck

Man beendet den **WBO-Streit** mit den Unfallchirurgen: Der **„Facharzt light“** ist da. Gerangelt wird nun um Mindestmengen. Kopfschütteln ruft ein Manual von BVO und BDA hervor, das einen **„zweiwöchigen Therapieversuch“** des Hausarztes vorsieht. Die **Gerac-Studie** zur **Akupunktur** ergibt ein dubioses Ergebnis: Scheinakupunktur ist fast so effektiv wie die echte; beide sind deutlich effektiver als die Standardtherapie. (sk) ▲

Ausblick

Im kommenden Monat berichten wir über...

- ▶ ...die Lage der deutschen Orthopädie-Lehrstühle
- ▶ ...die Pläne des Deutschen Orthopäden-Verbands
- ▶ ...die Kooperation der Frankfurter Orthopädie mit den Radiologen

Tagesaktuell können Sie diese Berichte auch in unserem Onlinedienst www.ortho-online.de nachlesen.

Unser Special informiert Sie im Januar über:

Arthrose/Rheuma/Wintersport und im Februar über Hüfte

Anzeigenschluss: jeweils der 20. des Vormonats. Die Januar-Ausgabe der Orthopädischen Nachrichten erscheint in der 4. Woche.

Allen unseren Kunden, Partnern, Autoren und Lieferanten wünschen wir ein paar ruhige Tage, einen harmonischen Jahreswechsel und ein erfolgreiches Jahr 2005!

BERNMANN