

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen in der Niederlassung,

ich habe mich geirrt. In der letzten Ausgabe des OPN-Newsletters glaubte ich beweisen zu können, dass wir Ärzte keine Kommunikationsprobleme haben. Inzwischen habe ich gelernt: wir haben sie doch. Nur nicht mit unseren Patientinnen und Patienten*. Sondern mit einigen anderen gesellschaftlichen Subgruppen, insbesondere mit Politikern.

Anders sind die neuen Vorhaben der Gesetzgebung, die da lauten „Versorgungstärkungsgesetz“ und „Antikorruptionsgesetz“ nicht zu verstehen. Diese politische Breitseite wird unsere Arbeit mindestens ebenso negativ beeinflussen, wie Horst Seehofer und Ulla Schmidt’s vereinter Umbau des Gesundheitswesens inklusive Einführung der Budgets. Der damals vollzogene Strukturwandel vom Anbietermarkt zum Nachfragemarkt findet in den o. a. Gesetzen ihre konsequente Fortführung im Umbau der sozialen Marktwirtschaft im regulierten Sozialsystem zur sozialistischen Planwirtschaft.

Doch lassen wir zunächst einmal die angedachten Regelungen des „Versorgungstärkungsgesetz“ Revue passieren:

Einbeziehung anderer Institutionen in den Sicherstellungsauftrag

(Öffnung der Krankenhäuser in unterversorgten Regionen, Ermöglichung kommunaler MVZ ohne Abstimmung mit der KV, die Perpetuierung der Bevorzugung von Krankenhäusern mit Altverträgen und die Erweiterung des Systems der Institutsambulanzen)

Substitution ärztlicher Leistungen

(Abwendung vom Prinzip des Arztvorbehalts durch definierte delegationsfähige Leistungen mit niedrigerer Bewertung)

Schwächung der Strukturen der ärztlichen Selbstverwaltung

(Zwangspartit in den Vertreterversammlungen)

Weitere Verlagerung von Kompetenzen an den G-BA (erhält weitgehende Machtbefugnisse zusammen mit seinen Satelliten, IQUG, IQTIG, separate Geschäftsstelle, Innovationsausschuss)

„Zwangsaufkauf“ für Arztstühle

(MVZ sind von dieser Aufkaufregelung nicht betroffen: indirekte Förderung von Arbeitsplätzen für abhängig Beschäftigte)

Terminvergabestellen

(Zwangsfremdvergabe von Terminen innerhalb von 4 Wochen. Umgehung des Hausarztes als Lotse im Gesundheitswesen)

Keine Förderung der ambulanten Weiterbildung im Fachärztlichen Bereich (entgegen dem Wortlaut des Koalitionsvertrages)

Doch damit nicht genug. Das sog. Antikorruptionsgesetz ist im Kern noch brisanter. Das Justizministerium, unter Führung von Heiko Maas, hat den § 299a StGB („Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen“) in das Gesetzgebungsverfahren eingebracht. Dieser geht deutlich weiter als der bisherige Entwurf der Regierungskoalition und erfasst auch freiberuflich tätige Ärzte, die keine Zulassung zur Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten haben und demnach keine Leistungserbringer im Sinne des SGB V darstellen.

Dem Umstand geschuldet, dass insbesondere niedergelassene, für die vertragsärztliche Versorgung zugelassene Ärzte nach der Entscheidung des Großen Senats des BGH vom 29. März 2012 (GSSt 2/11, S. 5) keine Amtsträger sind, und deshalb teilweise wegen Bestechlichkeit nicht strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden können, ist der vorliegende Gesetzesentwurf im Sinne der Planwirtschaft folgerichtig. In seiner Ausgestaltung geht er deshalb auch konsequent, vor allem wegen unscharfer Formulierungen, weit über das Ziel hinaus, die bestehenden standes- und berufsrechtlichen Regelungen in das Strafrecht zu übersetzen.

Der Gesetzesentwurf stellt sogar die normale Gemeinschaftspraxis, integrierte Versorgungsverträge, Ärztenetze, überhaupt jegliche Kooperation im Gesundheitswesen auf den Prüfstand der Zuweisung gegen Entgelt und der Bestechlichkeit. Ein Eldorado für ehrgeizige Staatsanwälte, Denunzianten und als Drohung und Argumentationskeule in jeder konfliktiven Auseinandersetzung der am Gesundheitswesen vor Ort Beteiligten missbrauchbar. Zudem ein Arbeitsbeschaffungsprogramm für Juristen.

Mit dem neu zu schaffenden § 299a des Strafgesetzbuches wird der niedergelassene Arzt einem Angestellten oder Amtsträger gleichgestellt. Dies gibt es in keinem anderen freien Beruf. Selbst unsere Brüder im Club (Notare, Rechtsanwälte, Patentanwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer) werden hier nicht erfasst.

Es fragt sich, warum der Gesetzgeber bei Ärzten die Notwendigkeit der Nutzung der ultima ratio-Funktion des Strafgesetzes, die bei „in besonderer Weise sozialschädlichen und für das geordnete Zusammenleben der Menschen unerträglichen“ Tatbestände vermutet, die mit einem eigenen Paragraphen im StGB „geahndet“ werden muss. Dies, obwohl diesbezügliche standes- und berufsrechtliche Regelungen

Inhalt

Editorial	1
Gutartige Knochentumore an der Hand	4
Bakerzyste: anatomische Betrachtung und arthroskopische Therapie	5
Rotatorenmanschettenrekonstruktion	6
Der proximale Humerusersatz invers – Fallbeispiele	8
Die Preissteigerungen – unendliche Weiten	10
Termine	11
Impressum	11



eindeutig und auch justiziabel sind. „Für die Benachteiligung der Ärzte gegenüber anderen Freiberuflern und sonstigen Selbständigen ist kein sachliches Differenzierungskriterium ersichtlich, das die aufgezeigte Ungleichbehandlung rechtfertigen könnte“ meint deshalb dazu auch Prof. Dr. Hendrik Schneider vom Lehrstuhl für Strafrecht der Universität Leipzig.

Planwirtschaft, ich komm' aus Dir, Planwirtschaft ich häng' an Dir, sollte man meinen. Aber hier setzen zwei westdeutsche Minister astreine (westdeutsche) Karl-Lauterbach-Politik um. Diesem „linken Ideologen in einem maroden System“ (FAZ) ging es schon immer um das Stützen seiner freiberuflichen „Kolleginnen und Kollegen“. Jetzt hat er es geschafft. Er scheint zufrieden. In letzter Zeit fabuliert er schon von einem der besten Gesundheitssysteme der Welt. Er meint das unsrige. So weit ist es gekommen.

Die Erkenntnis, dass wir aber auch in der Union keine Freunde haben, ist spätestens nach Horst Seehofer nicht neu, schmerzt aber besonders. Man wünscht sich wieder

klassische Vertreter der christlichen Soziallehre, die nicht die nach Praxiskauf bestehende lebenslange Abhängigkeit von einem System, welches unbezahlte Zwangsarbeit zum Credo erhoben hat, als normal und populistisch nutzbar identifiziert hat. Sondern solche, die milde Gaben in den Opferstock immer noch als freiwillig ansehen. Denken wir an den (inzwischen abgeschafften) AiP, unbezahlte Überstunden in den Kliniken und Budgets ohne Begrenzung der Inanspruchnahme unserer Leistungen: die meisten Kolleginnen und Kollegen aus meiner Generation leisten unbezahlte Arbeit in erheblichem Umfang ihr ganzes Arbeitsleben lang. Der Lohnverlust in der GoÄ beträgt über 30 % seit 1996, im EBM 15 % seit 2005. Mit den entsprechenden Auswirkungen auch auf die Altersversorgung. Jetzt sollen diese Menschen ihre selbst finanzierte Praxis für einen, wie immer gearteten, „Verkehrswert“ (wie soll der berechnet werden?) an die Allgemeinheit abgeben. Was passiert eigentlich mit den Angestellten? Was ist mit Praxispartnern? Mehr Zwang geht nicht.

Was genau will uns der Gesetzgeber aber denn nun mit den angedachten neuen Regelungen mitteilen? Ich denke, es ist keine Spekulation, wenn man unterstellt, dass alle im Bundestag vertretenen Parteien – und insbesondere die Bundesregierung – nicht mehr auf freiberufliche Ärzte (und Psychotherapeuten) bei der flächendeckenden ambulanten medizinischen Versorgung setzen. Dies entspricht nicht dem Wortlaut des Koalitionsvertrages, wird aber Schritt für Schritt umgesetzt. Ob bewusst oder unbewusst: die Politiker geben sich der Illusion hin, alles sei planbar, und wenn nicht, könne man ja immer noch auf die großen Klinikkonzerne setzen. Dass weder Konzernmedizin noch staatliches Planwesen in der Lage sein wird, die Vorortversorgung zu leisten, wird verdrängt oder ignoriert. Was dabei herauskommt, wenn Staatsdirigismus das Gesundheitswesen bestimmt, lässt sich z. B. in England bestaunen. Die Problematik der Gewinnmaximierungsideologie von Klinikkonzernen sollte inzwischen auch der Einfältigste erkannt haben. Ein Paradebeispiel hierfür ist das Drama der Übernahme der Universität Gießen-Marburg durch den Rhön-

Konzern (Verkauf durch eine schwarz-gelbe Landesregierung). Eine von dem privaten Klinikkonzern geforderte Renditeerwartung ist eben höchstens im Einzelfall in Einklang zu bringen mit den Versorgungsaufgaben in der Fläche mit der gesamten Breite des notwendigen Angebotes.

Bis das aber in den Köpfen angekommen sein wird, werden wir uns darauf einstellen müssen, dass wir zwar das volle Risiko der Freiberuflichkeit tragen und (wenn es noch Idealisten gibt, die sich niederlassen) auch zukünftig tragen sollen. Aber die Politiker, die Gesetzgebung, der Staat werden alles unternehmen, um uns zu gängeln und unsere Grundrechte zu beschneiden. Dies, um unter dem Beifall der Medien, die Kosten im Gesundheitswesen zu kontrollieren und somit einen vermeintlichen Volkswillen umzusetzen.

Wir sind schon eine merkwürdige Gesellschaft. Laut GfK Studie 2014 genießen Menschen, die im Notfall helfen, ein besonderes Vertrauen: Feuerwehrleute, Sanitäter, Pflegekräfte und eben auch Ärzte. Auf der anderen Seite schaffen Politiker, Versicherungsvertreter, Banker, Schauspieler, Fußballprofis, Medienvertreter nicht einmal 50 % Vertrauen. Und wie sieht es mit der Honorierung aus? Die Gesellschaft zeigt allenfalls Mitleid, dass die helfenden Kräfte sich solch schwierige und extrem verantwortungsvolle Jobs für eine derartig geringe Honorierung antun. Wer glaubt, uns vorrechnen zu müssen, dass wir im Schnitt immer noch mehr verdienen, als der Schnitt der Berufstätigen, ignoriert geflissentlich, dass der Grund hierfür ausschließlich der Existenz von Privatpatienten zu verdanken ist. Die innerbetriebliche Quersubventionierung der gesetzlich Versicherten lässt sich anhand jeder betriebswirtschaftlichen Auswertung in allen Praxen und Kliniken leicht nachweisen. Wenn Sie als Niedergelassener in Depression verfallen wollen, machen Sie das mal: teilen Sie die Kosten Ihrer Praxis durch die Anzahl an behandelten GKV-, iV-, BG- und Privatpatienten und vergleichen Sie das Ergebnis mit den hierfür erzielten Einnahmen. Dann staunen Sie mal, bei welcher Versichertenart Sie noch im Plus sind und wer somit Ihren Unternehmerlohn bezahlt. Nicht viel besser sieht es in den Krankenhäusern aus. Auch diese müssten schließen, wenn es die PKV nicht gäbe.

Wir werden uns deshalb wehren müssen. Budgets (soll es demnächst auch für Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen geben!!), Niederlassungsbeschränkungen, Zwangsarbeit für Gotteslohn und Zwangsverkauf von Arztpraxen (die von den verbliebenen Niedergelassenen finanziert werden sollen, damit diese anschließend noch mehr budgetierte Patienten behandeln dürfen) sind verfassungsrechtlich angreifbar.

Und wir brauchen eine andere Kommunikationsstrategie. Es kann einfach nicht sein, dass eine Patientin, die im öffentlichen Fernsehen auftritt und behauptet, ihr gutartiger Hirntumor wäre erst Wochen später diagnostiziert worden, hätte Sie sich nicht nachdrücklich („mit einer erzwungenen Notlüge“) für einen früheren Untersuchungstermin eingesetzt, als öffentlichkeitswirksamer Beleg dafür dient, auf unsere Kosten Terminservicestellen einführen zu müssen. Die abertausende frühzeitig und korrekt behandelten neurologisch auffälligen Patientinnen und Patienten spielen in der Wahrnehmung breiter Bevölkerungsschichten und damit auch in Politikerköpfen keine Rolle. Um es klar zu sagen: wir produzieren weitaus weniger „Ausschuss“ als Mercedes Benz in einem deutschen Autowerk, obwohl wir nicht Schrauben verbauen, sondern am lebenden Organismus tätig sind. Wir werden aber für jeden negativ zu interpretierenden Fall am Nasenring durch die Manege geführt.

Journalistisch interessant ist nur der „persönliche Betroffenheit“ erzeugende Fall. So moralisch verwerflich dies ist, wir müssen uns hierauf einstellen! Wir sollten aufhören, unsere Standesvertreter öffentlich ohne PR-Beratung reden zu lassen. Das wird leider viel zu häufig zu einem Abwehrgefecht. Wir brauchen Profis, die das Image der Ärzteschaft wieder dahin bringen, wo es früher einmal war: wir sorgen für die Volksgesundheit. Nicht der Politiker und nicht die Juristen und auch nicht Medizinökonom. Ohne uns geht es nicht. Zugleich leben diese Berufsgruppen zu einem erheblichen Teil von uns.

Aber es keimt auch Hoffnung auf: der Nachwuchs will nicht mehr. Er will nicht mehr unbezahlte Arbeit leisten, er will nicht mehr in ein System investieren, wel-

ches ihm bis ins kleinste Detail vorschreibt, wo, wann und wie er seinen Beruf auszuüben hat und was er für Mittel hierfür einsetzen darf. Die jungen Ärztinnen und Ärzte lehnen die Zwangsausbeutung im selbstfinanzierten Hamsterrad ab. Die Botenschaft der jüngsten Gesetzgebung wird ihn in dieser Meinung nicht unerheblich weiter bestärken.

Der Umbau des Systems ist im vollen Gange. Die Probleme sind bekannt. Praxisnachfolger sind inzwischen auch in strukturstarken Gebieten rar. Assistenzärzte werden von Krankenhäusern händierend gesucht und sind, wenn zu haben, häufig ausländischer Herkunft. In allen Jobportalen ist die Anzahl der angebotenen Arztstellen doppelt so hoch, wie die Anzahl der ärztlichen Bewerber.

Trotz allem verstärkt sich der Eindruck, dass die Politik erst wenn der letzte Patient vergeblich die Terminvergabestelle kontaktiert, wenn die letzte Ärztin (denn eine Frau wird es sein) ihre Praxis geschlossen und der letzte Nachwuchsmediziner* bei einem Beratungsunternehmen oder einer Krankenkasse angeheuert hat, merken wird, dass Bürokratie keine Krankheiten heilt.

Dieser Meinung ist Ihr

Emanuel Ingenhoven
Emanuel Ingenhoven

* Im Sinne des Gender-Mainstreaming weise ich darauf hin, dass im Text nicht immer mehr als ein Geschlecht explizit aufgeführt ist, aber immer alle Geschlechter gemeint sind.

Gutartige Knochentumore an der Hand

Handtumore des Knochens sind meistens gutartig. Befinden sie sich abgrenzbar außerhalb der cortikalen Struktur eines Röhrenknochens, so spricht man von Exostosen. Streckseitig am carpometacarpalen Übergang CMC II/III nennt man sie „carpal bossu“. Die Indikation zur Operation wird im Wesentlichen durch die störende Größe, seltener durch Kompromittierung benachbarter Weichteilstrukturen wie Sehnen oder Gefäße/Nerven, bestimmt.

Beispiel: Enchondrom

Zu den häufigsten gutartigen Knochengeschwülsten an der Hand gehört das Enchondrom (90 %; Carroll, 1966). Es handelt sich um ektopes chondrales Gewebe, welches lokal verdrängend wachsen kann, aber selten klinisch durch Schmerzen auffällig wird. Dieser Tumortyp kann in jedem Lebensalter auftreten. Häufig findet man solche Tumore als Zufallsbefund radiologisch. Enchondrome sind in der Regel in den Röhrenknochen der Hand lokalisiert, meistens in der proximalen Phalanx, gefolgt von der Mittelphalanx sowie den Metacarpalia.

Das MRT ist zwar hochsensibel, aber nicht tumorspezifisch. In den fettsupprimierten (FS) T1-gewichteten Gradienten-Echo-Sequenzen (GE) sowie in T2-gewichteten Sequenzen ist das Ausmaß der Läsion allerdings nicht selten noch präziser als auf einem Nativröntgenbild zu erfassen, was allerdings selten z. B. für die OP-Planung (autologe Spongiosaplastik?) relevant ist. Normalerweise bedarf ein zufällig detektiertes, asymptomatisches Enchondrom keiner Behandlung. Bei expansivem Wachstum besteht jedoch u. U. Frakturgefahr.

Abbildung 2.1 zeigt ein Enchondrom im Kahnbein mit Infraktion der Corticalis.

Abbildung 2.2 zeigt den intraoperativen Befund nach Tumorausräumung und Stabilisierung mittels corticospongiösem Beckenkammspan.

Außerdem können (an der Hand extrem selten) Enchondrome auch bösartig entarten. Hinweise für eine Entartung können Schmerzen, Destruktion der Corticalis bzw. corticalisübergreifendes Wachstum, Penetration in die Weichteile oder rasches Wachstum sein.

Beispiel: Aneurysmatische Knochencyste

Aneurysmatische Knochencysten treten bevorzugt distal metaphysär in den Metacarpalia oder in der proximalen Hälfte der Phalangen auf. Der Erkrankungsgipfel liegt bei 20 bis 40 Jahren und ist geschlechtsunspecific.

Radiologisch zeigt sich die Läsion eher exzentrisch in den diaphysären Knochen angeordnet. Die Corticalis ist nicht selten blasenartig ausgedünnt und unregelmäßig aufgetrieben (bubble sign). Eine periostale reaktive Ossifikation ist typisch. Im Gegensatz zum Enchondrom ist dieser Tumor häufig v. a. distal wegen der geringen Weichteildeckung im Phalangenbereich auch klinisch „sichtbar“ und auch symptomatisch. Abbildung 3 zeigt eine aneurysmatische Knochencyste mit Ausdünnung und lokaler Auftreibung der Corticalis im distalen diaphysären Bereich DIV.

Histologisch zeigt sich neben periostalem Knochen stark vaskularisiertes Weichteilgewebe.



Abb. 1: gekammertes Enchondrom

Radiologisch ergibt sich das typische Bild einer meistens zentral ausgerichteten längsovalären cystischen, unregelmäßig begrenzten, die Corticalis ausdünnenden Läsion vorzugsweise im diaphysären Bereich. Verkalkungen in der Tumormasse finden sich an den Handknochen deutlich seltener als an den großen Röhrenknochen.

Abbildung 1 zeigt ein gekammertes Enchondrom diaphysär in der Grundphalanx DIV.



Abb. 2.1: Enchondrom im Kahnbein



Abb. 2.1: Befund nach Tumorausräumung



Abb. 3: aneurysmatische Knochencyste

In der Regel ist die Therapie der Wahl die radikale Excision, wobei der Defekt nicht selten mittels autologer Spongiosa aufgefüllt werden muss. Das Auffüllen eines operativ ausgeräumten, begrenzten Enchondroms gilt heute jedoch als obsolet. Differenzialdiagnostisch muss bei der aneurysmatischen Knochencyste auch an einen Riesenzelltumor gedacht werden, welcher morphologisch/radiologisch große Ähnlichkeiten aufweist, aber im Gegensatz zur Knochencyste häufiger maligne entarten kann.

Bakerzyste: anatomische Betrachtung und arthroskopische Therapie

Die sog. Bakerzyste (Poplitealzyste) stellt eine pathologisch vermehrte Flüssigkeitsansammlung in der Bursa gastrocnemiosemimembranosa dar. Diese Bursa liegt zwischen den Sehnen der namensgebenden Muskeln und stellt eine normale anatomische Struktur dar. Diese Bursa kann mit dem intraartikulären Raum kommunizieren, wobei die Häufigkeit dieser Kommunikation mit dem Alter zunimmt und bei Kindern nicht vorliegt. Der Eingang in diese Bursa liegt hinter einer nicht regelhaft vorhandenen Kapselplikaturn im posteromedialen Rezessus (Abb. 1–4).

Neben diesem Entstehungsmechanismus der pathologischen Füllung einer kommunizierenden Bursa wurde auch eine druckbedingte Aussackung der ausgedünnten posteromedialen Kapsel beschrieben. Es wird ein kapsulärer oder muskulotendinöser Ventilmechanismus diskutiert, welcher das Abfließen des Zysteninhaltes nach intraartikulär verhindert, wobei der Großteil der Literatur den Ventilmechanismus durch die posteromediale Kapselbucht begründet sieht. Abzugrenzen ist die Bakerzyste von einem posterioren Meniskusganglion.

Zumeist entsteht eine sekundäre Bakerzyste beim Erwachsenen in Zusammenhang mit degenerativen Schäden im Kniegelenk (Meniskus-/Knorpelschaden) oder bei Erkrankungen der Synovialis und einer hieraus folgenden vermehrten Produktion von Synovia. Als Entstehungsgrund für die primäre Bakerzyste im Kindesalter wird nach Ausschluss intraartikulärer Ursachen eine lokale Irritation vermutet.

Mehr als die Hälfte der Bakerzysten sind klinisch stumm. Häufig dominieren Beschwerden, welche ihren Grund in der primären Kniegelenkpathologie haben. Eine symptomatische Bakerzyste wird von den Patienten als Druckgefühl in der posteromedialen Kniekehle wahrgenommen. Komplizierende Verlaufsformen mit plötzlichem Schmerz durch Zystenruptur oder lokaler Kompressionssyndrome bis hin zum Kompartmentsyndrom infolge eines zunehmenden Zystenvolumens wurden beschrieben. Gelegentlich muss eine TVT ausgeschlossen werden.

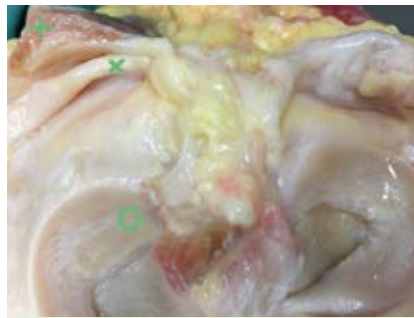


Abb. 1: Aufsicht auf das posteriore Kniegelenk im Präparat. Kreis: Innenmeniskus, Kreuz: posteromediale Kapselbucht, welche den Eingang in die Bakerzyste verschließt, Stern: muskulotendinöser Anteil des M. gastrocnemius medialis



Abb. 2: Kommunikation mit der Bursa gastrocnemiosemimembranosa hinter Kapselbucht



Abb. 3: Eingang der Bursa gastrocnemiosemimembranosa hinter Kapselbucht

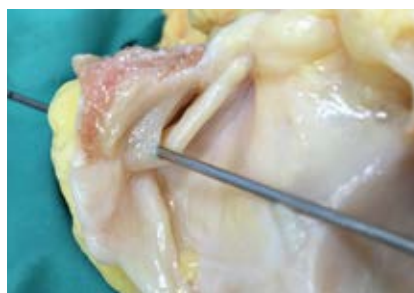


Abb. 4: Lage der Bursa gastrocnemiosemimembranosa medial des M. gastrocnemius medialis

Während im Ultraschall sicher einer Bakerzyste diagnostiziert bzw. ausgeschlossen werden kann, ist als Diagnostikum der Wahl die MRT zu empfehlen, da hierdurch direkt mögliche zugrunde liegende Pathologien beurteilt werden können.

Asymptomatische Zysten bedürfen keiner Therapie. Ggf. müssen intraartikuläre Schäden, welche zur sekundären Zystenbildung geführt haben konservativ bzw. operativ behandelt werden. Durch eine spezifische Therapie, z. B. mittels Meniskusteilresektion, Synovektomie oder Chondroplastik ist zu erwarten, dass sich eine sekundäre Bakerzyste zurückbildet. Falls die Bakerzyste als Hauptbeschwerdebild dominiert und eine konservative Behandlung (z. B. mittels Punktion/Injektion) erfolglos bleibt, ist ein operatives Vorgehen angezeigt. Die offene Zystenresektion ist hierbei aufgrund der Zugangsmorbidität und eines hohen Rezidivrisikos nur noch in Sondersituationen indiziert.

Zumeist wird ein arthroskopisches Verfahren zur Therapie der Zyste in Kombination mit der Korrektur intraartikulärer Schäden durchgeführt. Bzgl. der arthroskopischen Therapie der Zyste gibt es unterschiedliche Vorschläge. Calvisi et al (2007) sahen nach einer arthroskopischen Naht des Zysten- einganges nur in 9 % der Fälle eine un- geänderte Zystenpräsenz, in 27 % einen Rückgang und in 64 % eine komplette Rückbildung der Zyste. Takahshi und N- agano beschrieben 2005 die Resektion des Ventilmechanismus über eine posterome- diale Kapsulotomie. Ahn et al (2010) und Cho et al (2012) publizierten sehr gute Ergebnisse durch eine arthroskopische partielle Resektion der posteromedialen Kapsel zur Korrektur des Ventilmechanis- mus in Kombination mit einer endoskopisch kontrollierten Resektion der Zyste und Ihrer Hülle mit dem Shaver über ein zu- sätzliches zweites posteromediales Portal.

Im eigenen Vorgehen erfolgt in der Regel die arthroskopische Resektion der poste- romedialen Kapseldoppelung und Erwei- terung des Zysteneinganges. Hierzu wird nach Verschieben des Arthroskopes unter dem PCL i. S. des Gillquist-Manövers unter Sicht ein posteromediales Portal angelegt (Abb. 5). Über dieses Portal wird die Kapselplikaturn mit dem Shaver und dem Punch reseziert und der Zystenein- gang dargestellt (Abb. 6). Die posterome- diale Kapsel wird partiell reseziert, bis die

Sehne des M. Gastrocnemius erkennbar ist (Abb. 7). Das Arthroskop kann nun in die Zyste vorgeschoben werden (Abb. 8). Zumeist kommt es zur spontanen Entleerung der Zyste. Ggf. kann nun mit dem Shaver in die Zyste eingegangen werden, um den Zysteninhalt zu reseziieren. Eine spezifische Nachbehandlung ist nicht notwendig. Diese richtet sich ggf. nach der zugrunde liegenden Pathologie.

PD Dr. Ralf Müller-Rath



Abb. 5: Posteromediales Kompartiment mit Shaver im posteromedialen Portal, Stern: Sehne des M. gastrocnemius medialis, Kreuz: posteriore Kapselplikatatur



Abb. 6: Resektion der Kapselfalte

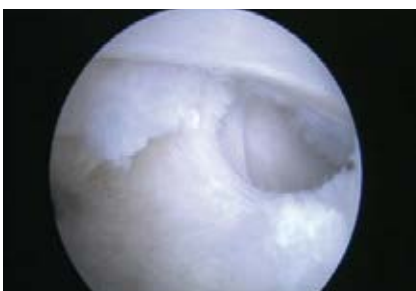


Abb. 7: Erweiterter Eingang in die Bakerzyste

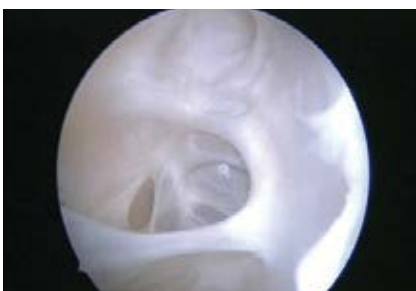


Abb. 8: Arthroskopischer Blick in die Bursa

Rotatorenmanschettenrekonstruktion: Welche Parameter bestimmen das Ergebnis?

Während die operative Technik der arthroskopischen Rekonstruktion eine weitgehend standardisierte Methode darstellt, unterscheiden sich die Patienten mit Rupturen der Rotatorenmanschette und deren Schadensmuster sehr erheblich. Um im Rahmen der präoperativen Aufklärung eine Einschätzung über den strukturellen und funktionellen Erfolg der Operation machen zu können, müssen Informationen über Parameter bekannt sein, die den postoperativen Verlauf bestimmen.

Arbeiten zu dieser Fragestellung haben in der Regel die strukturelle Integrität der Sehnenrekonstruktion im Ultraschall bzw. MRT und die funktionelle Erholung mittels klinischer Scores untersucht. Beim Vergleich dieser beiden Outcomeparameter fällt auf, dass die klinischen Ergebnisse bzgl. der Schmerzsituation, der Beweglichkeit und der Entwicklung schulterspezifischer Scores weitgehend homogen ausfallen. In einer Metaanalyse zeigten Shan et al. 2014, dass zumeist ein Wert von > 90 Punkten im ASES (Max.: 100 Punkte) erreicht wird.

Anders stellen sich die Ergebnisse der unterschiedlichen Studien dar, welche die strukturelle Integrität der Rekonstruktion untersuchten. Hier werden Rupturraten von 17 %–94 % publiziert. Diese Varianz ist sicherlich auch methodischen Unterschieden geschuldet. Dennoch zeigt sich hier eine Diskrepanz zwischen guten und sehr guten klinischen Ergebnissen auf der einen Seite und einer nicht unerheblichen Menge an strukturellen Versagern auf der anderen Seite. In diesem Zusammenhang wurde auch untersucht, ob es zwischen strukturellem Versagen und funktionellem

Ergebnis einen Zusammenhang gibt. Erstaunlicherweise zeigen die Daten, dass auch Patienten mit Ruptur bzw. Heilungsversagen ein gutes klinisches Ergebnis erreichen können (Russel et al. 2014). Dieser Zusammenhang scheint jedoch auch zeitabhängig zu sein, dass heißt nach 12 Monaten geht die Schere bzgl. des klinischen Ergebnisses zwischen Patienten mit intakter und defekter Sehne auseinander. In dieser Fragestellung sind die Ergebnisse somit also auch durch den jeweils gewählten Beobachtungszeitraum beeinflusst.

Welche Parameter beeinflussen nun die strukturellen und funktionellen Ergebnisse?

Die Literatur zeigt, dass Varianten des operativen Vorgehens in diesem Zusammenhang verhältnismäßig wenig ins Gewicht fallen. So ist die langfristige Prognose kaum davon abhängig, ob ein arthroskopisches oder mini-offenes Vorgehen gewählt wird. Kurzfristig, d. h. in den ersten 6 Monaten postoperativ, ist das arthroskopische Verfahren weniger schmerzhaft und führt zu einer schnelleren funktionellen Erholung. Bzgl. der Fixationstechnik stellt die Doppelreihentechnik mit Ankern nicht nur biomechanisch das stabilste Konstrukt dar, sondern zeigt auch in einer Metaanalyse von Caiqi et al (2014) eine geringere Rupturrate. Entscheidender als Varianten des operativen Vorgehens sind Parameter, die den Patienten und dessen Sehnen Schadensmuster beschreiben (siehe Tabelle 1). Eine Vielzahl von Studien hat gezeigt, dass sowohl das strukturelle als auch das funktionelle Ergebnis mit zunehmendem Alter zum Zeitpunkt der Operation schlechter werden.

Dennoch lässt sich aus der Literatur kein „cutoff-Wert“ ermitteln, d. h. ein Alter, ab dem eine Operation nicht mehr durchgeführt werden sollte. Arbeiten, welche speziell das outcome von Patienten über 70 Jahren untersuchten, fanden auch in dieser Altersklasse gute und sehr gute Ergebnisse (Verma et al. 2010, Worland 2009). Wichtiger als das Patientenalter wird das musklotendinöse Schadensbild angesehen. Dieses lässt präoperativ nur mittels einer MRT mit ausreichend nach medial und nicht-fettgesättigten parasagittalen Schichten beurteilen. Hierbei werden insbesondere die Anzahl der beteiligten Sehnen, der Grad der Retraktion (n. Patte), die Atrophie (n. Thomazeau) und die Verfettung der Muskulatur (n. Goutallier) beurteilt (siehe ausführliche Darstellung in OPN-Newsletter).

Gewichtet man diese Werte, so zeigt sich, dass insbesondere der Verfettung ein hoher prädiktiver Stellenwert bzgl. der Reparaturfähigkeit bzw. der Rerupturwahrscheinlichkeit zugesprochen wird. Hier stellt eine 3-gradige Veränderung, bei der der Anteil der intramuskulären Verfettung den muskulären Gewebeannteil übersteigt, die Grenze zur Irreparabilität dar.

Interessanterweise hat – analog zur Art der Operationstechnik – auch die Art der Nachbehandlung nur einen geringen Einfluss auf das Ergebnis. So wurde in mehreren Studien (Riboh et al. 2014) gezeigt, dass bzgl. der Rerupturrate und der funktionellen Erholung kein Unterschied zwischen der Nachbehandlung mit passiver Mobilisation und einer Nachbehandlung unter Verzicht auf passive Mobilisation besteht.

Faktor	Strukturelle Heilung	Funktionales Ergebnis
Alter	Mall 2014, diverse	Chung 2012, Manaka 2011
Weibliches Geschlecht		Chung 2012
Rissgröße/Retraktion/ Sehnenanzahl	Mihata 2011, Charousset 2010, Nho 2009, Cho 2009, Chung 2011, Nho 2009, Millar 2009, Tashjian 2007, Meyer 2012	Manaka 2011, Nho 2009, Kukkonen 2012
Fettige Infiltration	Voigt 2010, Cho 2009, Chung 2013, Goutallier 2003, Meyer 2012	Gladstone 2007 (ISP)
Atrophie	Gladstone 2007	Gladstone 2007 (ISP)
Osteoporose	Charousset 2010, Chung 2011	
ACG/LBS – Prozedur	Gulotta JSES 2011, Nho 2009	Nho 2009
Adipositas (BMI>30)		Warrender 2011
Präoperative Steife		Manaka 2011
Geringes Sportlevel		Chung 2012
Diabetes		Chung 2012
Workers compensation		Balyk 2008, Hrnn 2007
Rauchen/NSAIDs	Santiago-Torres 2014	

Tabelle 1

Zusammenfassend zeigt die Literatur, dass der Grad der Verfettung der betroffenen Muskel-Sehneneinheit der entscheidende Parameter zu sein scheint, welcher das Ergebnis einer Operation bei Rotatorenmanschettenschaden bestimmt. Im Rahmen der präoperativen Evaluation muss der Operateur versuchen, anhand der Vielzahl der Parameter und der individuellen Situation des Patienten die Erfolgchancen einer Operation möglichst gut einzugrenzen. Allerdings sollte hierbei auf keinen Fall die Perspektive des Patienten und dessen Wünsche außeracht gelassen werden. Dieses grundsätzliche Element der partizipativen Entscheidungsfindung ist nicht nur von „gefühlter Wichtigkeit“. Im Jahr 2007 publizierten Henn et al. im JBJS hierzu eine sehr aufschlussreiche Arbeit. Mithilfe des MODEMS-Score, wel-

cher sechs Fragen beinhaltet, wurden die Erwartungen der Patienten an das postoperative Ergebnis standardisiert erhoben. Die Autoren konnten einen statistisch signifikanten Zusammenhang zwischen einer hohen Erwartung und guten Ergebnissen in subjektiven Schulderscores, Funktionsscores und Lebensqualitätsscores (Simple shoulder test, DASH, SF-36) nach Rekonstruktion der Rotatorenmanschette belegen.

PD Dr. Ralf Müller-Rath

Der proximale Humerusersatz invers – Fallbeispiele

Einleitung

Die Indikation zum endoprothetischen Ersatz des proximalen Humerus besteht in der Regel bei primären und sekundären Knochentumoren sowie bei Weichteiltumoren mit ossärer Infiltration. Aber auch andere Erkrankungen wie beispielsweise primäre komplexe proximale und subcapitale Humerusfrakturen, periprothetische Frakturen, ausgedehnte aseptische Lockerungen oder periprothetische Infektionen machen unter Umständen die Implantation einer modularen Tumorprothese notwendig. Wir beschreiben hier vier Fallbeispiele mit Implantation einer modularen Tumorprothese des proximalen Humerus invers.

Material und Methodik

Implantiert wurde in allen vier Fällen das Modular Universal Tumor and Revision System (MUTARS®) der Firma Implantcast (implantcast GmbH, Buxtehude, Germany). Das universelle Tumor- und Revisionsprothesensystem ist seit 1992 ein bewährtes System zur Behandlung von ausgedehnten Knochendefekten der unteren und oberen Extremität. Die modulare Bauweise ermöglicht eine individuelle Überbrückung von vorliegenden Knochendefekten mit und ohne Ersatz der angrenzenden Gelenke. Hierzu wird das System durch die bekannten herkömmlichen Gelenkkomponenten für den Ersatz von Hüft-, Knie- und Schultergelenken ergänzt. Die Verankerung der intramedullären Schaftkomponenten

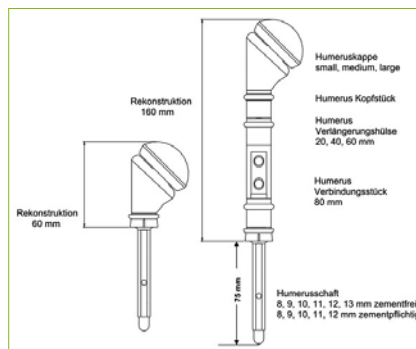



Abb. 1: Systemübersicht proximaler Humerus (Mutars®)

erfolgt zementfrei (TiAl6V4, DIN ISO 5832/3) (Schaftdurchmesser: 9–13 mm) oder zementiert (CoCrMo, DIN ISO 5832/4) (Schaftdurchmesser: 8–10 mm). Die zementfreie Schaftkomponente hat eine strukturierte mikroporöse mit Hydroxylapatit beschichtete Oberfläche. Der Querschnitt der Schäfte ist sechseckig. Durch die Verwendung von hexagonalen Formraspeln wird hier eine zementfreie Primärstabilität von 70 Nm erreicht. Durch die Stirnverzahnung am proximalen Schaftende ist eine intraoperativ individuelle Anpassung des gewünschten Rotationswinkels in 5°-Schritten möglich. Die notwendige Rekonstruktion der Extremitätenlänge am proximalen Humerus wird durch Verlängerungshülsen in Schritten von 20 mm erzielt (Abb. 1). Die notwendige Weichteilrekonstruktion und Refixation an den proximalen Humerus wird durch die Verwendung des MUTARS®-Anbin-

dungsschlauches, der in zwei Größen zur Verfügung steht, gewährleistet. Der Anbindungsschlauch besteht aus Polyethylen-terephthalat (PET) und wird mit resorbierbarem Nahtmaterial zirkulär um den proximalen Prothesenaufbau fixiert. Bei zusätzlichem Ersatz des glenoidalen Schultergelenkes wird eine additiv zirkuläre punktuelle Fixierung des Anbindungsschlauches um das Glenoid als Luxationsschutz empfohlen. Bei Bedarf können auf die vorliegenden speziellen operativen Situationen im Rahmen einer präoperativen Planung spezialangefertigte Bauteile kurzfristig konstruiert werden. Ebenfalls sind allergie- (Titanitrit TiN) und antiinfektiösbeschichtete (MUTARS®Silver) Komponenten erhältlich.

Die Operation erfolgte jeweils in Beach-Chair Position mit freigelagerter zu operierender oberer Extremität über den anterioren deltoideopectoralen Zugang zum Schultergelenk. Die Sehne des Musculus subscapularis wird quer durchtrennt und postoperativ durch eine überlappende End-zu-End-Naht rekonstruiert. In allen dargestellten Fällen wurde ein proximaler Humerusersatz in Kombination mit einer inversen Glenoidkomponente aufgrund einer begleitenden Cuff-Arthropathie implantiert.

Die postoperative Rehabilitation wurde standardisiert entsprechend einem detaillierten Programm durchgeführt (Abb. 2).



Nachbehandlungsschema Schulter:

- Rekonstruktion Rotatorenmanschette (SSP + SSC)
- Schulter-Tep
- Latarjet
- Glenoid-/Humerusfrakturen

Patient:

Hinweise:

- Die Schwierigkeit der Rehabilitation besteht darin, 3 Dinge zu balancieren: Schultersteife, Überreue mit persistierenden Schmerzen, Nicht-Heilung bzw. Reruptur der Sehnen (RM/JSS-Rekonstruktion)
- Alle Gradangaben bei ROM stellen sowohl das Maximum in der jeweiligen Phase als auch das Behandlungsziel dar. Basis der Behandlung ist das Erlernen der korrekten Ausgangsstellung, Wirbelsäulenaufrichtung, Skapulakontrolle.
- Abnahme des Abduktionskissens zum Essen, zur Körperpflege, An- und Ausziehen, Physiotherapie
- Dem Patienten sollen stadienabhängige Eigenübungen zur Mobilisation und Stabilisation insbesondere zum Abschluss der Behandlung als Rezidivprophylaxe vermittelt werden.
- Das phasenhafte Behandlungsschema und sämtliche Vorgaben bzgl. Belastung, Sport- und Arbeitsfähigkeit stellen nur ein grobes Schema dar. Für die individuelle Behandlung sind die Befunde des Therapeuten und des behandelnden Arztes entscheidend und das Behandlungsschema ggf. anzupassen. Bei deutlicher Verzögerung des Heilverlaufes gegenüber dem Schema WV bei dem behandelnden Arzt.
- Bei Bizepssehnenentodese (s. OP – Bericht) keine aktive Ellenbogenbeugung für 4 Wochen
- Bei Auftreten von Beschwerden nach Physiotherapie ist die Behandlung anzupassen (eine Phase zurück!).

Sportunfähigkeit

Phase I: Woche 1+6


Aktivitäten, Ruhigstellung

Gilchristverband für 2 Tage tagsüber und nachts
Ab dem 3. Tag postoperativ Gilchristverband zur Nacht
Kein Autofahren
Arbeitsunfähigkeit

Therapie

- Ggf. Manuelle Lymphdrainage
- Aktives Bewegen von Hand und Ellenbogen (Einschränkungen s. oben)
- Passive Mobilisation des GH-Gelenkes (nicht bei inversen Endoprothesen)
- Passive Mobilisation skapulothorakal
- Mobilisation angrenzender Gelenke
- Ggf. CPM (nur bei kontroll. Skapulaführung)
- Weichteiltechniken an der Muskulatur
- PNF, Skapulapattern

- Regulation vegetativer, neuromuskulärer Funktionen, segmentale Therapie
- Skapulasetting, isometrische Aktivierung
- Humeruskopffzentrierung, isometrische Aktivierung
- Rumpfstabilität, Aufrichtung Wirbelsäule
- Ggf. Physikalische Therapie, Elektrotherapie
- Üben des Umgangs mit dem Abduktionskissen, ADL



Phase II: Woche 7-12

Aktivitäten, Ruhigstellung, AU, Sport

Gilchristverband ablegen
Rückführung in ADL, Autofahren möglich, sobald subjektive Sicherheit besteht
Mögliche Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten ohne Belastung des Armes (Bürotätigkeit)
Sportunfähigkeit obere Extremität

Bewegungsausmaß

Abd/Add: Woche 7+8: frei, aktiv-assistiv, dann: frei, aktiv
Flex/Ext: frei, aktiv
ARO/IRO: frei, aktiv

Therapie

Passive und aktive Mobilisation des Glenohumeralgelenkes (nicht bei inversen Endoprothesen)
Weichteiltechniken an der Muskulatur
PNF, Skapulapattern
Sensomotorische Übungen
Rumpfstabilität
Isometrieübungen mit kleinem Widerstand und kurzem Hebel:
Vorsicht, bei Auftreten von Schmerzen hiernach Isometrieübungen aussetzen!

Phase III: Monat 4-12

Monat 5: Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten mit leichter Belastung unterhalb der Brustebene
Sport: z. B. leichtes Fahrradfahren, Joggen, Nordic-Walking

Monat 6: Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten mit leichter Belastung oberhalb der Brustebene
Sport: z. B. leichtes Fahrradfahren, Joggen, Nordic-Walking

Monat 7: Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten mit schwerer Belastung unterhalb der Brustebene
Sport: z. B. leichtes Fahrradfahren, Joggen, Nordic-Walking

Monat 8-9: Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten mit schwerer Belastung oberhalb der Brustebene
Sport: z. B. leichtes Fahrradfahren, Joggen, Nordic-Walking

Abb. 2: Standardisiertes postoperatives Rehabilitationsprogramm der orthopädischen Praxisklinik Neuss (OPN) u. a. nach schultergelenkendoprothetischen Eingriffen.

Fallbeispiel 1

76jährige weibliche Patientin mit initial subcapitaler Humerusfraktur. Diese wurde primär mit einer zementierten Trauma-Neer-Schulterprothese versorgt. Nach mehrfachen anterioren Luxationen postoperativ und frustrierten zweifachen Revisionsoperationen (Abb. 3a).

Im Rahmen der einzeitigen Wechseloperation wurde die einliegende Trauma-Prothese durch einen proximalen Humerusersatz (zementierter Schaft Größe 8 mm, Humeruskopfstück, inverse Humeruskappe neutral, zementfreies Glenoid, asymmetrische Glenosphere 40 mm) inklusive Anbindungsschlauch ersetzt (Abb. 3b).



Abb. 3a: 76jährige weibliche Patientin mit rezidivierender anteriorer Schulterluxation und zweifacher frustrierender Revisionsoperation nach zementierter Trauma-Neer-Schulterprothese (nativ-radiologische Darstellung Schulter rechts in 2 Ebenen).

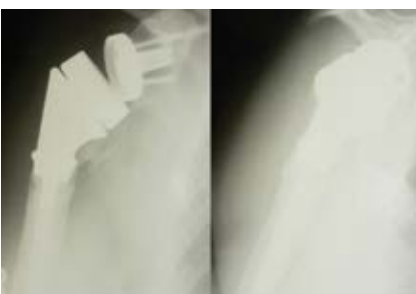


Abb. 3b: Postoperative nativ-radiologische Darstellung Schulter rechts in 2 Ebenen nach einzeitiger Wechseloperation auf einen proximalen Humerusersatz invers.

Fallbeispiel 2

83jährige weibliche Patientin mit Plattenosteosynthese nach subcapitaler Humerusmehrfragmentfraktur. Pseudarthrose und nachfolgende Humeruskopfnekrose sowie intraartikuläre Lage der proximalen Humeruskopfschrauben mit posttraumatischer Omarthrose (Abb. 4a).

Im Rahmen der Revisionsoperation wurde das einliegende Osteosynthesematerial

entfernt, die Pseudarthrose reseziert und ein proximaler Humerusersatz (zementierter Schaft Größe 10 mm, Humeruskopfstück, inverse Humeruskappe neutral, zementfreies Glenoid, asymmetrische Glenosphere 40 mm) inklusive Anbindungsschlauch implantiert (Abb. 4b).



Abb. 4a: 83jährige weibliche Patientin mit Humeruskopfnekrose, Pseudarthrose, intraartikulärer Schraubenlage der proximalen Schrauben und posttraumatischer Omarthrose bei begleitender Cuff-Arthropathie. Primäre Plattenosteosynthese nach subcapitaler Humeruskopfmehrfragmentfraktur (nativ-radiologische Darstellung Schulter rechts in 2 Ebenen).

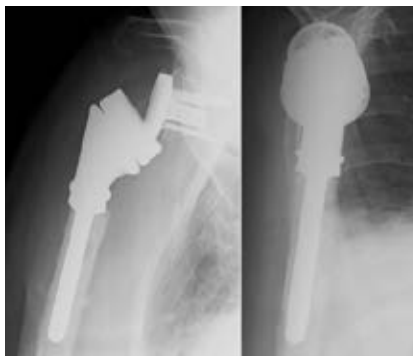


Abb. 4b: Postoperative nativ-radiologische Darstellung Schulter rechts in 2 Ebenen nach Entfernung des Plattenmaterials, Resektion der Pseudarthrose und Implantation eines proximalen Humerusersatzes invers.

Fallbeispiel 3

74jährige weibliche Patientin mit initialer zementfreier Implantation einer Humeruskopfoberflächenersatzprothese (Capica neutral Größe 44, Firma Implantcast) im Jahr 2009. Nachfolgende Osteolyse unbekannter Ätiologie des Humeruskopfes und proximalen Humerus mit aseptischer Prothesenlockerung und begleitendem ventralen und inferioren Glenoiddefekt im Jahr 2014 (Abb. 5a).

Im Rahmen der einzeitigen Wechseloperation wurde die einliegende Oberflächenersatzprothese inklusive osteolytischer Knochen-

substanz entfernt und ein proximaler Humerusersatz (zementierter Schaft Größe 12 mm, Humeruskopfstück, inverse Humeruskappe neutral, zementfreies Glenoid, asymmetrische Glenosphere 40 mm) sowie ventraler und inferiorer Glenoidaufbauplastik inklusive Anbindungsschlauch implantiert (Abb. 5b).

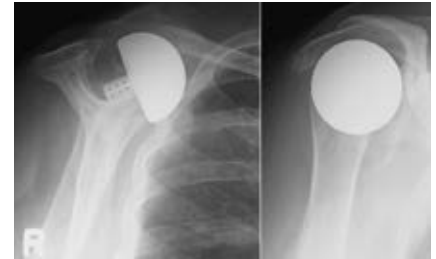


Abb. 5a: 74jährige weibliche Patientin mit initialer Implantation einer zementfreien Humerusoberflächenersatzprothese (Capica neutral Größe 44 mm, Firma Implantcast) (2009) und nachfolgender Osteolyse des Humeruskopfes und proximalen Humerus mit aseptischer Prothesenlockerung (2014), begleitender ventraler und inferiorer Glenoiddefekt (nativ-radiologische Darstellung Schulter rechts in 2 Ebenen).



Abb. 5b: Postoperative nativ-radiologische Darstellung Schulter rechts in 2 Ebenen nach Entfernung der Oberflächenersatzprothese sowie Resektion der osteolytischen Knochenmasse u. Implantation eines proximalen Humerusersatzes invers mit Glenoidaufbauplastik ventral und inferior.

Fallbeispiel 4

72jähriger männlicher Patient mit initialer humeral zementierter Implantation einer inversen Schulterendoprothese (Agilon invers, Firma Implantcast) bei Omarthrose und Cuff-Arthropathie rechts im Jahre 2010. Durch rezidivierende Stürze des gangunsicheren Patienten (Peroneusparesie mit Fußheber-schwäche rechts) auf die rechte Schulter, kam es zu einem zweimaligen Bruch der Verbindungsschraube zwischen Metaphysenkomponente und Humerusschaft (Abb. 6a).

Im Rahmen der letztmaligen Revisionsoperation erfolgte 2014 die einzeitige Wechseloperation der einliegenden zementierten inversen Schulterendoprothese humeral mit Implantation eines proximalen Humerusersatzes (zementierter Schaft Größe 8 mm, Verlängerungshülse 60 mm, Humeruskopfstück, inverse Humeruskappe 10 mm) inklusive Anbindungsschlauch. Die Glenoidkomponente war weiterhin fest knöchern integriert. Ein Wechsel wurde nicht durchgeführt (Abb. 6b).



Abb. 6a: 72-jähriger männlicher Patient mit initialer humeral zementierter Implantation einer inversen Schulterendoprothese (Agilon invers, Firma Implantcast) bei Omarthrose und Cuff-Arthropathie rechts. Erneutem zweiten Schraubenbruch durch rezidivierende Stürze auf die rechte Schulter (nativ-radiologische Darstellung Schulter rechts in 2 Ebenen).



Abb. 6b: Postoperative nativ-radiologische Darstellung Schulter rechts in 2 Ebenen nach Entfernung der zementierten inversen Schulterendoprothese humeral und Implantation eines proximalen Humerusersatzes invers.

Die postoperativen Verläufe waren bis dato ungestört. Periprothetische Infektionen und/oder Luxationen der Prothesen waren bisher nicht manifest. Eine Abduktion bis $\geq 90^\circ$ und eine Elevation bis $\geq 90^\circ$ sowie ein Schürzen- und Nackengriff waren in allen vier Fällen durchführbar. Die Patienten sind entsprechend der Umstände mit dem jeweiligen postoperativen funktionellen Ergebnis zufrieden. Eine jährliche nativ-radiologische Verlaufskontrolle wurde den Patienten dringend empfohlen.

PD Dr. Torsten Mumme

Die Preissteigerungen – unendliche Weiten



„Die Preissteigerungen – unendliche Weiten. Wir befinden uns – bereits im Hier und Jetzt - und in einer fernen Zukunft. Dies sind die Abenteuer des neuen Raumschiffs „Preisspirale“, das keine Lichtjahre von der Erde entfernt unterwegs ist, um fremde Welten zu entdecken, unbekannte Lebensformen und neue Zivilisationen. Die „Preisspirale“ dringt dabei jetzt in Galaxien vor, die nie eine Praxis zuvor gesehen hat.“

Wir schreiben das Jahr 2015 – wie alljährlich, flattern sie wieder ins Haus die lapidaren Informationsschreiben „... aufgrund von – in diesem Jahr sind es die Mindestlöhne – müssen wir leider unsere Preise erhöhen. Wir danken für Ihr Verständnis“. NEIN! Wir haben kein Verständnis mehr.

Beispiel Wartungsvertrag eines Dienstleisters: seit 4 Jahren werden die Preise für die Wartung alljährlich um mindestens ca. 7 (!) % angehoben. Regelmäßige Beschwerden unsererseits provozierten nur eine gewisse Ignoranz. In diesem Jahr allerdings ließen wir uns nicht mehr abschütteln:

- Auf die erste Beschwerde unsererseits kam prompt die lapidare Antwort „Wie Sie vielleicht schon wissen, hat die deutsche Bundesbank Lohnerhöhungen empfohlen, die wir unseren Mitarbeitern nicht verwehren wollen“ ... Ja und, haben wir nicht auch im letzten Jahr erhebliche Lohnerhöhungen bei unseren Mitarbeiter/innen vorgenommen – konnten wir die an unsere Patienten/innen weitergeben?? NEIN!
- Daraufhin das nächste Argument der Firma „Wir tätigen große Investitionen in unsere Academy um den bestmöglichen Service für Sie garantieren zu können“ ... Ja und, ist das nicht selbstverständlich, dass man den bestmöglichen Service garantiert? Wird von der Medizin nicht

immer zwingend vorausgesetzt, dass sie besten Service leistet? Investieren wir nicht auch mächtig in die Fortbildung von Ärzten und Pflegepersonal in unserer Praxis – konnten wir das an unsere Patienten/innen weitergeben?? NEIN!

- Daraufhin das nächste Argument „Zudem setzt sich unsere Firma für den Umweltschutz ein, weshalb wir Umstrukturierungen vornehmen(!), um CO₂ einzusparen“ ... Ja und, auch wir leisten erhebliche Beiträge zum Umweltschutz und haben in unserer Praxis z. B. in ein Blockheizkraftwerk investiert – konnten wir diese Kosten an unsere Patienten/innen weitergeben?? NEIN!

Letztendlich hat dieser Dienstleister zumindest einen Kompromiss vorgeschlagen: die Preiserhöhung wurde reduziert und auf 2 Jahre eingefroren. IMMERHIN!

Das Beschriebene ist nur ein reales Beispiel der Preispolitik. Zahlreiche weitere Betriebe lassen sich auflisten, die die Preise – ohne Zugeständnisse – erhöht haben: Reinigung, Gebäudereinigung, Taxiunternehmen (für bei uns regelmäßig anfallende Kurierfahrten), Medizinproduktehersteller....

Als Geschäftsführerin der OPN sehe ich mich gezwungen Alarm zu schlagen – betriebswirtschaftlich sind weitere Preissteigerungen bei gleichbleibenden Vergütungen nicht darstellbar. Dies durch noch mehr Operationen zu kompensieren, ist bei dem Anspruch der OPN (Qualität vor Geschwindigkeit; nur operieren, was medizinisch notwendig ist) nur sehr begrenzt möglich. Letztendlich benötigen wir dringend Preis Anpassungen von ärztlichen Leistungen.

In diesem Sinne: Llap („live long and prosper“)



Marianne Ingenhoven



**Dr. med.
Emanuel Ingenhoven**
Arzt für Orthopädie
Spezielle orthopädische
Chirurgie, Sportmedizin

Spezialisierung
Arthroskopische Operationen
an Knie, Schulter, Ellenbogen,
Sprunggelenk

ingenhoven@opn-neuss.de

**Priv.-Doz. Dr. med.
Ralf Müller-Rath**
Arzt für Orthopädie und
Unfallchirurgie, Sportmedizin

Spezialisierung
Arthroskopische Operationen
an Knie, Schulter, Ellenbogen,
Sprunggelenk, Gelenkrekon-
struktion

mueller-rath@opn-neuss.de

**Dr. med.
Frank Hesselmann**
Arzt für Orthopädie
Handchirurgie, Rheumatologie

Spezialisierung
Hand- und Fußchirurgie,
operative Rheumatologie

hesselmann@opn-neuss.de

**Priv.-Doz. Dr. med.
Torsten Mumme**
Arzt für Orthopädie und
Unfallchirurgie, Spezielle
orthopädische Chirurgie,
Sportmedizin

Spezialisierung
Endoprothetik der großen
Gelenke, Umstellungs-
osteotomien, Hüftarthroskopie

mumme@opn-neuss.de

Breite Straße 96 · 41460 Neuss · Telefon: 0 21 31 · 27 45 31

Ältere Newsletter-Ausgaben finden Sie auf unserer homepage www.opn-neuss.de in der Rubrik „Für Ärzte“

Kongresse/Tagungen unter Beteiligung der OPN®

- Advanced Shoulder Arthroscopy Course**, 23.–24.04.2015, York
- 63. Jahrestagung Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e.V.**
30.04.–02.05.2015, Baden-Baden
- Arthroskopiekurs Schulter**, 07.–08.05.2015, York
- 5. Berliner Expertenmeeting Sportmedizin**, 29.–31.05.2015, Schwielosee
- 30. Jahrestagung der GOTS**, 12.–13.06.2015, Basel
- 22. Jahrestagung der DVSE**, 25.–27.06.2015, Mannheim
- 63. Jahrestagung der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung e. V.**
18.–20.06.2015, Hamburg
- 32. Sportmedizin Wochenkurs**, 30.08.–04.09.2015, Riva del Garda, Italien
- 32. AGA Kongress**, 17.–19.09.2015, Dresden
- FAME Specialty Day**, 30.09.2015, Essen
- 17. UpDate Orthopädie & Unfallchirurgie**, 27.–28. November 2015, Neuss

Impressum

Herausgeber und V.i.S.d.P.

OPN Orthopädische
Praxisklinik Neuss

Orthopädische Praxisklinik Neuss (OPN)
Breite Straße 96
41460 Neuss
Telefon: 0 21 31 · 27 45 31
Telefax: 0 21 31 · 2 54 12

E-Mail: info@opn-neuss.de
Web: www.opn-neuss.de

Redaktion dieser Ausgabe
Marianne Ingenhoven

Layout
Beate Tebartz Grafik-Design,
Düsseldorf



Anzeige