

ständig gibt es nur beste und hochspezialisierte Zentren, die sich ganzheitlich und individuell mit Spitzenmedizin um Ihre Gesundheit kümmern.

Immer wieder kommt man zu dem Punkt, dass es eine objektivierbare Qualität geben sollte. Aber wie kann und soll man Qualität messen und nach aussen darstellen?

Zertifizierungssystem der DVSE der Deutschen Schulter- und Ellenbogen Zentren, Kliniken und Praxen

Mit unserem Zertifizierungssystem der DVSE der Deutschen Schulter- und Ellenbogen Zentren, Kliniken und Praxen verfolgen wir diesen Weg.

Einheitliche Strukturvorgaben für die Prozesse, Anforderungen an die Qualifikation der Operateure, und Leistungszahlen, die je nach Grösse der Einrichtung, Zentrum, Klinik oder Praxis, abgestuft hinterlegt sind. Als zusätzliches und wichtiges Instrument der Qualitätssicherung der Endprothetik dient die Teilnahme am Prothesenregister der DVSE.

Und letztlich ist es wesentlich sich damit einer externen und unabhängigen Überprüfung zu unterziehen.

Die so gelebte Qualität verbessert die Abläufe und damit die Versorgungsqualität der Patienten und kann und soll auch nach aussen transparent dargestellt werden.

17 Einrichtungen erfolgreich zertifiziert

Seit dem Start unseres Zertifizierungssystems am 01.09.2019, also in gut 1 einhalb Jahren konnten insgesamt 12 Zertifizierungen erfolgreich abgeschlossen und die Zertifikate an die stolzen Institutionen übergeben werden. Dies sind 4 Deutsche Schulter und Ellenbogen Zentren (DSEZ), 7 Kliniken (DSEK) und 2 Praxen (DSEP). Die Liste der erfolgreich abgeschlossenen Zertifizierungen wird auch auf unserer DVSE Homepage aktualisiert.

Aktuelle Liste der DVSE zertifizierten Institutionen

| Lfd. Nr. Reg.-Nr. | Zentrum |
|-------------------|---|
| DSEZ-001 | ViDia Christliche Kliniken Karlsruhe |
| DSEZ-002 | Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, BG-Klinikum Hannover im DIAKOVERE, Friederikenstift Hannover |
| DSEZ-003 | Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Uniklinik Köln |
| DSEZ-004 | Klinik für Orthopädie, Unfall-, Schulterchirurgie und Endoprothetik, Röhn-Klinikum, Campus Bad Neustadt |
| Lfd. Nr. Reg.-Nr. | Klinik |
| DSEK-001 | Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Handchirurgie; Klinikum Südstadt Rostock |
| DSEK-002 | Department Obere Extremität/Schulterprothetik, Sportklinik Stuttgart GmbH |
| DSEK-003 | Schön Klinik, München Harlaching |
| DSEK-004 | Abteilung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie St. Vinzenz Klinik Pfronten |
| DSEK-005 | Deutsche Schulter- und Ellenbogenklinik Rummelsberg, Krankenhaus Rummelsberg |
| DSEK-006 | Deutsche Schulter- und Ellenbogenklinik Vulpius Klinik Bad Rappenau |
| DSEK-007 | Unfallchirurgie und Orthopädie Krankenhaus Agatharied GmbH |

| | |
|-------------------|--|
| Lfd. Nr. Reg.-Nr. | Praxis operativ |
| DSEP-001 | Gemeinschaftspraxis für Orthopädie und Unfallchirurgie Ortho-Mainfranken |
| DSEP-002 | Orthopädisches Fachzentrum (OFZ) Weilheim |

Das System der Zertifizierung ist lebend und lernend, soll und muss sich aktualisieren und verbessern, und an den Anforderungen messen lassen. Die von der DVSE unabhängige Zertifizierungskommission ist zuständig aus den Rückkoppelungen der Verfahren, den Kommentaren der Auditoren und der Teilnehmern Änderungen zu beschließen und das System zu aktualisieren. Wir hatten sie daher im Mitteilungsblatt im November 2020, nach einem Probejahr über Erleichterungen in den Anforderungen unterrichtet. Dies betraf unter anderem strukturelle Anforderungen wie z. B. die Verfügbarkeit der CT, wissenschaftliche Anforderungen an den stellvertretenden Leiter (SV) in den Kliniken, die Quote der durch den Leiter und den SV zu erbringenden Operationen oder die Qualifikation zusätzlicher Operateure.

Aktuelle Kosten werden deutlich gesenkt

Leider bindet dieser Zertifizierungsprozess Arbeitskraft und Arbeitszeit in den Institutionen, zusätzlich zu den Kosten für die Zertifizierung. Letztlich zu hohe Kosten, wie Sie uns vielfach widerspiegeln. Dies ist insbesondere bei den Praxen mit wenigen Mitarbeitern ein Problem. Wir haben daher in Verhandlung mit der Firma Clarcert die Überwachungsaudits restrukturiert und können damit die Kosten für einen 3 Jahres Zyklus bis zur Rezertifizierung deutlich reduzieren.

Vorgesehen ist die Kosten für einen 3-Jahreszyklus bei den Zentren und Kliniken um über 20 %, sowie bei den Praxen um fast 33 % zu senken.

Wenn auch Sie die Schulter- und Ellenbogenchirurgie begeistert, den Großteil ihrer täglichen Praxis ausmacht und Sie das gerne als wichtiges Leistungsmerkmal herausstellen wollen- machen Sie mit.

Die aktuellen Anforderungen und der gesamte Ablauf sind auf der Website von Clarcert einzusehen (www.clarcert.com).

U. Brunner

Kommission Strukturverbesserung, Transparenz & Qualität

DVSE Kommission Rehabilitation

Past, present, future

Liebe Leserinnen und Leser,

Ein Amtswechsel ist immer ein guter Moment, um Bilanz zu ziehen und den Blick nach vorne zu richten. Ab Juni 2021 wird Prof. Dr. med Knut Beitzel (Abb. 1) gemeinsam mit PD Dr. med. Stefan Buchmann (Abb. 2) als Stellvertreter die Leitung der Kommission übernehmen.

In einer chirurgischen Vereinigung hat die Rehabilitation schon per se einen schweren Stand. Denn sind wir ehrlich – mit der Operation ist der spannendste Teil der Behandlung für den Chirurgen in aller

Regel beendet. Dabei umfasst die Rehabilitation den immens längeren Zeitraum der Gesamtbehandlung: 60 Minuten arthroskopischer Rotatorenmanschetten-rekonstruktion folgen schliesslich nicht selten sechs oder mehr Monate Reha-Zeit. Eine Zeit die zudem von vielen Einflussfaktoren (Physiotherapie, Arbeitsunfähigkeit, etc.) und häufig fehlender Evidenz in Hinblick auf die therapeutischen Massnahmen geprägt ist.

Die zwei Hauptziele der Kommission waren daher schon immer:

- Handlungsrichtlinien und wenn möglich evidenzbasierte Empfehlungen zur Rehabilitation zu erarbeiten und
- alle im Behandlungspfad der Rehabilitation involvierten Berufsgruppen miteinander zu verbinden um Empfehlungen gemeinsam auszuarbeiten

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Wir sind stolz darauf, dass in unseren Reihen ständige Gäste der grossen deutschen Physiotherapieverbände, namentlich dem Deutschen Verband für Physiotherapie ZVK e. V. (ca. 20.000 Mitglieder) und dem Verband Physio Deutschland (Physikalische Therapie-Vereinigung für die physiotherapeutischen Berufe VPT e. V./ca. 28.000 Mitglieder) vertreten sind. Ebenso ständige Gäste sind Kollegen der Sektion Rehabilitation der DGO. Gemeinsame Projekte und Kongress-Sitzungen mit dem Komitee Rehabilitation der AGA sind ein weiterer Baustein unserer guten Vernetzung. Es ist nicht überraschend, dass auch immer wieder gemeinsame Projekte auf persönlicher Beziehungsebene im Rahmen der Kommission gefördert werden. Ein schönes Beispiel hierfür ist jüngst ein Buchkapitel zur Prävention von Schulterverletzungen im Sport welches wir als DVSE Kommission gemeinsam mit den Kollegen der GOTS in der Publikation „Primärprävention von Sportverletzungen“ (Seil R., Tischer T. 2020) umsetzen konnten.

Empfehlungen zur Nachbehandlung

Einer der Pfeiler der Kommissionarbeit ist es Behandlungsempfehlungen für die Nachbehandlung nach Operationen an Schulter und Ellenbogen zu erarbeiten.

Methodisch versuchen wir dabei stets die einzelnen Inhalte der Rehabilitation und deren zeitlichen Ablauf in einen Kontext zu stellen und vorhandene Evidenz für oder gegen eine Massnahme herauszuarbeiten.



Abb. 1. ▲ Prof. Dr. med. Knut Beitzel



Abb. 2. ▲ PD Dr. med. Stefan Buchmann

| Rehabilitation phases | | | | |
|-----------------------|--|--------------------|---|---|
| Phase | Contents | Phase and duration | Milestones before transition to next phase | ADL and core exercises |
| I | <ul style="list-style-type: none"> - Immobilization (as a form of protection) in 15°-45° ABD for 3-6 weeks - ABD brace/sling can be removed during showers, while eating and for physiotherapy - PROM training for 4 weeks, then gradual transition to AAROM [11, 51] - Pendulum exercises - Aquatic therapy if wounds are intact [51] | Week 1-6 | <ul style="list-style-type: none"> - Symmetrical and pain-free movement compared to opposite side: PROM flexion 90°; PROM ABD with adjacent scapula 90° | <ul style="list-style-type: none"> - Pendulum exercise in elevation - Elevation in closed chain: stand in front of a table and stretch out arms - Isometric training of delta muscle and periscapular musculature - Active movement of elbow, wrist and fingers - Keeping posture erect and controlling scapula - Isolated scapula depression and protraction and early training of scapulothoracic dynamic control - At the end of the phase: aqua training |
| II | <ul style="list-style-type: none"> - Full AAROM transitioning to AROM against force of gravity - Scar mobilization - Aqua gymnastics/aquatic therapy - CPM if favoured - Training in closed chain to avoid shearing forces - Training in open chain to strengthen muscles isolated - Limitation: up to the pain threshold - No resistance or strengthening exercises | Week 6-12 | <ul style="list-style-type: none"> - Active achievement of all possible active range of movements - No scapulothoracic dysfunction - Sufficient glenohumeral and scapulothoracic functionality | <ul style="list-style-type: none"> - Back position: support affected side with non-affected side and move arm above the head (AAROM) - Training of everyday movements: eating, combing hair, getting dressed etc. - Stabilization in closed chain for proprioceptive training - Proprioceptive training in an open chain - Slow progression in specific strengthening of delta muscle and functional training in closed and open chain |
| III | <ul style="list-style-type: none"> - Building up strength—slowly starting to build up strength—low level - Stretching | Week 12-16 | <ul style="list-style-type: none"> - Free functional movement in a pain-free range - ADL possible without pain—avoiding overhead exercises - If enough strength in RC, phase 4 can start in order to carry out ADL cleanly and without pain | <ul style="list-style-type: none"> - Light functional exercises - Mobilization/building-up strength using a rope pull with low weights - Push-ups against the wall - Bicep and triceps training with low free weights |
| IV | <ul style="list-style-type: none"> - Stretching - Intensifying functional training | Week >16 | <ul style="list-style-type: none"> - 75% of normal strength and endurance - Return to sports after 6 months - Mobility and strength are symmetrical to the opposite side - Scapulothoracic movement is present without significant side-to-side differences - There is no pain at rest and during activity | <ul style="list-style-type: none"> - PNF against resistance - Training in a specific sport in the pain-free range |

ADL, activities of daily living; ABD, abduction; PROM, passive range of motion; AAROM, assistive-active range of motion; AROM, active range of motion; CPM, continuous passive motion; RC, rotator cuff; PNF, proprioceptive neuromuscular facilitation

Abb. 3 ▲ Nachbehandlungsschema nach inverser Schulter-TP aus Buchmann, S., et al., Rehabilitation following reverse shoulder arthroplasty. Obere Extremität 14, 269–283 (2019)

beiten. Leider ist die Datenlage oft sehr schlecht, auch bei vermeintlich einfachen Fragestellungen. Daher hat es sich bewährt, neben den Ergebnissen unserer Literatur-Reviews auch die Erfahrung und das „Eminenz“-Wissen der Mitglieder unserer Vereinigung abzubilden. Exemplarisch hierfür kann die Nachbehandlungsempfehlung zur Rotatorenmanschettenrekonstruktion genannt werden. 2016 wurden die Ergebnisse einer umfangreichen Literaturrecherche zusammen mit den Ergebnissen einer Umfrage unter DVSE-Mitglieder in der ObEx publiziert (Jung, C. et. al, Obere Extremität; 11:2016). Optimalerweise werden diese Empfehlungen dann noch ergänzt mit praktischen Hinweisen zur Umsetzbarkeit im Gesundheitswesen, so auch in diesem Fall (Gottfried, T. et al., Obere Extremität 11:2016). Glücklicherweise konnte die Ergebnisse anschliessend zusätzlich noch auf Englisch und open-access publiziert werden und erreichen seitdem überaus erfreuliche Download-Zahlen.

Es folgte 2019 die Arbeit zur inversen Prothese. Zentraler Pfeiler jeder dieser Arbeiten ist das Nachbehandlungsschema, welches die Rehabilitation in zeitliche Phasen gliedert und für viele Leser mit das Wichtigste zu sein scheint (■ **Abb. 3**).

Arbeiten zur Schulterstabilisierung und der Arthrolyse am Ellenbogen werden 2021 veröffentlicht werden. Ebenso in Arbeit ist die Nachbehandlungsempfehlung nach AC-Gelenksstabilisierung.

Veranstaltungen

Dank dem Einsatz aller Mitglieder konnten wir in der Zwischenzeit erreichen, dass an praktisch allen für uns relevanten Kongressen eigene Sitzungsformate zum Thema Rehabilitation etabliert werden konnten.

Neben dem Jahreskongress der DVSE selbst, sind dies die gemeinsamen Sitzungen mit dem Komitee Rehabilitation der AGA im

Mitteilungen der DVSE

Rahmen des AGA-Jahreskongress, sowie in Zusammenarbeit mit der DGOU im Rahmen des jährlichen DKOU in Berlin. Sogar zum Bundeskongress für Physiotherapie, der 2020 leider abgesagt werden musste, war erstmals ein Redner aus Reihen der Kommission eingeladen und wird nun 2022 die DVSE repräsentieren.

Dazu kommt eine Vielzahl an lokalen Veranstaltungen und Symposien, die wir in der ganzen DACH-Region mitgestalten konnten.

Ziele

Die hohen Download-Zahlen unserer Publikationen, sowie die Besucheranzahl unserer Sitzungen am Jahreskongress zeigen, dass es ein grosses Interesse an den Themen rund um die Rehabilitation besteht. Daher werden wir die Reihe der Publikationen fortsetzen. Ziel ist eine Sonderpublikation der ObEx in der alle bisherigen Publikationen aktualisiert und zusammengefasst werden.

Gerade im Bereich der Rehabilitation nach Schultereingriffen gibt es momentan viele positive Entwicklungen, die wir in den nächsten Jahren positiv unterstützen werden.

Ausserdem wollen wir in Zukunft weitere digitale Inhalte produzieren. So wird es u. a. Webinare zum Thema Reha geben, u. a. auch in Zusammenarbeit mit dem Jungen Forum. Ausserdem ist eine Video-Produktion geplant mit Übungen und Instruktionen zur Therapie und Nachbehandlung, welche direkt an unsere Patienten adressiert werden.

Das neue Führungs-Duo bringt alle Voraussetzungen mit, die Kommission wieder ein Stück weiter voran zu bringen.

Ich wünsche Knut Beitzel und Stefan Buchmann viel Erfolg und möchte mich an dieser Stelle sehr bei der ganzen Kommission für Ihre Arbeit in den letzten 3 Jahren bedanken.

Herzliche Grüsse

Christian Jung



Rechtsticker



Dr. Tobias Weimer, M. A.

Rechtsanwalt,
Fachanwalt für Medizinrecht
WEIME | BORK – Kanzlei für
Medizin-, Arbeits- und Strafrecht
Frielinghausstraße 8
44803 Bochum
weimer@kanzlei-weimer-bork.de
www.kanzlei-weimer-bork.de

50.000 € Schmerzensgeld nach zu spät erkannter Krebserkrankung

Eine Patientin war wegen undefinierbarer Schmerzen im bereits geschwollenen Oberschenkel an einen Orthopäden überwiesen worden. Dieser diagnostizierte lediglich ein Hämatom und verordnete Schmerzmittel. Erst einige Wochen später veranlasste er eine MRT-Untersuchung. Jetzt wurde ein Tumor diagnostiziert und reseziert. Nach weiteren zwei Monaten fand sich eine Metastase, eineinhalb Jahre danach verstarb die Patientin nach schweren Leiden.

Das OLG urteilte, der Behandler habe die Erhebung medizinisch gebotener Befunde unterlassen. Bei einer um einen Monat früheren Diagnose wäre die statistische Prognose der Patientin um 10–20 % besser gewesen. Vor diesem Hintergrund sei der haftungsbegründende Ursachenzusammenhang nicht äußerst unwahrscheinlich. Von einem äußerst unwahrscheinlichen Ereignis könne erst ab einer Quote von etwa 5 % und darunter gesprochen werden.

Oberlandesgericht Frankfurt am Main, Urteil vom 22.12.2020 – 8 U 142/18

Notaufnahme-Leitung schützt nicht vor Fahrverbot

Wer als Pkw-Führer fahrlässig eine Überschreitung der zulässigen Höchstgeschwindigkeit von 30 km/h um 33 km/h begeht, muss mit einem Fahrverbot rechnen. Für einen stellvertretenden ärztlichen Leiter der zentralen Notaufnahme eines Klinikums gelten insofern keine Ausnahmen, so das OLG. Allein die mit nächtlicher Rufbereitschaft an Wochenenden und im Urlaub verbundene leitende ärztliche Funktion rechtfertigt keine Fahrverbotsprivilegierungen – auch dann nicht, wenn der Betroffene daneben im Notarzdienst engagiert und zur Gewährleistung der Einsatzbereitschaft und zur beruflichen Pflichtenerfüllung auf eine private Kraftfahrzeugnutzung angewiesen ist.

Bayerisches Oberlandesgericht München, Beschluss vom 19.01.2021 – 202 ObOWi 1728/20

Vorsicht! Keine vorschnelle Inbetriebnahme von ausgelagerten Praxisräumen

Das LSG Berlin-Brandenburg urteilte, dass ein ausgelagerter Praxisraum in 67 km Entfernung nicht rechtens ist. Ausgelagerte Praxisräume unterliegen bekanntlich gemäß § 24 Ä-ZV lediglich der Anzeigepflicht gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Diese wiederum hat die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Vertragsärzte, soweit notwendig, unter Anwendung von Disziplinarmaßnahmen (§ 81 Abs. 5 SGB V) zur Erfüllung