

Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie

Eine konstruktive Diskussion

Ganz aktuell ist zum DKOU 2017 in Berlin das Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie erschienen. Das Werk, welches evidenzbasierte Erkenntnisse zur Evaluation der konservativen Therapie in Orthopädie und Unfallchirurgie bietet, kann man als eine Aufwertung und Stärkung der konservativen Therapien werten und folgt damit einem Trend, den auch wir von der sportärztezeitung seit Jahren fördern. Robert Erbelinger und Masiar Sabok Sir sprachen dafür mit Prof. Dr. Ralph Spintge, Dr. Andree Ellermann, Prof. Dr. Ingo Marzi, Dr. Christian Sturm und Dr. Stefan Mattyasovszky.

Herr Professor Spintge, Sie sind Leitender Arzt in der Abteilung Schmerztherapie an der Sportklinik Hellersen und haben 1988 mit „Schmerz und Sport“ ein Buch veröffentlicht, in dem man schon viele Verfahren findet, die im aktuellen Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie vorgestellt werden. Waren wir also vor knapp 30 Jahren schon so weit wie heute?

Spintge Unser Buch aus dem Jahre 1988 erhob keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Wir hatten die uns seinerzeit interessant erscheinenden Autoren und Konzepte eingeladen. In der Tat hat sich seit damals m.E. in Diagnostik und Therapie eher ein technischer Fortschritt, denn ein Ideen-Fortschritt abgespielt. Auch ist der Gedanke des fachübergreifenden Team-Ansatzes nicht ausreichend konsequent in der Breite umgesetzt. Er ist jedoch erfolgsentscheidend und geeignet, Nachhaltigkeit zu sichern.

Welchen Stellenwert geben Sie gerade im Schmerzbereich der konservativen Therapie und wie sehen Sie die Entwicklung der letzten Jahre?

Spintge Knapp gesagt, konservativ geht vor invasiv. Dabei besitzt die Physiotherapie das größte Potenzial, wenn sie mit schmerztherapeutischen Verfahren und schmerzpsychologischer Unterstützung kombiniert wird. Jedenfalls ist das unsere Erfahrung seit Mitte der 1980er Jahre.



Prof. Dr. Ralph Spintge,
Leitender Arzt in der Abteilung
Schmerztherapie an der Sportklinik
Hellersen



Dr. Andree Ellermann,
Leitender Arzt der
Arcus Sportklinik Pforzheim



Dr. Stefan Mattyasovszky,
Universitätsmedizin Mainz,
Teamarzt des 1. FSV Mainz 05

Herr Dr. Ellermann, Sie sind Leitender Arzt der Arcus Sportklinik, einer der renommiertesten Sportkliniken mit operativen Fokus. Doch auch für Sie spielt seit einiger Zeit die Konservative Therapie eine bedeutende Rolle. Lässt sich operativ und konservativ sinnvoll miteinander verbinden?

Ellermann Grundsätzlich gilt, dass eine Sportklinik, die den konservativen Aspekten keine Beachtung schenkt, den Namen „Sportklinik“ nicht verdient, zumal die Anzahl der Verletzungen und Schäden, die konservativ behandelbar sind, sicher größer ist, als die der operativen Seite. Gerade im Bereich der degenerativen und chronischen Überlastungsschäden, z. B. Ansatzentzündungen, Muskel- und Sehnenverletzungen etc. kommt ein operatives Vorgehen allenfalls erst nach Ausschöpfung aller konservativer Maßnahmen in Frage. Die konservative Therapie ist in den letzten Jahren durch viele neuen Therapieformen erweitert worden und sie spielt keinesfalls eine nachgeordnete Rolle im orthopädisch-/traumatologischen Alltag. Zweifelsohne haben die Verfasser des Weißbuches Recht, dass bewährte konservative Maßnahmen in den Vergütungsstrukturen der Kostenträger deutlich unterbewertet sind. Leider gilt dies auch für viele sinnvolle und etablierte operative Maßnahmen. Hier besteht

unbedingt Handlungsbedarf in Form von hochwertigen Studien zum Nachweis der Sinnhaftigkeit verschiedener älterer und neuerer Behandlungsmaßnahmen, die übrigens nicht selten Modifikationen schon lang bekannter und bewährter Therapieoptionen sind.

Herr Dr. Mattyasovszky, gerade auch in Ihrem Fachbereich der Wirbelsäulenchirurgie und bei Auftreten von chronischen und unspezifischen Rückenschmerz, gibt es eine anhaltende Diskussion im Bereich operative vs. konservative Therapie.

Mattyasovszky Betrachtet man die Arten von Rückenschmerzen, so muss man zwischen unspezifischen (ca. 80–85%), spezifischen (ca. 10%) und chronischen (ca. 5%) Schmerzen unterscheiden. Unspezifische Rückenschmerzen werden häufig auch als „Volksleiden“ bezeichnet und werden in der Regel nicht operiert. Leiden Patienten an chronischen Rückenschmerzen, so ist auch hier bezüglich einer operativen Intervention Vorsicht geboten. Vielmehr würde eine multimodale Therapie mit Physiotherapie, Schmerztherapie und Psychotherapie durchgeführt werden. Bei spezifischen Rückenschmerzen sollte der behandelnde Arzt die sogenannten „Roten Flaggen“ sowie weitere Warnhinweise auf schwere Grunderkrankungen erkennen.



Prof. Dr. Ingo Marzi,
Präsident der DGU und DGOU 2017,
Universitätsklinikum FFM



Dr. Christian Sturm,
Klinik für Rehabilitationsmedizin,
Medizinische Hochschule Hannover



Laufband quasar® med & robowalk® expander

bewegungsanalyse & biomechanik



Laufband saturn® 250/125r

sportwissenschaft & leistungsdiagnostik



Laufband pulsar® 3p mit Gewichtsentlastung airwalk® ap

sport-reha & athletiktraining

h/p/cosmos sports & medical gmbh

☎ +49 86 69 86 42 0

sales@h-p-cosmos.com

www.h-p-cosmos.com

messen. analysieren. verbessern.

Während Frakturen nach einem stattgehabten Traumatoma sowie degenerative Veränderungen der Bandscheibe mit Lähmungen diagnostisch weniger Probleme bereiten, werden Infektionen und Tumore häufig verspätet diagnostiziert. Gerade beim Rücken sollten Äpfel nicht mit Birnen verglichen werden. Hinter den spezifischen Rückenschmerzen verbergen sich häufig strukturelle Veränderungen der Wirbelsäule, die eine operative Versorgung notwendig machen. Während es seit Jahren eine „Leitlinie unspezifischer Rückenschmerz“ gibt, ist eine Ausarbeitung einer Leitlinie zur Behandlung des spezifischen Rückenschmerzes bis Ende Oktober geplant.

Als Teamarzt des 1. FSV Mainz 05 haben Sie einen Einblick in den Profifußball. Was gibt es dabei für Besonderheiten?

Mattiasovszky Grundsätzlich beklagen Leistungssportler genauso häufig, wenn nicht sogar häufiger, Rückenschmerzen als „normale Patienten“. Wie wir bei der Weltmeisterschaft 2014 gesehen haben, muss auch ein Fußballer wie Neymar bei einer Querfortsatzfraktur der Lendenwirbelsäule genauso pausieren wie jeder andere – es gibt noch keine Wunderheilung. Im Leistungssport stehen sowohl die Sportler als auch die Therapeuten unter Zeitdruck. Hier bleibt jedoch zu erwähnen, dass die Wirbelsäule als zentrale Säule sicherlich eine Sonderstellung einnimmt. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass Profifußballer nach eingehender Aufklärung und Befunderläuterung zu längeren Belastungspausen bereit sind, vorausgesetzt es besteht durch die eingeschlagene Therapie Aussicht auf einen Therapieerfolg. Hier kommen Infiltrationsbehandlungen sowie das gesamte Spektrum der konservativen Therapie zum Einsatz.

Herr Professor Marzi, Sie sind aktuell Präsident der DGU und DGOU 2017 und haben in einem eigenen Workshop auf dem DKOU 2017 zum Thema Muskelverletzungen im Sport eine klassische Domäne der konservativen Therapie dargestellt. Gleichzeitig sind Sie Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Frankfurt

a.M. Welche Bedeutung hat für Sie die Konservative Therapie?

Marzi Die konservative Behandlung ist immenser Bestandteil der unfallchirurgischen und orthopädischen Therapie. Die Entscheidung, ob konservativ oder operativ kann erst nach differenzierter Diagnostik und Entscheidungsfindung mit dem Patienten besprochen werden. Deswegen sind Chirurgen, Unfallchirurgen und Orthopäden eben keine „Operateure“, sondern Ärzte mit großen fachlichen Background konservativer und operativer Verfahren.

Herr Dr. Sturm, als Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin an der Medizinischen Hochschule Hannover haben Sie einen fundierten und praktischen Einblick in beide Behandlungswege der Konservativen Therapie. Dementsprechend interessiert uns natürlich auch Ihre Einschätzung zu dieser Thematik.

Sturm Wichtig ist die enge Verzahnung beider Gebiete: konservative Maßnahmen voll ausnutzen, bevor operiert wird. Wenn Operationen sinnvoll und nötig sind, gegebenenfalls physiotherapeutische Vorbereitung, um das Ergebnis nach der Operation zu verbessern. Und natürlich ist die enge Zusammenarbeit von Operateur und Nachbehandler für die zielgerichtete und angepasste Nachbehandlung wichtig.

Glauben Sie, dass durch das Weißbuch auch bei den Unfallchirurgen und Orthopäden ein prinzipielles Umdenken stattfindet? Immerhin steht im Vorwort: Wer konservativ behandelt, ist kein Orthopäde oder Unfallchirurg zweiter Klasse. Besteht dieses Zweiklassen-Denken immer noch bei Teilen der Unfallchirurgen und Orthopäden?

Ellermann Ein sogenanntes „Zweiklassendenken“ kann ich mir nur bei denjenigen vorstellen, die nicht bereit sind, über den Tellerrand hinaus zu schauen. Zumal operative Maßnahmen ohne vorbereitende bzw. begleitende konservative Therapieformen in der Regel nicht erfolgsversprechend sind.

Marzi Der größte Teil aller Verletzungen wird konservativ behandelt, selbst in der Unfallchirurgie. So werden in der Notaufnahme auch in einer Universitätsklinik mindestens drei Viertel der Unfälle rein konservativ behandelt, ein Teil mit kleineren chirurgischen Maßnahmen und letztlich nur ca. 10% unmittelbar operativ. Dies zeigt, dass nach einer differenzierten Diagnostik die konservative Behandlung einen enormen Stellenwert auch in vermeintlich rein operativen Bereichen hat. Diese Bedeutung ist nicht jedermann so klar und müsste auch bei dem damit verbundenen Aufwand stärker berücksichtigt werden.

Sturm Bisher ist es ja in der Tat oft so: man lernt sechs Jahre operieren, da der Facharzt-katalog für das große Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie sehr viel operative Erfahrung fordert. Dann lassen sich viele Kollegen in einer Praxis nieder und haben mit konservativer Therapie von Rückenschmerzen oder Sehnenverletzungen keine Erfahrungen. Ich erhoffe mir, dass durch Schwerpunktverschiebung zu Gunsten der konservativen Seite und besserer Vergütung von ausführlicher Anamnese und körperlicher Untersuchung wieder der Patient mehr in den Mittelpunkt rutscht und nicht nur IGeL-Kosten, MRT-Bilder und OP-Indikationen. Auch der Physiotherapie sollten weniger Hemmnisse gegenüber im System herrschen, um diese einfache aber effiziente Methode nicht zu bremsen und dadurch Folgekosten an anderer Stelle zu erzeugen.

Mattysovszk Ich denke auch nicht, dass der Großteil der Ärzte in so einem Zweiklassen-denken verhaftet ist. Es stimmt aber schon, dass bislang das Studium der Humanmedizin und die weitere Facharztausbildung sehr theorie-behaftet sind. Es gibt unter den Unfallchirurgen und Orthopäden sicherlich in der Indikationsstellung für operative Eingriffe große Diskrepanzen. Hat man nach der weiteren Facharztausbildung „nur einen Hammer kennengelernt, dann sieht alles aus wie ein Nagel.“

Herr Professor Spintge, betrachtet man sich das Weißbuch, so wird aber auch sichtbar, dass viele Methoden und Verfahren nur angeschnitten werden. Es entsteht der Eindruck, dass die Potenziale, die sich daraus ergeben, an der einen oder anderen Stelle nicht hinreichend aufgezeigt werden. Wäre es daher notwendig, vielleicht gerade für den Bereich Schmerz /Konservative Therapie weitere und inhaltlich nachhaltige wie praktische Publikationen zu veröffentlichen – auch von Unfallchirurgen und Orthopäden?

Spintge Eindeutig ja! Wir sind heute (wieder) differenzierter in der konservativ-orthopädisch-manualtherapeutischen Diagnostik und Therapie. Weniger technik-gläubig, um es etwas überspitzt zu formulieren. Oder denken Sie nur an das Thema Faszien, welches (glücklicherweise) erneut in den Vordergrund tritt. Funktionelles Denken in einem integrativen



Wir sind im Hochleistungssport einer der führenden Anbieter von homöopathischen Arzneimitteln und natürlichen Fitnesspräparaten.

DOLO-CYL®

Balsam

Zur Lockerung der Muskulatur und Verhinderung ihrer vorzeitigen Ermüdung

Zur Vorbeugung gegen:

- **Muskelschmerzen**
- **Verkrampfungen**
- **Zerrungen**
- **Verspannungen**
- **Überlastungsbeschwerden**
- **Muskelkater**



Apotheken-Bestellnr.
(PZN) 01742123

Erhältlich in Ihrer Apotheke oder unter
www.pharma-liebermann.de

Pharma
Liebermann

fachlichen Setting ist unabdingbar. Leider hat meiner Meinung nach in dieser Hinsicht die Fusion des Facharztes für Orthopädie mit demjenigen der Unfallchirurgie kontraproduktiv gewirkt.

Sicher ist es notwendig, das Bewusstsein für diese Verfahren zu stärken. Mit unserem Netzwerk arbeiten wir seit über 10 Jahren daran, u.a. mit unserem Symposium und unseren Workshops. Das Weißbuch ist nun auch von unfallchirurgischer und orthopädischer Seite ein wichtiger Schritt, weitere müssen sicher folgen. Was muss Ihrer Ansicht nach noch getan werden und wohin geht die Entwicklung in der Zukunft der Sportmedizin? Welche Bedeutung kommt der Compliance von Sportlern und Patienten zu?

Marzi In der Sportmedizin kann eine objektivere Diagnostik und ein besseres Verständnis der Verletzungen und Weichteil- und Gelenkphysiologie in den nächsten Jahren erwartet werden. Auch konservative Maßnahmen inklusive differenzierter Zelltherapien scheinen in Zukunft möglich: das grundlegende Verständnis wird durch die Zunahme der molekularen Forschungsmöglichkeiten deutlich zunehmen und die Basis für weitere konservative, funktionelle Therapien legen.

Mattiasovszky Im Weißbuch wird gefordert, dass Patienten aufgeklärt werden müssen. Das stimmt, aber gerade im Bereich der Rückenbeschwerden zeigt mir meine Erfahrung, dass ältere Patienten, auch aufgrund der Verzweigung und Länge der Beschwerden, eher bereit sind, sich operieren zu lassen, als sich adäquat aufklären zu lassen. Die OP wird oft als Allheilmittel oder letzte Hoffnung gesehen, auch wenn andere Optionen möglich sind. Hier ist eine weitere Aufklärungsarbeit sinnvoll und notwendig. Anders sieht es bei Leistungssportlern aus, dort ist Compliance eigentlich immer gegeben. Ich denke, dass wir in Zukunft in der Ausbildung viel praxisorientierter werden sollten, ähnlich wie in den USA.

Ellermann Ich halte es für notwendig, das konservative Profil in der orthopädisch/traumatologischen Ausbildung zu schärfen. Wir organisieren von Seiten der ARCUS Klinik seit Jahren größere sportmedizinische Ausbildungsveranstaltungen, die schwerpunktmäßig konservativen und operativen Ansätzen gerecht werden. Darüber hinaus wird die Akzeptanz der verschiedenen Maßnahmen bei Patienten, Sportlern, Trainern, etc. m.E. größer, wenn auf breiter Ebene interdisziplinär gearbeitet wird.

Sturm Die alten Kenntnisse von Anatomie, Biomechanik und Physiologie sollten wieder mehr gelehrt und genutzt werden. Ausbildungen wie in der Manuellen Medizin verbessern gerade in der Sportmedizin die Analyse der funktionellen Beschwerden. Apparative Diagnostik ist sinnvoll und hilfreich, oft ist aber eine gute körperliche Untersuchung der schnellere Weg und ausreichend für eine gute Therapie zur schnellen Wiederherstellung von Sportfähigkeit.

Spintge Es ist in der Tat erforderlich, diesen Themenkreis von der Zielgruppe her zu denken. Jeder Patient, auch der Sportler, ist ein ganzheitliches Wesen. In unserem Setting der Sportklinik Hellersen sind der internistisch-leistungsphysiologisch geprägte Sportmediziner und der Arbeitsmediziner neben Orthopäde und Schmerzmediziner von Anfang an in Diagnostik und Therapie eingebunden. Ihre Beiträge sind für den Gesamt-Therapieerfolg unverzichtbar, ebenso für die langfristige Nachhaltigkeit der Behandlung, mit dem Hineinwirken in die alltägliche Sporttätigkeit und die berufliche Wirklichkeit. Sportmedizin wird sich also m.E. umfassender definieren müssen, im Hochleistungssport und im Breitensport. Compliance, das heißt für uns Zusammenarbeit im Vertrauen auf ein gemeinsames Ziel. Wenn Sportler und Therapeuten-Team auf dieser Basis auch einmal neue Wege gehen, im Sinne eines multimodalen, fachübergreifenden Ansatzes, dann gewinnen beide Seiten.

Vielen Dank für das interessante Gespräch!