

Der orthopädische Rheumatologe ist ein Spezialist!

Die medikamentösen Behandlungsoptionen für rheumakranke Patienten haben sich in den letzten Jahren geradezu dramatisch verändert: Bis in die späten 90er-Jahre waren die Erfolge der Medikation eher begrenzt, sodass in vielen Fällen nur die Operation blieb – das hat sich grundsätzlich geändert. „Hit hard and early“ heißt jetzt die erfolgreiche Devise bei den entzündlich-rheumatischen Krankheiten der Bewegungsorgane.

Entsprechend sind Früherkennung und Frühtherapie wichtiger geworden. Wie sich das auf die klinische Tätigkeit des Rheumachirurgen auswirkt und wie die Zusatzweiterbildung (ZWB) „orthopädische Rheumatologie“ umstrukturiert wurde, um den modernen Notwendigkeiten gerecht zu werden, erklärt Prof. Dr. Wolfgang Rütter, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie und Leiter der Task Force „konservative Orthopädie“ der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) im Interview mit der Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie.



Wie haben sich die Antikörpertherapien auf die Rheumachirurgie ausgewirkt?

Prof. Rütter: Seit ca. 2000 – mit den ersten Antikörpertherapien – ist die Zahl der rheumachirurgischen Operationen zurückgegangen. Vom Prinzip her waren das ja

oft Operationen, bei denen die entzündete Gelenkinnenhaut operativ entfernt wurde, um prophylaktisch zu wirken und die Gelenkerstörung zu verhindern. Das war, wenn man so will, das „hit hard and early“ der 80er- und 90er-Jahre. Durch die erfolgreiche Biologika-Medikation und klare Therapieregimes sank die Zahl dieser Eingriffe seitdem Jahr für Jahr. Sie kommen jetzt im Repertoire der Rheumachirurgie noch vor, sie haben aber ihre dominante Rolle verloren. Internationalen Daten zufolge ist die Zahl der Synovialektomien auf etwa ein Fünftel gesunken.

Die Situation ist bei den Endoprothesen-Operationen ein wenig anders. Bei jüngeren Menschen ist die Zahl dieser Eingriffe deutlich zurückgegangen. Wir konnten damals den Rheumakranken bei den teils sich rasch zerstörenden Gelenken nicht anders helfen, als Endoprothesen zu verwenden. Das ist seltener geworden.

Die Zahl der endoprothetischen Versorgungen im höheren Alter hingegen hat sich nicht wesentlich verändert. Das wundert nicht, denn das sind die Menschen, die in den 80ern und 90ern keine Biologika-Therapie erhalten konnten, jetzt an den Spätfolgen leiden, und aufgrund dessen einen endoprothetischen Gelenkersatz brauchen.

In 20 Jahren wird sich das voraussichtlich verändern, denn dann sind diejenigen 60, 70 Jahre alt, die schon in den Frühstadien von der Biologika-Medikation profitiert haben. Künftig dürfte auch bei älteren Patienten mit entzündlich-rheumatischen Krankheiten die Zahl der implantierten Endoprothesen sinken.

Zusatzweiterbildung muss neuem Bedarf gerecht werden

Da fand ja ein regelrechter Therapiewandel statt. Wie greift die Novelle der Weiterbildungsordnung das jetzt auf?

Prof. Rütter: Es war klar, dass die Novelle der Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie dem neuen Bedarf an Früherkennung und Frühtherapie gerecht werden muss. Die Überlegung war: Wie

kann man die Zusatzweiterbildung modernisieren und auf den neuesten fachlichen Stand bringen? Dazu musste der bisherige Schwerpunkt der Zusatzweiterbildung, die operative Behandlung von entzündlich-rheumatischen Krankheiten, in den Hintergrund treten und andere, konservative Inhalte mussten deutlich in den Vordergrund treten.

Wir haben aber noch einen weiteren Aspekt aufgegriffen, der uns Orthopäden seit Jahren umtreibt: Nämlich den, dass die Aufmerksamkeit für die konservative Orthopädie – auch aufgrund der rasanten Fortschritte in der operativen Orthopädie – zurückgegangen ist. Heute sind die Kongresse voll von Vorträgen zur operativen Therapie, aber es wird vergleichsweise wenig über die nicht operative Therapie berichtet.

Diese Entwicklung wird schon lange beklagt, und die Stimmen sind in den vergangenen Jahren lauter geworden. Man hat die Notwendigkeit erkannt, die konservative Orthopädie strukturell zu stärken. Es hatte mehrere Versuche gegeben, eine Zusatzweiterbildung „konservative Orthopädie“ zu etablieren – aber diese Versuche sind gescheitert, u. a. weil man sich innerhalb der großen Orthopädenschaft nicht einigen konnte.

Wann fing denn dieser Umbau an und wie war er zu bewerkstelligen?

Prof. Rütter: Die letzte Novelle der Weiterbildungsordnung wurde 2004/2005 in Kraft gesetzt. Die ersten Gedanken, wie wir unsere Weiterbildungsordnung zur orthopädischen Rheumatologie den veränderten Bedingungen anpassen können, kamen in den Jahren 2011, 2012 auf. Es begann ein Kraftakt über viele Jahre, denn Abstimmungen mit vielen Gremien der orthopädisch-unfallchirurgischen Gesellschaften, der internistischen Rheumatologen und der Berufsverbände standen an. Es hat viele Auseinandersetzungen gegeben, die jetzt gelöst sind.

Aufgaben der Task-Force „konservative Orthopädie“

Der Name und die Struktur der Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie orientieren sich am europäischen Ausland. Wie ist das zu verstehen?

Prof. Rüter: Zur Frage, welche konservativ-orthopädischen Inhalte neben den operativen Inhalten in die neue Zusatzweiterbildung aufgenommen werden, haben wir uns daran orientiert, wie die WHO und die European League Against Rheumatism (EULAR) „rheumatology“ definieren. Als Weiterbildungsziel haben wir diese Gedanken übernommen und jetzt – meine ich – einen sehr europäischen orthopädischen Rheumatologen in Deutschland geschaffen.

Der Name trifft allerdings nicht nur auf Begeisterung. Die Orthopäden sind stolz, dass sie Orthopäden und Unfallchirurgen sind – und nun sollen sie sich (orthopädische) Rheumatologen nennen? Das will der eine oder andere eigentlich nicht. Mancher hat mit der Begrifflichkeit ein Problem. Mit dem Inhalt ist man meist völlig einverstanden – der beschreibt ja die tägliche Arbeit.

Ich kann dazu nur sagen: Wer in der Schweiz Rückenschmerzen hat, geht zum Rheumatologen. Weshalb? Weil der Orthopäde in der Schweiz ausschließlich operiert. Dieser Sprachgebrauch ist im europäischen Ausland etwas völlig Normales. Die konservative Therapie der Bewegungsorgane liegt im europäischen Ausland vornehmlich in der Hand des internistisch ausgebildeten Rheumatologen. Diese Versorgungsstrukturen sind aber auf Deutschland nicht übertragbar.

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) hat eine Task-Force „konservative Orthopädie“ gebildet. Was hat es damit auf sich?

Prof. Rüter: Als klar wurde, dass die Bundesärztekammer und der Ärztetag den Intentionen der orthopädischen-unfallchirurgischen Fachgesellschaften zustimmen, die Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie neu auszurichten, rief die DGOU Anfang 2018 die Task-Force „konservative Orthopädie“ ins Leben, die sich

mit der Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung Orthopädische Rheumatologie beschäftigen sollte.

Als damaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für orthopädische Rheumatologie (DGORh) fiel mir die Aufgabe zu, alle Präsidenten und Vorsitzenden der orthopädischen Subdisziplinen in diese Task-Force einzubinden. Diese Entscheidungsträger haben sich dann mit sichtlichem Enthusiasmus daran gemacht, die Kooperation ihrer Disziplinen zu intensivieren. Das ist gut gelungen. Wir haben mittlerweile recht klare Vorstellungen davon, wie wir die neue Weiterbildungsordnung umsetzen wollen und können.

Zustimmung der Landesärztekammern für Ende 2020 erwartet

Wie sieht denn jetzt der Zeitplan zur Weiterbildungsordnung aus?

Prof. Rüter: Wir erwarten, dass bis Ende 2020 alle Landesärztekammern unserem Entwurf zugestimmt haben. Sukzessive begleiten wir dann die Kammern dabei, wie sich die Weiterbildungsordnung am besten umsetzen lässt.

Sie hatten ja erwähnt, dass sich einige am Begriff des orthopädischen Rheumatologen stören. Haben junge Orthopäden damit weniger Probleme?

Prof. Rüter: Viel weniger. Ich glaube, die sehen das recht entspannt, und hängen nicht so sehr an der Begrifflichkeit. Wir haben uns – in europäischer Analogie und komplementär zur internistischen Rheumatologie – bewusst für den Begriff orthopädische Rheumatologie entschieden. Nicht zuletzt, weil eben zuvor die Versuche, die konservative Orthopädie als Spezialgebiet zu etablieren, gescheitert sind.

Was erwartet denn Kandidaten, die die Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie wählen?

Prof. Rüter: Sie werden sich intensiv mit Schmerztherapie, Knochenheilkunde, mit allgemeiner Gelenkheilkunde, mit Manueller Medizin, mit technischer Orthopädie, mit Rehabilitation, mit entzündlich-rheu-

matischen Gelenkkrankheiten auseinandersetzen haben – mit all den großen Subdisziplinen der konservativen Orthopädie also, die in der Facharztweiterbildung, die ja deutlich operativ geprägt ist, eher im Hintergrund stehen.

Kritische Stimmen fragen, weshalb man sich zunächst 6 Jahre zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ausbilden lassen soll, um dann eine 2-jährige konservative Zusatzweiterbildung anzuschließen. Was sagen Sie denen?

Prof. Rüter: Das folgt gedanklich ein wenig der Vorstellung, dass die konservative Orthopädie die „kleine Orthopädie“ sei und die operative Orthopädie die „Krone der orthopädischen Medizin“. Gefragt wird: Warum erst die Operationen lernen und dann sozusagen zurückgehen auf die vermeintlich unkompliziertere konservative Orthopädie? Ich bin da entschieden anderer Meinung. Die konservative Orthopädie wird die Herausforderung der Zukunft sein. Das alte Denken war eher so, dass die handwerklich begabten und entscheidungsfreudigen im OP vorne weg waren und die anderen gingen dann eben in die Routineversorgung.

Da müssen wir umdenken. Es ist keineswegs so, dass die konservative Orthopädie weniger anspruchsvoll ist als die operative Orthopädie – im Gegenteil. Aber das sind Überlegungen, von denen sich erst in den nächsten Jahren erweisen wird, ob sie richtig sind oder nicht.

Orthopädische Rheumatologie: eine Spezialisierung mit Zukunft

Was hat denn eine junge Fachärztin, ein junger Facharzt von der Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie?

Prof. Rüter: Beispiel Zusatzweiterbildung „spezielle Unfallchirurgie“. Damit erwirbt man die Berechtigung, als BG-Arzt tätig zu sein. Beispiel Zusatzweiterbildung „spezielle orthopädische Chirurgie“. Mit dem Titel ist man berechtigt, im Rahmen eines Endoprothetik-Zentrums aktiv zu werden. Insofern bieten die beiden Zusatzweiterbildungen klare Zugewinne für den Absolventen.

Welche Vorteile die Zusatzweiterbildung „orthopädische Rheumatologie“ bieten wird, wird sich zeigen. Kritisiert wird, dass es aktuell keine geldwerten Vorteile bringt. Dazu kann ich nur sagen: einen Schritt nach dem anderen. Wir haben jetzt zunächst eine Struktur geschaffen, in der die konservative Orthopädie zum ersten Mal als Spezialgebiet klar sichtbar wird – auf Augenhöhe mit den Operateuren der „speziellen orthopädischen Chirurgie“ und „speziellen Unfallchirurgie“.

Die Zusatzweiterbildung „orthopädische Rheumatologie“ – eine Spezialisierung mit Zukunft?

Prof. Rütther: Ja. Ich stelle mir vor, dass die Zusatzweiterbildung orthopädische Rheumatologie in allen Bereichen der stationären, konservativen Krankenversorgung von großer Bedeutung sein wird. Anderes Beispiel: die Biologika haben die Therapie entzündlich-rheumatischer Krankheiten durchgreifend verändert. Es ist damit zu rechnen, dass für die Arthrosen in abseh-

AUF EINEN BLICK

Medikamentöse Behandlungsoptionen wie die Antikörpertherapien haben die Rheumachirurgie stark verändert und die Zahl der rheumachirurgischen Operationen gesenkt. Mit der Novelle der Weiterbildungsordnung wird die Zusatzweiterbildung (ZWB) „orthopädische Rheumatologie“ neu ausgerichtet. Bislang operativ orientiert, wird die Zusatzweiterbildung künftig konservativ geprägt sein. Sie übernimmt die internationale Definition der Rheumatologie und nimmt alle großen konservativen Subdisziplinen auf. Die orthopädischen Rheumatologen der Zukunft werden sich mit Schmerztherapie, Knochenheilkunde, mit allgemeiner Gelenkheilkunde, mit Manueller Medizin, mit technischer Orthopädie, mit Rehabilitation, mit entzündlich-rheumatischen Gelenkkrankheiten auseinandersetzen. Die ZWB orthopädische Rheumatologie wird in allen Bereichen der ambulanten und stationären konservativen Versorgung von großer Bedeutung sein.

barer Zeit ähnliche Antikörpertherapien auf den Markt kommen. Die Phase-III-Studien dazu laufen ja schon. Haben wir dann in den orthopädischen Praxen keine Spezialisten, die mit diesen Pharmaka umgehen können, dann haben wir etwas verpasst! Deshalb brauchen wir in Zukunft orthopädische Rheumatologen. Ich bin

überzeugt, dass die jungen Leute begreifen werden, dass diese Weiterbildung ausgesprochen nützlich ist, um das Rüstzeug u. a. für eine differenzierte Antikörpertherapie zu erwerben.

Das Interview führte Ute Eppinger.