

G.-P. Koppetsch

Orthesenversorgung mit Mobilisierungsfunktion bei Wirbelfrakturen

Orthoses with Mobilizing Function in Vertebral Body Fractures

G.-P. Koppetsch

Orthesenversorgung mit Mobilisierungsfunktion bei Wirbelfrakturen

Orthoses with Mobilizing Function in Vertebral Body Fractures

In den vergangenen Jahren haben sich bei der Behandlung von Wirbelfrakturen, insbesondere verursacht durch Osteoporose, unterschiedliche Thorakolumbalorthesen durchgesetzt. In der Praxis hat sich zudem immer wieder herausgestellt, dass diese Orthesen mit einer guten Abstützung und Aufrichtung oft auch Drei-Punkt-Orthesen ersetzen können. Dies gilt insbesondere, da diese rigiden Orthesen vom Patienten oft ganz abgelehnt oder ansonsten nur sehr kurz getragen werden und somit eine geringe Compliance vorliegt. Im Zuge des Heilungsprozesses bei Wirbelfrakturen beziehungsweise der einsetzenden Wirkung von knochen-aufbaufördernden Medikamenten bietet eine stufenweise Abschulung von einer Thorakolumbalorthese die wichtige zusätzliche Möglichkeit, den jeweiligen Stabilisierungsgrad dem verbesserten Beschwerdebild anzupassen. Hierdurch wird insbesondere die Motivation des Patienten zur physiotherapeutischen Mitarbeit gefördert. Die Orthese wird langfristig genutzt und stellt somit eine gute Alternative für die verordnenden Fachärzte bei der Behandlung von Osteoporose und Wirbelfrakturen dar.

Bei frisch aufgetretenen Wirbelfrakturen ist zunächst eine sehr stabile Aufrichtung und Entlastung der Lendenwirbelsäule vom Thorax bis zum Beckenkamm durch eine Orthese erforderlich.

der Gesamtkonstruktion eine große Bedeutung für die Gesamtstabilität zu. Trotzdem sollte aber gerade bei Frakturen sichergestellt sein, dass der Hauptträger der Stützlast, das innenliegende feste Stützelement, die erforderliche Stabilität gewährleistet.



Abb. 1 Orthetisch-medikamentöse Kombinationstherapie.

Hierbei kommt der aufrichtenden Kraft der eingearbeiteten Stützelemente eine große Bedeutung zu. Hierzu wird an detailliert vergleichenden Messungen gearbeitet und die Messdaten über die wichtigsten Thorakolumbalorthesen werden in Kürze vorgelegt. Für diese ausführliche Untersuchung wird eine eigens für diesen Zweck konstruierte Messvorrichtung zum Einsatz kommen, so dass objektive Werte erzielt werden können.

Allerdings ist die Stabilität der innenliegenden Stützelemente nicht das einzige Kriterium für die hiermit mögliche Aufrichtung und Entlastung. Selbstverständlich kommt dem Trägermaterial, den möglichst unelastischen Schultergurten und

der Gesamtkonstruktion eine große Bedeutung für die Gesamtstabilität zu. Trotzdem sollte aber gerade bei Frakturen sichergestellt sein, dass der Hauptträger der Stützlast, das innenliegende feste Stützelement, die erforderliche Stabilität gewährleistet.

Die ersten Testergebnisse belegen bereits, dass die am häufigsten verordneten Osteoporoseorthesen in der ersten akuten Phase in der Lage sind, den therapeutisch gewünschten Stützeffekt zu erzielen. In manchen Fällen – diese sind vom Arzt zu

bestimmen – ermöglichen es die gut aufrichtenden Thorakolumbalorthesen sogar, die meist vom Patienten abgelehnte Drei-Punkt-Orthese zu ersetzen. Hierbei gilt der Grundsatz, dass die Stütz- und Schutzfunktion einer tatsächlich vom Patienten längerfristig getragenen Thorakolumbalorthese in jedem Fall besser ist als eine wegen der fehlenden Akzeptanz (zum Beispiel aufgrund ständigen Verrutschens) oft nach ein oder zwei Tagen abgelegten oder gar nicht getragenen Drei-Punkt-Orthese. Viele Fachärzte setzen wegen der fehlenden Compliance eine Drei-Punkt-Orthese gar nicht ein, da die hohen Kosten in keinem Verhältnis zu der kurzen Tragezeit stehen,

obwohl die Mediziner den Aufrichtungs- und Schutzeffekt einer Orthese für eine bessere und schnellere Heilung als richtig ansehen.

Gerade hier bieten die verstärkten Osteoporoseorthesen ergänzend zu den weiteren Therapiemaßnahmen eine wichtige Verordnungsmöglichkeit, besonders wenn sie mit der Möglichkeit einer therapeutisch korrekten Abschulungsmaßnahme ausgestattet sind.

Osteoporose-Patienten werden in der Regel mit knochenaufbaufördernden Medikamenten behandelt. Ziel ist es, die Knochendichte und damit die Stabilität des Knochengerüsts sukzessive zu erhöhen, damit der Patient keine erneuten Frakturen erleidet und möglichst lange schmerzfrei bleibt.

In der akuten ersten Phase wird oft eine ergänzende Osteoporoseorthese eingesetzt, die aber im Zuge der Wirkung der Medikamente und der sich verbessernden Knochendichte dann zu massiv ist und deshalb vom Patienten meist ohne Abschulungsmaßnahme spontan abgelegt wird. Der über die erhöhte Knochendichte erreichte Stabilitätsgrad ist hierfür aber meist noch gar nicht ausreichend. Erheblich sinnvoller wäre es also, wenn die Orthese diesem erhöhten Stabilitätsgrad entsprechend angepasst, das heißt reduziert werden kann. So verbleibt der Patient während des länger andauernden Zeitraums des Knochenaufbaus in einem immer relativ gleichbleibenden Stabilitätsgrad (Abb. 1).

Durch die Reduktion der Orthese auf eine immer kleinere orthetische Versorgung ist darüber hinaus auch eine hohe Compliance des Patienten gewährleistet. Des Weiteren kann der gegebenenfalls durch das Tragen der Orthese aufgetretenen Muskelatrophie durch schrittweise Mobilisierung entgegengewirkt werden. Zum Schluss kann es von Vorteil sein, wenn dem meist auch weiterhin gelegentlich unter Kreuzschmerzen leidenden Osteoporosepatienten eine langfristige Hilfe für den Alltag in Form einer kleinen Wirbelsäulenstützbandage zur Verfügung steht.

Zu Beginn der Behandlung von Osteoporosepatienten ist der weitere Verlauf der Genesung meist nicht absehbar. So kann es erforderlich sein, den Patienten im Zuge der Abschulungsmaßnahme nur

noch im Bereich der BWS abzustützen und den LWS-Bereich bereits vollkommen freizugeben. In anderen Fällen ist nur noch eine Abstützung im LWS-Bereich erforderlich. Somit stellt es einen großen Vorteil dar, wenn die Thorakolumbalorthese auf jeweils einen der beiden Bereiche reduziert werden kann, um hier die Orthese weiterhin gezielt und therapeutisch korrekt nutzen zu können.



Abb. 2 Tigges-Dorso Thorakolumbalorthese mit Mobilisierungsfunktion und Aufbauoption (PG 23.15.02.1001).

Auch kommt es immer wieder vor, dass sich das Beschwerdebild trotz der Medikamente und der zusätzlichen Osteoporoseorthese verschlechtert. Die sagittale Aufrichtung ist dann nicht länger ausreichend, der Patient muss zusätzlich in der Frontalebene eine Stützung erfahren. Bei Osteoporoseorthesen ohne variables Ab- und Aufbausystem müsste in derartigen Fällen dann eine komplett neue, sehr aufwändige Verordnung einer Thorakolumbalorthese mit Aufrichtung in sagittaler und frontaler Ebene erfolgen, die der Arzt aufgrund der dann erneut entstehenden hohen Kosten aber meist scheut.

Die Osteoporoseorthese Tigges-Dorso (Abb. 2) kann so zum Beispiel durch Nachverordnung eines Aufbausets zu der Thorakolumbalorthese T-Flex TL mit frontaler und sagittaler Aufrichtung kostengünstig aufgerüstet werden. Auch bei dieser ist dann im Zuge einer späteren Beschwerdeverbesserung wieder eine Abschulung möglich.

In der neuen PG 23.15.02.1 des Hilfsmittelverzeichnisses sind Thorakolumbalorthesen für die Behandlung von Frakturen im thora-

kolumbalen Bereich mit entsprechender Mobilisierungsfunktion (Abschulung) und variablem Aufbausystem gelistet. Natürlich werden diese Orthesen vom Leistungserbringer höher abgerechnet als Orthesen ohne entsprechende Zusatzfunktionen, um dem erhöhten Aufwand des Technikers aufgrund des Abbauens gerecht zu werden. Allein durch die Möglichkeit deutlicher Kosteneinsparung durch die Aufbauvariabilität sind diese Mehraufwendungen mindestens kompensiert.

Zusammenfassung

In der ersten akuten Phase der Behandlung von Wirbelfrakturen im thorakolumbalen Bereich bieten die meisten bekannten Orthesen eine ausreichende Stützung und Entlastung. Im Zuge der Wirkung der medikamentösen Behandlung mit knochenaufbaufördernden Präparaten sollte die Orthese dann aber dem Behandlungsfortschritt angepasst und langsam reduziert werden können. Nur so kann der Patient in jeder Phase der Beschwerdeverbesserung einen relativ gleichbleibenden Stabilitätsgrad aufweisen. Auch sollte auf die differenzierte Genesung orthetisch individuell eingegangen werden können, zum Beispiel durch Reduktion der Orthese auf den BWS- oder LWS-Bereich.

Bei einer Verschlechterung des Beschwerdebildes wäre es darüber hinaus wünschenswert, durch die Verordnung eines Aufbausets aufrüsten zu können, ohne Mehrkosten in Höhe einer größeren Versorgung zu verursachen. In der neuen PG 23.15.02.1 kann auf derartig variable Konzepte mit Mobilisierungsfunktion und Aufbauoption zurückgegriffen werden. Die dem Leistungserbringer hierbei zu vergütenden höheren Abrechnungskosten gegenüber einfachen Thorakolumbalorthesen sind durch die zahlreichen Zusatzfunktionen dabei mehr als gerechtfertigt.

Der Autor:

Gert-Peter Koppetsch, OTM
Orthopädische Werkstatt an der
Universitätsklinik Düsseldorf
Moorenstr. 5
40225 Düsseldorf

TIGGES / T-FLEX

Modulares Orthesensystem



TIGGES-Thorax

TIGGES-Dorso

T-FLEX TL

T-FLEX

T-FLEX B

auch als mobile
Sofortversorgung



TIGGES Innovative Wirbelsäulen-Therapie

www.t-flex.de

Patent und Gebrauchsmusterschutz