



aktuell 25

Newsletter

Orthopädische Praxisklinik Neuss



Inhalt

Bürgerverunsicherung	2
Loge de Guyon Syndrom	6
Update Meniskusnaht	7
Focus Auszeichnungen	9
Der periprothetische Schulterprothesen-Infekt	10
QM: Erfolgreiche Rezertifizierung in der OPN	13
DIN EN ISO 9001:2015	13
Termine	15
Impressum	15

Bürgerversicherung

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir befinden uns in einem Wahlkampfjahr. Und wie immer kramen die Parteien anlässlich des am Horizont dräuenden Votums des Souveräns langgehegte Lieblingsprojekte aus der Schublade, um das Wahlvolk zu betören.

So auch die SPD, die uns seit mehr als einem Jahrzehnt ihre Idee der Umgestaltung des Gesundheitswesens mit dem ausgesucht schönen Terminus „Bürgerversicherung“ nahezubringen versucht.

Was verbirgt sich hier hinter?

Die SPD-nahe Friederich-Ebert-Stiftung hat es in einem Positionspapier niedergelegt (FES 24/16):

Die Ziele

1. Die Einführung einer Pflichtversicherung in der GKV für alle Bürger ohne Ausnahme.
2. Der Neuabschluss von vollumfänglichen PKV-Verträgen soll demgemäß unsinnig gemacht, bzw. gesetzlich unterbunden werden.
3. Wegen verfassungsrechtlicher Bedenken einer stichtagsgebundenen Zwangslösung, wird für Altvertragsinhaber in der PKV, einschließlich der Beamten, der Übergang mit einem (ggf. befristeten) Wahlrecht zum Wechsel in die GKV vorgeschlagen.
4. Die Altersrückstellungen der PKV sollen in die Finanzausgleichsmechanismen der GKV einbezogen werden.
5. Die Beitragsbemessungsgrenze (= Einkommenshöhe bis zu der die Krankenkassenbeiträge in der GKV steigen) soll auf das Niveau der Rentenversicherung (z. Zt. 6.200/Monat) erhöht oder – besser noch – abgeschafft werden.
6. Hinzuziehung aller Einkommensarten für die Erhebung des GKV-Beitrages durch Schaffung einer zweiten Beitragssäule für Kapitaleinkünfte.
7. ArbeitgeberInnen (für abhängig Beschäftigte) bzw. die Rentenversicherung (für RentnerInnen) zahlen unabhängig vom Hebesatz die Hälfte des Krankenversicherungsbeitrags (z. Zt. beträgt der festgefrorene Arbeitgeberanteil 7,3 % und der durchschnittliche Zusatzbeitrag der Versicherten 1,1 %). Ein Zusatzbeitrag soll dann nicht mehr erhoben werden können.

8. Die unterschiedlichen Vergütungsordnungen von GKV (EBM) und PKV (GOÄ) sollen in eine einheitliche Vergütungsordnung überführt werden.
9. Diese Vergütungsordnung soll aus alters- und morbiditätsbezogenen Pauschalen sowie Komplexpauschalen und evtl. Einzelleistungsvergütung für besonders förderungswürdige Leistungen bestehen. Parameter der Prozess- und Strukturqualität sowie Pay for Performance sollen integraler Bestandteil der Vergütung werden. Die Vergütung der fachärztlichen Versorgung sei mit den DRG's zu harmonisieren.
10. Ausgeschlossen wird eine Kompensation von Honorareinbußen der Ärzteschaft – etwa in Form einer entsprechenden Anhebung der auch weiterhin bestehenden morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV). Dies wird begründet mit der unterschiedlichen Verteilung von Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten nach Region und Fachgruppe.
11. Investitionen in die Gesundheitsstruktur (z. B. Krankenhausförderung, Sicherstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung und Prävention im Kindesalter) sollen komplett steuerfinanziert werden.
12. Leistungen, die in der Vergangenheit aus dem GKV-Katalog gestrichen wurden, wie z. B. Sehhilfen, Hörgeräte oder Zahnersatz, sollen wieder als Sachleistung in den Katalog der GKV aufgenommen werden.

Warum soll diese Lösung besser sein als unser bisheriges System?

Die FES nennt hierzu Folgendes:

Die Gründe

1. Das Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung sei ökonomisch nicht begründbar und werde als ungerecht empfunden.
2. Die Einbeziehung gut verdienender PKV-Versicherter in die GKV würde – nach Erhöhung oder Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze – das Einnahmenproblem der GKV lösen.
3. Die PKV könne sich die Versicherten innerhalb einer privilegierten Gruppe aussuchen, die GKV habe Kontrahierungszwang, dies würde zu einer Wettbewerbsverzerrung führen.

4. Unter dem Praedictum der jetzigen Gesetzeslage würde es zu einer zunehmenden Schere zwischen Einnahmen und Ausgaben der GKV kommen.
5. Es beständen zunehmende Beitragschulden in GKV und PKV, die auf eine zu hohe Belastung von Versicherten in ökonomisch schlechter Lage zurückzuführen sei.
6. Es gäbe ‚Implosionstendenzen‘ der PKV die vor einem zunehmenden Ausgabenproblem stände.
7. Fehlanreize in der Verteilung medizinischer Versorgung über den Privatversichereranteil in der regionalen Bevölkerung würden eliminiert.

Die nicht gelösten Probleme

Nach Angaben der FES stehen also beide Systeme, GKV und PKV, finanziell vor dem Abgrund. Wie soll aber bei einer Fusion zweier kranker Systeme ein finanziell gesundes entstehen? Da das GKV-System im Wesentlichen unverändert bestehen bleibt, sollen also die 10 % Privatversicherten nicht nur sich selbst am eigenen Schopf aus dem Sumpf ziehen, sondern auch noch jeweils neun GKV-Versicherte. Wie will die Friedrich-Ebert-Stiftung diese wunderbare Mittelvermehrung realisieren?

1. erhofft sich die FES eine einmalige Finanzspritze durch die Sozialisierung der Altersrückstellungen der PKV. Sie ignoriert hierbei, dass diese den privaten Krankenversicherungsunternehmen bzw. deren Versicherten gehören. Die Möglichkeit des freiwilligen Wechsels aus der PKV in die GKV könnte zwar bei der gesetzlichen Umsetzung helfen. Die Möglichkeit der Mitnahme von Altersrückstellungen in eine andere Versicherung besteht aber nur für diejenigen, die nach dem 1.1.2009 eine private Krankenversicherung abgeschlossen haben, also nur für eine sehr kleine Gruppe der Privatversicherten und nur für einen Teil der eingezahlten Beträge (§ 12 Abs. 1 des VAG).
2. erhofft sich die FES im erweiterten GKV-System „Bürgerversicherung“ Mehreinnahmen im Wesentlichen durch diejenigen „Versicherten mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze, die sich dann nicht mehr den Umverteilungsprozessen in der GKV entziehen könnten“. Völlig ausgeblendet wird, dass es bei einer freiwilligen Regelung für

Altversicherte im Wesentlichen zu einer Wanderung von Versicherten mit schlechten Risiken und geringen Einkünften aus der PKV in die GKV kommen wird. Hiermit bekäme die GKV mit höchster Wahrscheinlichkeit ein weiteres Finanzproblem und die verbliebene PKV würde sich zu einer reinen Eliteversicherung der reichen und gesunden Alten sowie der Zusatzversicherten entwickeln.

In der GKV besteht eine beitragsfreie Mitversicherung von Kindern und Ehegatten oder Partnern in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, solange diese nicht über 450 EUR/Monat verdienen. In der PKV besteht die Notwendigkeit, jede Person individuell zu versichern. Beim Wechsel eines PKV-Versicherten mit Angehörigen in die GKV würden die Beiträge für diesen Personenkreis dem Gesamtsystem verloren gehen. Auch bei hohen Einkommen würden die Einnahmen, die in das Gesundheitssystem fließen, bei Familien und Paaren mit Alleinverdienern, die in die GKV wechseln, sinken.

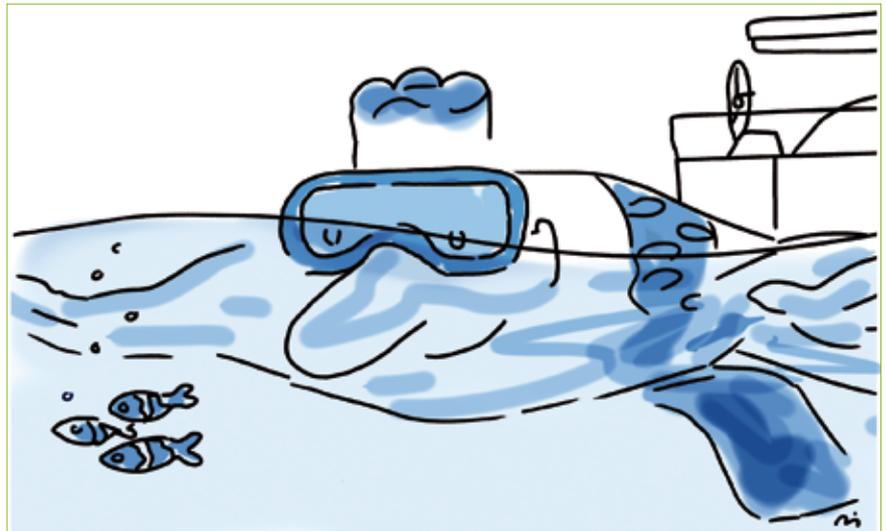
Eine Ausgabenminderung möchte die FES über die Nichtkompensation der GOÄ-Einnahmen in den Praxen und eine weitgehende Pauschalisierung von Leistungen erreichen. Es werden keine Angaben darüber gemacht, wie die Praxen mit den – kaum noch die Selbstkosten deckenden – Einnahmen der GKV-Abrechnung überleben sollen. Überdies würden die Praxen über die Erhöhung des Arbeitgeberanteils an der Krankenversicherung noch weiter belastet. Dem, bei dem defizitär finanzierten System GKV immanent drohenden Qualitätsdefizit medizinischer Leistungen, will man mit Qualitätsvorgaben begegnen.

Die bisherigen Doppelleistungen der PKV-Versicherten, die 1. die beitragsfreie Familienversicherung der GKV über die Steuern alimentieren und 2. über ihre Honorare die Versorgung der GKV-Versicherten in Klinik wie Praxis erheblich mitfinanzieren, werden seitens der FES geflissentlich ignoriert. Denn auch die Krankenhäuser partizipieren durch die inzwischen übliche Sozialisierung der GOÄ-Einnahmen der angestellten Chef-/Wahlärzte erheblich (bis zu 100 %!) von deren GOÄ-Einnahmen.

Keine Angaben macht die Friedrich-Ebert-Stiftung zu der Frage, was aus den PKV-Unternehmen werden soll. Diese hätten es mit einer zunehmend älter werdenden Rest-Klientel zu tun, deren künftig sinkende

Anzahl nicht mehr den versicherungsrechtlichen Regeln einer Versichertengemeinschaft entspräche. Dürften diese dann auch auf dem GKV-Markt mitmischen? Das wohl kaum.

als das Gesundheitssystem, noch lebensnotwendiger als die Behandlung von Krankheiten!



PKV Verband der privaten Krankenversicherung

Transparenz

Die Ideologie

Der Traum der SPD spricht aus jeder Zeile des Positionspapiers:

- Vollversicherung und Versicherungspflicht für Alle im GKV-System, inklusive der bislang nicht zwangsweise Beglückten (Selbstständige, Beamte, überdurchschnittlich Verdienende)
- einkommensabhängige Finanzierung ohne Begrenzung des Höchstbeitrages,
- einheitliches Vergütungssystem.

Die SPD verabschiedet sich hiermit von dem Gedanken, dass es wenigstens 10 % der Bevölkerung schaffen könnten, ohne staatliche Bevormundung im Gesundheitssystem alleinverantwortlich zurechtzukommen. Für diesen Traum sind die Protagonisten der Idee „Bürgerversicherung“ bereit, handfeste Bedenken beiseite zu räumen und erhebliche finanzielle Risiken einzugehen.

Denken wir mal quer: die ‚Lebensmittelvollversicherung‘

Die SPD ist der Meinung, der Staat habe für das gesundheitliche Wohlergehen aller BürgerInnen allumfassend zu sorgen. Warum dann nicht auch für die Lebensmittelversorgung? Diese ist doch noch wichtiger

Man stelle sich einmal Folgendes vor: wir führen eine Pflichtversicherung für Nahrung ein. Hunger und Durst sind versicherte Gefahren. Essen und Trinken sind gleichsam gegen einen monatlichen, einkommensabhängigen Zwangsobulus assekuriert. Es gibt eine staatlich inaugurierte Einheitsversicherung, die von mehreren entsprechend konzessionierten halbstaatlichen Unternehmen getragen wird. Diese haben sich in einem Bundesverband zusammengeschlossen. Die Lebensmittel-Bürgerversicherung stellt eine „bedarfsgerechte Versorgung der Versicherten und deren Angehörige im Rahmen von Wirtschaftlichkeit, Angemessenheit und Notwendigkeit“ sicher. Die Preisgestaltung der einzelnen Waren und Dienstleistungen richtet sich nach deren Verbrauch und ist insgesamt gedeckelt durch die Einnahmen der Versicherung. Die Verteilung innerhalb der Gesamtvergütung wird in gemeinsamer Selbstverwaltung zwischen Versicherung und Handelsverbänden für Lebensmittel festgelegt. Bei Streitigkeiten hat ein als „unabhängiger Vorsitzender“ fungierender Professor für ‚Lebensmittelmanagement‘ aus einer staatlichen Hochschule die entscheidende Stimme. Die Vergütung der „Leistungserbringer“ in Handel und Gastronomie erfolgt in einheitlichen alters- und gewichtsbezogenen Fallpauschalen. In einem „Gemeinsamen Food-Ausschuss“ (GFA) wird festgelegt, welche Waren und

Dienstleistungen den o.a. Kriterien entsprechen. Dies sind im Prinzip alle, da niemand der Bevölkerung bestimmte Lebensmittel vorenthalten will. Vorsitzender des GFA mit entscheidender Stimme ist ein Politiker, der zuvor als Staatssekretär und Landesagrarminister seine Befähigung zur Qualitätsbeurteilung von Lebensmitteln nachgewiesen hat.

Es gibt zwei Lebensmittelverbände. Je einen für große Handels- und Gastronomieketten und einen für Kleinläden inkl. inhabergeführten Gaststätten. Der Zugang zu Lebensmitteln ist nicht eingeschränkt. Jeder hat – unter Vorzeigen seiner Versicherungskarte – freie Auswahl und freien Konsum. Der Sicherstellungsauftrag für die mengenmäßig nicht regulierte Versorgung der Bevölkerung liegt bei den „Leistungsanbietern“.

Wohin führt ein solches System?

Der jetzt ungebremste Konsum führt zu einer steigenden Nachfrage. Die steigende Nachfrage führt nicht, wie in einer Marktwirtschaft üblich, zu steigenden sondern zu sinkenden Preisen, da die Gesamtverfügung nicht adäquat mitwächst.

Die Lebensmittelindustrie antwortet auf den steigenden Kostendruck mit einer, bis dato nicht gekannten, Massenproduktion von billigen Lebensmitteln. Für die Massentierhaltung werden neue Fließbandverfahren entwickelt. Der Fusionsdruck bei den Anbietern steigt, denn nur mit Größe und Menge lässt sich dem Preisdruck und der Macht der Einheitsversicherung standhalten. Kleinere Handelsketten, Einzelbetriebe einschließlich der Einzelgaststätten verschwinden vom Markt – Ausnahme siehe unten.

Die Zahl der „Nahrungs-Abgabebetriebe“ sinkt somit, insbesondere der ländliche Raum wird kaum noch ortsnah versorgt, da die hierfür notwendigen Kleinbetriebe nicht wirtschaftlich sind. Der weiterhin zunehmende wirtschaftliche Druck – trotz Massenproduktion – sucht sich als Ventil die Qualität. Diese sinkt sukzessive. Den zunehmenden Qualitätsdefiziten will die Einheitsversicherung mit steigenden Qualitätsvorgaben begegnen. Der Versuch scheitert, da die Gewinnmargen im Promillebereich keinen Raum für Qualität lassen.



PKV Verband der privaten Krankenversicherung

Eigenverantwortung

Zwischenzeitlich kommt die Politik auf die Idee, Kooperationen zwischen Erzeugern, Verarbeitern und Handel von Lebensmitteln unter generellen Korruptionsverdacht zu stellen, um auszuloten, wo genau sich noch eventuelle restliche Wirtschaftlichkeitsreserven verbergen könnten.

Die unkontrollierte Inanspruchnahme des Angebotes durch die Versicherten begünstigen Zivilisationskrankheiten. Hochdruck, Fettleibigkeit, Diabetes, Alkoholismus erreichen ein ungeahntes Hoch. Der durchschnittliche Body Mass Index (BMI) in Deutschland steigt innerhalb kurzer Zeit bedenklich. Auch diejenigen, die keine Zivilisationskrankheiten erleiden, werden kränker wegen mangelnder Qualität der Ernährung.

Die Mehrerkrankungen sollen in einem staatlich organisierten Gesundheitswesen behandelt werden, welches die Preise für Gesundheitsdienstleistungen aus Gründen der Beitragsstabilität daraufhin sukzessive senkt, aber die Qualitätsvorgaben erhöht. Die Behandlungsqualität sinkt, das sei der Vollständigkeit halber erwähnt, trotzdem. Die Motivation, in diesen staatlich vollständig regulierten Systemen zu arbeiten, sinkt unter den Nullpunkt. Der Begriff Fachkräftemangel erfährt eine ungeahnte Dimension.

Es bildet sich eine Parallelversorgung auf hohem Niveau für diejenigen, die es sich leisten können. Der Begriff „2-Klassen-Versorgung“ wird diesem zunehmend krasser werdenden Unterschied nicht mehr gerecht. In der Bevölkerung macht der Begriff „Fresselite“ die Runde.

Das mag manchem wie ein Beispiel aus Absurdistan anmuten, zeigt jedoch, wo das Problem liegt. Die Absicherung ungebremsten Konsums von was auch immer, auch von Lebensmitteln oder Gesundheitsleistungen, führt über die Ausschaltung der Eigenverantwortung zu negativen Ergebnissen. Und die Organisation einer solchen Versicherung als Zwangsmaßnahme, erst recht unter staatlicher Organisation, führt mit Sicherheit zu Qualitätsdefiziten. Dieser Mechanismus (sog. Lopez-Effekt), dass unrealistische Preisvorgaben trotz schönster Qualitätsvorgaben zu mangelhaften Leistungen führen, trifft auch auf die Ärzteschaft (trotz der bekannten Selbstaussbeutungsneigung) und das Gesundheitswesen zu. Zudem erzeugt ein solches System extreme, einkommensabhängige Ungleichheiten.

Alternative

Die Bismarck'sche Sozialversicherung war immer auf die Absicherung der sozial Schwachen ausgelegt und hatte nie das Ziel, 100 % der Bevölkerung zwangsweise zu bevormunden. Natürlich sind auch schon die 90 % GKV-Patienten im jetzigen System bei weitem zu viel. Wir dürfen die Eigenverantwortung nicht weiterhin aus dem System nehmen, sonst wird es uns zwangsläufig um die Ohren fliegen. Die Wirtschaftlichkeitsreserven sind weitgehend erschöpft. Ein paar weitere Krankenhäuser, die geschlossen werden, ein paar weitere Krankenkassenmitarbeiter, die wegrationalisiert werden, retten das marode System nicht.

zubringenden Prämien. Im Sinne der letztgeübten Terminologie könnte man eine solche Systemevolution dann „Selbstverantwortungs-Stärkungsgesetz“ nennen. Obwohl ich persönlich unserer Bevölkerung ein erhebliches Potential an Rationalität zutraue, sehen ich keinen Politiker dieser Republik, der den Mut haben könnte einen solchen oder ähnlichen Systemumsturz zu propagieren. Da bleibt man lieber im Ungefähren („mehr soziale Gerechtigkeit“) oder nebulösen („weniger Ungleichheit“), was zwar im Prinzip dasselbe bedeutet, aber zunächst nicht mit klaren Ansagen untermauert werden muss. Im äußersten Fall sehen wir uns mit kruden Gedanken wie der „Bürgerversicherung“ konfrontiert, die unausgegoren

Versicherten der PKV die GKV alimentieren, bereit sind, für die Umsetzung dieser Wahndee sämtliche rationalen Gedanken beiseite zu schieben. Die bisher scheinbar ernsthaften Anstrengungen in diese Richtung zeigen jedoch, dass die Verfolgung postfaktischer Ideen leider kein Privileg extremer Politikrichtungen ist.

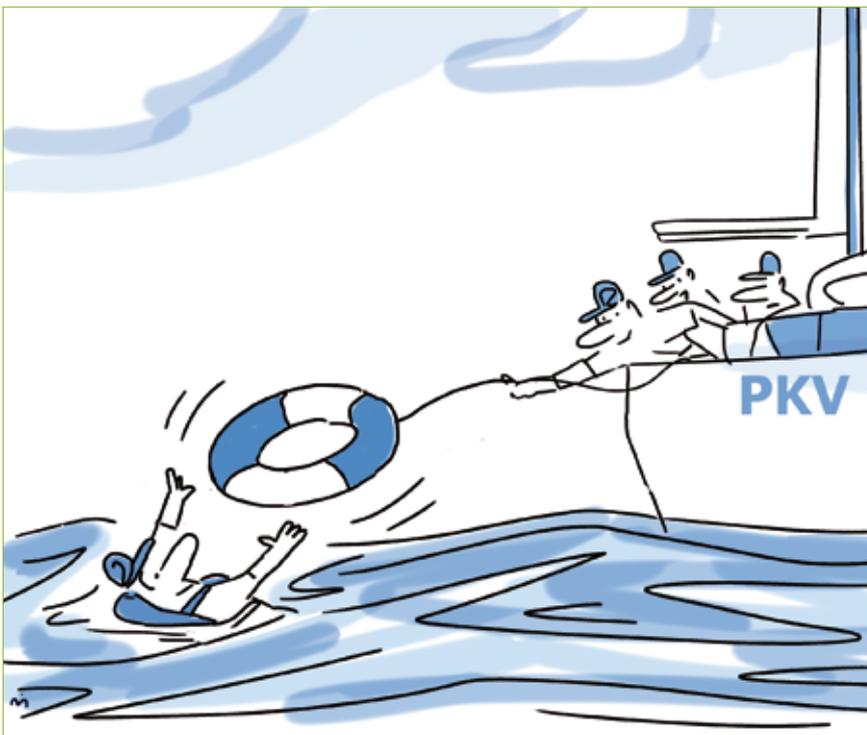
Seien wir also fürs erste froh, dass Otto von Bismarck keine Lebensmittel-Versicherung eingeführt hat...

Das meint jedenfalls Ihr



Dr. med. Emanuel Ingenhoven

PKV Verband der privaten Krankenversicherung



Solidarität

Wenn einmal klar ist, dass die Idee der „Bürgerversicherung“ in der von der SPD favorisierten Form reine Sozialromantik und Bauernfängerei ist, muss darüber diskutiert werden, wie in unserem Gesundheitssystem zu einer sozialverträglichen aber adäquaten Steigerung der Selbstverantwortung in GKV und PKV kommen kann, ohne den Einzelnen zu überfordern. Etwa durch Selbstbehalte bzw. Eigenbeteiligungen, die auf die Höhe eines monatlichen Versicherungsbeitrages pro Jahr begrenzt ist, bei gleichzeitiger adäquater Senkung der durch den Versicherten auf-

daherkommen und im Prinzip nur die Aufgabe haben, die – nicht nur sozialdemokratische – Seele zu streicheln. Kamelle für die Narren, die bald wählen dürfen.

Die „Bürgerversicherung“ erscheint mir bei näherem Hinsehen jedenfalls wie eine Epiphanie, die so, wie sie die Friedrich-Ebert-Stiftung formuliert hat, nicht kommen kann. Es sei denn, man ändert radikal die Gesetzeslage einschließlich unseres Grundgesetzes. Die Frage ist, ob diejenigen PolitikerInnen, die sich das Eingeständnis verweigern, dass bereits jetzt die

Loge de Guyon Syndrom

Das Loge de Guyon Syndrom stellt eine Kompression des Ellenerves über dem ellenseitigen Handgelenk dar und muss neben einem C8 Wurzelreizsyndrom v. a. vom deutlich häufiger anzutreffenden Cubitaltunnelsyndrom (früher: Sulcus-ulnaris-Syndrom) differenziert werden.

Die Loge wird anatomisch proximal am Radius durch den Hiatus proximalis, gebildet aus dem distalen Rand der Fascia antebrachii, nach radial durch die ulnare Begrenzung des Retinaculum flexorum, welches den Karpalkanal überdacht, nach distal durch den Hiatus distalis, gebildet aus dem proximalen Rand des Lig. pisohamatum, welches sich zwischen Os pisiforme und Os hamatum ausspannt, sowie durch den ulnaren Rand der Aponeurosis palmaris, in welche der M. palmaris brevis einstrahlt, begrenzt.

Der Ellenerv verläuft i.d.R. ulnar der Arterie unterhalb der Fascia antebrachii am distalen Unterarm, und teilt sich dann in Höhe des Hiatus proximalis in den vorwiegend sensiblen R. superficialis sowie seinen motorischen Endast (R. profundus) auf, welcher hier nach ulnar abzweigt und unter das Lig. pisohamatum taucht.

Der R. superficialis teilt sich schließlich in die rein sensiblen Endäste der Nn. palmares communes für die vorwiegend palmare sensible Versorgung von Klein- und Ulnarseite des Ringfingers auf. Auch die Streckseite des Kleinfingers wird teils mit innerviert. Zudem versorgt er motorisch noch den M. palmaris brevis. Der R. profundus hingegen zieht bogenförmig mit dem Hohlhandbogen in der Tiefe nach radial, um die Kleinfingerballenmuskulatur, die intrinsische Muskulatur sowie schließlich den M. adductor hallucis des Thenars (Froment-Zeichen) motorisch zu innervieren.

Nach SHEA und CLAIN finden sich drei Läsionstypen:

1. **Typ I:** Stamm des N. ulnaris
 2. **Typ II:** Ramus profundus N. ulnaris
 3. **Typ III:** Ramus superficialis N. ulnaris
- Typischerweise kommt es durch repetitiven Druck (Fahrrad-/Motorradlähmung, Krückenlähmung) zu den typischen Symptomen eines Loge de Guyon Syndroms.

Erste Symptome können neben Missempfindungen im Versorgungsgebiet des R. superficialis auch eine – i.d.R. allerdings erst später auftretende – muskuläre Schwäche der Fingerspreizung bzw. des Zusammenführens der Finger (Mm. interossei) sein. Zudem kann aufgrund der Mitinnervation des Thenar (M. adductor hallucis) auch eine Schwäche des Daumen-Finger-Feingriffs, des Schlüssel- und Spitzgriffs, angegeben werden. Liegen noch keine motorischen Ausfälle vor, sollte zunächst auf eine konsequente Druckentlastung/-vermeidung hingewirkt werden.

Im Unterschied zu einer weiter proximal gelegenen Schädigung des N. ulnaris (z. B. Cubitaltunnelsyndrom) ist die Ulnarseite des Handrückens, der im wesentlichen vom weiter proximal entspringenden R. dorsalis N. ulnaris versorgt wird, nicht betroffen.

Beweisend ist die Elektroneurografie. Es findet sich typischerweise eine Herabsetzung der motorischen Nervenleitgeschwindigkeit im Bereich der Loge im Vergleich zum Unterarmsegment um mehr als 15 m/s. sowie eine signifikante Amplitudenminderung des motorischen Antwortpotenzials. Zudem ist die motorische Latenz verlängert.

Hilfreich kann auch eine MRT-Untersuchung sein, um andere Ursachen wie raumverdrängende Prozesse oder z. B. ein Hypothenar-Hammer-Syndrom (Thrombose der A. ulnaris) auszuschließen.

Im vorliegenden Fall handelte es sich um eine 30jährige Patientin mit unilateralem Befall, ausgeprägten Missempfindungen am Klein- und Ringfinger (der Handrücken war nicht betroffen) sowie bereits ausgeprägten Atrophien der Handinnenmuskulatur (insbesondere M. interosseus primus dorsalis) sowie des Hypothenars. Abschwächung des Schlüsselgriffs. Interessant in diesem Zusammenhang war die kurze Anamnese von nur sieben Wochen. Ein Unfallereignis lag nicht vor, noch konnte eine die Loge durch beständigen oder repetitiven Druck auslösende Ursache eruiert werden.

Elektroneurografisch konnte eine distale Läsion des N. ulnaris verifiziert werden. Im MRT fand sich eine abgrenzbare, möglicherweise ganglionäre Struktur distal des Hiatus proximalis in Höhe des Lig. pisohamatum, offenbar mit Kompromittierung sowohl des R. superficialis als auch des R. profundus.

Die Therapieoption der Wahl ist in diesem Falle die offene operative Dekompression des N. ulnaris bis zum Hiatus distalis einschließlich Resektion des vermutlich für die Kompression verantwortlichen Tumors.

Die Abbildungen 1 und 2 zeigen eine nahezu runde, unter Kontrast in den fettsupprimierten coronaren Sequenzen anreichernde Raumforderung im Bereich der Loge de Guyon.

Dr. med. Frank Hesselmann

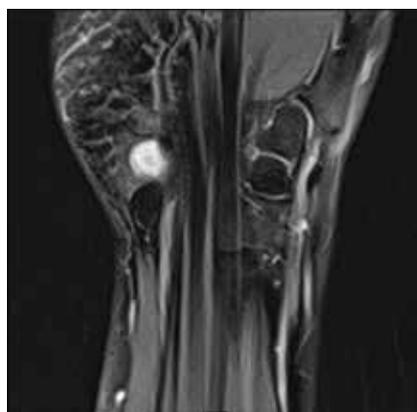


Abb. 1

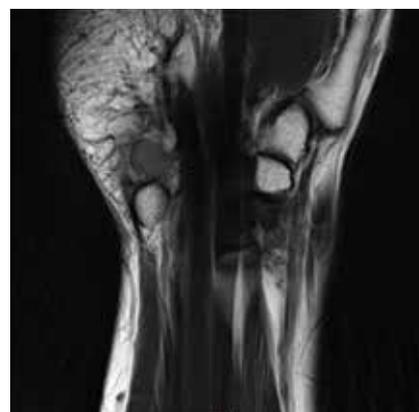


Abb. 2

Update Meniskusnaht – Rekonstruktionen außerhalb der idealen Indikation

Die Naht des Meniskus ist mittlerweile ein Standardverfahren der arthroskopischen Kniegelenkchirurgie. Die Überlegenheit der Naht gegenüber der Meniskusteilresektion bzgl. der Verhinderung einer Kniegelenkarthrose wurde von Stein et al. (2008) in einer prospektiven, randomisierten Studie gezeigt. Im langfristigen Verlauf nach 8,9 Jahren fanden die Autoren bei 60 % der Patienten nach Resektion arthrotische Veränderungen. Nur 19 % der Patienten nach Meniskusnaht zeigten eine vergleichbare Degeneration. Als ideale Indikation zur Naht gilt weiterhin der instabile (>1 cm lange), basisnahe Vertikalriss bei stabilen oder stabilisierbaren Gelenkverhältnissen. Aufgrund der guten Ergebnisse der Meniskusnaht bei diesen Indikationen, ist die Indikation zur Naht zunehmend erweitert worden.

Insbesondere bei jungen Patienten und im Rahmen eines akuten Traumas bzw. in Zusammenhang mit einer Kreuzbandoperation erscheint es gerechtfertigt, auch Risse außerhalb dieser idealen Indikation zu rekonstruieren. Hinzu kommt, dass weitere Rissformen in den Fokus gerückt sind, welche häufig in Zusammenhang mit einer Kreuzbandverletzung entstehen und in der Vergangenheit in der Regel nicht repariert wurden. Dieser update soll anhand von intraoperativen Beispielen Rekonstruktionsmöglichkeiten außerhalb der Standardindikation darstellen.

1. Horizontalriss

Bei degenerativen Rupturen finden sich häufig am Innenmeniskus horizontale Risse, welche die Oberseite und Unterseite fisch-

maulartig separieren. Eine Resektion beider Lefzen würde zu einer funktionellen totalen Meniskusresektion führen. Daher wird bei der Resektion empfohlen, nur die zumeist instabile Unterseite zu entfernen. Hierbei wird jedoch funktionelles Gewebe geopfert. Auch wenn gute klinische Studien zu dieser Fragestellung fehlen, so erscheint eine Naht zur Stabilisierung der halbringförmigen Meniskusbasis sinnvoll. Dieses insbesondere bei jungen Patienten ohne wesentliche begleitende Knorpeldegeneration. Eine wesentliche Verlängerung der postoperativen Rehabilitation gegenüber der Resektion ist nicht notwendig. Die Patienten können direkt nach der Operation bis 90° beugen, sollten jedoch erst nach vier Wochen zur Vollbelastung übergehen.

Bsp. 1 Horizontalriss Innenmeniskus:



Abb. 1: Lappenriss Innenmeniskus-hinterhorn



Abb. 2: Nach Lappenresektion zeigt sich eine horizontale Separation

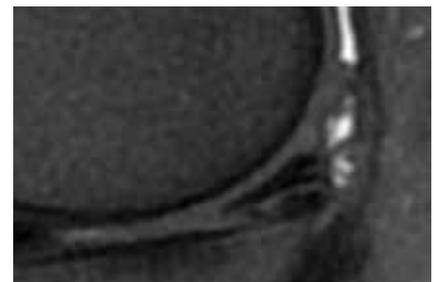


Abb. 3: MRT der horizontalen Läsion



Abb. 4: Anfrischen der Ruptur



Abb. 5: Anlage der Naht auf der Oberseite



Abb. 6: Anlage der Naht auf der Unterseite



Abb. 7: Nach Anlage von 2 Nähten

Bsp. 2 Horizontalriss Außenmeniskus:



Abb. 8: Komplexer Außenmeniskus-schaden mit Horizontalriss



Abb. 9: nach Naht

2. Radiärriss

Radiäre Meniskusrisse führen aufgrund der Unterbrechung der zirkumferent verlaufenden Kollagenfasern zu einer vollständigen Unterbrechung der Meniskusfunktion. Da Radiärrisse definitionsmäßig auch durch die weiße Zone reichen, sind die Heilungschancen nach einer Naht gering. Falls der Riss jedoch beim jungen Menschen bis in die vaskularisierte Basis reicht, erscheint eine Naht unter Kommunikation der eingeschränkten Erfolgswahrscheinlichkeit einer Heilung gerechtfertigt. Denn das Belassen der Ruptur oder sogar ein noch weiteres Ausschneiden eines radiären Risses kann die Meniskusfunktion nicht wieder herstellen. Nach einer solchen Naht ist eine Teilbelastung von 10 kg über 6 Wochen obligat, denn eine Belastung würde zum Klaffen der Rupturränder führen.

Bsp. 3 Radiärriss Außenmeniskus:



Abb. 10: Radiärriss am Übergang vom Mittelstück zum Vorderhorn am Außenmeniskus



Abb. 11: nach Naht

3. Rampenläsion

Obwohl bereits Ende der 80er Jahre durch Strobel beschrieben, erfährt die Rampenläsion des Innenmeniskus als typische Begleitverletzung der vorderen Kreuzbandruptur aktuell eine gesteigerte Aufmerksamkeit in der wissenschaftlichen Literatur. Bei der Rampenläsion handelt es sich um eine Ruptur der posterioren kapsulären Aufhängung des Innenmeniskus. Die Folge hiervon ist eine Hypermobilität des Innenmeniskus. Aufgrund ihrer Lage ist diese Ruptur bei der Arthroskopie über ein anteriore Portale in der Regel nicht zu erkennen

Bsp. 4 Rampenläsion Innenmeniskus:



Abb. 12 und 13: von anterior kein Riss am Innenmeniskus erkennbar



Abb. 14: Bei Verschieben der Optik nach posteromedial zeigt sich die Rampenläsion



Abb. 15: nach Umstecken nach posteromedial gute Aufsicht auf die Rampenläsion (Pfeil) und Reparatur



Abb. 16: nach Naht

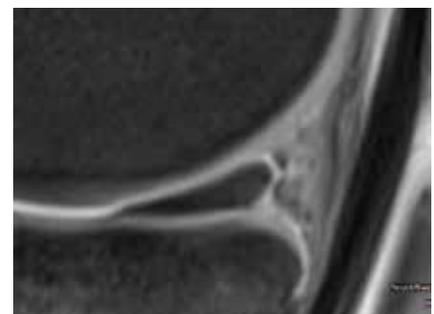


Abb. 17: MRT der Rampenläsion

und kann somit leicht übersehen werden. Hinweisgebend ist eine Hypermobilität des Innenmeniskushinterhornes bei der Tasthakenpalpation, ohne dass ein eigentlicher Riss erkannt wird. Eine Rekonstruktion gelingt nur über ein posteromediales Portal, wobei unterschiedliche Techniken möglich sind. Gebogene Faden-Shuttle-Systeme oder Nahtzangen aus der Schulterchirurgie können hilfreich sein. Da das Kapselgewebe häufig nicht sehr stabil ist, empfiehlt sich eine zurückhaltende Rehabilitation insbesondere unter Vermeidung der belasteten Beugung.

4. Wurzelläsion

Der Ausriss der lateralen posterioren tibialen Meniskuswurzel gilt ebenfalls als typische Begleitverletzung beim Kreuzbandriss. Hingegen findet sich eine mediale Wurzelläsion typischerweise als kompletter wurzelnaher Radiärriss beim weiblichen älteren Patienten im Rahmen eines degenerativen Geschehens. Biomechanische Experimente zeigen, dass durch die posterolaterale Wurzelläsion eine anterolaterale Rotationsinstabilität infolge einer Kreuzbandverletzung noch verstärkt werden kann. Daher erscheint die Rekonstruktion dieser Läsion im Rahmen der Kreuzbandplastik geboten. Die knöcherne Reinsertion erfolgt mittels transossärer Auszugsnaht. Alternativ wur-

den auch direkte Fixationstechniken mittels Fadenankern beschrieben. Für die Auszugsnaht kann im Rahmen der Kreuzbandplastik der tibiale Tunnel verwendet werden oder eine zusätzliche Bohrung angelegt werden. Während die laterale posteriore Wurzel in der 4er Position des Beines in der Regel gut erreicht werden kann, so stellt die Rekonstruktion der medialen Wurzel aufgrund der Kompartimente eine größere technische Herausforderung dar. Außerdem sind aufgrund der zumeist begleitenden degenerativen Veränderungen die Erfolgchancen medial geringer. Allerdings konnte in klinischen Studien sogar eine Verminderung der medialen Meniskusextrusion durch Reparatur

eines Wurzellisses gezeigt werden. Hierdurch könnte womöglich das Fortschreiten eines degenerativen Geschehens verlangsamt werden.

Die hier gezeigten Beispiele zeigen die technischen Möglichkeiten zur Meniskusnaht auch außerhalb der als ideal angesehenen Indikation. Auf die fehlende Evidenz und eine möglicherweise erhöhte Gefahr eines Nahtversagens in diesen Situationen muss der Patient hingewiesen werden. Dennoch lohnt sich dieses Risiko und der erhöhte technische Aufwand, um über den Meniskuserhalt eine frühzeitige oder fortschreitende Kniegelenkdegeneration zu vermeiden.

PD Dr. med. Ralf Müller-Rath

Bsp. 5 Wurzelläsion Außenmeniskus:



Abb. 18: komplette Wurzelavulsion des Außenmeniskushinterhorns



Abb. 19: armierte AM HH Wurzel. Der Wechselstab markiert den tibialen Tunnel der ACL-Plastik



Abb. 20: nach Fixation der transossären Ausziehnähte

Auszeichnung

OPN freut sich über weitere FOCUS Auszeichnungen

Der FOCUS ist im Ärzte-Ranking seit Jahren bekannt durch die Auswahl der TOP-Mediziner.

Ein unabhängiges Rechercheinstitut (MINQ) und die gemeinnützige Stiftung Gesundheit recherchieren jährlich und ermitteln aus den rund 200.000 Ärzten bundesweit die ca. 3.000 TOP Mediziner Deutschlands. Der FOCUS ermittelt die TOP Mediziner aus Empfehlungen von Ärzten und Patienten. Weitere Kriterien sind Publikationen, Art und Zahl der vorgenommenen Eingriffe sowie Spezialisierung. Die Aufnahme in das TOP Ranking erfordert insbesondere bei den Arztempfehlungen und den Bewertungen durch Patienten überdurchschnittlich gute Ergebnisse. Bei den anderen Kriterien müssen vom Marktinstitut vorgegebene Mindestanforderungen erfüllt werden.

Neu aufgelegt hat der FOCUS in diesem Jahr ein Zertifikat für EMPFOHLENE ÄRZTE DER REGION. Hier werden die im Landkreis ihrer Niederlassung empfehlenswerten Fachärzte und Zahnärzte der Region ausgezeichnet – insgesamt ca. 28.000 bundesweit. Zielsetzung dabei ist, den Patienten in ihrer regionalen Nähe eine Empfehlung für einen niedergelassenen Arzt zu geben. Erhoben wird diese Auswertung von der Hamburger Stiftung Gesundheit. Sie berücksichtigt insbesondere medizinische, patienten- und serviceorientierte Faktoren.

Die OPN ist stolz, in allen Bewertungen gelistet zu sein. Ununterbrochen seit 2006 verfügt die Praxis im Bereich Kniechirurgie, seit 2014 im Bereich Schulterchirurgie über die Auszeichnung „TOP Mediziner“. In der neuen Erhebung EMPFOHLENE ÄRZTE

DER REGION wird die OPN nun ebenfalls ausgezeichnet und zwar in den Kategorien Orthopädie und Unfallchirurgie, spezielle orthopädische Chirurgie, Sportmedizin und orthopädische Rheumatologie.

Wir sind stolz auf diese Auszeichnungen und möchten uns ganz herzlich bei unserem Team bedanken – ohne unser harmonisches und kompetentes Team wäre eine solche Leistungserbringung nicht denkbar. Dank sagen möchten wir insbesondere auch unseren Kolleginnen und Kollegen die großes Vertrauen in unsere Leistung haben und uns ihre Patient/innen zur OP anvertrauen.

Für uns sind diese Auszeichnungen eine große Ehre, Verpflichtung und Motivation zugleich!

Der periprotetische Schulterprothesen-Infekt – Zwei Fallbeispiele

Einleitung

Der periprotetische Infekt ist eine der klinischen Herausforderungen und mit die größte Komplikation der implantierten Hemi- und Totalendoprothese der Schulter. Die Inzidenz liegt bei 0–3,9 % bei der primären anatomischen und bei 2–18,8 % bei der inversen Schulterprothese. Die chirurgische Therapie dieser Komplikation variiert und beinhaltet u. a. die einzeitige oder zweizeitige Wechseloperation, die Resektionsarthroplasty mit oder ohne permanenter Spacerimplantation, die arthroskopische Lavage oder das offene Debridement mit Implantaterhalt, die Arthrode- se oder letztendlich die Amputation.

Bei fehlenden therapeutischen Richtlinien wird über die Vor- und Nachteile der zuvor genannten Therapieoptionen diskutiert. Das Ziel der Therapie ist die Eradikation der Infektion und ein Verhindern der Infektexazerbation unter Berücksichtigung der verbleibenden Gelenkfunktion mit entsprechendem Weichteilschaden, Knochenverlust und möglichem großen verbleibenden subacromialen „Totraum“.

Gegensätzlich zur periprotetischen Hüft- und Knieendoprothesen-Infektion ist die zweizeitige Wechseloperation nicht der „Golden Standard“, mit in der gängigen Literatur beschriebenen guten alternativen operativen Verfahren in retro- und prospektiven Kohortenstudien. Vergleichende Studien der o. g. Therapiemöglichkeiten in randomisierten Kontrolluntersuchungen sind bis dato nicht vorhanden. Systemische Reviews der gängigen Literatur unter Berücksichtigung der unterschiedlichen chirurgischen Therapieoptionen der periprotetischen Schulterinfektion mit postoperativer Gelenkfunktion und Infektexazerbation beinhalten acht Arbeiten mit der Therapie der Resektionsarthroplasty, sechs Arbeiten mit einer einzeitigen Wechseloperation, 13 Arbeiten mit einer zweizeitigen Wechseloperation und acht Arbeiten mit permanenter Spacerimplantation.

Ohne auf die einzelnen Arbeiten genauer einzugehen, sei kurz auf die erschwerende Problematik der uneinheitlichen Studiendesigns, der wichtigen präoperativen Gelenkfunktion, der Resistenzen der Mikro-

organismen, der Infektionszeit bis zum chirurgischen Debridement und der möglichen Antibiotikaregime, die alle das postoperative Ergebnis (in diesem Fall explizit das der Infektexazerbation und der postoperativen Gelenkfunktion) beeinflussen, verwiesen.

Unter dieser Kenntnis, werden die höchsten Raten an Infektionseradikation in den Studien der permanenten Spacerimplantation beschrieben (95,6 %), gefolgt von der

einzeitigen Wechseloperation (94,7 %), der zweizeitigen Wechseloperation (90,8 %) und der Resektionsarthroplasty (86,7 %). Hinsichtlich des funktionellen Outcome werden die besten Ergebnisse nach der einzeitigen, gefolgt von der zweizeitigen Wechseloperation beschrieben. Das chirurgische Debridement mit Prothesenausbau und permanenter Spacerimplantation ist in der Gelenkfunktion den zuvor genannten beiden Verfahren zumindest statistisch nicht unterlegen.



Abb. 1: Nativ-radiologische Darstellung Schulter rechts in 2 Ebenen nach Sturzereignis mit Bruch der Verbindungsschraube zwischen Metaphyse und zementierten Humerusschaft, Dislokation der Metaphyse nach medial und inferior



Abb. 2: Nativ-radiologische Darstellung Schulter rechts in 2 Ebenen postoperativ nach einzeitiger Wechseloperation der Humeruskomponente auf einen zementierten proximalen Humerusersatz

Fallbeispiele

Wir beschreiben hier das operative Vorgehen bei zwei Fällen aus unserem Kollektiv. Es handelt sich bei beiden Fällen um periprotetische Spätinfekte (Fall 1: 39 Monate postoperativ, Fall 2: 21 Monate postoperativ).

Fall 1

Primäre Implantation einer inversen Schulterprothese (zementierter Schaft, zementfreies Glenoid) rechts. Im weiteren

Verlauf notwendige Wechseloperation bei Materialbruch (Bruch der Verbindungsschraube zwischen Metaphyse und Schaftkomponente) nach Sturzereignis. Wechsel auf proximalen Humerusersatz. Erneutes Sturzereignis auf die rechte Schulter mit großem Weichteildefekt/Decollement distaler Humerus rechts. Chirurgische Wundtoilette und sechs-wöchige Antibiotikatherapie. Im weiteren Verlauf nach Absetzen der Antibiotikatherapie steigende Infektparameter und

Weichteilschwellung im Bereich des operativen Zugangsweges der rechten Schulter mit Rötung nachfolgender Sekretion. Nachweis von Staphylococcus epidermidis im Abstrich und Gelenkpunktat. Operative Therapie mit komplettem Prothesenausbau, Entfernen des Zementknochers humeral und aufgrund des großen proximalen humeralen Knochenverlustes die Implantation eines „StageOneTM Select Cement Hip Spacer“ (Zimmer Biomet). (Siehe Abb. 1– 4)



Abb. 3: Nativ-radiologische Darstellung Schulter rechts in 2 Ebenen mit septischer Lockerung der zementierten Humerusschaftkomponente

Fall 2

Primäre Implantation einer inversen Schulterprothese (zementfreier Schaft, zementfreies Glenoid) rechts. Im weiteren Verlauf notwendige Oberschenkelamputation links bei pAVK und nekrotischer Unterschenkelgangrän. Nachfolgend steigende Infektparameter, Fieber und Schüttelfrost. Im Verlauf Sturz im Delir mit Ausbruch der Glenoidkomponente. Eine Punktion der Schulter rechts ergab einen positiven Keimnachweis für Staphylococcus aureus.

Operative Therapie mit komplettem Prothesenausbau und Implantation eines „StageOneTM Shoulder Spacer“ (Zimmer Biomet) sowie hälftigem Musculus pectoralis Transfer. Auf die Osteosynthese der Glenoidfraktur wurde in Anbetracht der Infektkonstellation und der kritischen Allgemeinsituation des Patienten verzichtet.



Abb. 4: Nativ-radiologische Darstellung Schulter rechts in 2 Ebenen postoperativ nach Gelenkarthroplasty und Implantation eines „StageOneTM Select Cement Hip Spacer“ (Zimmer Biomet)

Verwendet wurde jeweils mit Gentamicin angereicherter gängiger Knochenzement. Das postoperative Regime beinhaltet ab dem dritten postoperativen Tag tagsüber Pendelbewegungen des operierten Armes und Vermeidung der Außenrotation >10° und der Abduktion >60°. Zur Nacht erfolgte die Anlage eines Gilchristverbandes

für sechs Wochen postoperativ. Eine Antibiotikatherapie wurde entsprechend der Resistenzbestimmung zunächst intravenös für den stationären Aufenthalt und nachfolgend oral für den ambulanten Verlauf für einen gesamten Zeitraum von sechs Wochen durchgeführt. (Abb. 5– 8)

Beide Fälle sind nun seit zehn und dreizehn Monaten infektfrei (Gelenkpunktion ohne Keimnachweis nach 14 Tagen Bebrütung, Laborparameter ohne pathologischen

Befund). Funktionell sind beide Patienten mit der derzeitigen Situation zufrieden und möchten keinen erneuten Prothesen-einbau (Abduktion aktiv 60–90°, Elevation aktiv 60–90°, Innenrotation frei, Außenrotation 10–20°). Eine Luxation ergab sich bis dato in keinem der beiden Fälle.

Fazit

Unter Kenntnis der Literatur und des fehlenden therapeutischen „Gold Standard“ der periprothetischen Schulterinfektion

erfolgt das operative Vorgehen unter Berücksichtigung der patientenindividuellen Situation. Unser Vorgehen beinhaltet hier für die schwierigen Konstellationen die Resektionsarthroplasty mit permanenter Spacerimplantation ggf. mit hälftigem Musculus pectoralis Transfer.

PD Dr. med. Torsten Mumme
(Literatur bei Verfasser)



Abb. 5: Nativ-radiologische Darstellung Schulter rechts in 2 Ebenen postoperativ nach Primärimplantation einer zementfreien inversen Schulterprothese



Abb. 6: Nativ-radiologische Darstellung Schulter rechts in 2 Ebenen nach Sturzereignis mit Glenoidfraktur und Ausbruch der Glenoidkomponente inklusive Schrauben und Dislokation nach ventral und distal



Abb. 7: Computertomographie Schulter rechts präoperativ nach Sturzereignis zur präoperativen Planung. Fraktur des Glenoid mit Ausbruch der Glenoidkomponente inklusive Schrauben und Dislokation nach ventral und distal



Abb. 8 Nativ-radiologische Darstellung Schulter rechts in 2 Ebenen postoperativ nach Gelenkarthroplasty und Implantation eines „StageOneTM Shoulder Spacer“ (Zimmer Biomet)

QM: Erfolgreiche Rezertifizierung in der OPN

Schon frühzeitig haben wir uns in der OPN für ein ausführliches und gelebtes Qualitätsmanagement entschieden. 2011 erfolgte mit Erweiterung unserer Praxisklinik die erste ISO Zertifizierung. Nach 2014 haben wir im Februar 2017 die zweite Rezertifizierung durch den TÜV erfolgreich erhalten. Es gab dabei keinerlei Beanstandungen in der OPN, lediglich einige kleine Verbesserungsvorschläge die optional umsetzbar sind.

Das QM wird bei uns in allen Bereich gelebt – das bedeutet manches Mal einigen Aufwand, bei regelmäßiger Bearbeitung und Pflege ist dieser aber machbar und hat für alle nachvollziehbare Vorteile: Die Einführung des QM Systems führte zu einer Optimierung von Prozessen und Strukturen sowie zu einer Transparenz in den Arbeitsabläufen. Ziel des Ganzen ist die Minimierung von Fehlern und Risiken. Dies ist förderlich für die Sicherheit des Teams und der Patienten. Wichtig für uns als Arbeitgeber und Leistungsanbieter ist, dass wir regel-

mäßig ein Feedback bekommen und daraus Konsequenzen ziehen können. Letztendlich fördert dies die Qualität der Leistung und die Zufriedenheit aller Beteiligten – ein wesentlicher Aspekt bei den derzeit stetig steigenden Patientenerwartungen, Haftungs- und Regressrisiken, gesetzlichen Anforderungen sowie Kosten- und Erlösdruck.

Mit dem Siegel der Zertifizierung können wir unsere eigenen Qualitätsansprüche jederzeit nach außen dokumentieren und erhöhen damit bei externen Partner und Patienten das Vertrauen in unser Haus. Kritisch angemerkt, muss allerdings zukünftig auch vor der „Überregulierung“ solcher Zertifizierungen gewarnt werden. Hohe Ansprüche gerade an eine medizinische Einrichtung sind gewiss gerechtfertigt, aber sie müssen auch in kleineren Betrieben umsetzbar bleiben! Wir bedienen uns seit Anbeginn unseres QM-Managements eines externen Betreuers. Dies scheint auch ausgesprochen sinnvoll. Er begleitet uns permanent, so dass eine



regelmäßige Kontrolle vorhanden und somit das System auf aktuellstem Stand bleibt. Er hilft uns vor allen Dingen auch bei der zeitnahen Kenntnisnahme neuer Richtlinien/Anforderungen und deren Umsetzung. Für die jüngste Rezertifizierung war die Anpassung an die neue ISO 9001:2015 erforderlich. Die „neue“ ISO ist den G-BA Grundsätzen von Qualitätsmanagement angepasst, wie den nachfolgenden Ausführungen unseres QM Beraters zu entnehmen ist. Wir bedanken uns an dieser Stelle bei Herrn Klaus Terbonßen für seinen aufschlussreichen Gastbeitrag und die hervorragende Unterstützung in unserem QM.

Marianne Ingenhoven

DIN EN ISO 9001:2015 – ein sinnvolles System zur Umsetzung der Anforderungen der Qualitätsmanagementrichtlinie des G-BA vom 15.09.2016?

Mit der ersten Anforderung zum Aufbau und zur Weiterentwicklung eines einrichtungs-internen QM-Systems im Jahr 2004 kam auch die Frage auf, ob und inwieweit man das eigene QM-System nach einer entsprechenden Norm ausrichten soll. Damals schien die DIN EN ISO 9001 (im Folgenden: ISO 9001) viel zu industriellastig; als Versorger im Gesundheitsbereich habe man es schließlich mit Menschen und nicht mit Maschinen zu tun.

Mittlerweile hat ein Umdenken stattgefunden und die ISO 9001 hat sich in ihrer Formulierung insbesondere für Dienstleistungsbereiche geöffnet, so dass sie sich zunehmend als Basis für QM-Systeme in medizinischen Bereichen eignet. In §3 der Richtlinie des G-BA werden die Grundsätze des Qualitätsmanagements aufgeführt, die im Wesentlichen denen der ISO 9001 entsprechen:

In §4 der Richtlinie des G-BA sind die einzusetzenden Methoden und Instrumente benannt. Alle nachstehenden Elemente finden sich in ähnlicher Ausprägung auch in der ISO 9001 wieder:

- Messen und Bewerten von Qualitätszielen
- Erhebung des Ist-Zustandes und Selbstbewertung [In der ISO 9001 ist das die jährliche Managementbewertung]
- Regelung von Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten
- Prozess- bzw. Ablaufbeschreibungen
- Schnittstellenmanagement
- Checklisten [fordert die ISO 9001 so nicht, ist aber gängige Praxis]
- Teambesprechungen
- Fortbildungs- und Schulungsmaßnahmen
- Patientenbefragungen
- Mitarbeiterbefragungen
- Beschwerdemanagement
- Risikomanagement
- Notfallmanagement
- Hygienemanagement

Im Unterschied zur ISO 9001 stellt die Richtlinie des G-BA zusätzliche, medizin-spezifische Anforderungen:

Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme

Ein systematischer Umgang mit Fehlern inkl. der Ursachenforschung sowie der Festlegung geeigneter präventiver Maßnahmen ist mittlerweile selbstverständlich.

Der G-BA fordert aber zusätzlich die Implementierung eines Fehlermeldesystems, welches die freiwillige, anonyme und sanktionsfreie Meldung von Fehlern zu ermöglichen hat.

Diese Forderung mag man in Krankenhäusern nachvollziehen können, ist für eine kleine oder mittelgroße Praxis aber schwierig umzusetzen und i. d. Regel auch nicht zielführend. Wir haben das Problem gelöst, indem Fehlermeldungen aus den von uns betreuten Praxen, bei denen der Autor

Grundsätze des Qualitätsmanagements

G-BA:

- **Patientenorientierung inkl. -sicherheit**
- **Mitarbeiterorientierung inkl. -sicherheit**
- **Prozessorientierung**
- **Kommunikation und Kooperation**
- **Informationssicherheit und Datenschutz**
- **Verantwortung und Führung**

DIN EN ISO 9001:2015

- **Kundenorientierung**
- **Mitarbeiterorientierung**
- **Prozessorientierung**
- **Kontinuierliche Verbesserung**
- **Führung**
- **Faktengestützte Entscheidungsfindung**
- **Beziehungsmanagement**

nicht rückverfolgbar sein soll, an uns gesendet werden, so dass wir dann den Fehler mit dem Management besprechen können, um ggf. notwendige Maßnahmen abzuleiten.

Patienteninformation und -aufklärung

Die Forderung nach Information der Kunden gibt es in der DIN ISO 9001 ebenfalls; die Aufklärung von Patienten ist aber natürlich ein besonderer Fall, da sie ggf. rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen kann. Hier für eine lückenlose, individuelle und dokumentierte (OP-)Aufklärung zu sorgen, sollte im Interesse jedes Betreibers liegen!

Arzneimitteltherapiesicherheit

Hier verlangt der G-BA die Gewährleistung eines optimalen Medikationsprozesses mit dem Ziel, vermeidbare Risiken für den Patienten bei der Arzneimitteltherapie zu verringern.

Je nach Ausrichtung der Praxis ist diesbzgl. der bundeseinheitliche Medikationsplan zu beachten!

Schmerzmanagement

Bei Patienten mit bestehenden oder zu erwartenden Schmerzen verlangt der G-BA ein Schmerzmanagement von der Erfassung bis zur Therapie, welches dem Entstehen von Schmerzen vorbeugt, sie reduziert oder beseitigt.

Maßnahmen zur Vermeidung von Stürzen bzw. Sturzfolgen

In jedem nach der ISO 9001 aufgebauten QM-System ist die Beachtung der Anforderungen der Berufsgenossenschaft (BG) hinsichtlich des Arbeitsschutzes und der Arbeitssicherheit implementiert. Im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung hat der Betreiber eine Risikobetrachtung vorzunehmen. Nach den Anforderungen des G-BA schließt diese neben dem eigenen Personal auch die Patienten ein und leitet geeignete Maßnahmen zur Sturzprävention ab.

Fazit

Die Forderungen des G-BA zur Umsetzung der Qualitätsmanagement-Richtlinie nähert sich immer stärker den Anforderungen der ISO 9001 an; vereinzelt gespickt mit spezifischen, medizinischen Anforderungen. Mit der Ausrichtung auf die ISO 9001 ist jede Praxis „auf der sicheren“ Seite, wenn die o.g. zusätzlichen Aspekte noch integriert werden. Die Eignung der ISO 9001 hängt allerdings auch davon ab, ob nicht Forderungen nachgekommen werden muss, deren Umsetzung in medizinischen Bereichen keinen Sinn ergibt. Wichtig dabei ist und bleibt es daher, die Normforderungen zu interpretieren, um die Umsetzung an die eigenen Bedürfnisse anzupassen und den Aufwand so gering wie möglich zu halten.

Klaus Terbonßen,
QSiMed Beratungsgesellschaft



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

Spezialisierung
Arthroskopische Operationen
an Knie, Schulter, Ellenbogen,
Sprunggelenk

ingenhoven@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

**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

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®

2. Rhein-Ruhr Kongress Sportorthopädie
05.–06. Mai 2017, Essen

24. Jahreskongress der DVSE
18.–20. Mai 2017, Ludwigsburg

32. Jahreskongress der GOTS
22.–24. Juni 2017, Berlin

8. Arthromedicum
31. August–03. September 2017, Grassau

34. Sportmedizinkurs
03.–08. September 2017, Riva del Garda

34. AGA Kongress
07.–09. September 2017, München

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,
Düsseldorf

