

# Orthopädie und Unfallchirurgie

Mitteilungen und Nachrichten



DGOU



Januar 2013



**Implantieren wir zu viel?**

**Oberärzte unter Druck**

**Qualitätszirkel im TNW DGU®**

# 2013 – ein besonderes Jahr!

2013 – ein Jahr wie jedes andere? Das dürfte Frau Merkel anders sehen. Eine dritte Amtsperiode ist auch für sie eine Herausforderung. In den USA gibt es das nicht. Nach zwei mal vier Jahren ist Schluss. Obama wird Putin wohl kaum nacheifern und dem Altkanzler Helmut Kohl auch nicht.

Minister Bahr ist noch jung und sehr gut in die Materie Gesundheit eingearbeitet. Mit Erfolg hat er die Bürokratie der zehn Euro Praxisgebühr abgeschafft und die Ausgaben für Arzneimittel in den Griff bekommen. Das in Aussicht gestellte Signal, die fachärztliche Weiterbildung in der Praxis wie auch immer zu fördern, lässt noch auf sich warten. Er war in den letzten Jahren sehr fleißig. Wem auch immer Sie Ihre Stimme für den Bundestag geben werden, bitte gehen Sie wählen, und vielleicht gehen Sie schon vorher in die Sprechstunde der Kandidaten. Die Wahlprüfsteine des Spitzenverbandes der Fachärzte (SpiFa) sind geeignete Themen für ein Treffen mit den MdB. Diese organisieren auf Anfrage für Ihre Praxisteams auch einen Besuch mit Führung durch den Bundestag einschließlich Diskussion. Mein Personal war begeistert.

## Licht im Tunnel

Für uns Fachärzte gab es etwas Licht im Tunnel, besonders für die konservativ tätigen Kollegen in der Praxis. Ein Tropfen auf den heißen Stein? Steter Tropfen höhlt auch diesen! So langsam wird auch den Kassen klar, dass Steigerungsraten bei OPs sich umgekehrt proportional verhalten zu den Einsparungen bei der konservativen Behandlung. Das Umdenken dieser „Behörde“ hat Schneckentempo und kostet viel Geld.

Die Milliardenüberschüsse der Kassen sind bekannt. Wohin mit dem Geld? Ins Marketing: zum Beispiel 360 Euro für die Behandlung beim Heilpraktiker im Rahmen der von uns geforderten Kostenerstattung mit Eigenbeteiligung des Versicherten in Höhe von 20 Prozent. Es geht also auch bei den gesetzlichen Kassen, was diese immer bestritten haben. Wie viel den Kassen unsere fachärztliche Tätigkeit wert ist, wissen Sie. Der BVOU

hat „seine Schularbeiten gemacht“. Der Ball liegt nun bei KBV und Bewertungsausschuss.

## Erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit

Die Öffentlichkeitsarbeit des BVOU hatte Erfolge: „Zeigt her Eure Füße“ fand unter der Schirmherrschaft von namhaften Politikern statt. Die Kompetenznetze sind eine sehr gute Idee aus Schleswig-Holstein. Der Relaunch der „Orthinform.de“ steht auf der Agenda, künftig vielleicht in Zusammenarbeit mit der DGOU? Die Kampagne unter Leitung des Kollegen Schwokowski für die Rheumatologie läuft. Das Weißbuch „Konservative Orthopädie“ steht vor der Fertigstellung. Den Beteiligten gilt unser Dank.

## Nachwuchsarbeit läuft

Erfolgreich angelaufen ist unser Programm für die Studenten, die „Youngsters“. Sie erinnern sich, dass wir die Satzung dafür (für die Assistenten dann im zweiten Anlauf) geändert hatten. Wir wollen die jungen Leistungswilligen für das schönste, für unser Fach begeistern: Orthopädie UND Unfallchirurgie. Die DGOU ist mit im Boot, und wir freuen uns über den Mitgliederzuwachs aus dem Jungen Forum der DGOU.

Die Aufgabenstellungen der DGOU und des BVOU ergänzen sich ideal. Das wissen selbst manche von uns „Alten“ nicht. Die regionale Vernetzung des BVOU in Kammern und Kassenärztlichen Vereinigungen ist auch für eine Fachgesellschaft von unschätzbarem Wert. Das O und U für unsere Patienten steht über allem. Dafür wollen wir uns mit Empathie engagieren, und dafür wollen wir unsere künftigen Mitglieder einwerben. Deshalb mein wiederholter Appell an VLOU, DGOU, DGOOC, DGU, an die Chefs in den Kliniken: Werben Sie bei Ihren Assistenten für eine Mitgliedschaft im BVOU zur Stärkung von O und U in den Kammern und für eine Verbesserung der Weiterbildung.

Ein anderes Thema ist die Wahl zum Vorstand des BVOU auf dem DKOU 2013. Als Präsident blicke ich zurück auf eine Teamleistung mit spannender Umstruk-



Helmut Mälzer, BVOU-Präsident

turierung des Verbandes in Geschäftsführung, GmbH, ADO und Haushalt. Wer auf der Mitgliederversammlung war, weiß, dass intern im BVOU viel passiert ist. Nebenbei: Wir haben inzwischen den höchsten Kontostand seit langem erreicht. Für eine Beitragssenkung ist die Begeisterung des geschäftsführenden Vorstands noch gering. Vielleicht im nächsten Jahr?

Mir persönlich hat die Arbeit im Team (die MitarbeiterInnen der Geschäftsstelle natürlich eingeschlossen) Spaß gemacht. Und so lange es gemeinsam Freude macht und mir weiterhin „erlaubt“ ist, meine Enkel zu sehen, bin ich bereit, mich weiter für unser O und U im Vorstand zu engagieren. Die Außendarstellung unseres schönen Faches bedarf der Unterstützung aller. Im Wahljahr haben wir eine besonders gute Gelegenheit. Nutzen wir sie. 2013 ist ein besonderes Jahr.

Ihnen wünsche ich Gesundheit und Erfolg.

Ihr

Helmut Mälzer



**13** **Implantieren wir zu viel?** Handfeste Argumente gegen diesen Vorwurf liefert der Versorgungsatlas, den die DGOOC gemeinsam mit der AOK initiiert hat. Seit 2009 sinken die OP-Zahlen bei Hüftgelenken sogar.



**20** **Oberärzte unter Druck:** Über die Arbeitssituation von Oberärzten, die viele Kollegen in andere Arbeitsbereiche ausweichen lassen, reden Prof. Dr. Ulrich Nöth und Dr. Kai Dragowsky in unserem Interview.

Selbststeuerndes Lernsystem **Optimierung**

**Qualitätszirkel**

Strukturen Kleingruppen

Moderator **Ergebnisse**

**Prozesse**

**42** **Qualitätszirkel im TraumaNetzwerk DGU®:** Im Traumanetzwerk DGU® kommen regelmäßig Qualitätszirkel zusammen, um die Qualität der Behandlung von Schwerverletzten zu unterstützen.

## Editorial

2013 – ein besonderes Jahr!

## Impressum

## Nachrichten

Kurz und bündig

Ultraschall macht Unterarmbrüche im Kindesalter sichtbar

Mehr Rückengesundheit und neues Heilverfahren

SpiFa beim Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr

SpiFa erstmals bei Pflegekonferenz der Heimträger

Pflege: Fachärzte fehlen – Medikamentöse Versorgung ist Gradmesser

## Aus unserem Fach

GRUSSWORT

Menschen bewegen – Erfolge erleben

AKTUELLE VERSORGUNGSDATEN

Implantieren wir wirklich zu viel?

G-DRG-SYSTEM 2013

Wesentliche Neuerungen aus der Perspektive von O und U

FAMILIE UND BERUF

Wege zur familienfreundlichen Klinik

INTERVIEW

Oberärzte unter Druck

WEITERBILDUNG

Wir sind die Zukunft!

EFOST

Wo Europa auch zusammenwächst

FIT AFTER EIGHT

Just do it!

ORTHOFIT-AKTION

170 Praxen bringen Prävention und Spaß in 400 Schulen

TRAUMANETZWERK DGU®

Zentrumszuschläge für Traumazentren

DGOU-STRATEGIEWORKSHOP

Positive Zwischenbilanz

VERSORGUNGSFORSCHUNGSKONGRESS

Erfolge evaluieren – am Patienten orientieren

VSOU-JAHRESTAGUNG 2013

Maßgeschneidertes Intensivprogramm für den Nachwuchs

## Qualität und Sicherheit

TNW DGU®

Qualitätszirkel im Traumanetzwerk

QUALITÄTSSICHERUNG RÖNTGEN

Stichprobenprüfung im Einzelfall

## Recht und Wirtschaft

LEITLINIENURTEIL

Wettbewerbsrecht greift in der Wissenschaft nicht

HOCHSCHULAMBULANZEN

Fallzahlbegrenzungen im Wanken

LESERBRIEF

Nicht ohne Einschränkung

## Unterwegs

ASG-FELLOWSHIP

Making new Friends

EFORT TRAVELLING FELLOWSHIP

Gelebtes Europa

## Namen

Personalia

Wir gratulieren...

28

30

33

34

36

38

42

44

47

48

50

53

54

55

## Für Sie gelesen

## Für unsere Mitglieder

Service/Preise

Kursangebote

Kleinanzeigen

<p><b>94</b></p> <p><b>98</b></p> <p><b>102</b></p> <p><b>120</b></p>	<p>Bericht vom 2. Hessischen Orthopädentag</p> <p>Bleibt alles anders...</p> <p>Wen das Fernweh packt ...</p> <p>Neuigkeiten aus der ADO</p> <p>Tipps zum Umgang mit dem Arzt-Haftpflicht-Versicherer im Schadenfall</p> <p>Neue Mitglieder</p>	<p><b>57</b></p> <p><b>59</b></p> <p><b>60</b></p> <p><b>65</b></p> <p><b>66</b></p> <p><b>68</b></p>	<p><b>BVOU</b></p>	<p><b>70</b></p> <p><b>71</b></p> <p><b>75</b></p> <p><b>75</b></p> <p><b>77</b></p>	<p><b>DGOU</b></p>	<p><b>78</b></p> <p><b>81</b></p> <p><b>82</b></p> <p><b>84</b></p>	<p><b>DGOOC</b></p>	<p><b>86</b></p> <p><b>87</b></p> <p><b>88</b></p> <p><b>91</b></p> <p><b>92</b></p> <p><b>93</b></p>	<p><b>DGU</b></p>
---	---	---	--------------------	--	--------------------	---	---------------------	---	-------------------



# Impressum



## Herausgeber

Für den Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.

### Präsident

Helmut Mälzer

Für die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.

### Generalsekretär

Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard

Für die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V.

### Generalsekretär

Prof. Dr. med. Hartmut Siebert

## Schriftleitung DGOOC

Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard (V.i.S.d.P.)

Geschäftsstelle DGOOC

Luisenstr. 58/59

10117 Berlin

Tel.: (030) 84 71 21 31

Fax: (030) 84 71 21 32

E-Mail: funiethard@dgooc.de

## Schriftleitung BVOU

Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer (V.i.S.d.P.)

Abt. Orthopädie und Unfallchirurgie

Medical Park Berlin Humboldtstraße

An der Mühle 2-9

13507 Berlin

Tel.: (030) 30 02 40 92 12

Fax: (030) 30 02 40 92 19

## Schriftleitung DGU

Prof. Dr. med. Hartmut Siebert

Joachim Arndt

Geschäftsstelle der DGU

Luisenstr. 58/59

10117 Berlin

Tel.: (030) 20 21 54 90

Fax: (030) 20 21 54 91

E-Mail: hsiebert@office-sha.de

## Redaktion

Jana Ehrhardt-Joswig

Tel.: (030) 84 71 21 31

E-Mail: jana.ehrhardt@gmx.de

## Verlag

Georg Thieme Verlag KG

Kathrin Jürgens

Rüdigerstr. 14

70469 Stuttgart

Tel.: (07 11) 89 31 617

Fax: (07 11) 89 31 623

E-Mail: kathrin.juergens@thieme.de

## Verantwortlich für den Anzeigenteil

Christine Volpp, Thieme Media, Pharmedia

Anzeigen- und Verlagsservice GmbH

Rüdigerstr. 14

70469 Stuttgart

Tel.: (07 11) 89 31 603

Fax: (07 11) 89 31 569

E-Mail: christine.volpp@thieme.de

## Erscheinungsweise

6 x jährlich:

Februar/April/Juni/August/

Oktober/Dezember

Zur Zeit gültiger Anzeigentarif Nr. 16

vom 1. Oktober 2011

ISSN 2193-5254

## Satz und Layout

Georg Thieme Verlag KG

## Druck

Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG

Gewerbering West 27

39240 Calbe



Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.

## Vorstand

### Präsident

Helmut Mälzer, Berlin

### Vizepräsident

Dr. med. Andreas Gassen, Düsseldorf

### Vizepräsident

Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer, Berlin

### Schatzmeister

Dr. med. Peter Heppert, Erlangen

### Vorstandsmitglied

Dr. med. Helmut Weinhart, Starnberg

### Vorstandsmitglied

Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller, Braunschweig

### Vorstandsmitglied

Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz, Brandenburg

### Generalsekretär der DGOU

Prof. Dr. med. Hartmut Siebert, Schwäbisch Hall

### Geschäftsstelle des BVOU

Kantstr. 13

10623 Berlin

Tel.: (030) 79 74 44 44

Fax: (030) 79 74 44 45

E-Mail: bvou@bvou.net

www.bvou.net



Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie

## Geschäftsführender Vorstand

### Präsident

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Frankfurt/Main

### Erster Vizepräsident

Prof. Dr. Christoph Josten, Leipzig

### Zweiter Vizepräsident

Prof. Dr. Bertil Bouillon, Köln

### Dritter Vizepräsident

Prof. Dr. Michael Nerlich, Regensburg

### Generalsekretär

Prof. Dr. Hartmut Siebert, Schwäbisch Hall

### Schatzmeister

Prof. Dr. Joachim Windolf, Düsseldorf

### Schriftführer und Schriftleiter der Website [www.dgu-online.de](http://www.dgu-online.de)

Prof. Dr. Andreas Seekamp, Kiel

### Geschäftsstelle der DGU

Luisenstr. 58/59

10117 Berlin

Tel.: (030) 20 21 54 90

Fax: (030) 20 21 54 91

E-Mail: office@dgu-online.de

www.dgu-online.de

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann,  
Frankfurt/Main



Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie

## Geschäftsführender Vorstand

### Präsident (und Präsident der DGU)

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Frankfurt/Main

### Stellv. Präsident (und Präsident der DGOOC)

Prof. Dr. Bernd Kladny, Herzogenaurach

### 2. Vizepräsidenten von DGU und DGOOC

Prof. Dr. Bertil Bouillon, Köln

Prof. Dr. Henning Windhagen, Hannover

### Generalsekretär (und Generalsekretär der DGU)

Prof. Dr. Hartmut Siebert, Schwäbisch Hall

### Stellv. Generalsekretär (und Generalsekretär der DGOOC)

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Aachen

### Schatzmeister

Prof. Dr. Werner E. Siebert, Kassel

### Vertreter der nichtselbständigen Ärzte aus dem nichtständigen Beirat

Dr. Richard Stange, Münster/

Dr. Babak Moradi, Heidelberg

### Leiter des Ausschusses Versorgung, Qualität und Sicherheit

Dr. Daniel Frank, Düsseldorf

### Leiterin des Ausschusses Bildung und Nachwuchs

Prof. h.c. Dr. Almut Tempka, Berlin

### Leiter des Wissenschaftsausschusses

Prof. Dr. Dr. h.c. Joachim Grifka, Bad Abbach

### Vertreter des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie

Helmut Mälzer, Berlin

### Vertreter des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen

Dr. Jörg-A. Rüggeberg, Bremen

### DGOOC-Geschäftsstelle

Luisenstr. 58/59

10117 Berlin

Tel.: (030) 20 21 54 80

Fax: (030) 20 21 54 81

office@dgooc.de

www.dgooc.de



Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.

## Geschäftsführender Vorstand

### Präsident

Prof. Dr. med. Bernd Kladny, Herzogenaurach

### 1. Vizepräsident

Prof. Dr. med. Wolfram Mittelmeier, Rostock

### 2. Vizepräsident

Prof. Dr. med. Henning Windhagen, Hannover

### Generalsekretär

Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard, Berlin

### Schatzmeister

Prof. Dr. med. Werner E. Siebert, Kassel

### Präsident des Berufsverbandes BVOU

Helmut Mälzer, Berlin

### Leiter der Ordinarienkonferenz

Prof. Dr. Dr. h. c. Joachim Grifka, Bad Abbach

### 2. Vorsitzender des VLOU

Prof. Dr. med. Volker Ewerbeck, Heidelberg

### Geschäftsstelle der DGOOC

Langenbeck-Virchow-Haus

Luisenstr. 58/59

10117 Berlin

Tel.: (030) 84 71 21 31

Fax: (030) 84 71 21 32

E-Mail: info@dgooc.de

www.dgooc.de

## Verband

### Präsident

Prof. Dr. Stefan Nehrner, Krems/Österreich

### 1. Vizepräsident

Prim. Dr. Josef Hochreiter, Linz/Österreich

### 2. Vizepräsident

Prim. Dr. Peter Zenz, Wien/Österreich

### Generalsekretär

Univ. Prof. Dr. Alexander Giurea, Wien/Österreich

### Kassierer

Prim. Univ. Prof. Dr. Karl Knahr, Wien/Österreich

### Schriftführer

Prof. Dr. Catharina Chiari, Wien/Österreich

### Fachgruppenobermann

Dr. Rudolf Sigmund, Oberwart/Österreich

### Sekretariat der ÖGO

c/o Wiener Medizinische Akademie

Alserstraße 4

A-1090 Wien

Kontakt: Silvia Konstantinow

Tel.: +43-1-405 13 83 21

Fax: +43-1-405 13 83 23

E-Mail: sk@medacad.org



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e. V.



Mitglied der Informationsgesellschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e. V.

Mitglieder dieser Vereine erhalten die Zeitschrift im Rahmen der Mitgliedschaft.

## Kurz und bündig

### Ärzte verzichten wegen Rechtsrisiken auf eigene Website

Fast jeder vierte Arzt, der keine Praxis-Website besitzt, begründet dies mit zu vielen rechtlichen Unsicherheiten. Das ergab die Studie „Ärzte im Zukunftsmarkt Gesundheit 2012“ der Stiftung Gesundheit. Indes berichtet nur etwa jeder elfte Arzt, der eine Website hat, wegen dieser schon einmal abgemahnt worden zu sein. Laut der Erhebung besitzt von den niedergelassenen Ärzten in Deutschland knapp die Hälfte (47,5 Prozent) keine Praxis-Website. Als häufigste Ursache hierfür nennen die Ärzte, keine Werbung nötig zu haben (52,5 Prozent). Zudem halten zu viele rechtliche Unsicherheiten beim Erstellen und Pflegen einer Praxis-Website 22,6 Prozent vom Auftritt im Internet ab. 90 Prozent der Ärzte, die eine Praxis-Homepage besitzen, gaben an, noch nie eine Abmahnung wegen eines mutmaßlichen Rechtsverstößes ihrer Website erhalten zu haben. 8,7 Prozent wurden einmal abgemahnt, 0,5 Prozent mehrfach. (Quelle: Stiftung Gesundheit)

Lesen Sie zu diesem Thema den Leserbrief „Nicht ohne Einschränkung“ auf Seite 48.

### BMBF fördert handgehaltenen Operationsroboter



Der Intelligent Tool Drive

Foto: UMMI

Mit der Initiative „KMU-innovativ: Medizintechnik“ will das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) kleine und mittelständische Medizintechnikunternehmen fördern. Die stattliche Summe von 1,3 Millionen Euro geht nun an ein Verbundprojekt unter der Leitung der am Orthopädisch-Unfallchirurgischen Zentrum der Universitätsmedizin Mannheim angesiedelten Sektion experimentelle Orthopädie und Unfallchirurgie. Dort wird der „Intelligent Tool Drive“ (ITD) erprobt, ein handgehaltenes robotisches System für chirurgische Anwendungen. Aufgabe des ITD ist es, Störbewegungen auszugleichen – und zwar die der Hand des Chirurgen ebenso wie mögliche Bewegungen des Patienten – um damit die Präzision der Operationstechnik zu erhöhen. (red)

### Erratum

In der Ausgabe 6/2012 hat der Fehlerleutefel sein Unwesen getrieben. Im Bericht über die Jahrestagung der Vereinigung der Bayrischen Chirurgen (VBC) auf Seite 697 hat er aus Prof. Harald Tscherne, der mit der Ehrenmitgliedschaft der VBC ausgezeichnet wurde, Hartmut Tscherne gemacht. Die Redaktion bittet dies zu entschuldigen. (red)

## Ultraschall macht Unterarmbrüche im Kindesalter sichtbar

**Um Knochenbrüche bei Kindern sichtbar zu machen, bedarf es nicht immer der potenziell schädlichen Röntgenstrahlung. Eine aktuelle Studie belegt, dass viele Unterarmbrüche mit Ultraschall ebenso gut dargestellt werden können wie im Röntgenbild.**

Da Röntgenstrahlung für Kinder besonders zurückhaltend und wohlüberlegt eingesetzt werden sollte, empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM), wann immer es möglich und sinnvoll ist, zur Diagnostik von Knochenbrüchen im Kindesalter die Sonografie anzuwenden. „Bisher ist die Sonografie kein etabliertes Verfahren für die Diagnose von Frakturen“, erklärt Prof. Dr. Rainer Wunsch, stellvertretender Leiter der DEGUM-Sektion Pädiatrie. „Von einem qualifizierten Ultraschallmediziner durchgeführt, bietet die Technik jedoch ein großes Potenzial“. So kommt eine kürzlich erschienene Untersuchung in der Fachzeitschrift „Pediatric Emergency Care“ zu dem Ergebnis, dass das Ultraschallverfahren für die Diagnostik von bestimmten Unterarmfrakturen der Röntgenaufnahme gleichwertig ist. Bei Kindern und Jugendlichen gehören diese Brüche von Elle oder Speiche im Bereich der so genannten „Metaphyse“ zu den häufigsten Knochenbrüchen.

Den diagnostischen Vergleich unternahm Dr. Kolja Eckert von der Klinik für Kinderchirurgie am Elisabeth-Krankenhaus in Essen und Dr. Ole Ackermann, leitender Oberarzt an der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Klinikum Duisburg und Mitglied der AG Ultraschall der DGU, gemeinsam mit ihren Kollegen bei 76 Kindern und Jugendlichen zwischen 1 und 14 Jahren. Die Ärzte hatten die Mädchen und Jungen, die mit dem Verdacht auf eine Unterarmfraktur in der Nähe des Handgelenks in die Klinik gekommen waren, sowohl mittels Ultraschall als auch mit der klassischen Röntgendiagnostik untersucht. Mit beiden Verfahren stellten sie insgesamt 52 Knochenbrüche bei 42 der untersuchten Patienten fest. „Unsere Untersuchung bestätigt, dass Ultraschall bei metaphysären Unterarmbrüchen, bei denen sich die Knochen nicht verschoben haben, eine geeignete und sichere Alternative zur Röntgendiagnostik darstellt“, erklärt Dr. Eckert.

Die Ultraschalluntersuchung biete gegenüber dem Röntgen zudem auch andere Vorteile: „Die Untersuchung kann direkt vom Erstuntersucher durchgeführt werden. Das Kind muss zur Diagnose nicht zu einem andern Arzt“, erklärt Dr. Eckert. Anders als die Röntgenaufnahme mache das Ultraschallbild zudem auch Knorpel und Weichteilgewebe sichtbar.

Quelle: DEGUM

## Mehr Rückengesundheit und neues Heilverfahren

Bei der Arbeit müssen 23 Prozent der Erwerbstätigen häufig schwere Lasten bewegen, vor allem Bau- und Baunebenberufe sind überdurchschnittlich stark betroffen. Mit ihrer aktuellen Präventionskampagne „Denk an mich. Dein Rücken“ vermitteln DGUV und Partner das nötige Wissen, um Rückenbelastungen bei der Arbeit, in Schule und Freizeit zu verringern.



Foto: DGUV

**„Denk an mich. Dein Rücken“ – zum Auftakt der neuen Präventionskampagne am 10. Januar dieses Jahres informierte die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) bei einem Pressegespräch in Berlin gleich über zwei aktuelle Themen: Die Neuordnung des stationären Heilverfahrens in der gesetzlichen Unfallversicherung und die Kampagne selbst.**

Getragen wird die Aktion von gewerblichen Berufsgenossenschaften und Unfallkassen, der Landwirtschaftlichen Sozialversicherung sowie der Knappschaft Bahn See. Ihr Ziel: Rückenbelastungen bei der Arbeit, in Schule und Freizeit zu verringern. Dazu gehört nicht mehr nur eine Über-, sondern auch eine Unterforderung. „Wir wissen heute, dass die Gesundheit des Muskel-Skelett-Systems zunehmend durch mangelnde Bewegung beeinträchtigt werden kann“, macht Dr. Joachim Breuer, Hauptgeschäftsführer der DGUV, deutlich. Längst sind nicht mehr nur Erwachsene betroffen: Laut einer Studie des Robert Koch-Instituts (RKI) gaben knapp 50 Prozent der 11- bis 16-Jährigen bei einer Befragung an, in den letzten drei Monaten unter Rückenschmerzen gelitten zu haben. Schulen, Betriebe und die breite Öffentlichkeit sind aufgerufen, sich mit dem Thema Rückengesundheit verstärkt zu befassen. Das dafür notwendige Wissen vermitteln die Träger der Kampagne in zahlreichen Beratungs- und Informationsangeboten.

### Stationäres Heilverfahren neu geordnet

Bereits seit Jahresbeginn steht das neu eingeführte Schwerstverletzungsartenverfahren (SAV) an der Spitze des stationären Heilverfahrens der gesetzlichen Unfallversicherung. Es ergänzt die bewährten Durchgangsarztverfahren (DAV) und Verletzungsartenverfahren (VAV) und widmet sich der Behandlung und Rehabilitation besonders schwerer Verletzungen. Deren Bedeutung nahm in den letzten Jahrzehnten zu, obwohl die Zahl der Arbeitsunfälle kontinuierlich zurückging. „Im SAV handelt es sich um Verletzungen, die mit lang andauernden Arbeitsunfähigkeitszeiten, einer besonders hohen Rentenrelevanz oder einem hohen Reha-Aufwand verbunden sind. Polytrauma, Amputationsverletzungen, schwere Schädel-Hirn-Verletzungen

oder auch Querschnittslähmungen sind hier zu nennen“, erklärt Joachim Breuer. Darüber hinaus gerieten mit der wachsenden Spezialisierung in der Krankenhauslandschaft die auf die Notfallversorgung „rund um die Uhr“ ausgerichteten, rein unfallchirurgischen Abteilungen mehr und mehr in die Defensive. „Die Versorgung von Schwer-Arbeitsunfallverletzten in besonders qualifizierten und erfahrenen Kliniken zu konzentrieren, war hier eine logische Schlussfolgerung“, betont Prof. Dr. Volker Bühnen, Ärztlicher Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau.

### TraumaNetzwerk DGU® war Vorbild

Richtungsweisend für die Neuordnung des stationären Heilverfahrens war das von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) initiierte Projekt TraumaNetzwerk DGU® mit seiner dreistufigen Systematik und den klaren Qualitätsvorgaben. Immerhin haben sich mehr als 850 der gut 2.000 Kliniken in Deutschland im Projekt registrieren lassen, um an einer qualifizierten und qualitätsgesicherten Versorgung von Schwerverletzten teilnehmen zu können. Entsprechend einheitlich definierter Qualitätsansprüche orientieren sich die Anforderungen an SAV-Kliniken teilweise an denen, die überregionale Traumazentren gemäß dem Weißbuch der DGU erfüllen müssen. Darüber hinaus gelten auf dieser Ebene gestiegene Anforderungen an die Versorgung schwer verletzter Kinder und Jugendlicher sowie im Bereich der Krankenhaushygiene.

Elke Leopold, DGU

### MEHR INFOS

[www.deinruecken.de](http://www.deinruecken.de)

Website zur Kampagne „Denk an mich. Dein Rücken“

[www.dguv.de/landesverbaende/de/medien/faq/neu\\_stat\\_hv/index.jsp](http://www.dguv.de/landesverbaende/de/medien/faq/neu_stat_hv/index.jsp)

Dort finden Sie häufig gestellte Fragen und Antworten zur Neuordnung des stationären Heilmittelverfahrens der DGUV.



### SpiFa beim Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr

Weiterbildung in der Praxis, Präventionscheck, Reha/Pflege und die Integrierte Versorgung nach § 140 SGB V waren Themen des SpiFa-Gesprächs bei Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr, FDP. „Wir konnten für die Fachärzte wichtige Themen bei Minister Daniel Bahr platzieren. Der SpiFa wirkt durch seine kontinuierliche Präsenz in Berlin in die Politik“, so SpiFa-Vorstand Dr. Andreas Gassen. In Sachen Weiterbildung in der Praxis erklärten die Fachärzte, dass es zu einer befriedigenden Situation kommt, wenn der Assistent von den Kassen bezahlt und die Leistungsausweitung innerhalb der weiterbildenden

Praxis genehmigt wird, so der SpiFa. Ein weiteres Thema: Die Prävention durch den Facharzt könnte ein bis zweimal im Jahr in Verbindung mit einem längeren Gespräch zwischen Patient und Facharzt umgesetzt werden. Der SpiFa unterstrich die Notwendigkeit des § 140 (Integrierte Versorgung) als Ergänzung zu den trägen Systemen der GOÄ und des EBM: „Wir können mit dem §140 schneller innovative Medizin umsetzen. Bis sich dies in den ‚Behördenbüchern‘ GOÄ und EBM widerspiegelt, bleibt dem Patienten die bestmögliche Versorgung versagt“, erklärt Gassen. (JS)

### SpiFa erstmals bei Pflegekonferenz der Heimträger

Der Spitzenverband Fachärzte Deutschland (SpiFa) zeigte Flagge beim „Altenheim Jahresgespräch 2012“ Ende November in Berlin. Erstmals war dort der SpiFa vertreten. Der SpiFa-Vorstand übermittelte das Signal der fachärztlichen Gesprächsbereitschaft an die Adresse der ambulanten und stationären Pflegeheimbetreiber. In der Folge soll ein Gespräch mit dem Dachverband der Freien Wohlfahrtsverbände vereinbart werden. Auf der Jahrestagung wurde unter anderem über die fachärztliche Versorgung gesprochen. Dabei stellte sich heraus, dass Heimbetreiber und Fachärzte in der Ursachenanalyse sehr dicht beieinanderliegen. Zusammengefasst die Gründe für die mangelnde fachärztliche Versorgung aus Sicht der Heime:

#### Gründe, die im fachärztlichen Bereich liegen:

- hohe Arbeitsbelastung der Fachärzte
- Facharztmangel in ländlichen Regionen

- Präsenzpflicht der Fachärzte in ihren Praxen
- unzureichende Honorierung der Fachärzte

#### Gründe, die nicht im ärztlichen Bereich zu suchen sind:

- freie Arztwahl
- Bewilligungspraxis für Krankenhaustransporte
- materieller Interessenkonflikt zwischen Kranken- und Pflegekassen

#### Das Fazit der Gründe fachärztlicher Mangelversorgung:

- Fachärzte und ihre Arbeitsbedingungen
- Strukturfehler in der Sozialversicherung
- mangelhafte Finanzierung

(JS)

### Pflege: Fachärzte fehlen – Medikamentöse Versorgung ist Gradmesser

Es ist offensichtlich, dass die fachärztliche Versorgung erhebliche Lücken aufweist. Die Folge ist eklatant: In den Pflegeheimen wird eine medikamentöse Unterversorgung festgestellt. Die frühere Bundesfamilienministerin Ursula Lehr kommt zu dem Fazit: Die medikamentöse „Unterversorgung korreliert mit der mangelnden Besuchshäufigkeit der entsprechenden Facharzt Disziplinen. Die hohe Dichte der Versorgung durch den Allgemeinmediziner kann dies nicht kompensieren.“ Der Schluss

daraus ist glasklar: Der Facharzt ist in der ambulanten und stationären Pflege nicht zu ersetzen. Der SpiFa hat einen Basisvortrag „Pflege“ erarbeitet, den Dr. Thomas Scharmann während des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie auf Einladung von Dr. Andreas Gassen (26. Oktober 2012) hielt; ein zweiter Vortrag auf dieser Basis erfolgte während des Exzellenz Forums Pflegepolitik Anfang November. (JS)



**Kongresspräsidenten 2013 (v.l.n.r):** Prof. Dr. Bernd Kladny (DGOOC), Prof. Dr. Reinhard Hoffmann und Prof. Dr. Karl-Dieter Heller (BVOU)

## GRUSSWORT

# Menschen bewegen – Erfolge erleben

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller ist BVOU-Kongresspräsident 2013, Prof. Dr. Bernd Kladny ist Präsident der DGOOC und Prof. Dr. Reinhard Hoffmann Präsident von DGOU und DGU. Gemeinsam wollen sie in diesem Jahr O und U voranbringen und einen interessanten Jahreskongress auf die Beine stellen.

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir hoffen, Sie hatten einen guten Start in das neue Jahr und wünschen Ihnen als Ihre diesjährigen Kongresspräsidenten des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie ein glückliches und erfolgreiches Jahr 2013. Wir, das sind Karl-Dieter Heller, Reinhard Hoffmann und Bernd Kladny. Es ist unser Ziel, Ihnen einmal mehr ein interessantes und qualitativ hochwertiges Programm zu bieten. Wir laden Sie daher ganz herzlich ein, den Kongress zu besuchen, in dem wir mit Schwerpunktthemen die gesamte Breite des Faches für Niederlassene, Kliniker und Forscher abbilden werden.

### DKOU 2013

Menschen bewegen – Erfolge erleben: Dies ist das Motto unseres Jahreskongresses 2013. Orthopäden und Unfallchirurgen bewegen Menschen im doppelten Sinne des Wortes. Wir be-

handeln, heilen oder lindern Erkrankungen und Verletzungen des muskuloskelettalen Systems sowie Polytraumen. Damit ermöglichen wir unseren Patienten wieder eine schmerzfreie Bewegung, Mobilität, Teilhabe und Lebensqualität. Dies sind unbestreitbare Erfolge für uns – und vor allem für unsere Patienten. Das wird von einer breiten Öffentlichkeit und der Gesundheitspolitik auch erwartet und anerkannt.

Zunehmend gerät die Ärzteschaft jedoch in die öffentliche Kritik. Die teils begründeten, teils aber auch nicht nachvollziehbaren Diskussionen um Transplantationsmedizin, Prothesenmengen und OP-Indikationen nebst Zweitmeinungssystem beweisen dies derzeit besonders drastisch. Wir befinden uns in einer mediengesteuerten Diskussion um Behandlungsqualität, Indikationsstellung, Mittelzuteilung und Profitinteressen und sind hieran keineswegs unbeteiligt. Wir Mediziner werden zunehmend „ökonomisiert“ und laufen dabei Gefahr, unser vornehmstes Ziel – die individualisierte, optimale Behandlung für unsere Patienten – aus den Augen zu verlieren. Betriebswirtschaftliche Erfordernisse von Praxen und Klinikabteilungen sind hierfür nur einige ursächliche Faktoren. In der Orthopädie und Unfallchirurgie werden hochspezialisierte Innovationen, zum Teil ohne ausreichende vorherige klinische Erprobung, einem breiten Anwenderkreis mit manchmal zweifelhaftem Erfolg zugänglich gemacht. Beispiele sind speziell aus der Endoprothetik in den vergangenen Jahren bekannt. Gefördert werden derartige Fehlentwicklungen von dem Wunsch, an diesem „Markt“ teilzuhaben und nichts zu verpassen. Hier sitzen die Industrie, die Medien, die Patienten und die Ärzteschaft vereint „in einem Boot“, das es geschickt zu lenken gilt. Ähnliches gilt für die Diskussion um fraglich motivierte Mengenausweitungen bestimmter Behandlungsverfahren, Krankenhauseinweisungen gegen Entgelt, „IGeL“-Leistungen, Kick-back-Zahlungen,

### DER DKOU IM NETZ

Menschen bewegen – Erfolge erleben



#### www.dkou.org

Dort finden Sie ständig aktualisierte Informationen rund um den Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2013, der vom 22. bis 25. Oktober 2013 in Berlin stattfindet. Sie

finden dort auch fotografische Impressionen vom diesjährigen neuen Veranstaltungsort, der Messe Süd.

Firmen-Incentives, unreflektierte Veröffentlichung von Kliniknavigatoren und vieles mehr.

Diese fast täglich in den Medien geführten Diskussionen werden im Ergebnis zu einem ehrverletzenden Verlust des Ansehens und der Professionalität unseres Berufsstandes sowie zu weiteren gesundheitspolitischen Regulierungen führen. Nur wir Ärzte selber können diesen Prozess durch eine Rückbesinnung auf persönlich jederzeit einwandfreies, ehrenhaftes und medizinisch begründbares Verhalten aufhalten. Auch wir als Orthopäden und Unfallchirurgen sind hierbei gefordert! Dann werden wir auch zukünftig „Menschen bewegen – Erfolge erleben“.

Dieser schwierigen Diskussion stellen wir uns gerne und werden auf dem von uns gestalteten Kongress unsere wissenschaftlichen und berufspolitischen Themenschwerpunkte wieder selbstkritisch, aber auch sehr selbstbewusst gemeinsam mit Ihnen bearbeiten und öffentlich vertreten. Der Kongress wird nun – bedingt durch Umbau- und Renovierungsarbeiten am ICC – erstmalig auf dem Messegelände stattfinden. Eine Herausforderung für alle Beteiligten! Wir vertrauen auf Ihr wohlwollendes Verständnis bei dieser „Premiere“ und freuen uns, dass der DKOU zudem parallel und im engen Austausch mit dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) 2013 stattfinden wird. Dieser 12. DKVF wird vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung gemeinsam mit der DGOU und dem BVOU ausgerichtet und findet im ICC und mit einem Sitzungs-Track auf dem Messegelände statt.

Der internationale Erfahrungsaustausch wird in diesem Jahr schwerpunktmäßig durch unsere Gäste aus Spanien und Österreich gewährleistet.

### Wissenschaftliche und berufspolitische Schwerpunkte

#### Wissenschaftliche Schwerpunktthemen sind:

- Der alte Patient und dessen Besonderheiten von Verletzungen und Erkrankungen der Bewegungsorgane
- Endoprothetik und Revisionsendoprothetik – Fortschritte und Grenzen
- Innovative Osteosyntheseverfahren und Operationstechniken
- Konservative Behandlungsverfahren und Rehabilitation

#### Berufspolitische Schwerpunkte bilden:

- Schnittstelle ambulant – stationär
- Möglichkeiten und Grenzen der Implementierung von Kooperationsarztmodellen
- Akademisierung neuer Berufsbilder
- Neue stationäre Heilverfahren der DGOU

### Fünf Jahre DGOU

Die DGOU feiert in 2013 ein kleines – nämlich ihr fünfjähriges – Jubiläum. Für diesen kurzen Zeitraum eine beeindruckende Erfolgsgeschichte mit stetig wachsenden Mitgliederzahlen und mittlerweile 18 eigenständigen Sektionen. Hierbei haben

sich ganze wissenschaftliche Fachgesellschaften in die DGOU als Sektionen eingebracht. Dies zeigt zum einen die Anerkennung der Notwendigkeit einer gemeinsamen und strukturierter Dachgesellschaft für O und U, ist gleichzeitig aber auch Ausdruck einer fortschreitenden Spezialisierung. Nicht zuletzt drückt sich hierin ein gemeinsames Bestreben aus, Synergien zu schaffen und zu stärken sowie Doppelstrukturen möglichst zu vermeiden. Ein Anliegen, das für unser Fach auch im Sinne einer ganzheitlichen Außendarstellung unverzichtbar ist.

Im kommenden Jahr stehen wir als wissenschaftliche Fachgesellschaft der Orthopäden und Unfallchirurgen erneut – und nach wie vor – vor großen Herausforderungen. Bereits laufende Projekte müssen mit DGU, DGOOC und BVOU weiter bewegt und zum Erfolg gebracht werden. Zu nennen sind das Endoprothesenregister (EPRD), die Initiative EndoCert, das Traumaregister DGU® oder das DGOU-Projekt Physician Assistant. Auch die konsequente Weiterentwicklung und Modernisierung der GOÄ ist von hoher Bedeutung für den Berufsstand. Zudem ist die Strukturierung unseres gemeinsamen Fachs O und U an manchen Universitätsfakultäten noch nicht befriedigend gelöst.

### Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung

Besonders die Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) wird uns und unsere Gremien und Sektionen sehr in Anspruch nehmen. Dies mit besonderem Augenmerk auf die Erfordernisse der Zukunft. Zu nennen sind neben allgemeinen und speziellen, operativen und konservativen Weiterbildungsinhalten hier besonders auch Aspekte der Bedarfsermittlung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und zunehmend sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen. Hier werden neben den wissenschaftlichen Fachgesellschaften auch die Berufsverbände besonders gefordert sein.

Das junge gemeinsame Fach Orthopädie und Unfallchirurgie ist in der Systematik der Bundesärztekammer ein chirurgisches. Dennoch ist die nicht-operative konservative Therapie fester und nicht weg zu diskutierender Bestandteil. In O und U sind konservative Inhalte fest verwurzelt, und dies sollte auch in der neuen Fachgesellschaft gelebte Tradition werden. Nur dadurch wird uns die umfassende und ganzheitliche Behandlung von Patienten mit Erkrankungen und Verletzungen der Bewegungsorgane und deren Folgen möglich. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie soll schließlich mehr sein als ein Mechaniker in einem zunehmend ökonomisch determinierten Reparaturbetrieb. In unserem Fach haben wir zur Behandlung der uns anvertrauten Patienten von der Prävention über die Akuttherapie bis hin zur Rehabilitation sowohl konservative als auch operative Verfahren im ambulanten und stationären Sektor in einem Gebiet vereint.

### Nachwuchs soll O und U mitgestalten

Die Nachwuchsgewinnung und eine aktive Beteiligung junger Kolleginnen und Kollegen gerade in den Zukunftsfragen unserer Fachgesellschaft ist ein besonderes Anliegen der Fachge-

## Aus unserem Fach

sellschaften und des Berufsverbandes. Das Junge Forum der DGOU unter Einbeziehung der BVOU-Youngsters bietet hier mit verschiedenen Aktivitäten dem interessierten Nachwuchs bis in die Studentenschaft hinein eine geeignete Plattform zur frühzeitigen, aktiven Mitgestaltung von O und U.

Bringen Sie sich in die DGU und die DGOOC ein! Arbeiten Sie aktiv in ihrer DGOU mit! Eine „Triple-Mitgliedschaft“ war durch die neue Beitragsordnung noch nie so einfach. Engagieren Sie sich im BVOU... in einem starken Team!

Wir bedanken uns bei Ihnen für Ihr Vertrauen und bei allen „Aktiven“ unserer Fachgesellschaften und des BVOU für die konstruktive Unterstützung. Wir stellen uns im Jahr 2013 gerne als Ihre Präsidenten und gestärkt durch Ihre Unterstützung der Verantwortung für unsere Fachgesellschaften, den Berufsverband und unser gemeinsames Fach O und U.

*Reinhard Hoffmann  
Präsident DGU 2013  
Präsident DGOU 2013*

*Bernd Kladny  
Präsident DGOOC 2013  
Stv. Präsident DGOU 2013*

*Karl-Dieter Heller  
Kongresspräsident BVOU 2013*



AKTUELLE VERSORGUNGSDATEN

## Implantieren wir wirklich zu viel?

Der Vorwurf hält sich hartnäckig: Es werden zu viele künstliche Hüft- oder Kniegelenke eingesetzt. So stellte Gesundheitsminister Bahr am 1. Mai 2012 fest: „Deutschland gilt als Weltmeister bei den Endoprothesen für Knie und Hüften. Krankenkassen und Experten bezweifeln, ob die Fallzahlsteigerung notwendig ist.“ Bei einer Pressekonferenz am 7. Dezember 2012 wies die AOK auf erhebliche Fallzahlsteigerungen gerade im Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen hin. In der Presse hieß es dementsprechend: „Deutsche werden unnötig oft operiert“ (Die Welt vom 8. Dezember 2012).

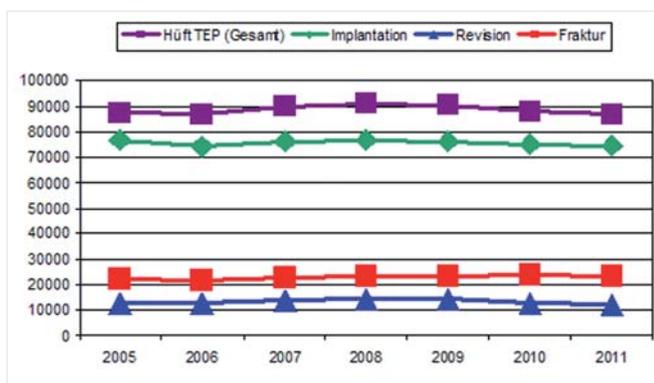


Abb. 1 Hüftendoprothetik (Fallzahlen nach Jahren)

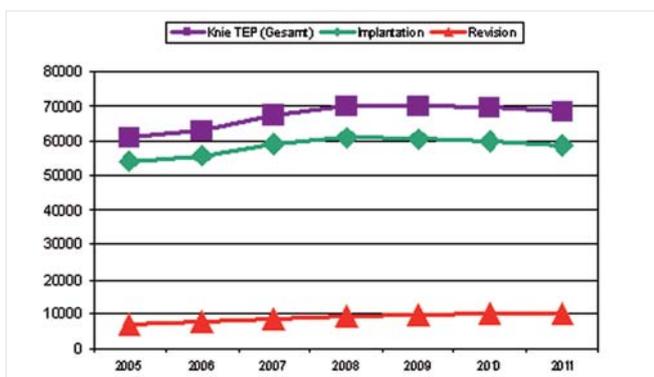


Abb. 2 Knieendoprothetik (Fallzahlen nach Jahren)

In der Tat sind die stationären Fallzahlen von 2006 bis 2010 vor allen Dingen bei muskuloskelettalen Erkrankungen, gefolgt von den kardio-vaskulären Erkrankungen, gestiegen (Gutachten des Rheinisch-Westfälischen Institutes für Wirtschaftsforschung, RWI). Beide zusammen machen über 40 Prozent des Gesamtanstieges in diesen fünf Jahren aus. Aber sind diese für den Anstieg bei der Hüft- und Kniegelenkendoprothetik wirklich verantwortlich?

Weiterhelfen kann hier der von der DGOOC und der AOK auf den Weg gebrachte Versorgungsatlas, über den bereits mehrfach berichtet wurde. Die Daten konnten nun mit den Zahlen von 2011 aktualisiert werden. Sie stellen die Versorgungshäufigkeit von AOK-Patienten auf Länder- oder sogar auf Kreisebene dar und erlauben eine Betrachtung im Längsschnitt der Jahre 2005 bis 2011. Da die Daten ausschließlich AOK-Versicherte einbeziehen, die etwa 40 Prozent aller Versicherten ausmachen, ist deren Übertragbarkeit zu überprüfen. Ein statistischer Vergleich mit denjenigen anderer Ersatzkassenversicherter zeigt jedoch, dass keine Unterschiede bestehen und die Daten daher für alle gesetzlich Krankenversicherten gültig sind. Demnach war ein Anstieg von Hüftgelenkersatzoperationen nur zwischenzeitlich nachzuweisen. Die Zahlen von 2011 sind im Vergleich zu 2005 praktisch gleich (► Abb. 1).

Für die Kniegelenkendoprothetik ist für 2011 eine mäßiggradige Steigerung von 12 Prozent gegenüber 2005 nachzuweisen. Seit 2008 ist jedoch durchgängig ein Rückgang zu verzeichnen (► Abb. 2). Auffällig ist allerdings die deutliche Zunahme

## Aus unserem Fach

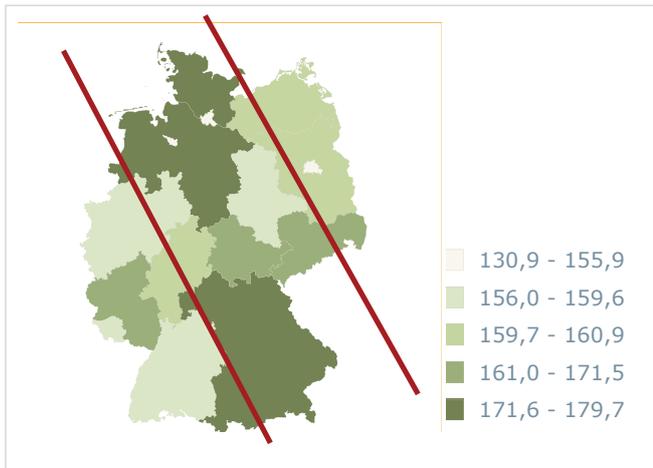


Abb. 3 Hüftgelenkendoprothetik: Regionale Unterschiede der Versorgungsrate/100.000 Versicherter nach Bundesländern, 2011

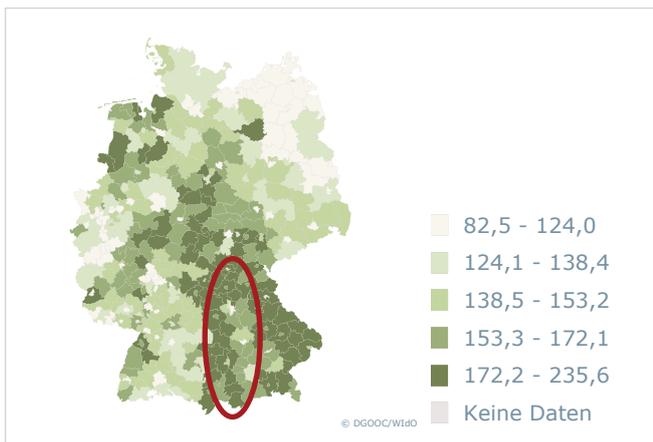


Abb. 4 Kniegelenkendoprothetik: Regionale Unterschiede der Versorgungsrate/100.000 Versicherter nach Kreisen, 2005 bis 2011

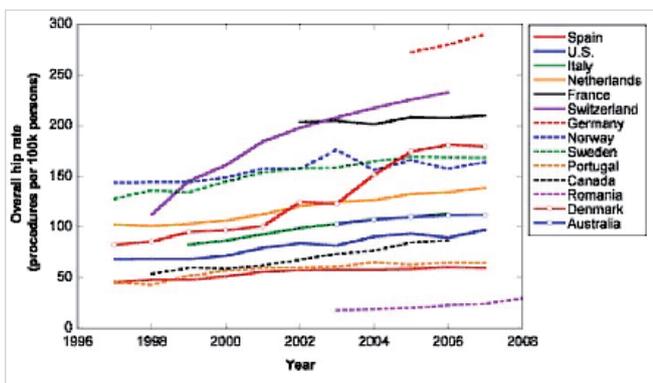


Abb. 5 Versorgungsrate Hüftendoprothetik pro 100.000 Personen international

der Revisionen (+43 Prozent). Diese Daten entsprechen damit auch denjenigen der externen stationären Qualitätssicherung

(ESQS), die alle im Krankenhaus erbrachten Leistungen aus der gesetzlichen Krankenversicherung erfasst. Auch hier wird seit 2009 ein Rückgang der Fallzahlen bei Hüft- und Kniegelenkendoprothetik festgestellt.

Betrachtet man die regionale Verteilung von Hüft- und Kniegelenkendoprothetik auf Länderebene, so zeigt sich eine auffällige „mitteldeutsche Schiene“ mit höheren Operationsfrequenzen zwischen Schleswig-Holstein über Niedersachsen, Hessen, Thüringen nach Bayern (▶ Abb. 3). Besonders interessant sind die auffälligen Unterschiede im süddeutschen Raum. Auf Kreisebene sind im Grenzbereich zwischen Baden-Württemberg und Bayern deutliche regionale Unterschiede hinsichtlich der Versorgungshäufigkeiten festzustellen. (▶ Abb. 4)

### Zwischen 2009 und 2011 sinken die Operationszahlen

Demnach ist festzuhalten, dass ein deutlicher Anstieg von Hüft- und Kniegelenkersatzoperationen zwischen den Jahren 2003 und 2005 stattfand, also zu Zeiten der Einführung des politisch gewollten (DRG-)Fallpauschalensystems in den Krankenhäusern. Der Anstieg in diesen Zeiten ist überwiegend auf Dokumentationsprobleme zurückzuführen. Seit 2008 dagegen ist mit Ausnahme der Knieendoprothesenrevisionen keine Zunahme der Operationshäufigkeit mehr festzustellen. Auch nach offiziellen Daten der externen stationären Qualitätssicherung ist – sowohl bei der Hüft- als auch bei der Knieendoprothetik – von 2009 auf 2011 sogar ein Rückgang zu beobachten.

Das bedeutet allerdings zugleich, dass sich die Versorgungsrate in Deutschland auf einem international hohen Niveau eingependelt hat. Gemeinsam mit der Schweiz steht Deutschland hinsichtlich der Hüft- und Kniegelenkersatzoperationen pro 100.000 der Bevölkerung an der Spitze. In anderen Ländern der westlichen Welt finden sich deutlich niedrigere Zahlen, wenngleich auch mit steigender Tendenz (▶ Abb. 5). Die Daten sind allerdings nur eingeschränkt miteinander vergleichbar, da die angegebenen Prozedurenraten in der Regel nicht zwischen elektiver bzw. frakturbedingter Endoprothetik unterscheiden und auch die Revisionen in unterschiedlicher Weise berücksichtigt werden.

Ob die Versorgungsraten in Deutschland angemessen sind, kann zum Teil durch die so genannte Varianz beurteilt werden, das heißt ein Vergleich der Regionen mit niedrigster bzw. höchster Versorgungsrate. Sie beträgt für die Hüftendoprothetik in Deutschland derzeit 2,2 mit einer Versorgungsrate zwischen 110 bzw. 243 pro 100.000 AOK-Versicherten. In Großbritannien beträgt die Varianz 2,8, in den USA 6,6. Für die Kniegelenkendoprothetik liegt in Deutschland eine Varianz von 1,8, in den USA jedoch 5,2 vor.

### Keine angebotsinduzierte Nachfrage in Deutschland

Die sehr unterschiedlichen regionalen Versorgungsraten in den USA haben dort zu einer sehr umfassenden Diskussion über eine vermeintliche Überversorgung geführt. Die in den USA an Medical Care Patienten erhobenen Daten (überwiegend ältere Patienten) haben die Frage aufgeworfen, welche Rate denn nun die richtige ist. Die Arbeitsgruppe um Wennberg hat sich be-

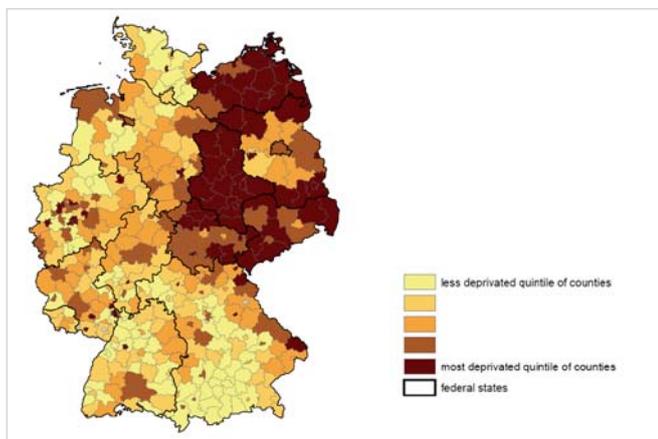


Abb. 6 Soziale Deprivation und Versorgungsrate

reits in den 80er Jahren und später unter der Regierung Clinton sehr intensiv mit einer Neuordnung des Gesundheitssystems beschäftigt und zahlreiche Daten zur Versorgungssituation in den USA vorgelegt. Der sogenannte Dartmouth-Atlas ist beispielhaft für eine kritische Analyse der Versorgungssituation ([www.dartmouthatlas.org](http://www.dartmouthatlas.org)). Detaillierte Analysen dieser Studie haben ge-

zeigt, dass extreme Varianzen in der Versorgungshäufigkeit auf regionaler Ebene systemgetriggert sind. In den

USA wird vielfach die angebotsinduzierte Nachfrage (supply induced demand) als ein wesentlicher Faktor für unterschiedliche Versorgungshäufigkeiten angesehen.

In Deutschland ließ sich jedoch eine angebotsinduzierte Nachfrage im Versorgungsatlas der DGOOC nicht nachweisen. Gerade in Städten mit großer Krankenhausedichte ist die Implantationsrate von Endoprothesen niedrig, während sie in ländlichen Regionen von Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Thüringen und Bayern eher überdurchschnittlich ist.

Welche Faktoren können nun in einen Zusammenhang mit den unterschiedlichen Versorgungsraten gebracht werden? Von besonderem Interesse ist die Beobachtung, dass sich die Implantationen von Hüftendoprothesen umgekehrt proportional zur Zahl der niedergelassenen Orthopäden verhalten: Hier tun sich die Großstädte und die Ballungsgebiete mit einer höheren Zahl an Niedergelassenen besonders hervor, wo die Operationsrate unter dem Durchschnitt liegt. In ländlichen Regionen dagegen mit einer niedrigen Facharztversorgung steigt die Operationsrate an. Als ebenso statistisch signifikant hat sich der Zusammenhang zwischen Operationszahlen und der so genannten sozialen Deprivation gezeigt (► Abb. 6). Der hierfür zur Verfügung stehende „Deprivations-Faktor“ zeigt, dass in Regionen mit einer größeren sozialen Deprivation eine niedrigere Operationsfrequenz vorliegt (vor allem neue Bundesländer, vergleiche auch ► Abb. 4 und umgekehrt).

### ARBEITSGRUPPE VERSORUNGSATLAS

Fritz Uwe Niethard, DGOOC/DGOU  
 Jürgen Malzahn, AOK  
 Klaus-Peter Günther, AO  
 Torsten Schäfer, Epidemiologe, Immenstadt  
 Cilla Jeszensky, inzwischen ausgeschieden  
 Franziska Hannemann, ZEGV Dresden  
 Ron Pritzkeleit, Dipl.-Geogr., Dresden

Die Ursachenforschung im Einzelnen bedarf weitergehender Analysen. Von besonderem Interesse sind Grenzregionen zwischen auffallend hohen bzw. niedrigen Versorgungsraten. Beobachtungen aus den USA haben gezeigt, dass regionale Strukturbesonderheiten des Versorgungssystems eine große Rolle spielen. Diese sind multifaktoriell und nicht allein ökonomisch bedingt. Bei Untersuchungen zur Prostatahyperplasie hat sich zum Beispiel gezeigt, dass die in städtischen Krankenhäusern durchschnittlich jüngeren Ärzte einen 60-jährigen Patienten anders aufklären als ältere und erfahrene Ärzte in einer ländlichen Region. Entscheidend für den Patienten ist, ob ihm durch den Eingriff in seiner speziellen Lebenssituation wirksam geholfen werden kann. Die Stoßrichtung der amerikanischen Orthopäden war es daher, die Effizienz der durch extrem un-

terschiedliche Versorgungs-raten besonders auffälligen Eingriffe durch qualifizierte Studien zu hinterfragen und andererseits die

Patientenaufklärung voranzutreiben. Für zahlreiche Wirbelsäuleingriffe hat sich daraus eine veränderte Sichtweise und auch Operationsindikation ergeben.

**Die Implantationen von Hüftendoprothesen verhalten sich umgekehrt proportional zur Zahl der niedergelassenen Orthopäden: In Großstädten und Ballungsgebieten mit einer höheren Zahl an Niedergelassenen liegt die Operationsrate unter dem Durchschnitt. In ländlichen Regionen mit einer niedrigen Facharztversorgung steigt die Operationsrate an.**

### Wie sieht das Fazit für Deutschland aus?

- Ein Anstieg der Hüft- und Knie-TEP-Versorgungsraten findet nicht mehr statt.
- Die Versorgungsrate ist im internationalen Vergleich hoch.
- Ob die Versorgungsrate zu hoch ist, kann nur mit einer weiteren Versorgungsforschung beantwortet werden.
- Die Fachgesellschaften sind aufgerufen, patientengerechte Konzepte einschließlich der Aufklärung für die Versorgungskette zu entwickeln.

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard ist Generalsekretär der DGOOC und stellvertretender Generalsekretär der DGOU.

# Wesentliche Neuerungen aus der Perspektive von O und U

Dieser Beitrag beschreibt in einer kurzen Übersicht die wesentlichen Veränderungen des G-DRG-Systems 2013 im Allgemeinen und für die Orthopädie und Unfallchirurgie im Besonderen.

### Allgemeine Entwicklungen

Die Anzahl der G-DRGs sinkt 2013 gegenüber der Vorjahresversion um sechs Fallpauschalen. Damit setzt sich der 2012 begonnene Trend eines leichten Rückgangs der zur Verfügung stehenden G-DRGs fort. Die dem Deutschen DRG-Institut (InEK) für die Kalkulation des G-DRG-Systems 2013 zur Verfügung stehenden Daten (Kalkulationsstichprobe) entsprachen im Wesentlichen denen des Vorjahres. Die bundesweite mittlere Verweildauer aller stationären Fälle sank um 2,5 Prozent auf 6,69 Tage. Von den Umstrukturierungen des Fallpauschalen-Kataloges profitieren (positiver Katalogeffekt) erneut tendenziell Kliniken mit einer höheren Bettenzahl (> 800 Betten) bzw. mit einem Casemix-Index oberhalb von 1,3. Kliniken mit weniger als 300 Betten müssen tendenziell mit einem negativen Katalogeffekt rechnen, das heißt bei gleicher Leistung wie in 2012 geringer G-DRG-Erlös 2013.

### Entwicklungen für O und U

Seit mehreren Jahren besteht zwischen dem Arbeitskreis DRG des Ausschusses für Versorgungs- und fachbezogene Fragen der DGOU, unterstützt durch die DRG-Research-Group des Universitätsklinikums Münster und dem InEK, ein regelmäßiger konstruktiver Austausch über relevante Abbildungsprobleme der Orthopädie und Unfallchirurgie. Im Jahr 2012 wurden die Themen Wirbelsäulenbehandlung, komplexe Fußchirurgie und Probleme der Abbildung der Wechselendoprothetik besprochen. Auch wurde das aktuell durch die DGOU, die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE) und den BVOU unterstützte und durch die DRG-Research-Group umzusetzende Projekt „Analyse der Abbildung der Revisionsendoprothetik an Hüft-, Knie-, Schulter- und Sprunggelenk im G-DRG-

System“ vorgestellt. Für das Treffen 2013 stehen erneut aktuelle Abbildungsprobleme zur Wechselendoprothetik – insbesondere septische Verläufe –, die komplexe Fußchirurgie und Schwerstverletztenbehandlung auf der Tagesordnung. Darüber hinaus werden die Erlössituation der Notfallbehandlung und hierbei insbesondere die Abbildung der Vorhaltekosten sowie die Identifikation von Maßnahmen zur Qualitätssicherung und zum Risikomanagement auf der Agenda stehen.

Die große Bandbreite der medizinischen Leistungen der Orthopädie und Unfallchirurgie wird über eine große Zahl von G-DRGs abgebildet, wobei der größte Teil zur Hauptdiagnosekategorie 08 Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe zählt. Im G-DRG-System 2013 sinkt die Zahl der bundesweit bewerteten Fallpauschalen in der Hauptdiagnosekategorie 08 um 2 auf 132. In den beiden Basis-DRGs I10 Andere Eingriffe an der Wirbelsäule und I27 Eingriffe am Weichteilgewebe steht 2013 je eine G-DRG weniger zur Verfügung. Die für die Orthopädie und Unfallchirurgie relevanten Zusatzentgelte bleiben hinsichtlich ihrer Art und ihrer Anzahl unverändert. Inhaltlich gibt es beim Zusatzentgelt für modulare Endoprothesen relevante Veränderungen.

### Osteosynthese durch Platten

Bei der Kodierung von Plattenosteosynthesen gibt es für 2013 eine für die Kliniken positive Klarstellung bezüglich der OPS-Kodierung. In den OPS-Katalog wurde der Hinweis aufgenommen, dass bei der Kodierung von Plattenosteosynthesen über einen Zugang jede Platte einzeln zu kodieren ist. Dies wurde bisher vom Medizinischen Dienst der Krankenkassenversicherung (MDK) in entsprechenden Kodierempfehlungen negiert und bei der

MDK-Begutachtung – allerdings bundesweit uneinheitlich – umgesetzt. Die spezifische Kodierung einzelner Platten an der gleichen Lokalisation – im Sinne einer Doppelplattenosteosynthese – führt bei diversen Lokalisationen (zum Beispiel obere und untere Extremität) oftmals zu höheren G-DRG-Bewertungen. Kliniker und Kliniken sollten daher komplexere Osteosynthesen mit Schrauben, Platten, winkelstabilen Platten, Nägeln etc. wie in den Deutschen Kodierregeln beschrieben, separat, korrekt und vollständig kodieren. Hierdurch werden auch zukünftig für das InEK kostenintensivere Fälle kalkulierbar und sachgerechte DRG-Abbildungen möglich.

### Revisionsendoprothetik

Zweizeitige Wechseloperationen können seit 2013 mit dem OPS-Kode 5-829.n Implantation einer Endoprothese nach vorheriger Explantation kodiert werden. Es handelt sich um einen Zusatzkode. Die endoprothetischen Eingriffe sind weiterhin gesondert zu kodieren. Durch diesen Zusatzkode wird zukünftig die Identifikation zweizeitiger Wechsel gegenüber einzeitigen endoprothetischen Wechselseingriffen erleichtert, wodurch zum Beispiel die spezifische Kalkulation zweizeitiger Wechseloperationen durch das InEK in zukünftigen G-DRG-Systemen ermöglicht wird.

Der OPS-Kode zur Kodierung modularer Endoprothesen und individueller Implantate (5-829.d) wurde für 2013 umfangreich umstrukturiert. Seit Jahresbeginn gilt für modulare Endoprothesen der OPS-Kode 5-829.k Implantation einer modularen Endoprothese oder (Teil-)Wechsel in eine modulare Endoprothese bei knöcherner Defektsituation und ggf. Knochen(teil)ersatz und für individuelle Implantate der OPS-Kode 5-829.m Implantation von oder (Teil-)

Wechsel in ein patientenindividuell angefertigtes Implantat bei knöcherner Defektsituation oder angeborener oder erworbener Deformität. Sowohl für die Implantation modularer Endoprothesen als auch für die Verwendung individueller Implantate wird eine knöcherne Defektsituation vorausgesetzt. Was unter einer knöchernen Defektsituation zu verstehen ist, wird durch neu formulierte Hinweise zu beiden OPS-Kodes eingegrenzt. Auch hat das für die Pflege und Weiterentwicklung des OPS-Kataloges zuständige Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bereits im Sommer 2012 hierzu Informationen auf der Homepage veröffentlicht ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de) → Klassifikationen, Terminologien, Standards → FAQ → Kapitel 5 Operationen) Darüber hinaus wurde die Anforderung an die Struktur der modularen Endoprothese geschärft. Bezüglich der Zahl der Bauteile und ihrer Art wurde die „mechanische Bauteilsicherheit der gesamten Prothese“ als Bezugsparameter eingeführt. Die aktuelle Formulierung wurde sowohl durch die DGOU als auch durch Vertreter des MDK (Sozialmedizinische Expertengruppe 4 des MDK) gemeinsam konsentiert. Das Zusatzentgelt für modulare Endoprothesen (ZE2013-25) gilt für beide OPS-Kodes (5-829.k und 5-829.m).

### Wirbelsäulen Chirurgie

Operative Eingriffe an der Wirbelsäule werden mehrheitlich drei Basis-DRGs zugeordnet: I06 Komplexe Eingriffe an der Wirbelsäule, I09 Bestimmte Eingriffe an der Wirbelsäule und I10 Andere Eingriffe an der Wirbelsäule. Vor allem die Basis-DRGs I09 und I10 wurden für die G-DRG-Version 2013 zum Teil erheblich umstrukturiert. Das Ziel dieser Strukturveränderung war es, komplexere und weniger komplexere Eingriffe schärfer zu differenzieren. Dies wurde durch Abwertungen weniger komplexer Operationen innerhalb der Basis-DRGs I09 und I10 oder von der Basis-DRG I09 in die Basis-DRG I10 erreicht (zum Beispiel kurzstreckige zervikale ventrale Spondylodesen). Dies führte parallel zu Aufwertungen komplexerer Eingriffe. Allerdings kommt es bei der Bewertung wirbelsäulen-chirurgischer Eingriffe neben den OPS-Kodes auch in besonderem Maße auf die Kodierung der Komorbidität der Patienten an. Inwiefern Kliniken von den Veränderungen profitieren, kann daher nur

anhand der klinikindividuellen Datena-nalyse geprüft werden.

### Komplikationen

Im Sommer 2012 hat das Bundes-sozialgericht (BSG) zwei Urteile zum zwischen Kliniken und Kostenträgern umstrittenen Thema Fallzusammenführung wegen Komplikation gefällt. Diese Urteile (Az.: B 3 KR 15/11 R sowie B 3 KR 18/11 R) können nach Auffassung der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) dazu führen, dass künftig gegebenenfalls eine deutlich höhere Anzahl von Fallkonstellationen aufgrund von Komplikationen zusammengeführt werden muss. In einer Protokollnotiz zur Fallpauschalen-Vereinbarung 2013 weist die DKG darauf hin, dass es nicht akzeptabel sei, dass aufgrund der BSG-Urteile „offensichtlich auch Komplikationen, die nicht durch ein vorwerfbares Verhalten des Verantwortungsträgers (Krankenhaus) entstanden sind, dessen Verantwortungsbereich zugerechnet werden sollen.“ Der entsprechende Paragraph der Fallpauschalen-Vereinbarung soll daher neu formuliert werden. Bis zu einer Neuformulierung müssen sich die Kliniken jedoch auf die gegenwärtige Situation einstellen.

### Zusammenfassung

Das G-DRG-System ist ein lernendes System. Auch die Weiterentwicklungen für die Systemversion 2013 und hierbei insbesondere die beschriebenen Veränderungen für komplexe (Platten-)Osteosynthesen, die Revisionsendoprothetik und die Wirbelsäulen Chirurgie sind dazu geeignet, die Sachgerechtigkeit der DRG-Abbildung des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie zu erhöhen. In allen drei genannten Bereichen zeigt sich umso mehr, dass es für die Orthopädie und Unfallchirurgie auf eine hohe Kodierqualität sowohl der OPS-Kodes als auch der ICD-Diagnosen ankommt, um eine hohe Abbildungsqualität zu erreichen. Dies gilt auch für die Bereiche, zum Beispiel komplexe Fußchirurgie, septische Chirurgie und Hüftarthroskopie, in denen die Sachgerechtigkeit der Leistungsabbildung noch verbessert werden muss. Eine hohe Kodierqualität unterstützt wesentlich die Maßnahmen der DGOU, im Dialog mit dem InEK die Abbildungsqualität innerhalb des Faches weiter zu erhöhen. Um eine hohe Kodierqualität

sicherzustellen, ist auf allen Ebenen der Dokumentation, Kodierung und Abrechnung eine hohe Sensibilität für die Funktionsweise des G-DRG-Systems einzufordern.

*Dominik Franz  
Frank Schemmann  
Hartmut Siebert  
Lutz Mahlke*



Dr. Dominik Franz,  
DRG-Research-Group,  
Universitätsklinikum  
Münster **Kontakt:**  
Dominik.Franz@  
ukmuenster.de



Dr. Frank Schemmann,  
Alfried Krupp  
Krankenhaus  
Rüttenscheid, Klinik  
für Orthopädie und  
Orthopädische Chirurgie



Prof. Dr. Hartmut  
Siebert, Generalsekretär  
der Deutschen  
Gesellschaft für  
Orthopädie und  
Unfallchirurgie, Berlin



Dr. Lutz Mahlke,  
St. Vincenz-Krankenhaus  
Paderborn, Klinik für  
Unfallchirurgie und  
Orthopädie

### Literatur

- 1 InEK (2012), Abschlussbericht Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2013, Klassifikation, Katalog und Bewertungsrelationen, Teil I Projektbericht
- 2 DIMDI (2012) Operationenschlüssel (OPS) Version 2013 ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de))
- 3 InEK (2011), Fallpauschalen-Katalog 2013 ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de))
- 4 InEK (2011), Fallpauschalen-Vereinbarung 2013 ([www.g-drg.de](http://www.g-drg.de))



**Lieber Elternzeit kompensieren als Mitarbeiterinnen verlieren:** Das ist die Devise von Prof. Tim Pohlemann, Unfallklinik Homburg/Saar. Allein 2012 haben Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter seiner Abteilung insgesamt neun Kinder bekommen.

Foto: UKS

## FAMILIE UND BERUF

# Wege zur familienfreundlichen Klinik

Wer qualifizierte Chirurginnen und Chirurgen für die eigene Klinik gewinnen und dauerhaft binden möchte, kommt um Familienfreundlichkeit und eine ausgewogene Work-Life-Balance nicht herum. Sie reduzieren Fehlzeiten, sind der Produktivität und der Chancengleichheit förderlich und ermöglichen einen schnelleren Wiedereinstieg nach Mutterschutz und Elternzeit.

Als erstes Kriterium für eine aktive Förderung von Vereinbarkeit von Beruf und Familie nennt die Checkliste „Das familienfreundliche Krankenhaus“ im Handbuch der Bundesärztekammer, dass Eltern- und Schwangerschaft sowie die Pflege von Angehörigen als natürliche Lebensereignisse und nicht als Störfaktoren der klinischen Organisationsabläufe wahrgenommen werden dürfen.

Einer der wichtigsten Bestandteile familienfreundlicher Maßnahmen ist laut Umfragen eine klinikeigene Kindertagesstätte. Vorreiter in dieser Hinsicht war die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Murnau, deren Kita bereits seit 1977 existiert und heute 125 Plätze für die Kinder von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Hauses bietet. Das Altersspektrum reicht von der 9. Lebenswoche bis zum 11. Lebensjahr. Um zwei

Schichten vollständig abzudecken, hat sie an 365 Tagen im Jahr von 5.30 bis 21.30 Uhr geöffnet, also auch an Wochenenden und Feiertagen. Die Betreuung erfolgt während der Arbeitszeiten der Mütter und Väter, aber auch außerhalb der Arbeitszeit, soweit Kapazitäten frei sind. So können teilzeitbeschäftigte Mütter ihre Kinder beispielsweise auch während eigener Krankheitszeiten unterbringen. Zudem werden auch Kinder mit medizinischen Problemen betreut, da eine Kinderkrankenschwester zum Kita-Personal gehört.

### „Kita für alle, die Schichtarbeit leisten“

Mittlerweile betreiben rund 20 Prozent aller Kliniken in Deutschland eine Kindertagesstätte (Deutsches Krankenhausinstitut 2008). Doch gibt es große Unterschiede, zum Beispiel, was die Öff-

nungszeiten anbelangt. „Viele Klinik-Kitas sind aufgrund ihrer eingeschränkten Öffnungszeiten vorwiegend für die Unterbringung von Kindern des Verwaltungspersonals geeignet“, sagt Dr. Astrid Bühnen, Ehrenpräsidentin des Ärztinnenbundes. „Das unterscheidet sie leider nicht wesentlich von jeder anderen Kita.“

In einer 2011 durchgeführten Online-Umfrage des Berufsverbands der Deutschen Chirurgen (BDC) zu familienfreundlichen Krankenhäusern gaben rund 40 Prozent der Befragten an, dass ihre Klinik über eine Kita verfüge – allerdings sei nur ein Drittel räumlich in das Krankenhaus integriert oder daran angegliedert. Zudem gab ein Drittel der Befragten an, dass bevorzugt Kinder von Pflege- und Verwaltungspersonal aufgenommen würden. „Wichtig ist, dass eine Krankenhaus-Kita für die Kinder all jener

da ist, die Schichtarbeit leisten, von der Reinigungskraft bis hin zu den Ärztinnen und Ärzten“, betont Bühren.

Die Einrichtung einer Kita mit all diesen Voraussetzungen ist auch ökonomisch rentabel. Eine Kosten-Nutzen-Analyse des BG-Unfallklinikums Murnau auf Grundlage der Prognose-Studie „Betriebswirtschaftliche Effekte familienfördernder Maßnahmen“ förderte 2006 erstmals überraschend zutage: Obwohl der Betrieb den wesentlichen Teil der Unterhaltskosten trage, rechne sich die Kita und schlage sogar gewinnbringend zu Buche. Denn durch sie lassen sich Personalwechsel vermeiden und Ausfallzeiten minimieren, die oft auf Defizite in der Unterbringung und Versorgung von Kindern zurückzuführen sind.

Aber bereits mit Beginn der Schwangerschaft einer Chirurgin müssen Kliniken das Aufgabengebiet umplanen. Der Einsatz von Schwangeren im OP ist umstritten. In vielen Fällen werde die Mutterschutzgesetzgebung von den Gewerbeaufsichtsämtern mit einem generellen Beschäftigungsverbot im OP gleichgesetzt. „Große Krankenhäuser sind sehr wirtschaftlich ausgerichtet. Wenn eine Mitarbeiterin schwanger wird, ist dies problematisch, weil es wenig Möglichkeiten gibt, kurzfristig einen Ersatz zu finden, um den Ausfall zu kompensieren“, sagt Dr. Julia Seifert, Leitende Oberärztin der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) und Vizepräsidentin des BDC. Auf dem Arbeitsmarkt stünde heutzutage niemand zur Verfügung, der befristet eine Stelle antritt. Dieses Problem sei derzeit sehr schwer zu lösen.

Auch Professor Tim Pohlemann, Leiter der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes in Homburg und ehemaliger DGU-Präsident, spricht die wirtschaftlichen Aspekte an. „Wenn eine Frau oder ein Mann länger in der Elternzeit bleibt oder ganz wegfällt, geht Expertise verloren. Was bedeutet es rein ökonomisch für ein Klinikum, wenn man eine Facharztstelle nicht adäquat oder gar nicht ersetzen kann?“ In seiner Unfallklinik Homburg/Saar arbeiten einige Chirurginnen, die Kinder haben. Allein im letzten Jahr sind neun Kinder auf die Welt gekommen. Hier konnten die El-

ternzeiten durch die anderen Mitarbeiter kompensiert werden. Doch das ist nicht überall so.

### „Wir brauchen die Aufarbeitung von konkreten Beispielen“

„Das Idealbild wäre, einen Personalpool für solche Situationen vorzuhalten. In dem Moment, wo eine Kollegin eine Schwangerschaft anzeigt, würde dieser Pool bereitgehalten“, sagt Pohlemann. Hiermit wäre sichergestellt, dass mit Beginn des Mutterschutzes eine eingearbeitete Ersatzkraft hinzukäme. „Allgemein wird viel an den Rahmenbedingungen geschraubt. Aber an den konkreten Missständen ändert sich wenig. Was wir brauchen, ist eine konkrete Diskussion, in der definiert wird, was machbar ist. Ganz konkret die Aufarbeitung von Beispielen, wo es gut geht und wo nicht.“

Genau diese Diskussion wurde in Zusammenarbeit der DGU mit anderen betroffenen Fachgesellschaften – wie der Gynäkologie und Geburtshilfe sowie der Anästhesie – gestartet. „Die OP-Kataloge werden durchgeforstet, um die auch von Schwangeren durchführbaren Eingriffe zu identifizieren. Beim vorrangig zuständigen Bundesfamilienministerium und auch im Bundesgesundheitsministerium wird beständig die Aktualisierung der Mutterschutzverordnungen eingefordert“, berichtet Bühren.

Ein Problem für viele Frauen ist auch der Wiedereinstieg in den OP nach der Elternzeit, weil sich schon nach ein bis zwei Jahren vieles geändert hat. „Der BDC hat vor, dieses Problem anzugehen, indem er gezielt Kurse für Frauen anbieten möchte, die länger nicht am OP-Tisch standen“, sagt Seifert. Zu den Schwerpunkten der Kurse sollen neue Operationstechniken und das Wechseln von Implantaten gehören.

Eine weitere Schwierigkeit besteht darin, dass Teilzeitstellen in der Chirurgie eher ungewöhnlich sind. Operationen sind nur bedingt planbar. Sie beginnen auch mal verspätet oder dauern länger. Daher sind OP-Arbeitsplätze auf die Flexibilität der Mitarbeiter angewiesen. Derzeit arbeiten in der Chirurgie etwa 17 Prozent der Frauen und 9 Prozent der Männer in Teilzeit. Möglich sei dies aber vor allem im Bereich der Rettungsstelle oder

der BG-Sprechstunde. Um Frauen in der Schwangerschaft, während des Mutterschutzes oder danach in Teilzeit einzusetzen, gibt Pohlemann ein Beispiel aus seiner Klinik: Eine seiner Chirurginnen arbeitet an zweieinhalb Tagen pro Woche: Montags übernimmt sie Patientengespräche, am Dienstag steht sie im OP, am Mittwoch macht sie einen halben Tag Visite.

Seifert sieht ein großes Problem vor allem in der gesellschaftlichen Akzeptanz: „Das Problem der Vereinbarkeit von Familie und Beruf lastet noch immer auf den Frauen. Kinder sollten aber ein gesellschaftliches Anliegen sein. Arbeitgeber müssen hier umdenken und eine Vorbildfunktion wahrnehmen.“

Miriam Buchmann-Alisch



Miriam Buchmann-Alisch ist Redakteurin bei der DGU.

### MEHR INFOS

Handbuch „Familienfreundlicher Arbeitsplatz für Ärztinnen und Ärzte – Lebensqualität in der Berufsausübung“ (Hrsg.: A. Bühren, A. E. Schoeller)

[www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.144.8853](http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=1.144.8853)

Der BDC bietet seit Ende 2012 eine deutschlandweite Suchmaschine unter anderem für Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildung in Krankenhäusern oder Praxen machen möchten und dort neben fachspezifischen Klinik- bzw. Praxisdaten auch Informationen zur Familienfreundlichkeit der Weiterbildungsstelle erhalten können:

[www.chirurgie-suche.de](http://www.chirurgie-suche.de)



Prof. Dr. Ulrich Nöth ist geschäftsführender Oberarzt der Orthopädischen Klinik König-Ludwig-Haus der Julius-Maximilians-Universität Würzburg.



Dr. Kai Dragowsky war Oberarzt am Unfallkrankenhaus Berlin. Seit Anfang des Jahres ist er in einer Gemeinschaftspraxis (punctum medico) in Berlin tätig.

## INTERVIEW

# Oberärzte unter Druck

Die Oberarztposition wird oft unterschätzt, kann jedoch eine attraktive sein, die für ein ganzes Berufsleben reicht. Die Arbeitsbedingungen sind allerdings oft so, dass viele Kollegen in ein anderes Arbeitsgebiet ausweichen. Wir sprachen darüber mit Prof. Dr. Ulrich Nöth und Dr. Kai Dragowsky.

**Wenn über Arbeitsbedingungen an den Kliniken diskutiert wird, ist die Rede entweder von dem unglaublichen Druck, der auf Chefarzten lastet, oder aber von den Weiterbildungsassistenten, die Schwierigkeiten haben, ihre OP-Kataloge zu erfüllen. Wie sieht es an der Front der Oberärzte aus?**

**Prof. Nöth:** Oberärzte stehen ebenfalls unter starkem Druck. Sie müssen, insbesondere wenn sie eine leitende Position haben, Führungs- und Managementaufgaben, fachliche Kompetenz und die Organisation der Weiterbildung unter einen Hut bringen. Wenn sie an Universitätskliniken tätig sind, müssen sie das Ganze mit Forschung und Lehre kombinieren. Und nicht zu vergessen: mit ihrem Privatleben. Dieses Spannungsfeld ist mit dem, in dem sich ein Chefarzt befindet, teilweise durchaus vergleichbar. Die tariflich festgelegte Entlohnung wird dem

Spannungsfeld der Oberärzte derzeit allerdings nicht gerecht.

**Dr. Dragowsky:** Ich sehe das ganz ähnlich. Viele Leistungsvorgaben, die an die Chefarzte adressiert werden, werden direkt weitergegeben. Oberärzte haben also Aufgaben zu erfüllen, die denen eines Chefarztes schon sehr nahe sind. Das gehört dazu – man soll ja darauf vorbereitet werden, irgendwann vielleicht selbst Chefarzt zu sein. Ehe man es sich versieht, hat man so viel zu erledigen, dass man die Aufgaben nur noch so umsetzen kann, wie es die Zeit zulässt, und nicht so, dass man selber oder der Chef zufrieden damit sein kann. Ich hätte mich zum Beispiel gerne mehr um die Weiterbildung gekümmert, war darin aber durch andere Aufgaben stark eingeschränkt. Ich habe schon den Eindruck, dass die Frustration unter den Oberärzten stark zugenommen hat.

**In einem Blog habe ich gelesen, die netten Oberärzte steigen irgendwann aus, suchen sich eine schöne, immer noch profitable Praxis, während die bösen Oberärzte Chef werden. Ist das so?**

**Prof. Nöth:** Das hat nichts mit „nett“ und „böse“ zu tun. Ich würde es eher so formulieren: Viele nehmen die Oberarztzeit als Sprungbrett, entwickeln sich in dieser Position eigenverantwortlich in ihrem Spezialgebiet. Sie geben aber die Position als Oberarzt nach einigen Jahren auf, um sich in einer Praxis eine mehr unabhängige Struktur zu schaffen. Das angeführte Spannungsfeld spielt hierbei natürlich eine ganz entscheidende Rolle. Wenn man Familie hat, werden auch das Privatleben und die finanziellen Perspektiven zunehmend wichtiger. Da dreht man sich im Kreis, wenn die Verdienstmöglichkeiten als Oberarzt vergleichsweise geringer sind.

**Herr Dr. Dragowsky, Sie haben Anfang des Jahres den Weg aus der Klinik hinaus in die Niederlassung gewählt. War das schon eine Option für Sie, als Sie Ihre Facharztprüfung frisch in der Tasche hatten?**

**Dr. Dragowsky:** Im Prinzip habe ich mir damals alles vorstellen können. Es hat sich dann eben so entwickelt, dass ich Oberarzt wurde. Es gibt Oberärzte, die mit Leib und Seele Oberarzt sind und es gar nicht als ihr primäres Ziel sehen, einmal Chefarzt zu werden. Aber eine Klinik sollte den beschriebenen Druck, der auf den Oberärzten lastet, durch bestimmte Anreize kompensieren, damit die Oberarztposition auch attraktiv bleibt. Damit meine ich nicht nur Geld – auch ein gutes, wertschätzendes Betriebsklima macht es erstrebenswert, Oberarzt zu sein und zu bleiben.

Natürlich hätte ich noch vier oder fünf Jahre so weitermachen können. Aber was wäre danach gekommen? Ich habe eine Frau und drei Kinder. Das heißt, ich hätte in fünf Jahren nicht einfach sagen können: „So, wir ziehen jetzt mal ans andere Ende der Republik“. Diese Mobilität wird von einem, der Chefarzt werden will, aber erwartet. Das heißt, Brandenburg wäre meine einzige Perspektive gewesen. Natürlich habe ich nichts gegen Brandenburg, aber ich kenne viele Kollegen, die in dieser strukturschwachen Region gescheitert sind. Da kann es Ihnen passieren, dass der Klinikleiter ein 28 Jahre alter BWL-er ist, der beschließt, dass 100 Knieprothesen im Jahr eingebaut werden müssen. Und wenn Sie das in zwei Jahren nicht hinbekommen – weil vielleicht nur 1.000 Menschen im Einzugsgebiet leben –, dann wird der Vertrag eben nicht verlängert. Das ist für Jemanden, der hochqualifiziert ist, absolut keine Alternative. Und so läuft das eben in der Medizin auch nicht.

**Haben Sie ein schlechtes Gewissen, dass Ihre Spezialisierung – Sie sind zum Beispiel für einen Massenanteil von Verletzten bestens ausgebildet – in der Praxis womöglich verschütt geht?**

**Dr. Dragowsky:** Nein. Als Durchgangsarzt ist eine Spezialisierung in der Unfall-

chirurgie ja schon immer vorgeschrieben. Meine Erfahrung und mein Wissen um die Behandlung Unfallverletzter sind im niedergelassenen Bereich genauso anwendbar und wichtig wie in der Klinik. Der Begriff „schlechtes Gewissen“ suggeriert, dass ich nur genommen und genossen hätte, aber ich habe meinem Arbeitgeber auch viel gegeben und auch gelitten.

**Können es sich die Kliniken noch lange leisten, Spezialisten wie Herrn Dr. Dragowsky auszubilden und sie dann in die freie Wirtschaft abwandern zu lassen?**

**Prof. Nöth:** Nein, ich glaube nicht. Um sie zum Bleiben zu bewegen, müsste man ihnen mehr Unabhängigkeit und finanzielle Anreize geben. Ich sehe es immer mit einem weinenden Auge, wenn ein gut ausgebildeter Kollege in die Niederlassung oder zu einem privaten Anbieter geht, weil er sich dort mehr Gestaltungsmöglichkeit und eine besseres Einkommen verspricht. In den angloamerikanischen Systemen arbeiten oft mehrere Kollegen auf einer Hierarchieebene in einem Departmentssystem nebeneinander, und dann gibt es an einer Klinik eben vier oder fünf Leuchttürme.

**Wie kann ein Oberarzt seine Arbeit in mehr Geld umwandeln und dennoch an der Klinik bleiben?**

**Prof. Nöth:** Die klassischen Wege der Chefarztposition und der Niederlassung bestehen zwar, werden aber immer mehr durch neue Formen ergänzt, etwa indem man sich als Konsiliararzt oder Belegarzt verdingt. Wir kennen dies von den angloamerikanischen Ländern, wo es das Konsiliararztwesen schon immer gegeben hat. Die Spezialisten gehen an der Universität ihrer Forschung und Lehre nach und operieren dort an bestimmten Tagen. Darüber hinaus sind sie an anderen Krankenhäusern in der Patientenversorgung tätig und können dort liquidieren. Trotzdem bleibt ihr Know-how an den Universitäten. Erste Beispiele hierfür gibt es auch an deutschen Universitätskliniken.

**Dr. Dragowsky:** Ein anderer Weg wäre, endlich die vielbeschworene integrative

Versorgung richtig umzusetzen. Nicht nur der niedergelassene Arzt als Konsiliararzt im Krankenhaus, sondern auch das Krankenhaus sollten entsprechende Möglichkeiten eingeräumt bekommen, diese Art von Versorgung umzusetzen. Es gibt jedoch leider sowohl im Bereich der Niedergelassenen als auch bei den Krankenhausverantwortlichen zu viele Personen, die nur ihr Eigenwohl im Sinn haben. Es könnten beide Seiten voneinander profitieren. In dieses Konstrukt könnten Ärzte eingebunden werden, die bislang im Krankenhaus tätig waren, jetzt aber eine Praxis aufmachen möchten. Das Krankenhaus müsste dann auf ihre Expertise nicht verzichten. Das wäre auch im Sinne der Patienten.

**Als Oberarzt in Teilzeit arbeiten, um dann als Konsiliararzt tätig sein zu können, macht die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wahrscheinlich nicht einfacher.**

**Dr. Dragowsky:** Sie mögen zwar das Gefühl haben, dass Sie wie ein Hamster in seinem Rad arbeiten. Aber wenn Sie persönlich etwas von Ihrer Leistung haben, fällt Ihnen das gewiss leichter.

**Prof. Nöth:** In meinem speziellen Fall ist es ja so: Ich habe sehr viel Zeit in die Forschung investiert, das gibt man nicht einfach so auf. Eine Niederlassung ist nicht das, was ich eigentlich anstrebe. Auch mit einem Chefarzt-Vertrag an einer nicht universitären Klinik müsste ich mein wissenschaftliches Interesse einstellen. Eine Kombination aus meiner universitären Arbeit und einer Konsiliartätigkeit könnte durchaus eine Alternative sein.

**Vielen Dank für das Gespräch!**

*Interview: Jana Ehrhardt-Joswig*



Jana Ehrhardt-Joswig ist freie Journalistin und Redakteurin der OUMN.

# Wir sind die Zukunft!

Unter dieser Überschrift sprach Dr. Jan Philipp Schüttrumpf im Rahmen der Sitzung „Die Zukunft von O und U“ beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2012 über Zukunftsaussichten im Fach O und U. Nachfolgend ein Auszug aus seinem Vortrag.

Wir sind die Zukunft! Wer sind wir genau? Und was heißt eigentlich Zukunft? Wir, das sind alle Weiterbildungsassistenten/-innen zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie (O und U) sowie junge Fachärzte/-innen für O und U in Deutschland.

Wie viele wir sind, ist nicht bekannt, da weder die Bundes- noch die Landesärztekammern ein Register über die Anzahl der sich im Fach O und U in Weiterbildung befindlichen Assistenzärzte/-innen führen. Deshalb ist es ein besonderes Bestreben des Jungen Forums der DGOU, diese wichtigen Zahlen in Zukunft zu erheben.

Wann beginnt unsere Zukunft genau? Morgen, nächste Woche oder erst in ein paar Jahren? Das ist eine gute Frage – Fakt ist jedoch, dass wir die Generation sind, welche das Fach O und U in der Zukunft – wann auch immer diese genau beginnen wird – repräsentieren und mit Leben füllen werden.

Eine weitere wichtige Frage ist, wer sich für unsere Zukunft – also auch unsere Weiterbildung – interessiert? Beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie im Oktober 2012 in Berlin gab es genau eine berufspolitische Sitzung zu diesem Themenkomplex (Suchwort: „Zukunft“), in der ich den Inhalt dieses Artikels präsentiert habe. An dieser Stelle ein „Dankeschön“ an die beiden Organisatoren und Vorsitzenden, Herrn Professor Niethard und Herrn Professor Rüther.

Bei Eingabe des Suchbegriffes „Weiterbildung“ lag die Trefferquote bei genau zwei Sitzungen, organisiert vom Ausschuss Fort- und Weiterbildung der DGOU. Eine weitere Sitzung „Der Weg zum Facharzt in O und U“ wurde vom Jungen Forum der DGOU veranstaltet. Beim weltweit größten deutschsprachigen Kongress für O und U gab es im Jahr 2012 somit ganze

vier Sitzungen, die sich mit unserer Zukunft – sprich Weiterbildung – befassen haben. Meiner Meinung nach ist dies symptomatisch für die aktuelle Situation der sich in Weiterbildung befindlichen Kollegen/-innen. Die Weiterbildung ist ein Mittel zum Zweck, und keiner interessiert sich dafür! Jeder einzelne muss sich im Prinzip selber um seine Weiterbildung kümmern. Eigentlich sollten jedoch die weiterbildungsermächtigten Kliniken in die Pflicht genommen werden und ihrem „Weiterbildungsversprechen“ uneingeschränkt nachkommen. Es muss unser gemeinsames Bestreben sein, die Weiterbildung – vor allem die zeitliche und inhaltliche Struktur – zu verbessern und dem Bedarf anzupassen. Als Beispiel sei hier kurz das Göttinger Weiterbildungs-Curriculum zum Facharzt für O und U erwähnt. Dieses strukturierte Curriculum sieht verschiedene klinische Stationen (Notaufnahme, Intensivstation, Normalstation etc.), Operationen unterschiedlicher Schwierigkeitsgrade sowie den Besuch spezieller Kurse (FAST-Sonografie, Röntgen-Kurs, AO-Operationskurse, ATLS® etc.) zu bestimmten Zeitpunkten während der Weiterbildung in O und U vor.

### Vielversprechende Zukunftschancen

Passend für die Gesamtsituation in Deutschland wäre der Spruch „Lehrjahre sind keine Herrenjahre“, sind doch die Zukunftschancen im Fach O und U nach erfolgreicher Facharztprüfung vielversprechend und vor allem vielfältig. Den Fachärzten/-innen in O und U steht eine breite Palette an Tätigkeitsfeldern zur Auswahl: mehr „O als U“, mehr „U als O“, „O gleich U“, konservative und operative Behandlungspfade, Superspezialisierung auf Körperregionen und Eingriffe, Prävention und Rehabilitation, muskuloskelettale Forschung, Niederlassung in eigener Praxis oder Klinik, Gutachterwesen und paramedizinische Berufsfelder in der Wirtschaft, Politik und Industrie, um

nur die häufigsten Beispiele zu nennen. Diese breite Fächerung ist auf der einen Seite eine große Chance, jedoch birgt zum Beispiel eine frühe Spezialisierung auf bestimmte Körperregionen oder Therapieverfahren die Gefahr, dass der Allrounder, der zumindest O und/oder U in der gesamten Breite des Faches abdecken kann, in Zukunft droht auszusterben.

Was muss sich in Zukunft ändern? Ein Lösungsansatz wäre eine Facharztweiterbildung für O und U oder U und O je nach Kernkompetenz der Weiterbildungsstätte mit anschließender Zusatzqualifikation in Form der „Speziellen Orthopädischen Chirurgie“ bzw. der „Speziellen Unfallchirurgie“.

### Fazit

Wir – die Weiterbildungsassistenten/-innen in O und U – müssen zunächst einmal lernen zusammenzuhalten und dieses dann auch tun, Synergien bündeln, um unsere Zukunft gemeinsam zu gestalten, und vor allem müssen wir endlich als eine „Familie“ – also als O und U – denken und diese danach auch werden!

Dr. Jan Philipp Schüttrumpf



Dr. Jan Philipp Schüttrumpf ist Weiterbildungsassistent in Göttingen und Mitglied im Jungen Forum der DGOU. **Kontakt:** j.p.schuettrumpf@med.uni-goettingen.de



Foto: EFOST

Das EFOST-Präsidium: Gernot Felmet, Vice President, Nicola Maffuli, President, und Francois Kelberine, Past-President (v.l.n.r.)

EFOST

## Wo Europa auch zusammenwächst

Dr. Gernot Felmet ist zum Vizepräsidenten des europäischen Dachverbandes der Sporttraumatologen EFOST (European Federation of National Associations of Orthopaedic Sports Traumatology) gewählt worden. Ein Grund, mit ihm über die Sporttraumatologie, aber vor allem über Europa zu sprechen. Gernot Felmet ist niedergelassener Orthopäde und Ärztlicher Leiter der Artico Sportklinik in Villingen-Schwenningen/Schwarzwald.

### Was macht für Sie die EFOST aus?

**Dr. Gernot Felmet:** Die EFOST ist ein europäischer Schmelztiegel von Verbänden, dessen Infrastruktur in den letzten Jahren gut vorangekommen ist – und weiter ausgebaut wird. EFOST ist ein kollegiales Team mit Freundschaftsgeist, in dem das Motto „Alle für einen – Einer für alle“ gelebt wird. Selten habe ich das so intensiv und über Grenzen hinweg erlebt – alle Achtung. Das ist auch der Grund, warum ich dabei sein möchte.

### Welche Instrumente haben Sie?

Die Inhalte der EFOST werden allen zugänglich gemacht – wissenschaftliche Diskussionsinhalte und Empfehlungen. Dies geschieht über Newsletter und über unser wissenschaftliches Journal M.L.T.J. – Muscles, Ligaments and Tendons Journal ([www.mltj.org](http://www.mltj.org)). Die besten Botschafter sind die Mitglieder selbst. In ihre me-

dizinische Arbeit vor Ort fließt das Wissen ein, das im gemeinsamen Austausch über EFOST gewonnen wurde. Wichtig ist auch, dass wir für junge Kolleginnen und Kollegen Fellowships anbieten. Alle zwei Jahre führen wir unseren eigenen Kongress durch – in 2012 fand er in London statt; dazwischen sind wir mit einem eigenen Slot jedes Jahr beim EFORT-Kongress etabliert, der im vergangenen Jahr in Berlin stattfand. Auf anderen Kongressen, die für unser Gebiet relevant sind, sind wir mit Vortragsreihen vertreten, die dann mit unter dem Label der EFOST laufen.

### Wie ist ein solches Projekt über Landesgrenzen hinweg zu organisieren? Gibt es in den Mitgliedsländern gleiche Strukturen?

In den Mitgliedsländern gibt es nicht gleiche, aber ähnliche Strukturen. Genau das ist das Spannende und Heraus-

fordernde an unserem europäischen Zusammenschluss der EFOST, der über derzeit 18 Mitgliedsstaaten verfügt. Wir haben durch den internationalen Austausch bereits viel für die Standards in der Sporttraumatologie in Europa für den Spitzen-, aber auch den Breitensport erreicht. Ich formuliere es so: Das Wissen ist für alle Experten verfügbar, aber die Umsetzung muss sich an den nationalen Gegebenheiten orientieren. Das gibt Raum für kreative Lösungen. Bedenken Sie, dass wir Mitgliedsstaaten aus Osteuropa haben, die sich in einem enormen Aufholprozess befinden. In Polen wird in diesem Jahr die Orthopädie 100 Jahre alt. Dort wird die Hochleistungsmedizin gerade immer stärker privatisiert, gleichzeitig ist aber auch die Breitenversorgung deutlich besser geworden.

Ein anderes Beispiel – Türkei oder Griechenland. Beide Länder haben interessante Ansätze gerade unter dem Aspekt,

## Aus unserem Fach

dass dort die finanziellen Ressourcen nicht groß sind. Ein Beispiel anderer Natur sind die Franzosen: Hier wird eine exzellente Sporttraumatologie betrieben, die aber wenig über die eigenen Landesgrenzen hinaus bekannt war – weil sie überwiegend in Französisch publiziert wird. Die Italiener sind angloamerikanisch ausgerichtet – übrigens auch mit einer starken deutschen Orientierung. Sie sehen, Europa ist spannend und kommt zunehmend zusammen. Übrigens, das wird verwundern: In den meisten Ländern sind sportmedizinische Leistungen teils erheblich teurer als bei uns.

### Wie lange werden Sie jetzt im Präsidium des EFOST engagiert sein?

Für insgesamt sechs Jahre im Präsidium – erst Vize, dann Präsident und schließlich zwei weitere Jahre als Past-Präsident; als Vize heißt das Einarbeitung und persönlicher Kontaktausbau zu den nationalen und internationalen Verbänden. In diesem Jahr sind an Kongressen besonders der EFORT-Kongress in Istanbul vom 5. bis 8. Juni und die Feiern zum 100-jährigen Bestehen der Orthopädie in Polen in Poznań vom 20. bis 22. Juni und auch der ISAKOS Kongress in Toronto zu nennen. Innerverbandlich führen wir vier bis sechs Präsidiumstreffen durch – mit Telefonkonferenzen sind es mehr. Es gibt einen ständigen Dialog über das Internet. Unsere erste Zusammenkunft in 2013 wird im Januar in Frankfurt stattfinden.

### Welche medizinischen Schwerpunkte setzt die EFOST in der Sporttraumatologie?

Themen sind immer neben der primären kurativen wie operativen Versorgung auch die Rehabilitation und Prävention. So sind zum Beispiel unter diesem Aspekt Trainingsinhalte zu definieren. Wichtig ist aber auch die Rehabilitation mit Überführen in das sportartspezifische Aufbautraining, bei dem dann auch ein Teil von Prävention wieder eine Rolle spielt. Mir persönlich ist das operative Feld der Gelenkchirurgie in der täglichen Auseinandersetzung sehr vertraut: Meniskuschirurgie, Kreuzbandchirurgie, in der ich eine eigene fremdmaterialfreie Methode entwickelt habe, Knorpelversorgung, Management von Kapsel-Band-Verletzungen der großen Gelenke. Gerade die subtile Analyse der Verletzungs-

## ÜBER EFOST

Die EFOST (European Federation of National Associations of Orthopaedic Sports Traumatology) wurde 1992 im Anschluss an den ersten Weltkongress Sporttraumatologie durch den Deutschen Dr. Hans Pässler und den Franzosen Dr. Jean Claude Imbert als europäische Dachorganisation nationaler Sporttraumatologen-Vereinigungen gegründet ([www.efost.org](http://www.efost.org)).

### EFOST Präsidium

Nicola Maffuli – President – Großbritannien  
Gernot Felmet – Vice President – Deutschland  
Francois Kelberine – Past President – Frankreich

**Mitgliedsstaaten:** Großbritannien, Belgien, Deutschland, Polen, Litauen, Tschechien, Österreich, Schweiz, Frankreich, Portugal, Spanien, Italien, Slowenien, Griechenland, Türkei, Israel – und bald Mitglied: Estland, Lettland, Russland, Slowakei, Ukraine



muster hilft auch, die Prävention besser werden zu lassen.

### Und dies wollen Sie dann in eigene Leitlinien umsetzen?

Eines meiner Ziele ist, Empfehlungen und Leitlinien weiter zu entwickeln. Wir haben erst kürzlich eine Klausurtagung einer internationalen Expertenrunde zu sporttraumatologischen Fragen gehabt, um Leitlinien zu aktualisieren. Hier wollen wir auch künftig weiter Akzente setzen.

### Welche Sportarten sind denn bei der EFOST vertreten?

Vertreten sind bei uns alle Sportarten, seltenerweise weniger das Reiten, obwohl das auch sehr unfallträchtig ist. Fußball nimmt wohl mit Abstand den meisten Raum ein.

### Wenn Sie jetzt von Europa zurück nach Deutschland schauen ...

Wir dürfen stolz hierzulande sein, in einer solchen Breite und Hochwertigkeit arbeiten zu können. Dies ist keineswegs nur auf das Segment der Sportmedizin bezogen, sondern auch auf die gesamte Breitenversorgung der Bevölkerung. Wir dürfen uns als Ärzte im Allgemeinen und Orthopäden und Unfallchirurgen im Speziellen – weder von der Politik noch anderen Mitspielern im Gesundheitssystem – in eine Ecke drängen lassen, in die wir nicht hineingehören. Hier würde allen der Blick über den deutschen Tellerrand hinaus gut tun: Selbst an Orten im rela-

tiv reichen Europa sind Unterschiede zu uns vorhanden, sodass man das hier Erreichte nicht leichtfertig schlecht reden darf! Unser Handeln muss sich auf den Leistungserhalt unseres Gesundheitssystems konzentrieren. Dass es finanzierbar ist, zeigen 2,4 Milliarden Überschuss der Krankenkassen allein im ersten Halbjahr 2012. Traurig bin ich über den Wegfall der Praxisgebühr als Instrument einer vernünftigen Patientenführung.

*Interview: Joachim Stier*



Joachim Stier ist als freier Journalist in Aachen/Berlin tätig.

## 14th EFORT Congress 2013

Preliminary programme online  
[www.efort.org/istanbul2013](http://www.efort.org/istanbul2013)



## 14th EFORT Congress

Istanbul, Turkey: 5 – 8 June 2013

### Congress highlights

- **Hip** Joint-preserving surgery
- **Knee osseous** Early osteoarthritis: current management
- **Shoulder** Clavicle fractures: to operate or not to operate?
- **Foot/ankle** Metatarsalgia: current options
- **Hand/wrist** Dupuytren's: injections or surgery?
- **Trauma** Complex elbow injuries - what's new? / Solutions for proximal femoral fractures / What to do after damage control?
- **Sports / knee soft-tissue** Meniscal and knee ligament injuries today
- **Paediatrics** Early care for growth alteration and malformation
- **Spine** Spinal trauma care: modern treatments
- **Pain** Will training prevent THA and TKA?
- **Osteoporosis** Evidence of tertiary prophylaxis in osteoporosis
- **Basic Science** Haemophilia: where are we? / New trends based on experimental research
- **Infection** Treatment of the infected fracture
- **Bone & joint tumours**  
Lower limb reconstruction: state of the art
- **Tribology** articulations in total hip arthroplasty

info

More updates available at: [www.efort.org/istanbul2013](http://www.efort.org/istanbul2013)

FIT AFTER EIGHT

# Just do it!

Dr. Sâra Aytaç, Assistenzärztin in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen, hat sämtliche Kurse der Fit-after-Eight-Weiterbildung absolviert. Für die OUMN hat sie einige Fragen dazu beantwortet.



Foto: Ceir Dillan

Dr. Sâra Aytaç, Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Ludwigshafen

### Warum haben Sie die Fit-after-Eight-Kurse absolviert?

Der stetige Zuwachs an medizinischem Wissen ist immens. Entsprechend kann und muss niemand alles wissen oder alles können. Aber mehr als in jedem anderen Beruf gilt es in dem des Arztes, zum Wohle des Patienten das eigene Wissen und Können realistisch einzuschätzen. Im ärztlichen Alltag bleibt bedauerlicherweise im zunehmenden Ausmaß weniger Zeit für eine gute Ausbildung. Kommt man dann hoffentlich zu der Schlussfolgerung, dass eine Verbesserungsmöglichkeit der eigenen Leistung besteht, stellt sich nicht die Frage, ob, sondern nur wie man diese anstrebt. Eine sehr gute Gelegenheit ist dieses Kursformat.

### War es schwierig, die Kurse neben Ihrem Berufsalltag wahrzunehmen?

Die Aus- und Weiterbildung des einen darf nicht zu Lasten des anderen Mitarbeiters im laufenden Klinikbetrieb erfolgen. Entsprechend musste ich natürlich Rücksprache mit meinen Kollegen halten, die für den Zeitraum meiner Teilnahme meine Abwesenheit kompensieren mussten. Bei einer erlesenen, weil langjährigen Teamarbeit und guter Kollegialität gestaltete sich das jedoch problemlos. Die Freistellung vom Alltag war bei rechtzeitiger Bekanntgabe meiner Teilnahmeabsicht auch reibungslos.

### Wie beurteilen Sie den Aufbau der Kurse?

Der Aufbau der Kurse ist der Kern ihrer Attraktivität. Wer sich im Studium und zum Beispiel zur Physikumsvorbereitung gerne in Repetitorien reingesetzt hat, in denen man vier Tage am Stück jeweils zehn Stunden im Frontalunterrichtsformat mit Informationen druckbetankt wurde, der wird in dieser Kursstruktur unglücklich. Der Kurs lebt von einer aktiven, kritischen Mitarbeit der einzelnen Teilnehmer. Kaum bis gar kein Frontalunterricht mit stets wichtigem klinischen Bezug und vielmehr die fruchtbare Diskussion von klinischen Fällen anhand von Befundmaterial in einer Gruppe mit 10 bis 15 Teilnehmern sind die Leitstruktur des Kursformats. Die Auseinandersetzung mit der Betrachtungsweise, dem Therapievorschlag und dem ärztlichen Handeln von Kollegen mit unterschiedlichem Ausbildungsstand und klinischer Erfahrung ist in dem Ausmaß sonst bei keinem Kurs möglich. Mir persönlich war das Hinterfragen des eigenen Handelns fast genauso wichtig. Wie rechtfertige ich meinen Kollegen gegen-

über, dass ich den Patienten so und nicht anders behandeln will? Ist die Grundlage meiner Entscheidung Evidenz- oder Evidenz based? Interessant war, wie stark die Herangehensweise jedes Einzelnen von den Strukturen der Klinik beeinflusst wird, in der man den Rest des Jahres arbeitet. Dementsprechend reichte das Argumentationsspektrum bei der Diskussion beispielsweise um den idealen Zeitpunkt einer Operation von „Wir nehmen alles immer – kann kommen“ bis „Jetzt eher nicht, sonst fehlen am nächsten Tag die Siebe.“

### Welche Inhalte haben Sie besonders interessiert?

Alle Inhalte sind relevant, dankenswerter Weise mit sehr geringer bis gar keiner Redundanz. Interessiert haben mich alle

### ZUM NACHLESEN



#### Fit für den Facharzt in acht Modulen

„Fit after eight“ ist eine seit 2008 bestehende berufsbildende Fortzubereitungsmaßnahme für Assistenzärzte in einem der Hauptbereiche der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen. Die Maßnahme ist ein gemeinsames Projekt der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen und der Berufsgenossenschaft „Fit after eight“.

Wenn Sie mehr erfahren möchten, legen wir Ihnen neben der Fit-after-Eight-Homepage [www.dgou-fit-after-eight.de](http://www.dgou-fit-after-eight.de) den Beitrag „Fit für den Facharzt in acht Modulen“ nahe, der in der OUMN 6/2012 erschienen ist (Seite 691f.). DGU-Redakteurin Miriam Buchmann-Alisch schildert darin den Aufbau und vor allem Rückmeldungen der Teilnehmer eines Doppelmoduls, das im September 2012 in Osnabrück stattfand.

Schwerpunkte, da alle, direkt oder indirekt, eine hohe klinische Relevanz haben.

### Haben Sie Inhalte vermisst? Welche?

Im Konsens fiel auf, dass viele Teilnehmer sich mehr Entscheidungshilfen im Umgang mit ethischen Fragen wünschen. Das ist natürlich ein unbegrenzt diskutierbarer Inhalt, ist aber insbesondere für den jungen Kollegen in den ersten Jahren seines Wirkens ein alltäglich wichtiger Aspekt, der auch im Studium stets zu kurz kommt. Was zudem von vielen Teilnehmern begierig aufgesogen wurde, sind die juristischen Aspekte des Arztberufs zum Beispiel in Bereichen wie dem Komplikationsmanagement. Hier sind junge Kollegen dankbar, wenn sie vom Erfahrungsschatz eines Chefarztes profitieren dürfen, der wertvolle Hinweise zum Umgang mit prekären Situationen geben kann.

### Wie beurteilen Sie das Verhältnis zwischen Referenten und Teilnehmern?

Der Dozent hat in diesem Format die Aufgabe, die Erarbeitung eines Themas zu lenken und etwaige Fragestellungen zu konkretisieren. Natürlich gibt er Hilfestellungen bei inhaltlichen Fragen,

aber er hält sich insgesamt zurück. Das steht in keinsten Weise im Widerspruch zu den durchweg sehr offenen und diskussionsfreudigen Dozenten. Egal ob in der Kaffeepause oder im Unterricht: Das nächste fachlich wertvolle und menschliche angenehme Gespräch ist nie weit. Kein Teilnehmer muss sich sorgen, er könne aufgrund seiner noch geringen klinischen Erfahrung die falschen Fragen stellen! Auch jahre- und jahrzehntelange Erfahrung auf dem Gebiet der Unfallchirurgie und Orthopädie bedeutet nicht, dass alle Fragen geklärt sind! Folgerichtig besteht auch zwischen den Dozenten ein lehrreicher Diskussions-

### FIT-AFTER-EIGHT-MODULE

**Modul 1 und 2:** Frakturen Teil 1 / Infektionen; Frakturen Teil 2 / Tumore

**Modul 3 und 4:** Gelenkerkrankungen, Schwerpunkt Arthrose; Weichteilschaden, Wunde, Gelenkverletzungen

**Modul 5 und 6:** Polytrauma, Aufklärung, Haftpflicht, Begutachtung; Erkrankungen von Knochen und Weichgewebe

**Modul 7 und 8:** Fehlbildungen, Formabweichungen; Rückenschmerz

bedarf, bei dem jeder seine Meinung vertreten darf und soll.

### Profitieren Sie in Ihrer Arbeit von der Teilnahme an Fit after Eight? Inwiefern genau?

Der Effekt der Teilnahme am Kurs ist nicht zu leugnen. Natürlich erleichtert der Gebrauch neuer Klassifikationen die Weitergabe von Informationen an Kollegen. Die im Kurs vermittelten Entscheidungshilfen sind für den klinischen Alltag jedoch sehr viel wertvoller. Eine strukturiertere Herangehensweise an einen verletzten oder erkrankten Menschen bringt ein qualitativ hochwertigeres Versorgungsergebnis mit sich. Nur wer seine eigene Leistung hinterfragt, kann sich verbessern. Aber auch die Bereitschaft, mit Kollegen, insbesondere mit Vorgesetzten, mögliche Therapieoptionen zu diskutieren, ist deutlich gestiegen. Wer unbequeme Fragen und den Konflikt scheut, sollte grundsätzlich morgens nicht aufstehen und wird nicht von diesem Kurs profitieren.

### Wenn Sie nur drei Worte hätten, um die Kurse zu beschreiben – welche Worte wären das?

Just do it. Oder: Bitte anmelden jetzt.

Fragen: Jana Ehrhardt-Joswig



Fotos: Dr. Keidel, Brandenburg

Aus dem Aktionstag Orthofit ist eine ganze Aktionswoche zum Thema Fußgesundheit geworden. Bundesweit beteiligten sich 170 Praxen an der Informationskampagne des BVOU. Ganz herzlichen Dank an die teilnehmenden Kollegen!

ORTHOFIT-AKTION

# 170 Praxen bringen Prävention und Spaß in 400 Schulen



Eine Woche statt eines Tages, und dezentral statt zentral – das waren die Neuerungen der bundesweiten, seit drei Jahren erfolgreich veranstalteten Orthofit-Aktion „Zeigt her Eure Füße“ vom 3. bis 7. Dezember 2012. Schirmherrin war die Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, Dr. Carola Reimann, SPD.

Im Kleinen zeigt sich, wer ein Großer werden will – dies nimmt der BVOU mit seiner Orthofit-Aktion „Zeigt her Eure Füße“ ernst. Eine Woche lang organisierten bundesweit die BVOU-Geschäftsstelle und Orthopäden und Unfallchirurgen Aktionstage mit den Kleinen, die gesund groß werden sollen. Ebenso erfreulich hoch wie die Zahl der beteiligten Praxen war die der Grundschulen mit rund 400, deren Kinder mit viel Spaß von den Orthopäden an das

Thema Prävention herangeführt wurden. Mit viel Musik, Bewegung und kindgerecht aufbereiteten Informationen zur vorbeugenden Fußgesundheit hieß es am Ende „Socken aus“. Nach einem Rennen

sammen mit einer Urkunde an die Kleinen überreicht.

Zugegeben, die Berliner waren leicht bevorzugt, aber nur, weil Kika-Moderator ‚Der Christian‘ ein Berliner ist. Er hatte den Song zum Aktionstag eingespielt und tingelte in der Hauptstadt während der Aktionswoche mit Orthopäden von Schule zu Schule. Klar kannte den jedes Kind. Am 4. Dezember besuchte BVOU-Vize und Initiator der Aktionswoche, Dr. Andreas Gassen, zu-

**„Wir verschaffen uns Luft für positive Darstellungen unserer Leistungen und hecheln nicht mehr der Korrektur von ‚Miesmacher‘-Darstellungen hinterher.“**

Dr. Andreas Gassen

über einen Hindernisparcours wurde ein Fußabdruck angefertigt und dieser zu-

sammen mit Moderator Christian Bahrmann die Regenbogenschule in Berlin-Neukölln.

„Wir haben die Aktion auf eine Woche umgestellt. An einem Tag und an einem Ort verpufft unter Mediengesichtspunkten die Wirkung. Besser ist es, wenn wir lokal an vielen Orten mit der Aktion präsent sind. Wir haben hier eine tolle Mobilisierung unserer Kolleginnen und Kollegen erreicht. Vielen Dank an alle Mitwirkenden“, so Andreas Gassen. Im Ablauf einer Woche haben Orthopäden und Unfallchirurgen vor Ort die Entscheidungsfreiheit, wann sie in die Schulen gehen können. Auch konnten sie einen lokalen Schirmherren wählen – wie zum Beispiel den Bürgermeister. Das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie hatte mit dieser Strategie die Chance, mit dem positiv besetzten Thema „Prävention“ vor Ort zu punkten. Die Gelegenheit, mit Institutionen in Kontakt zu kommen, die mit dem Praxisalltag wenig zu tun haben, ist einmalig.

„Wir wollen in Zukunft die Möglichkeiten, die unser Fach – wie kaum ein anderes übrigens – medizinisch bietet, mit breiter Brust besser nutzen. Wir können in die Offensive gehen, weil wir zuerst intern Reformen angestoßen haben – zu denken ist zum Beispiel an das Endoprothesenregister. Wir räumen auf, wir stellen Transparenz her. Wir verschaffen uns endlich Luft für positive Darstellungen unserer Leistungen und hecheln nicht

mehr der Korrektur von ‚Miesmacher‘-Darstellungen hinterher“, führt Andreas Gassen den Zusammenhang aus, in dem Aktionen wie „Zeigt her Eure Füße“ auch zu sehen sind. Das Thema Prävention steht einem Fachgebiet gut zu Gesicht, das sich auch seiner konservativen – grundversorgenden – Wurzeln besinnt: „Wir arbeiten an einer Orthopädie und Unfallchirurgie aus einem Guss“, fasst BVOU-Vize Gassen zusammen.

### O und U in gutem Licht

Die Prävention ist bestens geeignet, die breitere Aufstellung der Orthopädie und Unfallchirurgie im richtigen und besten Licht erscheinen zu lassen. So hieß es denn auch „Spot an“ an dem trüben Dezemberstag in der Neuköllner Regenbogenschule: „Zeig her, wozu Du Füße hast, komm her und steig‘ mit ein“ – so die Refrain-Zeile des Orthofit-Songs. Zum Einsteigen in eine lustige Vormittagsstunde luden neben Christian Bahrmann die Gesundheitspolitikerin und Schirmherrin Carola Reimann und Andreas Gassen ein. „Füße tanzen, tragen springen, können uns nach Hause bringen ... Kannst mit hüpfen, rennen, schleichen, jeden Ort der Welt erreichen“, heißt es im Liedtext weiter. Moderator Christian verleitete die Kinder zwar nicht dazu, die Schule schleichend zu verlassen – die Lehrer waren auch anwesend –, aber er tanzte mit ihnen den Song, dass vom Hüpfen und Springen die Wände wackelten. „Ihr seid super – ich war echt beeindruckt von Euren Seilspringkünsten“, lobte Carola Reimann – das Seilspringen gab es nämlich auch noch. Und ein Mädchen sprang so toll Seil, dass es beinahe wie im Zeitraffer wirkte. „Kinder haben Spaß an der Bewegung – sie brauchen nur Möglichkeit dazu, die haben wir Ihnen mit der Aktion ‚Zeigt her Eure Füße‘ geboten“, fasste Christian Bahrmann perfekt zusammen. Der Vormittag demonstrierte also auch Lehrern, wie viel Spaß es machen kann, den Unterricht zwischen- durch mit einer Bewe-



Foto: SPD

**Prominente Schirmherrin:** Dr. Carola Reimann, Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages

gungspause wieder aufzulockern. Carola Reimann zog aus ihrer Sicht das folgende Fazit: „Ich bin immer gerne dabei, wenn es darum geht, Präventionsprojekte zu unterstützen, und ‚Zeigt her Eure Füße‘ ist ein sehr gutes Projekt, durch das Kinder lernen, warum das, was sie gerne tun, auch noch gesund ist. Ich freue mich, dass die Aktion im ganzen Land so gut angenommen wird.“

Barfußlaufen setzt die taktilen Reize, die für die Entwicklung der Fußmuskulatur wichtig sind, gab Andreas Gassen in einem Fernsehinterview im Anschluss an die Vormittagsstunde via Äther den Kindern mit auf den Weg, damit sie zu Hause auch mal schuhbefreit laufen. Eine Botschaft, die an die hier Lesenden dergestalt abzuwandeln wäre, dass Barfußlaufen sicherlich auch dem Erhalt einer guten Fußmuskulatur dienlich ist – zu Hause natürlich.

Joachim Stier



Joachim Stier, freier Journalist, Aachen/Berlin



Foto: Stier

In der Berliner Regenbogenschule zeigten die Kinder unter anderem, wie toll sie Seil springen können.



Foto: DRG

Die Kassen zahlen Zentrumszuschläge, wenn ein Zentrum besondere Aufgaben erfüllt, die über die Aufgabenstellung des einzelnen Krankenhauses hinausgehen – etwa Konsile unter Nutzung der modernen Kommunikationstechnologien.

TRAUMANETZWERK DGU®

# Zentrumszuschläge für Traumazentren

Laut Krankenhausentgeltgesetz können Zentren und Strukturen, die besondere Aufgaben erfüllen, die über die Aufgabenstellung eines einzelnen Krankenhauses hinausgehen, sogenannte Zentrumszuschläge von den Krankenkassen erhalten. Das Traumanetzwerk Schleswig-Holstein ist bundesweit das erste Netzwerk, das solche Zuschläge erhält.

Die positiven Effekte der bisher in Eigenregie und ausschließlich durch die beteiligten Kliniken und die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU e.V.) finanzierten Traumazentren und Traumanetzwerke lassen sich zunehmend in wissenschaftlichen Publikationen nachvollziehen und haben dazu geführt, dass auch von politischer Seite diese umfassende nationale und internationale Qualitätssicherungsmaßnahme für die Versorgung von Schwerverletzten anerkannt und positiv bewertet wird. Das Kranken-

hausentgeltgesetz sieht für derartige, die Aufgaben einer einzelnen Klinik weit überschreitende, koordinative Maßnahmen, finanzielle Zuschläge vor.

### Kriterien für finanzielle Zuschläge

Äquivalent zu bestehenden Tumorzentren, Brustzentren oder Perinatalzentren und anderen übergreifenden Qualitätszirkeln können sogenannte Zentrumszuschläge auch für Traumazentren gewährt werden. In § 2, Absatz 2, Satz 2, Nr. 4 des

Krankenhausentgeltgesetzes ergeben sich aus dem Schreiben des Bundesgesundheitsministeriums vom 17. August 2009 die Kriterien, die für die Vergabe von finanziellen Zuschlägen Geltung haben. Die sind im Einzelnen:

- Zuschläge werden nur für besondere Aufgaben bezahlt, die für stationäre Patienten zentral wahrgenommen werden (Kriterium stationäre Patienten und Zentralaufgaben versus örtliche Aufgabenerfüllung).

- Die besonderen Aufgaben gehen über die Aufgabenstellung des einzelnen Krankenhauses hinaus (Kriterium überörtliche Funktion versus örtliche Funktion).
- Besondere Aufgaben in Zentren sind folgende Dienstleistungen: Konsile, interdisziplinäre Videofallkonferenzen (einschließlich der Nutzung moderner Kommunikationstechnologien), besondere Dokumentationsleistungen (zum Beispiel für das klinische Krebsregister und Nachsorgeempfehlungen), Fortbildungsaufgaben und Aufgaben der Qualitätssicherung. Besonders sind die Aufgaben, wenn sie im Zentrum und nicht auch von den anderen betroffenen Einrichtungen wahrgenommen werden (gemeint sind die regionalen Krankenhäuser, die mit dem Zentrum per Vereinbarung zusammenarbeiten).

Letzten Endes sind diese Zuschläge zur Erstattung von Kosten gedacht, die auf jährlicher Basis durch den Zentrumsbetrieb, Schulungsmaßnahmen und organisatorische Aufgaben inklusive der Qualitätssicherung anfallen.

Der Weg der Beantragung solcher Zentrumszuschläge ist unterschiedlich und auf Länderebene geregelt. Die involvierten Partner sind einerseits das Sozialministerium, die Krankenkassen und die Krankenhausgesellschaft sowie die Klinikträger. Zu verhandeln ist eine solche zusätzliche Finanzierung in einer Gesprächsrunde der Beteiligten beim Sozialministerium. Dieses Gremium wird häufig auch als „Beteiligtenrunde“ beim Sozialministerium bezeichnet, kann aber auch je nach Bundesland unterschiedlich bezeichnet werden.

### **Förderung für Traumazentren in Schleswig-Holstein**

In Schleswig-Holstein wurde im Jahr 2010 hierzu die erste Initiative ergriffen, und es wurde eine erste Zahlung in 2012 an die zertifizierten Traumazentren durchgeführt. Die für die Förderung solcher Zentren erforderlichen finanziellen Mittel generieren sich in der Regel durch eine Absenkung des Landesbasisfallwertes. Des Weiteren kann auch eine direkte finanzielle Unterstützung seitens des Sozialministeriums gewährt werden. In Schleswig-Holstein war die besondere

Situation, dass im Rahmen der Konvergenzphase der Landesbasisfallwert angehoben werden konnte und somit direkt seitens der Krankenkassen finanzielle Mittel frei waren. Dieses ist sicherlich eine Ausnahmesituation.

Ein weiterer wesentlicher Punkt ist, dass im Krankenhausbettenplan festgeschrieben sein muss, welche Kliniken auf Länderebene überhaupt bei der Traumaversorgung zukünftig mitberücksichtigt werden sollen. Sowohl in Schleswig-Holstein als auch im Saarland ist es gelungen, die Kriterien für die verschiedenen Traumazentren, welche im Weißbuch der DGU für die Schwerverletztenversorgung definiert worden sind, direkt in den Krankenhausbettenplan mit einzubringen.

### **Traumazentrum Saar-(Lor)-Lux-Westpfalz: Noch keine Einigung mit Kostenträgern**

Parallel zu den Aktivitäten in Schleswig-Holstein wurde auch schon während der Initiierungsphase des Traumanetzwerkes Saar-(Lor)-Lux-Westpfalz in 2007 unmittelbar auf eine zusätzliche Finanzierung hingearbeitet. Das aktuell 13 Kliniken umfassende Netzwerk hat eine große geografische Ausdehnung, ist innerhalb Deutschlands landesübergreifend (Saarland und Rheinland-Pfalz) und integriert insgesamt zwei der drei größten luxemburgischen unfallchirurgischen Abteilungen. Die Kooperation mit Lothringen hat sich bisher als schwierig erwiesen. Um die Aufgaben, Ziele und den aktuellen Planungsstand zu kommunizieren, wurden zu herausgehobenen Treffen (Initiierungsveranstaltung, Zertifizierung und Netzwerkzertifizierung) jeweils Pressemitteilungen initiiert und Vertreter von Politik und Krankenkassen eingeladen. Die Landesregierung wurde auch aktiv bei regelmäßig anfallenden, regional grenzübergreifenden Aufgaben, wie zum Beispiel der Führungsrolle in der sogenannten Großregion Saar-(Lor)-Lux unterstützt und zum Beispiel in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium grenzüberschreitende Konferenzen mit der Thematik Schwerverletztenversorgung durchgeführt.

Bei der aktuellen Neuauflage des saarländischen Krankenhausplanes 2011 bis 2015 erfolgte auch dort im Vorfeld eine detaillierte Information des Ministeri-

ums über den aktuellen Stand. Die im gleichen Jahr erfolgreich im Saarland abgeschlossene und öffentlich positiv aufgenommene Netzwerkzertifizierung unterstützte dabei diese Maßnahme. Da, wie schon angedeutet, die Refinanzierung durch Absenkung eines Landesbasisfallwertes vorzunehmen ist, konnte im Saarland bisher noch keine Einigung mit den Kostenträgern erreicht werden. Auch in den Budgetverhandlungen 2012 war in dieser Sache dort noch kein Fortschritt zu erzielen. Anlässlich des 20. Treffens des Qualitätszirkels wurden daher im Dezember 2012 Vertreter des Ministeriums und der Kassen geladen, und es wurden die aktuellen Aktivitäten einschließlich des erfolgreichen Abschlusses der Pilotphase des Projektes Telekooperation TNW dargestellt. Es wurde erreicht, dass von Seiten des saarländischen Gesundheitsministeriums eine Moderatorenrolle zugesagt wurde. Eine vom Grundsatz her positive Bewertung wurde von den Kassen signalisiert. Derzeit ist ein Spitzengespräch unter Leitung des Ministeriums im ersten Halbjahr 2013 geplant. Die Konsequenzen der die Landesgrenze zu Rheinland-Pfalz überschreitenden Betätigungen sind derzeit noch nicht vollständig geklärt. Die grenzüberschreitenden Aufgaben in Luxemburg können sicher nicht eingeschlossen werden, wobei in Luxemburg selbst eine günstigere Finanzierungssituation der einzelnen Krankenhäuser im Vergleich zu Deutschland besteht.

In Schleswig-Holstein wurde in 2010 erstmalig in der Beteiligtenrunde beim Sozialministerium über die zusätzliche finanzielle Förderung sämtlicher Zentren entschieden, wobei die Struktur des Traumanetzwerkes hier als vorbildliche infrastrukturelle Leistung gesehen wurde und sich alle Beteiligten sehr rasch entscheiden konnten, aus den zur Verfügung stehenden finanziellen Mitteln diese Zentren zu fördern.

Eine entsprechende vertragliche Vereinbarung wurde einerseits zwischen der Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen getroffen. Des Weiteren wurde eine vertragliche Vereinbarung zwischen der Krankenhausgesellschaft und dem Uniklinikum Schleswig-Holstein getroffen, da sich dieses verpflichtet hat, die jährlich gezahlten Beträge nach einem unter den Kliniken ausgemachten Verteilungsschlüssel an die zertifizierten

## Aus unserem Fach

Kliniken des Traumanetzwerkes Schleswig-Holstein weiter zu vergeben.

### Förderung von Maßnahmen, die über reguläre Versorgung hinausgehen

Im Grundsatz dürfen diese finanziellen Mittel nicht für die reguläre Krankenversorgung verwendet werden, sondern – wie auch im Krankenhausentgeltgesetz genannt – nur für Maßnahmen, die über die reguläre Patientenversorgung hinausgehen.

Im Saarland wurde daran gedacht, eine Dokumentationsassistentin im Sinne einer Flying Study Nurse zur Verbesserung der Datenqualität im Traumaregister DGU einzustellen und eine organisatorische Unterstützung im Zentrum sowie in den Teilnehmerkliniken vorzunehmen. Derartige Dinge sind auch in Schleswig-Holstein angedacht. Insbesondere dienen die finanziellen Mittel aber der Vorbereitung und Durchführung der quartalsweise durchgeführten Qualitätszirkel sowie den Fortbildungsmaßnahmen auf überregionaler und lokaler Ebene, wie zum Beispiel den ATLS-Kursen.

Zusammenfassend lässt sich folgendes für die erfolgreiche finanzielle Unterstützung von Traumazentren festhalten:

- Die Beantragung einer Finanzierung kann nur auf Bundeslandebene erfolgen, insofern muss sich dieser Thematik in erster Linie seitens des Bundeslandmoderators angenommen werden.
- Die gesetzliche Grundlage ist nach dem Krankenhausentgeltgesetz gegeben. Dieses kommt aber nur zum Tragen, wenn die Zentren entsprechend im Landeskrankenhausbettenplan mit ihren spezifischen Aufgaben aufgeführt sind. Eine derartige Initiative muss sich an das jeweilige Ministeri-

um des Landes für Gesundheit und Soziales richten.

- Die grundsätzliche Bereitschaft zur finanziellen Unterstützung ist in parallelen Gesprächen mit dem Ministerium für Gesundheit und Soziales sowie den Krankenkassen zu klären. Unter den Krankenkassen sind insbesondere der VDAK sowie die AOK ein wichtiger Meinungsbildner und Multiplikator.
- Die Entscheidung einer derartigen Finanzierung muss in der sogenannten „Beteiligtenrunde“ getroffen werden, die in der Regel neben der zuständigen Landesbehörde die Krankenkassen involviert sowie die Landeskrankenhausgesellschaft und die Klinikträger.
- Wenn Einigkeit über die Finanzierung besteht, sind entsprechende vertragliche Ausgestaltungen vorzunehmen. Dieses ist dann von den regionalen Verhältnissen abhängig. In Schleswig-Holstein hat man sich in der Beteiligtenrunde darauf geeinigt, dass die Gelder letzten Endes über das Universitätsklinikum verteilt werden sollen, damit es seitens der Krankenhausgesellschaft nur einen Vertragspartner gibt. Die Verteilung der Gelder unter den beteiligten Kliniken kann nach einem zu vereinbarenden Schlüssel erfolgen, welcher die entsprechenden Aufgaben und den entsprechenden Leistungsumfang der unterschiedlich zertifizierten Kliniken berücksichtigen kann.

In Schleswig-Holstein war letzten Endes für die Vertragsgestaltung die Krankenhausgesellschaft die treibende Kraft, die das gesamte Finanzierungskonzept auch nochmals in einem Rechtsgutachten hat prüfen lassen. Nach dem jetzigen Stand sind das Traumanetzwerk und die darin beteiligten Kliniken bundesweit das erste Netzwerk, welches eine entsprechen-

de finanzielle Unterstützung seitens der Krankenkassen erfährt. Jedoch werden in einer Reihe von Bundesländern Tumorzentren und ähnliche Strukturen bereits finanziell gefördert. So wird zum Beispiel auch ein Verbund von Stroke Units in Bayern nach dieser gesetzlichen Regelung gefördert, wo sich im Übrigen auch das Land selbst finanziell beteiligt hat. Die Wege zum Ziel sind somit unterschiedlich. Die vorzunehmenden Schritte sind aber im Wesentlichen einheitlich.

*Tim Pohlemann  
Markus Burkhardt  
Andreas Seekamp*



Prof. Dr. Tim Pohlemann leitet die Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes.



Dr. Markus Burkhardt ist Oberarzt an der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum des Saarlandes.



Prof. Dr. Andreas Seekamp ist Direktor der Sektion für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein.

DGOU-STRATEGIEWORKSHOP

## Positive Zwischenbilanz

Seit vier Jahren existiert die DGOU als eigene Fachgesellschaft – Zeit, eine Zwischenbilanz zu ziehen. Aus diesem Anlass luden die Präsidenten und Generalsekretäre der DGOU am 16. November 2012 unter dem Motto „Vertretung des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie – Einheit in der Vielfalt?“ die Repräsentanten aller Sektionen zu einem gemeinsamen Strategieworkshop ins Hotel Centrovital in Berlin.

„Statt der Summation von DGU und DGOOC ist uns eine Verschmelzung gelungen, die Synergieeffekte schafft“, erklärte DGOU-Präsident Prof. Christoph Josten zum Auftakt und blickte auf wichtige Schritte der vergangenen Jahre zurück. Neben vielen erfolgreichen Entwicklungen sah er jedoch in der gesundheitspolitischen Struktur einen Problempunkt: Denn die Weiterbildungsordnung (WBO) zum Facharzt O und U sei Sache der Ärztekammern, die Lehre dagegen liege bei den Ländern. Ziel sei es daher, eine Konkordanz zwischen Approbationsordnung und WBO zu schaffen.

Die insgesamt 16 Sektionen der DGOU, die teils völlig autark, teils infrastrukturell auf die DGOU angewiesen sind, präsentierten sich jeweils mit Zielsetzung, Vorstand, Arbeitskreisen, Kommissionen, Mitgliederzahl sowie eigenen Leitlinien, Aus- und Weiterbildungscurricula, Zertifizierungen, Preisen und Förderungen, Veranstaltungen, Publikationen, Kooperationen und eigener Website.

Anschließend wurde zu einer Diskussion darüber angeregt, wie die DGOU zukünftig mit Anträgen von Gesellschaften zur Aufnahme als DGOU-Sektion verfahren solle, deren Inhalte nahezu deckungsgleich zu einer bereits bestehenden DGOU-Sektion sind. Schlüsselfragen dabei waren, wie hoch der Exklusivitätsanspruch einer Sektion sein dürfe, ob jeweils eine Sektion für eine Körperregion oder eine Methode genüge oder ob die DGOU offen für andere Ansätze sein solle. Außerdem wurden mögliche Kriterien für die Aufnahme oder Ablehnung einer neuen Sektion gesammelt, zum Beispiel Mitgliederzahl, Qualität oder

Prozentzahl der Überschneidungen mit den Inhalten anderer Sektionen. In dieser Hinsicht stand auch zur Debatte, ob eine potenziell aufzunehmende Sektion

**„Statt der Summation von DGU und DGOOC ist uns eine Verschmelzung gelungen, die Synergieeffekte schafft.“**

Prof. Christoph Josten, DGOU-Präsident 2012

eher topografisch oder operationstechnisch orientiert sei bzw. eine strukturell innovative Fragestellung habe. Übereinstimmung wurde darin erzielt, dass eine bis zu 30-prozentige Überschneidung mit Bereichen anderer Sektionen akzeptabel sei, zwingend aber 70 Prozent neue Anteile sein sollten. Die DGOU wird demnächst über die Kriterien entscheiden.

Die Mehrzahl der Sektionsvertreter befürwortete, dass die Mitglieder der Sektionen auch zu Mitgliedern der DGOU werden sollten. Bei vielen der Sektionen ist dafür keine Satzungsänderung erforderlich. Ausnahmen bilden Sektionen, die einen großen Anteil an Mitgliedern aus der Schweiz und Österreich haben, sowie Sektionen mit interdisziplinärer Mitgliederzusammensetzung, da sich hier eine verpflichtende DGOU-Mitgliedschaft nicht durchsetzen ließe.

Abschließend blickte die DGOU in die Zukunft voraus und stellte einige Planungen vor. Im Bereich Bildung soll die Vernetzung auf europäischer Ebene im Hinblick auf Qualifizierung verstärkt werden. Auch im Bereich der Kursangebote für Fort- und Weiterbildung ist eine engere Vernetzung geplant. So strebt die DGOU an, gemeinsam mit der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO), dem BVOU, der Akademie der Unfallchirurgie (AUC) und der DGU Schritt für Schritt ein umfassendes Kursportal aufzubauen.

Im Bereich Qualität und Sicherheit soll 2013 – zunächst versuchsweise – ein Leitlinien-Portal der DGOU eingerichtet werden. Bei der Erarbeitung von S1- und S2-Leitlinien sei Zusammenarbeit und Abstimmung notwendig. Wenn Sektionen eigene Leitlinien erarbeiten, sei der nächste Schritt die Einreichung beim DGOU-Vorstand. Die Leitlinien werden sodann als DGOU-Leitlinien im AWMF-Portal veröffentlicht.

Im Hinblick auf die Planung des nächsten Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) wurde angeregt, den „Specialty Day“ terminlich auf dem DKOU zu belassen, um auch „Laufkundschaft“ zu erreichen. Als ein jährlich wiederkehrendes organisatorisches Problem wurde die begrenzte Anzahl von Vorträgen gegenüber einer Vielzahl von eingereichten Vorschlägen sowie Überschneidungen von Veranstaltungen angesprochen. Terminwünsche würden bei der Planung berücksichtigt, Überschneidungen ließen sich jedoch nicht gänzlich vermeiden. Allerdings wolle man die Kooperation zwischen den Sektionen fördern, um die Vielfalt besser zu lenken.

Miriam Buchmann-Alisch



Miriam Buchmann-Alisch ist Redakteurin bei der DGU.

# Erfolge evaluieren – am Patienten orientieren

Unter diesem Motto findet parallel zum DKOU vom 23. bis 25. Oktober 2013 im ICC in Berlin der 12. Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) statt. Das Deutsche Netzwerk für Versorgungsforschung richtet den Kongress gemeinsam mit der DGOU und dem BVOU aus.

Das Leitthema „Erfolge evaluieren – am Patienten orientieren“ des Versorgungsforschungskongresses schließt nahtlos an das des DKOU – „Menschen bewegen – Erfolge erleben“ – an und unterstreicht die Dualität zwischen klinischer Expertise und Professionalität einerseits und der Notwendigkeit, unser Handeln zu hinterfragen und die Sichtweise des Patienten stärker in den Mittelpunkt zu stellen, andererseits. Eine wichtige Aufgabe der Versorgungsforschung ist es deshalb, den Kontext der Gesundheitsversorgung genauer zu analysieren, damit eine am internationalen Stand orientierte klinische Leistung besser wirken kann.

### Versorgungsforschung in O und U

Die Orthopädie und Unfallchirurgie will ein klares Signal für die Unterstützung und die aktive Teilnahme an der Versorgungsforschung setzen. Sie bietet bereits eine umfangreiche Möglichkeit zur Registerforschung beim Polytrauma und in

der Endoprothetik, Daten der externen Qualitätssicherung im ambulanten, akutstationären und rehabilitativen Sektor und nicht zuletzt allein zwei laufende Dekaden der Weltgesundheitsorganisation und der Vereinten Nationen, welche die nationale und globale Bedeutung von Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates unterstreichen. Eine Herausforderung stellen die Nutzenbewertung von Medizinprodukten und mit ihnen verbundene Allokationsentscheidungen dar, denen wir einen Schwerpunkt in diesem Kongress einräumen wollen.

### Themenschwerpunkte

Auf der Kongress-Agenda stehen folgende Schwerpunkte:

- Versorgungsforschung: Die vierte Säule der Gesundheitsforschung
- Versorgungsforschung bei muskuloskelettalen Erkrankungen und Unfällen: Status quo und zukünftiger Bedarf
- Nutzen- und Risikobewertung von Medizinprodukten und Arzneimitteln
- Methoden für die Versorgungsforschung
- Freie Themen

Diese werden in Hauptvorträgen, freien Beiträgen und Postern, Methodikseminaren und Rund-Tisch-Diskussionen mit Vertretern der Politik, der Krankenkassen sowie der wissenschaftlichen Gesellschaften und Institute präsentiert. Der 12. DKVF bietet damit eine hervorragende Plattform für den Austausch zwischen Wissenschaftlern, Herstellern, Kostenträgern und der Politik. Spezielle Veranstaltungen für und von Nachwuchswissenschaftlern ergänzen das umfangreiche Themenangebot.

Wir laden Sie herzlich ein, sich aktiv am Versorgungsforschungskongress zu beteiligen. Nur die aktive Beteiligung von Orthopäden und Unfallchirurgen kann die Bedeutung muskuloskelettaler Erkrankungen und Verletzungen in diesem wichtigen (wissenschafts-) politischen Bereich unterstreichen. Wir freuen uns, mit Ihnen gemeinsam neue Wege für die Beschreibung, Bewertung und nachhaltige Verbesserung der Versorgung in Deutschland entwickeln zu können.

### Die Kongresspräsidenten



Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer, BVOU und DGOOC



Prof. Dr. Edmund A. M. Neugebauer, DNVF



PD Dr. Dirk Stengel, MSc, DGU



### WICHTIGE TERMINE

**1. März 2013**  
Beginn Abstract-Einreichung und Registrierung

**Von März bis Oktober 2013**  
Vorregistrierung per Internet

**15. Mai 2013**  
Ende Abstract-Einreichung

**31. August 2013**  
Ende Frühbuchung

**23. bis 25. Oktober 2013**  
Versorgungsforschungskongress gemeinsam mit DKOU 2013

**Mehr Infos**  
[www.dkvf2013.de](http://www.dkvf2013.de)

# Maßgeschneidertes Intensivprogramm für den Nachwuchs

Die traditionsreiche 61. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU) vom 1. bis 4. Mai 2013 im Kongresshaus Baden-Baden richtet sich in diesem Jahr auch wieder an den orthopädisch-unfallchirurgischen Nachwuchs – mit einem weiter ausgebauten Nachwuchsförderprogramm, welches speziell auf die Bedürfnisse der Assistenten/innen zugeschnitten wurde.

Mittlerweile ist ein maßgeschneidertes Intensivprogramm für Jung-Assistenten/innen – organisiert von Prof. Dr. Dr. Jörg Jerosch – von der Kongress-Agenda nicht mehr wegzudenken. So gibt es verschiedene Vortragsblöcke mit Themen, welche auf die Fragen und Bedürfnisse von Ärztinnen und Ärzten in der Weiterbildung eingehen:

- Orthopädische Hilfsmittel – Indikation und Verordnung
- Bandverletzungen am Kniegelenk – wie diagnostizieren, wie behandeln?
- Bildgebende Verfahren in der Orthopädie und Unfallchirurgie – was mache ich wann? Welche Aussage bekomme ich woher?
- Typische Probleme des Assistenten im Nachtdienst

- Manuelle Medizin – Techniken, Indikationen, Möglichkeiten und Grenzen
- Technische Details zu Injektionen an großen und kleinen Gelenken
- Essentials der medikamentösen Schmerztherapie in Orthopädie und Unfallchirurgie
- Die wichtigsten Injektionen an der LWS

Damit sich die Assistentinnen und Assistenten beim Kongress leichter orientieren können, werden ihnen Tutoren zugeteilt. Dabei wird ein Tutor sieben bis zehn Assistenten/innen betreuen. Die Tutoren werden sich mit den Assistenten/innen ihrer Gruppe vor dem Kongress kurzschließen und entsprechende Absprachen treffen.

### Zu OP-Kursen anmelden!

Vom zweiten bis letzten Kongresstag findet ein morgendliches OP-Training in Knie- und Schulterarthroskopie sowie Hüft- und Schulter-Endoprothetik statt. Dort führen profilierte Ärzte die Assistenten/innen an Operationstechniken heran. Dies beinhaltet auch praktische Übungen an Modellen. Für die OP-Kurse ist eine spezielle Anmeldung unter [www.vsou.de](http://www.vsou.de) → **Nachwuchsförderung** → **Anmeldeformular** nötig. Anmeldeschluss ist der 31. März 2013.

### VSOU-Nachwuchsförderpreis

Die VSOU lobt zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses einen VSOU-Nachwuchsförderpreis aus, welcher erneut von der Firma Rottapharm Madaus gesponsert wird. Damit erhalten die Nachwuchsmediziner die Möglichkeit, wissenschaftliche Beiträge – Doktor-, Diplomarbeiten und sonstige wissenschaftliche Arbeiten – zu präsentieren. Die Arbeiten werden von einer unabhängigen Jury begutachtet, die besten werden prämiert:

- 1. Preis: 750 Euro
- 2. Preis: 500 Euro
- 3. Preis: 250 Euro

Die Preisverleihung erfolgt im Rahmen der Abschlussveranstaltung.

Quelle: Text, PR und mehr

### MEHR INFOS

[www.vsou.de](http://www.vsou.de)

Für Assistenzärzte, Ärzte in der Ausbildung und Studenten ist der Eintritt kostenlos.



Foto: Text, PR und mehr

**Morgendliche OP-Kurse:** Schon im vergangenen Jahren ernteten die OP-Instruktionskurse speziell für Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung großes Lob. Wer daran teilnehmen möchte, darf nicht verpassen, sich unter [www.vsou.de](http://www.vsou.de) dafür anzumelden.

## Qualitätszirkel im Traumanetzwerk

Ein Qualitätszirkel ist eine Gesprächsgruppe, in der Mitarbeiter einer Abteilung sich regelmäßig treffen und über Hierarchiegrenzen hinweg Sachverhalte aus ihrem Arbeitsalltag diskutieren und Verbesserungsvorschläge erarbeiten. Auch im TraumaNetzwerk DGU® setzen sich Qualitätszirkel zusammen, um die Qualität der Behandlung von Schwerverletzten zu unterstützen.

### 1. Einleitung

Das Projekt TraumaNetzwerkDGU®, im Jahre 2007 eingerichtet, befördert Qualität, Sicherheit und Zufriedenheit der Schwerverletztenversorgung in Deutschland. Grundlage hierzu sind die Empfehlungen der DGU zur Versorgung, Optimierung der Qualität und Sicherheit der Schwerverletztenversorgung – Weißbuch zur Schwerverletztenversorgung, 2. Auflage 2012. Auch für die Sicherung der Qualität und Sicherheit der vielfältigen multidisziplinären Schnittstellen

sowie der komplexen Versorgung von Schwerverletzten von der Unfallstelle bis zur Wiedereingliederung in das soziale und berufliche Umfeld des Verletzten sind die Methoden des Qualitäts- und Risikomanagements wirkungsvoll einzusetzen. Dazu zählt auch die Einrichtung von Qualitätszirkeln, die ausgerichtet an den Bedürfnissen der Kliniken eines Traumanetzwerkes und des Netzwerkes selbst wirkungsvoll die Qualität des Behandlungsprozesses unterstützen.

Vor allem unter Einbezug der fortlaufenden Messung der Ergebnisqualität durch das Benchmarking mit anderen Einrichtungen im Rahmen der verpflichtenden Teilnahme der TNW-Kliniken am TraumaRegister DGU® kann die Arbeit eines Qualitätszirkels (QZ) zielgerichtet befördert werden. So können beispielsweise SWOT-Analysen (Strengths/Weaknesses/Opportunity/Threads) – Darstellung von Auffälligkeiten und Suche nach „Best Practise“-Lösungen – schnell und einfach durchgeführt werden.

Folgende Hinweise sollen auf Grund von Erfahrungen aus dem Qualitäts- und Risikomanagement sowie bei der Einrichtung von Qualitätszirkeln die Implementierung von QZ im TNW erleichtern:

Qualitätssicherung ist nach dem Sozialgesetzbuch V verpflichtender Bestandteil aller Sektoren der medizinischen Versorgung.

„Eine wesentliche Aufgabe der Qualitätssicherung besteht nach wie vor darin, die strukturellen Voraussetzungen für eine hohe Qualität ärztlichen Handelns in der Aus- und Weiterbildung zu schaffen und zu erhalten. In Ergänzung dazu bedarf es jedoch auch dynamischer, auf Selbstverantwortung und eigener Motivation basierender Verfahren zur Evaluation,

Sicherung und Verbesserung der Prozess- und Ergebnisqualität im Sinne eines selbstlernenden Systems.“ (Aus: Präambel der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V vom 22. Dezember 2010).

Der Erfolg von Qualitätszirkeln hängt wesentlich von folgenden Faktoren ab:

- Richtige Auswahl der Themen
- Auswahl der geeigneten Gruppenteilnehmer und -leiter
- Einbindung in ein Gesamtkonzept zur Weiterentwicklung des Qualitätsmanagement-Systems im TNW
- Klare Definition der Ziele
- Umsetzung der entwickelten Lösungen
- Professionelle Moderation

Die Arbeitsweise von Qualitätszirkeln ist strukturiert und wird durch die Anwendung von geeigneten Methoden unterstützt. Der Moderator soll diese Methoden beherrschen und anwenden. Verbesserungsmaßnahmen, die durch Qualitätszirkel erarbeitet werden, sollen dokumentiert, allen Betroffenen bekannt gemacht und in die Praxis umgesetzt werden.

### 2. Qualitätszirkel

#### 2.1 Was sind Qualitätszirkel?

Qualitätszirkel sind auf unbestimmte Dauer angelegte Kleingruppen, in denen Mitarbeiter der gleichen Ebene mit einer gemeinsamen Erfahrungsgrundlage in regelmäßigen Abständen unter Leitung eines Moderators zusammenkommen. Sie sind in ihrer Arbeitsweise selbststeuernde und selbstkontrollierende Lernsysteme, in denen die Teilnehmer in die Lage versetzt werden, mit den jeweils

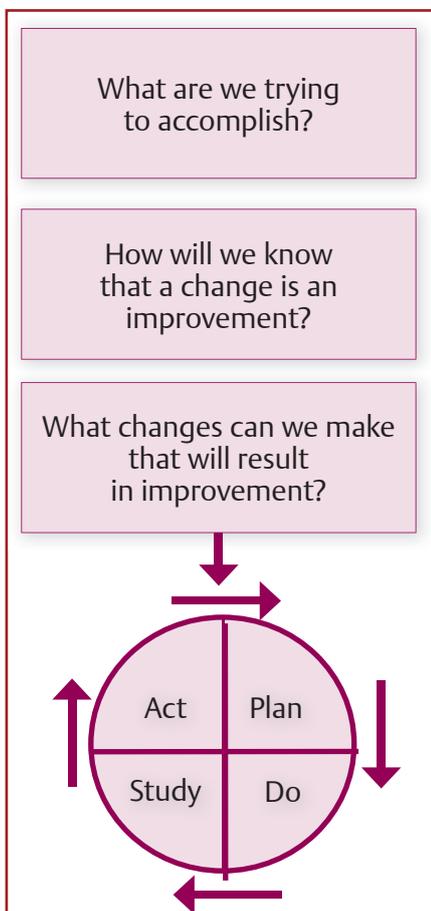


Abb. 1 Model of Improvement, Langley et al.

individuellen Fähigkeiten und Kenntnissen Veränderungen mit dem Ziel der Optimierung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen herbeizuführen.

Qualitätszirkelarbeit bedeutet Kompetenzerweiterung durch interaktives Lernen an den Grenzen des Individual- und Expertenwissens. Sie basiert auf Toleranz gegenüber unterschiedlichen Meinungen sowie wechselseitiger persönlicher Wertschätzung der Qualitätszirkel-Teilnehmer.

Unter der Anleitung eines Moderators werden Ziele, Strategien und Problemlösungen im Rahmen des Qualitätsmanagements erarbeitet. Die Arbeit eines Qualitätszirkels orientiert sich hierbei am PDCA-Kreis (Plan-Do-Check-Act). Ziel ist es, Themen des eigenen Arbeitsbereiches zu analysieren, Lösungsvorschläge aufzuzeigen und das Ergebnis der Umsetzung zu erfassen.

Für die Arbeit eines QZ TNW bedeutet dies: Relevante Auffälligkeiten in der Versorgung schwerverletzter Patienten (zum Beispiel Kooperation zwischen Kliniken, Rettungsdiensten und Leitstellen, spezialisierten Kliniken, Reha-Einrichtungen und Vertragsärzten) zu identifizieren (an Hand von Stichproben, Fallberichten, TR-Daten), deren Ursache zu analysieren, Lösungswege aufzeigen, mit allen Beteiligten nach Abstimmung umzusetzen und den Erfolg der Maßnahmen zu kontrollieren.

Qualitätszirkel sollten regelmäßig nach strukturierten Vorgaben der Teilnehmer stattfinden, ein Ergebnisprotokoll muss erstellt und allen Mitgliedern des TNW zur Verfügung gestellt werden.

Der hier vorgestellte Prozess basiert auf dem von Langley et al. publiziertem und etabliertem „Model for Improvement“, welches in einer Vielzahl unterschiedlicher Organisationen des Gesundheitswesens angewendet wird und unter anderem vom amerikanischen Institute for Healthcare Improvement (IHI) verwendet wird (siehe ► **Abb. 1**).

Bevor man sich an die Umsetzung von Veränderungen macht, sollte man zuerst folgende drei Fragen beantworten:

- Was wollen wir erreichen?
- Woher wissen wir, dass eine Veränderung auch eine Verbesserung ist?

- Was können wir ändern, damit eine Verbesserung erreicht wird?

## 2.2 Merkmale und Zusammensetzung

- themenzentrierte, erfahrungsbezogene Vorgehensweise
- Vertraulichkeit gewährleisten und Offenheit pflegen
- Einverständnis zur Nutzung der Daten des TraumaRegisterDGU® (Datenschutzbestimmungen beachten und abstimmen!)
- strukturierter Rahmen (Teilnehmerkonstanz, Teilnehmerzahl, Frequenz der Treffen, Ort- und Zeitvorgaben)
- Leitung durch einen Moderator (möglichst geschult; unter Umständen auch neutraler Moderator aus anderem TNW bei heiklen Themen)
- Teilnehmer: Vertreter aus allen Einrichtungen des TNW
  - Zusätzlich Vertreter für die Bereiche: Rettung (Boden- und luftgebunden), spezielle Einrichtungen – siehe Weißbuch – und bei Bedarf Funktionsbereiche

Bei größeren Traumanetzwerken erscheint die Bildung mehrerer Qualitätszirkel sinnvoll. Dabei sollten regional kooperierende Kliniken sowie die zuständigen Rettungsdienste und gegebenenfalls weitere Einrichtungen einen Qualitätszirkel bilden. Die Teilnehmerzahl eines Qualitätszirkels sollte nach Möglichkeit zehn Personen nicht überschreiten.

- Eventuell Einrichtung von Arbeitskreisen mit speziellen zeitlich begrenzten Aufgaben
- Kontinuierliche und prozessuale Zusammenarbeit unter Berücksichtigung der festgelegten Ziele

## 2.3 Ziele/Aufgaben

Vom Besten lernen, Auffälligkeiten der Versorgung im Netzwerk und mit angrenzenden TNW ansprechen, analysieren, Lösungswege aufzeigen und das Ergebnis messen

Aufgabenstellung: Es werden selbst gewählte Probleme/Defizite und Schwachstellen aus dem Aufgabenbereich analysiert, um Problemlösungen zu erarbeiten und Verbesserungsvorschläge zu verwirklichen. Die Projektgruppe überprüft dabei die erzielten Ergebnisse.

Folgende Instrumente können beispielsweise zur Identifikation von Problemereichen genutzt werden:

### a) an Hand der Daten des TraumaRegisterDGU®:

- Präklinik
- Schockraummanagement/ Zeiten, Methoden-up-date
- Verlegung und Rückverlegung: hier Kommunikation und Dokumentation
- Versorgung schwerverletzter Kinder

**b) auftretende Probleme** bei der Umsetzung Projekt TeleKooperation TNW®, in Arbeitskreisen: fachgruppenspezifische Themen

**c) Fortbildung** fachspezifisch und im Bereich Patientensicherheit und Zufriedenheit, zum Beispiel Beschwerdemanagement, Umgang mit Fehlern, Fehlermeldewesen, Dokumentation

**d) Evaluation** der im QZ besprochenen Lösungen: Veränderungen erfassen und bewerten

**e) Hinweise an AKUT** zur Optimierung des Projektes TraumaNetzwerk DGU®

Sind Probleme identifiziert, so müssen neue Ziele definiert werden. Bei der Festlegung von Zielen ist zu beachten, dass die Ziele möglichst konkret sein sollen. So sollten die Ziele SMART sein:

- Specific (Spezifisch)
- Measurable (Messbar)
- Achievable (Erreichbar)
- Relevant (für die Problemstellung relevant)
- Timely (in angemessener Zeit erreichbar)

## 3. Spezielle Hinweise/ Vorschläge

### 3.1 Rolle des Moderators

- methodischer Helfer
- „Hebamme“ für ein Problem
- Fachmann für die Wege der Kommunikation
- Betreuer, Anreger, Koordinator, Coach
- kein Leiter, Führer, Hierarch
- kein Lehrer, der es besser weiß
- kein „Experte“, der das Eigentliche weiß

Für die Rolle des Moderators gibt es kein Patentrezept. Es bestehen allerdings eini-

**Qualitätszirkel** sind auf unbestimmte Dauer angelegte **Kleingruppen**, in denen Mitarbeiter der gleichen Ebene mit einer gemeinsamen Erfahrungsgrundlage in regelmäßigen Abständen unter Leitung eines Moderators zusammenkommen. Sie sind in ihrer Arbeitsweise **selbststeuernde und selbstkontrollierende Lernsysteme**, in denen die Teilnehmer in die Lage versetzt werden, mit den jeweils individuellen Fähigkeiten und Kenntnissen Veränderungen mit dem **Ziel der Optimierung** von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen herbeizuführen.

ge Regeln, an die man sich bei der Moderation von Gruppen halten sollte. Hilfreich ist dem Moderator dabei sein eigenes „Rollenverständnis“, das heißt eine bewusste Einstellung zur Funktion, die er innerhalb der Gruppe zu erfüllen hat.

### 3.2 Aufgaben des Moderators

Die Aufgaben des Moderators bestehen im Wesentlichen darin:

- die Treffen im Einvernehmen mit den Teilnehmern zu organisieren, zu dokumentieren und für den geregelten Ablauf zu sorgen;
- eine Agenda für die Treffen festzulegen;
- Vorschläge zu fach-themenspezifischen Fragen vorzulegen; eventuell externe Referenten einzuladen;
- die Treffen vorzubereiten (zum Beispiel Durchführung bestimmter Analysen des TraumaRegisterDGU®).

### 4. Klassischer Moderationszyklus

**Phase 1 – Einstieg:** Teilnehmer ankommen lassen, Orientierung geben, Ziele definieren, Gruppe „arbeitsfähig“ werden lassen.

**Phase 2 – Sammeln:** Themen sammeln, die zur Bearbeitung anstehen. Dazu kann sowohl die klassische „Kartenabfrage“ genutzt werden als auch ein World-Café oder jede andere Methodik, die es der Gruppe ermöglicht, einen vollständigen Überblick über das zu bearbeitende Themenspektrum zu erhalten.

**Phase 3 – Auswählen:** Entscheidungsfindung und Gewichtung der Themen. Mögliche Fragen dazu sind: Was muss bearbeitet werden? Welche Themen sind aus Sicht der Teilnehmer besonders wichtig? Wo können am schnellsten Erfolge erzielt werden? Letztlich geht es darum, gemeinsam festzulegen, in welcher Reihenfolge vorgegangen werden soll.

**Phase 4 – Bearbeiten:** Kernphase des Arbeitsprozesses. Bearbeitung der ausgewählten Themen.

**Phase 5 – Planen:** Festlegung, wie konkret weiter verfahren werden soll. Erstellung einer To-Do-Liste: Wer macht was bis wann mit wem?

**Phase 6 – Abschließen:** Zusammenfassung, Bewertung der geleisteten Arbeit, Reflexion des Gruppenprozesses und der Umsetzungsorientierung sowie letztlich der Verabschiedung der Teilnehmer.

**Protokoll:** Das Ergebnis der Sitzungen ist in Form eines Ergebnisprotokolls zu dokumentieren.

- organisatorische Eckdaten (Ort, Beginn, Ende, Teilnehmer), Tagesordnung
- Vorbereitungsbeiträge von Teilnehmern (zum Beispiel als Anlage)
- erörterte Themen bzw. Ergebnisse
- erzielter Konsens
- vereinbarte weitere Schritte inklusive Verantwortlichkeiten und Zeitplanung (Aufgabenliste)
- Zeitpunkt der nächsten Sitzung

Es ist sinnvoll, dass das Protokoll während der Sitzung nicht gleichzeitig vom Moderator, sondern von einem ausgewählten Mitglied des QZ geführt wird. Der Moderator prüft abschließend das Protokoll und verteilt es an die Mitglieder des QZ.

### 5. Konzeptionelle Überlegungen vor der Einführung von moderierten Qualitätszirkeln

- Was ist das Thema für den ersten Qualitätszirkel/die erste Projektgruppe, damit die Arbeit erfolgreich sein kann?
- Wie erfolgen zukünftig die Auswahl und die Priorisierung von Themen?
- Wann und wie oft sollten Qualitätszirkel tagen?

- Wer sollte sie leiten, wer in ihnen mitarbeiten? Wie sollen diese Mitarbeiter gewonnen werden?
- Wer ist verantwortlich dafür, dass alle notwendigen materiellen Voraussetzungen für die Arbeit von Qualitätszirkeln (Moderationsmaterial, Raum, Zeit, Kapazität für Datensammlung, -erfassung und -auswertung usw.) geschaffen werden?
- Welche Mitarbeiter werden zu Moderatoren ausgebildet?
- Wie werden Projektverlauf und Ergebnisse kontrolliert und dokumentiert?
- Wie wird sichergestellt, dass die von den Qualitätszirkeln erarbeiteten Lösungen umgesetzt werden?

### 6. Praktische Hinweise zur Umsetzung – QZ TNW

Das Ziel eines QZ in einem TNW ist, Versorgungsqualität, Sicherheit und Zufriedenheit in allen Traumazentren zu befördern, den Prozess des Zusammenwachsens der Kliniken und Rettungsdiensten zu stärken und die Netzwerkstruktur auch mit anderen TNW zu festigen.

#### 6.1 Wie finde ich Kliniken, die an einem Qualitätszirkel teilnehmen wollen?

Bei der Gründung eines Qualitätszirkels sollten alle Kliniken eines TNW oder einer Region berücksichtigt werden, die aktuell in die Behandlung von Schwerverletzten eingebunden sind, inklusive spezieller Behandlungszentren (Schwerbrandverletzte, Rehakliniken etc.), siehe auch Weißbuch zur Schwerverletztenversorgung der DGU, 2. Auflage 2012. Bei größeren Traumanetzwerken erscheint die Bildung mehrerer, regional organisierter Qualitätszirkel sinnvoll.

#### 6.2 Wer ist federführend in der Leitung und Organisation der Treffen?

Nach Zusammenschluss der einzelnen Kliniken zu einem Qualitätszirkel wer-

den ein Sprecher des Qualitätszirkels und sein Stellvertreter gewählt. Es empfiehlt sich, den Sprecher aus der Klinik mit der Versorgungsstufe der Maximalversorgung (Ressourcen) zu wählen, der möglichst Erfahrung und vor allem Interesse an dieser Arbeit mitbringt.

### 6.3 Was ist bei der Bildung eines Qualitätszirkels zu beachten?

Ein Moderator übernimmt die Aufgabe, auf die Einhaltung definierter Zeiten (Beginn und Ende der Diskussion) und die interpersonellen Prozesse zu achten. Ein Protokollführer sorgt für die Niederschrift der gestellten Fragen und der erarbeiteten Lösungen, um die Arbeit des Qualitätszirkels validierbar zu machen. Da die Besetzung zumeist nicht mehr verändert wird, sollte bereits bei der Auswahl der Mitarbeiter darauf geachtet werden, dass alle Bereiche und Berufsgruppen angemessen vertreten werden.

Der Moderator muss bereits im Vorfeld bestimmt werden und über eine entsprechende Qualifikation verfügen. Denkbar ist zu Beginn auch eine Moderation durch einen erfahrenen Moderator, der einen neuen Moderator anlernt, so dass dieser dann im Verlaufe die Moderatorenrolle übernehmen kann. Aus Gründen der Neutralität kann es zudem angeraten sein, bei bestimmten sensiblen Themen einzelner Sitzungen auch einen externen Moderator (zum Beispiel eines anderen QZ) einzuladen.

Um Ergebnisse und Auffälligkeiten der Versorgung im TNW an Hand von Fakten bearbeiten zu können, empfiehlt es sich, rechtzeitig die Fragestellung zum

Abwurf von entsprechenden Daten und Auswertungen an die Geschäftsstelle des TraumaRegisterDGU® in Köln zu stellen. Bei Aufhebung der Anonymisierung von Daten aus einzelnen Kliniken müssen die geltenden Datenschutzbestimmungen eingehalten werden.

### 6.4 Was ist bei der Protokollierung zu beachten?

Die Sitzungen des Zirkels werden protokolliert. Es empfiehlt sich, im Protokoll eine Tagesordnung, die jeweiligen Problemstellungen und deren Lösungen durch bestimmte Personen zu einem bestimmten Datum festzulegen.

### 6.5 Wie viele Personen nehmen am Treffen eines Qualitätszirkels teil?

In Qualitätszirkeln treffen sich etwa fünf bis zehn Vertreter, um in der Kleingruppe innerhalb eines Arbeitsbereiches Aktivitäten in Richtung Qualitätskontrolle aufzunehmen. Alternativ setzt sich der QZ aus mehreren Personen zusammen, die für bestimmte Aufgaben einen Arbeitskreis auf Zeit einrichten.

### 6.6 Wie oft sollten Treffen eines Qualitätszirkels stattfinden?

Der Rhythmus der Treffen sollte beim ersten Treffen festgelegt werden. Es empfiehlt sich, sich in regelmäßigen Abständen etwa alle acht bis zwölf Wochen zu treffen. Zwischenzeitlich können Ergebnisse auch beispielsweise per Mail ausgetauscht und konsentiert werden.

### 6.7 Wie ist die Finanzierung der Treffen geregelt?

Es gibt verschiedene Möglichkeiten:

- Die Treffen finden im Wechsel in den einzelnen Kliniken des Qualitätszirkels statt.
- Die Treffen finden im zentral gelegenen Klinikum statt, und es wird eine Gebühr festgelegt, die jedes Krankenhaus für Anreise und Verpflegung entrichtet.
- Es findet sich ein Sponsor etc., der die Gebühr übernimmt.

Prof. Dr. Hartmut Siebert  
Annette Pries  
Dr. Christian Jura



Prof. Dr. Hartmut Siebert, Berlin, Generalsekretär der DGU



Annette Pries, Geschäftsführerin der DIOcert GmbH, Mainz



Dr. Christian Jura, Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Universitätsklinikum Münster

### WEITERFÜHRENDE LITERATUR

- Bundesärztekammer (Hrsg.): Leitfaden Qualitätsmanagement im deutschen Krankenhaus, Germering: W. Zuckschwerdt Verlag, 1997
- Deppe, Joachim: Qualitätszirkel und Lernstatt, Wiesbaden: Gabler-Verlag, 1989
- Deppe, Joachim: Qualitätszirkel – Ideenmanagement durch Gruppenarbeit, Bern: Verlag Peter Lang, 1986
- Ernstberger, Andreas, Koller, Michael und Nerlich, Michael: Qualitätszirkel im TraumaNetzwerkDGU® – ein Instrument zur kontinuierlichen Verbesserung der Schwerverletztenversorgung, Unfallchirurg, 2011
- Haeske-Seeberg, Heidemarie: Projektgruppenmoderation im Krankenhaus. Techni-

ken – Umsetzung – Praxisbeispiele, Stuttgart: Kohlhammer Verlag, 2010

- Haeske-Seeberg, Heidemarie: „Wie kann die Qualitätsarbeit in den Krankenhäusern durch externe Qualitätsvergleiche unterstützt werden?“, in: Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V., BAGS Hamburg (Hrsg.): Abstractband der 5. Jahrestagung der QMG, Düsseldorf, 1998
- Jura, Christian, Raschke, M.: Qualitätszirkel im TraumaNetzwerkDGU® – Theoretische Hintergründe und praktische Umsetzung, Publikation im „Unfallchirurg“ in Vorbereitung, 2012

8 Klebert, Karin; Schrader, Einhard, Straub, Walter, G.: Kurzmoderation, Hamburg: Windmühle Verlag 1987

9 Weißbuch Schwerverletzten-Versorgung: Empfehlungen zur Struktur, Organisation, Ausstattung sowie Förderung von Qualität und Sicherheit in der Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik Deutschland, DGU, 2., erweiterte Auflage, Supplement in „Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichten“, Juni 2012, Stuttgart: Thieme Verlag

10 Langley, Gerald J. (Hrsg.): The Improvement Guide, Jossey-Bass Management and Business Series, 2009

# Stichprobenprüfung im Einzelfall

Es gibt vielfältigste Vorgaben zur Qualitätssicherung beim Röntgen. Unter anderem prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Qualität der vertragsärztlichen Röntgenleistungen – mit höchst unterschiedlichen Ergebnissen. Wie die KVen dabei vorgehen und was Vertragsärzte außerdem wissen sollten, beleuchtet dieser Beitrag.

Viele Orthopäden und Unfallchirurgen röntgen, finden sich aber im Dickicht der einschlägigen Vorgaben nur unzureichend zurecht. Das ist nachvollziehbar, denn das Röntgen wird auf Basis unterschiedlichster Vorschriften qualitätsgesichert: Die Ärztlichen Stellen prüfen sowohl nach der Röntgenverordnung nebst Qualitäts-Richtlinie und -Leitlinie als auch nach der Strahlenschutzverordnung, ergänzt wiederum durch eine Richtlinie sowie eine Orientierungshilfe für bildgebende Verfahren.

Außerdem prüft die Kassenärztliche Vereinigung (KV) die Qualität unter anderem der vertragsärztlichen Röntgenleistungen im Einzelfall durch Stichproben. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat dazu Richtlinien zur Qualitätsprüfung und Qualitätsbeurteilung erlassen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) wiederum erstellt im Rahmen ihrer Qualitätssicherungs-Richtlinie ein einheitliches Bewertungsschema. Die Qualitätsprüfungen werden in den einzelnen KV-Bezirken mit höchst unterschiedlichen Ergebnissen durchgeführt: Ausweislich einer KBV-Statistik wurden zum Beispiel von der KV Rheinland-Pfalz in weniger als fünf Prozent von insgesamt 233 Routineprüfungen „schwerwiegende Beanstandungen“ festgestellt, von der KV Berlin hingegen in knapp 30 Prozent von insgesamt 28 Routineprüfungen (Quelle: Vortrag auf der 3. Qualitätssicherungskonferenz des GBA vom 28. November 2011).

Dieser Beitrag behandelt ausschließlich die KV-Prüfungen. Er zeigt deren Grundzüge auf und soll Orthopäden und Unfallchirurgen für das Vorgehen der Kassenärztlichen Vereinigungen sensibilisieren, außerdem kommentiert er kritisch die Prüfungsergebnisse einiger Qualitätssicherungs-Kommissionen.

### Ablauf des KV-Prüfverfahrens

Zuständig ist die KV, die wiederum eine Qualitätssicherungs-Kommission einrichtet. Diese bewertet im Regelfall zunächst einzeln zwölf Patientendokumentationen aus einem Quartal. Den Einzelbewertungen sind dabei folgende Parameter zugrunde zu legen:

- Indikation
- Charakteristische Bildmerkmale einschließlich Bildidentifikation
- Wichtige Bilddetails (analog/digital)
- Kritische Strukturen/kritische Bildelemente
- Strahlenschutz
- Befundung

Für jede Einzelbewertung werden auf diese sechs Parameter verteilt insgesamt maximal 20 Punkte vergeben: bis zu zwei Punkte für die Indikation, bis zu drei Punkte für charakteristische Bildmerkmale, bis zu drei Punkte für wichtige Bilddetails, bis zu drei Punkte für kritische Strukturen/kritische Bildelemente, bis zu drei Punkte für Strahlenschutz sowie bis zu sechs Punkte für die Befundung. Das Ergebnis jeder Einzelbewertung lautet dann wie folgt:

- 19 – 20 Punkte: Keine Beanstandungen
- 16 – 18 Punkte: Geringe Beanstandungen
- 10 – 15 Punkte: Erhebliche Beanstandungen
- 0 – 9 Punkte: Schwerwiegende Beanstandungen

Anschließend wird aus den zwölf Einzelbewertungen die Gesamtbewertung gebildet (siehe Kasten Einzelbewertungen/Gesamtbewertung).

Die Qualitätssicherungs-Kommission hält die Bewertungen mit Begründung

in einer Ergebnisniederschrift fest. Auf Grundlage dieser Niederschrift hat die KV dann im Rahmen pflichtgemäßen Ermessens etwaige Maßnahmen zu treffen. Je nach Gesamtbewertung und Art der festgestellten Mängel sind eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen zu ergreifen: Lautet die Bewertung „keine Beanstandungen“, bestätigt die KV schlicht, dass die geprüften Leistungen den Qualitätsanforderungen entsprechen. Das Ergebnis „geringe Beanstandungen“ kann zu einer schriftlichen Empfehlung zur Beseitigung der festgestellten Mängel innerhalb einer angemessenen Frist führen, gegebenenfalls verbunden mit einem Beratungsgespräch.

Komplexer sind die Möglichkeiten der KV, wenn die Gesamtbewertung schlechter ausfällt: Wurden „erhebliche Beanstandungen“ festgestellt, kann sie eine schriftliche Empfehlung oder Verpflichtung zur Beseitigung der festgestellten Mängel innerhalb einer angemessenen Frist erteilen, gegebenenfalls verbunden mit einem Beratungsgespräch. Weitere mögliche Maßnahmen sind die Nichtvergütung der beanstandeten Leistungen bzw. Rückforderung bereits geleisteter Vergütungen sowie eine Praxisbegehung.

Fordert die KV weitere Dokumentationen aus einem dem Prüfquartal zeitnah folgenden Quartal an, und setzt sie damit das Prüfverfahren fort, ist Vorsicht geboten. Werden die angeforderten weiteren Dokumentationen nicht eingereicht oder werden bei den weiteren eingereichten Dokumentationen erneut „erhebliche“ oder „schwerwiegende Beanstandungen“ festgestellt, wird der Arzt unverzüglich zu einem Kolloquium geladen. Besteht er das Kolloquium nicht, gibt es einen Folgetermin. Besteht der Arzt auch das erneute Kolloquium nicht, wird die Genehmigung widerrufen. Die erneute Erteilung der Genehmigung

kann frühestens nach sechs Monaten erfolgen und hängt von der erfolgreichen Teilnahme an einem Kolloquium ab.

Hat die Qualitätssicherungs-Kommission gar „schwerwiegende Beanstandungen“ festgestellt, sind wiederum die Verpflichtung zur Mängelbeseitigung, ein Beratungsgespräch, die Nichtvergütung oder Rückforderung von Vergütung und die Praxisbegehung mögliche Maßnahmen. Daneben ist – auch eine vorherige Ausweitung der Stichprobenprüfung –, eine unverzügliche Ladung zu einem Kolloquium möglich. Darüber hinaus kann die Genehmigung auch ohne Kolloquium direkt widerrufen werden, wenn aufgrund der beanstandeten Mängel eine erhebliche Gefährdung von Leben oder Gesundheit der Patienten zu befürchten ist.

## Bewertung der Prüfungen

Hat die KV aber bereits eine Prüfung für ein vergangenes Quartal eingeleitet, empfiehlt es sich, die angeforderten Röntgenbilder sowie Dokumentationen gründlich auf die Einhaltung der Qualitätsanforderungen nach den Richtlinien zu überprüfen, bevor diese an die KV gesandt werden. Es ist auch zu beachten, dass analoge Röntgenbilder in der Regel für den gesamten Zeitraum der Prüfung bei der KV verbleiben und nur aufwändig vor Ort eingesehen werden können.

Erteilt die KV einen Bescheid, ist dieser nebst den Bewertungen der Qualitätssicherungs-Kommission kritisch zu prüfen, und zwar nicht allein auf formale Kriterien und medizinische Einschätzungen, sondern auch unter einem ganz grundsätzlichen Aspekt:

Teilweise wird nicht hinreichend berücksichtigt, dass letztlich die Zielrichtung medizinischer Qualitätssicherung nicht die Einhaltung von Formalien, sondern der Schutz des Patienten ist. Die Qualitätssicherung dient damit in erster Linie der Ergebnisqualität, das heißt einem möglichst günstigen Behandlungsergebnis. Ist die Ergebnisqualität der maßgebliche Faktor zur Beurteilung der radiologischen Diagnostik, ist zu berücksichtigen, dass ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der fachgebundenen Zusatzbezeichnung Radiologie im Unterschied zu einem Facharzt für Radiologie für die klinische Fragestellung unbedeutende Defizite bei der Aufnahmetechnik durch orthopädisches Facharztwissen kompensieren kann. Die Röntgendiagnostik ist differentialdiagnostischer Zwischenschritt zur endgültigen Diagnose. Sie hat damit für die eigentliche Aufgabe des klinisch tätigen Arztes, die Symptome des Patienten einem konkreten Krankheitsbild zuzuordnen, unterstützende Funktion. Der Röntgenbefund muss in die übrige Befundlage und den Gesamtzusammenhang der Behandlung eingeordnet werden.

Den Gesamtzusammenhang dieser „klinischen Radiologie“ bilden Anamnese, manueller Untersuchungsbefund, Bewertung eventueller Vorbefunde, In-

dikationsstellung des Röntgenbildes in der richtigen Region, technisch korrekte Durchführung und Überprüfung des Bildes auf Technik unter Einbeziehung der Antwort auf die Fragestellung. Nicht selten aber gehen die Einzel- und Gesamtbewertungen der Qualitätssicherungs-Kommission allein auf den Teilaspekt „technische Abbildung“ ein, ohne die Frage zu berücksichtigen, ob das vorliegende Bild alle medizinisch relevanten Fragen des behandelnden Arztes beantwortet oder nicht.

## Fazit

Die Befassung mit Qualitätsprüfverfahren ist aufwändig und für viele Ärzte lästig. Das sollte aber nicht dazu führen, angeforderte Unterlagen ungeprüft bei der KV einzureichen oder Bescheide widerspruchslos zu akzeptieren. Rechtskräftig festgestellte Beanstandungen führen in aller Regel zu Folgeprüfungen. Diese sollten deshalb bei Bedenken angegriffen werden. Inwieweit eine auf die Ergebnisqualität fokussierte Anwendung der Richtlinien im konkreten Fall zu berücksichtigen ist, haben die Sozialgerichte noch nicht abschließend geklärt. Insbesondere aber, wenn ein Widerruf der Genehmigung droht oder bereits ausgesprochen ist, sollten Orthopäden und Unfallchirurgen jedenfalls auch die vorgestellte Argumentation ins Feld führen.

Dr. Thomas Willaschek  
 Fachanwalt für Medizinrecht  
**Kontakt:** willaschek@db-law.de

Einstufung der Einzelbewertungen			Gesamtbewertung
gering	erheblich	schwerwiegend	
≤ 2			keine Beanstandungen
≥ 3			geringe Beanstandungen
≤ 4	1		erhebliche Beanstandungen
≥ 5	1		
	2		
		1	
	1	1	schwerwiegende Beanstandungen
		1*	
	2	1	
	≥ 3		
		≥ 2	

\*verbunden mit Gefahr für Leben oder Gesundheit des Patienten

## RICHTLINIEN ZUR QUALITÄTSSICHERUNG

Es ist aufgrund der drohenden Sanktionen für jeden Röntgenanwender sehr empfehlenswert, zumindest die wichtigsten der den Prüfungen zugrunde gelegten Richtlinien, gründlich zu lesen und sich mit den detaillierten Qualitätsanforderungen vertraut zu machen.

**www.g-ba.de/informationen/richtlinien/46/:** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfungen im Einzelfall nach § 136 Abs. 2 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung)

**www.g-ba.de/informationen/richtlinien/22/:** Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Kriterien zur Qualitätsbeurteilung in der radiologischen Diagnostik (Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie Radiologie)

**www.kbv.de/rechtsquellen/2509.html:** Richtlinien der KBV für Verfahren zur Qualitätssicherung gem. § 75 Abs. 7 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinien)

# Wettbewerbsrecht greift in der Wissenschaft nicht

Das Oberlandesgericht Köln (OLG) hat mit seinem Urteil vom 6. November 2012 (28 O 523/11) die Klage eines Pharmaunternehmens gegen die Träger der Nationalen VersorgungsLeitlinien (NVL) auch in zweiter Instanz zurückgewiesen. Gleichzeitig wurde damit das Urteil des Landgerichts Köln vom 30. November 2011 (15 U 221/11) aus der ersten Instanz bestätigt. Die Revision zum Bundesgerichtshof hat das OLG nicht zugelassen.

Mit diesen Gerichtsentscheidungen wird die auch von hiesiger Seite vertretene Auffassung bestätigt, dass Nationale VersorgungsLeitlinien und die Leitlinien einzelner medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften wegen ihrer rein wissenschaftlichen Zielsetzungen einer wettbewerbsrechtlichen Beurteilung entzogen

und damit jedenfalls insoweit nicht justizierbar sind.

Zwar sind – so die Gerichte übereinstimmend – die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche

Bundesvereinigung (KBV) als Träger und Herausgeber der NVL grundsätzlich für den Inhalt solcher Leitlinien verantwortlich. Dies gilt gleichermaßen für medizinische Fachgesellschaften, die in eigener Verantwortung Leitlinien erarbeiten und veröffentlichen. Äußerungen in Leitlinien zur Anwendung bestimmter Arzneiwirkstoffe oder anderer medizinischer Verfahren können grundsätzlich auch in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb eines Pharmaunternehmens oder eines anderen Dritten eingreifen. Sie können, soweit sie falsche Tatsachenbehauptungen beinhalten, auch geeignet sein, im Sinne einer Kreditgefährdung des § 824 BGB Nachteile für den Erwerb oder das Fortkommen eines gewerblichen Unternehmens herbeizuführen. Bei den hier angegriffenen Äußerungen handelte es sich allerdings durchgängig um Bewertungen und Meinungsäußerungen, deren Unterlassung oder Berichtigung das Pharmaunternehmen nicht beanspruchen konnte. Wettbewerbsrechtliche Ansprüche bestanden daneben ebenfalls nicht.

Aus den nun vorliegenden Entscheidungen des Landgerichts Köln vom 30. November 2011 und des Oberlandesgerichts Köln vom 6. November 2012 lassen sich für den Bestand und die weitere Entwicklung medizinischer Leitlinien die nachfolgenden Erkenntnisse gewinnen.

### Störerhaftung für Verbreiter

Herausgeber von medizinischen Leitlinien und NVL trifft – auch wenn sie an der inhaltlichen Gestaltung der Leitlinien selbst nicht mitgewirkt haben – ohne weiteres eine so genannte Störerhaftung als Verbreiter. Die Verfasser

### AWMF-REGELWERK LEITLINIEN

Das AWMF-Regelwerk ist die Leitlinie zur Erstellung und Publikation aktueller und hochwertiger Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften im AWMF-Leitlinienregister. Die ständige Kommission Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat das Regelwerk als Kompendium herausgegeben. Es wird seit 1997 kontinuierlich fortgeschrieben und über die Internetseite der AWMF zugänglich gemacht. Es dient zum einen der Unterstützung der Leitliniengruppen der Fachgesellschaften zur Sicherstellung und Darlegung der Qualität der einzelnen Leitlinien. Zum anderen dient es der AWMF zur Überwachung und Sicherstellung der Qualität des AWMF-Leitlinienregisters. Es besteht daher aus zwei Teilen. Der erste Teil ist eine praktische Anleitung zur Umsetzung anerkannter Kriterien hochwertiger Leitlinien. Dazu gehören unter anderem die Regelung der Verantwortung für die Leitlinienentwicklung, die Zusammensetzung der Leitliniengruppe, das Anwenden einer adäquaten Methodik zur Evidenzbasierung und der strukturierten Konsensfindung sowie die Erhebung von und der Umgang mit Interessenkonflikten. Er ergänzt das gemeinsam vom Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) und der AWMF herausgegebene Deutsche Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung



(DELBI). Der zweite Teil beschreibt die Verfahren, die von der AWMF im Rahmen des internen Qualitätsmanagements für das Leitlinienregister angewandt werden. Dazu gehören unter anderem die Überprüfung angemeldeter Leitlinienvorhaben hinsichtlich der Projektplanung und Verbindungen zu bereits vorhandenen Leitlinien sowie die Überprüfung der Leitlinien hinsichtlich der Darlegung der methodischen Vorgehensweise, des Umgangs mit Interessenkonflikten und der Aktualität.

Das Regelwerk kann von der AWMF-Website kostenfrei heruntergeladen werden: [www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/awmf-regelwerk.html](http://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk/awmf-regelwerk.html)

Kommentare zur Unterstützung der weiteren Fortschreibung des AWMF-Regelwerks sind ausdrücklich erwünscht und können per E-Mail an das AWMF-Institut für Medizinisches Wissensmanagement gerichtet werden: [imwi@awmf.org](mailto:imwi@awmf.org).

des angegriffenen Leitlinientextes, also die Leitlinienautoren, werden in den Leitlinien regelmäßig als „Gesamtheit“ aufgeführt, ohne dass eine Zuordnung zu den angegriffenen Beiträgen erfolgt. Hervorgehoben sind demgegenüber regelmäßig die Herausgeber der jeweiligen Leitlinien, also die medizinischen Fachgesellschaften oder die AWMF, die BÄK und die KBV als Träger der Nationalen Versorgungsleitlinien. Aus der Sicht des Durchschnittsrezipienten ruft diese Form der Außendarstellung in den Publikationen der Leitlinien regelmäßig den Eindruck hervor, dass sie die „Herren“ des Leitlinienprojektes waren und sind und dass sie für dessen Inhalt nicht nur die Verantwortung übernommen haben, sondern sich den jeweiligen Inhalt der Leitlinie auch zu eigen machen.

Herausgeber und Träger von medizinischen Leitlinien, also insbesondere die einzelnen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften, sollten sich daher ihrer rechtlichen Verantwortung im Rahmen der Entwicklung und Publikation von Leitlinien bewusst sein.

### Anwendungsempfehlungen gelten vor Gericht häufig als Meinungsäußerung

Bei den in Leitlinien wiedergegebenen Empfehlungen zur Anwendung bestimmter Arzneiwirkstoffe oder anderer therapeutischer Verfahren handelt es sich nach Auffassung der Gerichte regelmäßig um Meinungsäußerungen, mit denen subjektive Wertungen zu der Geeignetheit bestimmter arzneilicher Wirkstoffe oder therapeutischer Verfahren für die Behandlung bestimmter Erkrankungen zum Ausdruck gebracht werden.

Entscheidend ist im Einzelfall die Abgrenzung, ob es sich bei den angegriffenen Äußerungen um Tatsachenbehauptungen oder um Meinungsäußerungen handelt. Während wahre Tatsachenbehauptungen grundsätzlich hinzunehmen sind, sind unwahre Tatsachenbehauptungen grundsätzlich nicht zu dulden. Demgegenüber unterfallen Meinungsäußerungen grundsätzlich dem Schutz von Artikel 5 Absatz 1 Grundgesetz (GG). Der Unternehmer muss daher kritische Äußerungen über seine unternehmerischen Leistungen bis zur Grenze der Schmähkritik hinnehmen. Erfolgen die Äußerungen im Rahmen von vergleichenden Warentests oder sonsti-

gen Bewertungen, ist regelmäßig davon auszugehen, dass den Äußerungen ein überwiegender Meinungsäußerungsgehalt zukommt, so dass für die Anwendung von § 824 BGB in der Regel kein Raum ist. In diesem Zusammenhang ist in der Rechtsprechung anerkannt, dass die mit der Veröffentlichung verbundene Meinungsäußerung keinen rechtswidrigen Eingriff darstellt, wenn die Untersuchung und Bewertung neutral, objektiv, sachkundig und sorgfältig unter Anwendung einer vertretbaren Bewertungsmethode erfolgt.

Nach allgemeinem Sprachgebrauch kommt dem Begriff der „Empfehlung“ regelmäßig das Verständnis eines von subjektiven Bewertungen geprägten Rates zu. Er bringt zum Ausdruck, dass ein bestimmtes Verhalten nach der Einschätzung des sich Äußernden befürwortet wird und wird daher von dem Element der Stellungnahme zu einer bestimmten Fragestellung oder zu bewältigenden Problemlage getragen.

Das Oberlandesgericht Köln unterstützt diese Auffassung in seiner Entscheidung vom 6. November 2012, wenn es ausführt:

„Soweit ausgeführt wird, dass die Ärzte in begründeten Fällen von den Empfehlungen der Leitlinie abweichen müssten, steht das dem Charakter der ausgesprochenen Empfehlung als auf subjektiver Wertung beruhend nicht entgegen. Selbst wenn man diesen Hinweisen eine Bindungswirkung der Leitlinie entnehmen wollte, ändert das nichts daran, dass eben diese Empfehlung das Ergebnis einer subjektiven Beurteilung dessen darstellt, was als das „derzeit beste medizinische Wissen“ verstanden wird.“

### Sorgfaltspflicht der Herausgeber

Soweit die Anforderungen der Neutralität, Objektivität, Sachkunde und Sorgfalt gewahrt werden, besteht für den sich in medizinischen Leitlinien Äußernden aufgrund der Meinungsäußerungsfreiheit des Artikels 5 Absatz 1 Grundgesetz ein erheblicher Beurteilungsspielraum, der Grenzen nur noch dort erfährt, wo

- die Bewertung nicht mehr sachbezogen ist, sondern reine Schmähkritik darstellt;

- die Bewertung offensichtlich unrichtig ist, es sich um bewusste Fehlurteile oder bewusste Verzerrungen handelt, oder
- die Bewertung eigenständige, nicht in ihr aufgehende und ihr untergeordnete unrichtige Tatsachenbehauptungen enthält.

Der AWMF, der Bundesärztekammer und der KBV sowie den einzelnen medizinischen Fachgesellschaften kommt bei der Entwicklung und Publikation der Leitlinien eine besondere „Autorität“ zu, die den Äußerungen in den von ihr publizierten Empfehlungen ein besonderes Gewicht gibt. Den Herausgebern und Verantwortlichen solcher Leitlinien ist daher die Einhaltung eines besonders hohen Sorgfaltsmaßstabes abzuverlangen. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz hinzugezogener Quellen, insbesondere medizinisch-wissenschaftlicher Studien und Untersuchungsergebnisse.

### Leitlinien verfolgen kein Geschäftsziel

Wettbewerbsrechtliche Unterlassungs- und Berichtigungsansprüche sind regelmäßig nicht gegeben, da mit den Äußerungen in NVL oder anderen medizinisch-wissenschaftlichen Leitlinien ein „geschäftliches Handeln zu Zwecken des Wettbewerbs“ nicht erkennbar ist. Damit fehlt es regelmäßig an einer tatbestandlichen Grundvoraussetzung für die Anwendung des Wettbewerbsrechts. Das Merkmal einer geschäftlichen Handlung erfordert ein Handeln, das bei objektiver Betrachtung darauf gerichtet ist, durch Beeinflussung der geschäftlichen Entscheidungen der Verbraucher oder sonstiger Marktteilnehmer den Absatz oder Bezug zu fördern. Bei NVL oder anderen medizinisch-wissenschaftlichen Leitlinien geht es in erster Linie darum, den angesprochenen Fachkreisen eine Orientierungshilfe bei der Behandlung bestimmter Erkrankungen zu bieten und ihnen Optionen einer möglichst effektiven Therapie aufzuzeigen. Den Patienten soll im Rahmen von Patientenleitlinien in möglichst verständlicher Form eine Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten geboten werden. Angesichts dieses Ziels der Unterrichtung der beteiligten Fachkreise und der betroffenen Patienten lässt sich ein auf die Absatzförderung ausgerichteter Marktbezug des Handelns der Träger der Nationalen Versorgungs-

## Recht und Wirtschaft

Leitlinien und der medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften regelmäßig nicht erkennen.

### Leitlinien wettbewerbsrechtlich nicht justizabel

Mit den nun vorliegenden gerichtlichen Entscheidungen des Landgerichts und des Oberlandesgerichts Köln wird die auch von hiesiger Seite vertretene Auffassung bestätigt, dass Nationale Versorgungs-Leitlinien und Leitlinien der einzelnen medizinischen-wissenschaftlichen Fachgesellschaften wegen ihrer originär wissenschaftlichen Zielsetzungen einer wettbewerbsrechtlichen Beurteilung entzogen und damit jedenfalls insoweit nicht justizabel sind.

Dies gilt allerdings nicht für etwaige, vom jeweiligen Anspruchsteller nachzuweisende, unwahre Tatsachengrundlagen in Leitlinien, die zu Rechtsverletzungen der jeweiligen Anspruchsteller führen können. Soweit es dadurch – kausal – zu einer Kreditgefährdung, also einer Schädigung des Umsatzes oder des gewerblichen Fortkommens des jewei-

ligen Unternehmens kommt, sind auch Schadensersatzansprüche Dritter gegenüber den Trägern der NVL und den einzelnen medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften als Herausgeber der Leitlinien denkbar. Auch die einzelnen Autoren der Leitliniengruppen können als Urheber etwaiger unwahrer Tatsachengrundlagen in Leitlinien aufgrund fehlerhafter Inhalte auf Berichtigung und Schadensersatz in Anspruch genommen werden. Insoweit sind eine sorgfältige Erarbeitung und ein sorgfältiges „wording“ bei der Erstellung von Leitlinien zwingend.

### Leitlinie für Leitlinien einhalten!

Allen Autoren und Herausgebern von Leitlinien sei angeraten, das sorgfältig erarbeitete und vom Landgericht und Oberlandesgericht Köln ausdrücklich in diesem Sinne bestätigte AWMF-Regelwerk Leitlinien bei der Erarbeitung und Verabschiedung von Leitlinien zu berücksichtigen. Soweit die dort enthaltenen Empfehlungen bei der Erarbeitung und Verbreitung von Leitlinien berücksichtigt werden (so genannte Leitlinien

für Leitlinien), können rechtliche Implikationen im Zusammenhang mit medizinisch-wissenschaftlichen Leitlinien wirksam vermieden werden.

Die Urteile des Landgerichts und des Oberlandesgerichts Köln bekräftigen die Freiheit von medizinischer Wissenschaft und Forschung und den ungehinderten, unabhängigen wissenschaftlichen Diskurs unter den Beteiligten. Sie tragen damit auch den durch das Grundgesetz geschützten Rechtspositionen der Freiheit der medizinischen Wissenschaften und der Meinungsäußerungsfreiheit in besonderer Weise Rechnung.

RA Dr. Albrecht Wienke



RA Dr. Albrecht Wienke, Fachanwalt für Medizinrecht **Kontakt:** awienke@kanzlei-wbk.de

HOCHSCHULAMBULANZEN

# Fallzahlbegrenzungen im Wanken

Fallzahlbegrenzungen in Hochschulambulanzen zwingen diese oft zu einem unwirtschaftlichen Betrieb. Zwei jüngere Entscheidungen von Sozialgerichten könnten dies nun ändern, da sie es den Hochschulambulanzen ermöglichen, ihr Leistungsspektrum auszuweiten.

Nach § 117 Absatz 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) ist der Zulassungsausschuss verpflichtet, auf Verlangen von Hochschulen die Ambulanzen, Institute und Abteilungen der Hochschulkliniken (Hochschulambulanzen) zur ambulanten ärztlichen Behandlung der Versicherten zu ermächtigen. Die Ermächtigung ist dabei so zu gestalten, dass die jeweiligen Hochschulambulanzen die Untersuchung und Behandlung der Versicherten in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen können. Ausgehend von dieser Ermächtigungsgrundlage wird der Umfang der Teilnahme von Hochschulambulanzen an der vertragsärztlichen Versorgung – von wenigen Ausnahmen abgesehen – regelmäßig mit Fallzahlbegrenzungen versehen. Dies führt bei vielen Hochschulambulanzen dazu, dass mit den vereinbarten Vergütungspauschalen ein wirtschaftlich rentabler Betrieb von Hochschulambulanzen nicht zu gewährleisten ist. Manches Universitätsklinikum hat aus diesem Grunde den Zugang zur ambulanten Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Patienten über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V oder über die Einrichtung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gesucht.

## Fallzahlbegrenzungen können Forschungsvorhaben gefährden

Das Sozialgericht Aachen hatte bereits mit seinem Urteil vom 5. November 2010 (S 7 KA 2/08) den Rechtsanspruch von Hochschulambulanzen auf eine für Forschung und Lehre ausreichende Ausstattung und ausreichende Finanzierung erheblich gestärkt. Fallzahlbegrenzungen seien nach Auffassung des Sozialgerichts unwirksam, wenn die Ausübung der ambulanten universitären Forschung nicht mehr in ausreichendem Maße sichergestellt werden könne. Die Hochschulambulanz eines Universitätsklinikums habe daher einen verfassungsrechtlich garantierten Anspruch darauf, dass die vom Zulassungsausschuss erteilten Ermächtigungen so gestaltet werden, dass die jeweilige Hochschulambulanz die ambulante ärztliche Behandlung der gesetzlich krankenversicherten Patienten in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen könne. In seiner Entscheidung hatte das Sozialgericht Aachen darauf abgestellt, dass das klagende Universitätsklinikum nachvollziehbar dargelegt habe, dass die durchgeführten Forschungsvorhaben signifikant gestiegen seien. Insbesondere seien zahlreiche Sonderforschungsbereiche



Hochschulambulanzen werden sehr häufig mit Fallzahlbegrenzungen versehen. Das macht sie oft unrentabel. Sozialgerichte haben diese Regelung nun aufgeweicht.

eingerrichtet worden, und die Zahl der Forschungs- bzw. Drittmittelprojekte habe sich deutlich erhöht. Bereits aus diesem Grunde erschien es für das Sozialgericht nachvollziehbar, dass mit der bisherigen Fallzahlbegrenzung die Ausübung der Forschung und Lehre nicht mehr in ausreichendem Maße sichergestellt werden könne.

Die Ermittlungen des Universitätsklinikums hatten ergeben, dass anstelle der vom Zulassungsausschuss zugestandenen 13.000 Patienten pro Quartal tatsächlich ein Bedarf von 30.000 Patienten pro Quartal bestehe, um Forschung und Lehre sicherzustellen. Hieraus folge jedenfalls, dass eine Begrenzung auf 13.000 Fälle pro Quartal unzureichend sei.

Vor dem Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen haben sich die Beteiligten des Rechtsstreits nun auf eine Vergleichsregelung verständigt. Danach wurde die dem Universitätsklinikum zugestandene Fallzahl in angemessener Weise angehoben, so dass nunmehr gewährleistet ist, dass die Hochschulambulanz Untersuchungen und Behandlungen der Versicherten in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang durchführen kann.

## Stärkere Rechtsposition für Hochschulambulanzen

Der Vergleich vor dem Nordrhein-Westfälischen Landessozialgericht (L 11 KA 1/11) stärkt die Rechtsposition der Hochschulambulanzen im Zusammenhang mit den Ermächtigungen nach § 117 Absatz 1 SGB V ganz erheblich. Der Ermächtigungsumfang einer Hochschulambulanz ist demnach stets im Kontext der verfassungsrechtlich garantierten Wissenschaftsfreiheit einer Hochschulambulanz nach Artikel 5 Absatz 3 Satz 1 des Grundgesetzes zu beurteilen. Dabei muss nicht das Universitätsklinikum die Ausübung von Forschung und

Lehre rechtfertigen; vielmehr bedürfen die vom Zulassungsausschuss beabsichtigten Beschränkungen regelmäßig einer verfassungsrechtlichen Rechtfertigung. So ist der Zulassungsausschuss selbst verpflichtet, den für Forschung und Lehre erforderlichen Bedarf an Patienten der einzelnen Hochschulkliniken zu erheben. Im Zuge einer solchen Erhebung kann sich der Zulassungsausschuss der Mithilfe des betroffenen Universitätsklinikums bedienen und auf die Ermittlung der Studentenzahlen, die für Forschung und Lehre benötigt werden, abstellen.

Die sozialgerichtlichen Entscheidungen des Sozialgerichts Aachen und des

Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen bieten damit für Hochschulambulanzen eine Erfolg versprechende Grundlage, das Leistungsspektrum im Ermächtigungsrahmen des § 117 Absatz 1 SGB V so zu gestalten, dass auch Leistungen von Hochschulambulanzen zukünftig wirtschaftlich rentabel erbracht werden können. Es sei daher angeraten, im Rahmen der Zulassungsverfahren auf eine Steigerung der Fallzahlen hinzuwirken, um eine Rentabilität der Tätigkeiten in der Hochschulambulanz zu gewährleisten.

RA Dr. Albrecht Wienke

### Recht und Wirtschaft



**Stolpersteine beim Internet-Marketing**

In den letzten Jahren hat die Nutzung neuer Medien für medizinische Dienstleister enorm an Bedeutung gewonnen. Gerade das Internet ist aus dem heutigen Leben nicht mehr wegzudenken. Aus diesem Grund nutzen sowohl Krankenkassen als auch Arztpraxen den Auftritt auf einem eigenen Homepage mittels, um die Praxis/das Krankenhaus nach Außen vorzustellen und vielfältige Informationen zu veröffentlichen. Hierbei gibt es jedoch für medizinische Dienstleister diverse rechtliche Vorschriften zu beachten, die letztendlich ein missverständliches Problemstellungen in den unterschiedlichsten Bereichen führen können.

Insbesondere hat die Problematik der werblichen Abgrenzung von Arztpraxen vornehmlich zugeordnet. Es ist aufgrund des unendlichen Spektrums dieser Abgrenzungssituationen, die insbesondere bei Ärzten zu unterschiedlich und individuell sind, äußerst schwierig, eine umfassende Beurteilung vorzunehmen. Entscheidend ist sich dieser Verbot auf die werblich-ärztliche Abgrenzung wegen irreführender Werbung aufgrund eines Hinweis auf bestehende Therapieempfehlungen beschränken.

Obwohl sich hier als Abgrenzung der Verkauf Sozialer Wettbewerbs e. V. auf der Angabe einer werblichen Abgrenzungsmöglichkeit sowie zur Erreichung der werblichen Abgrenzung (Wettbewerbsmaßnahmen) aufzuführen, jedoch Bildung keine Legitimation der Werbe-

### Recht und Wirtschaft

bereich verweist der Verleiher jedenfalls auch eine objektive, sachliche Information die Werbung (vgl. Oberlandesgericht Zweibrücken, Urteil vom 28. März 2009 - 4 U 1400/09). RZL Urteil vom 27. April 1995 - 12 116/93) fälschlicherweise nach Ansicht des Verleiher auf einer Homepage zur Verfügung gestellt. In Kombination über Behandlungsgeschichten über eine Behandlungsmethode auf der Homepage über den Arztpraxen kann dabei grundsätzlich als Werbung angesehen werden. Dies wird zusätzlich durch die hiermit ein Hinweis auf die Praxis des jeweiligen Arztes oder durch die dieser Therapie in seiner Praxis durchgeführt wird, erläutert. Die Informationen über die Behandlungsmethode in der Regel richtig, solange keine Sachverhalte, die heißt, angehende, irreführende oder sonstwie irreführende Werbung vorliegt.

**Irreführende Werbung**

Nachdem das Wettbewerbsrecht von Ärzten nicht nur an den eindeutigen, sondern auch an den allgemeinen Grundsatz zu basieren ist, muss hierbei insbesondere das Wettbewerbsrecht (UWG) herangezogen werden, welches sich im Übrigen je nachdem richtet. Das UWG, konkret sowohl Normen zur Reglementierung der Werbung außerhalb der Fachkreise, also gegenüber nicht fachlich gebildeten Dritten, als auch gegenüber Fachkreisen (vgl. HGRD, a. a. O., S. 39 f.; Gesetz § 1 Abs. 1 S. 2 UWG). Zudem des Verleiher Anweisung auf die Werbung für andere Mittel, Verfahren, Behandlungsmethoden, sondern sich die Werbeauftraggeber auf die Erhebung, Lagerung oder Lieferung von Krankenakten, Leisten, Klappern oder sonstigen Unterlagen, die Aussagen über Krankheiten, Beschwerden bei Mensch oder Tier beinhalten, sowie operative diagnostische Eingriffe, wenn sich die Werbeauftraggeber auf die Verleihen des menschlichen Körpers über medizinische Notwendigkeit irreführende Werbung, welche nach Satz 2 Ziffer 1) UWG verboten ist, wenn Anzeigen, Marketingmaßnahmen, Werbemaßnahmen, Werbemaßnahmen oder anderen Mitteln eine täuschende Wirkung auf die Werbung bezieht, die sie nicht haben, erreicht (vgl. Landgericht Bielefeld, Urteil vom 8. Juli 2010 - 2403 O 48/10).

Es kommt vorliegend somit maßgeblich auf die durch die Wettbewerber bei dem angegebenen Wettbewerben entgegen irreführende Werbung an, welche den irreführenden Eindruck der täuschenden Wirklichkeit oder Wirkung der Therapieerfolge, die sie nicht haben, erreicht (vgl. Landgericht Bielefeld, Urteil vom 8. November 2009 - 11 O 10/09). Nach irreführender Werbung ist für diese Beurteilung jedoch nicht auf jede Aussage in der Werbung, sondern es muss sich die Gesamtwirkung der Werbung betonen werden (vgl. Landgericht Bielefeld, a. a. O., Urteil F. a. a. O., S. 46).

Die Justiz hat bezüglich dieser Irreführung über Therapieempfehlungen in der Regel davon ab, dass ein Hinweis über eine Behandlungsmethode die die befragte (therapeutische) Wirksamkeit oder Wirkung, ohne diese nicht hat, wenn die Wirksamkeit oder Wirkung tatsächlich vornehmlich oder nicht hinreichend nachgewiesen bzw. abgelehnt ist (vgl. Landgericht Bielefeld, Urteil vom 24. Juni 2009 - 13 O 10/09; Oberlandesgericht Zweibrücken, a. a. O.). An die Richtigkeit, Klarheit und Eindeutigkeit grundsätzlicher Werbeaussagen müssen jedoch geringe Anforderungen gestellt werden. Grund hierfür ist die der menschlichen Gesundheit zulässigen besonderen Bedeutung und die hierdurch zu erwartende besondere Hinneigung einer Werbung, welche an die Gesundheit anknüpft (vgl. Oberlandesgericht Zweibrücken, a. a. O.; Oberlandesgericht Karlsruhe, Urteil vom 12. August 2010 - 4 U 95/10).

Mit einer gesundheitsfördernden Wirkung darf nach ständiger Rechtsprechung nicht vertrieben, wenn die wissenschaftliche Abschätzung seiner Wirkung nicht durch einen (vgl. BGH GRUR 1991, 848; Oberlandesgericht Karlsruhe, a. a. O.) zum Zeitpunkt der Werbung muss die wissenschaftliche Abschätzung gegeben sein (vgl. Landgericht Bielefeld, a. a. O.). Ergänzt ist jedoch, wenn von einem ausreichenden wissenschaftlichen Beleg einer Therapieempfehlung ausgegangen werden kann.

Nach Meinung des Landgerichtes Frankfurt muss kein besser als ein Beweis der wissenschaftlichen Erkenntnis vorliegen (vgl. Landgericht Frankfurt, a. a. O.). Allerdings ist, welcher Grad an Gewissheit notwendig ist, soweit es sich nicht um eine substantielle Zustimmung handelt, genügt der Erkenntnis einer wissenschaftlichen Beweisführung nicht (vgl. Landgericht Frankfurt, a. a. O.).

Bei der Verwendung fälschlich unterstellender Aussagen besteht nach Ansicht der Rechtsprechung gegenüber einer nicht sachlichen Teil der angegebenen Verfahren die Irreführung vorliegt, außer es erfolgt ein deutlicher Hinweis auf den Missverständnisse (vgl. Landgericht Frankfurt, a. a. O.). Ansonsten muss die gesundheitsfördernde Wirkung einer Behandlung wissenschaftlich untermauert sein (vgl. Landgericht Bayreuth, a. a. O.).

Selbst eine die Wirkungsangabe unterstellende (scheinliche) Minderwirkung existiert, kann es für die werblich-rechtliche Unzulässigkeit ausreichen, wenn im Rahmen der Werbung auf den Inhalt hingewiesen wird, dass keine allgemein wissenschaftliche Anerkennung der behaupteten Wirkung besteht, sondern diese nur von einer Mindermeinung von Experten (vgl. Oberlandesgericht Karlsruhe, a. a. O.). Das Landgericht Bielefeld hat über die Unzulässigkeit des einschleichenweise Zusatz, dass die Therapie und Methoden wissenschaftlich nicht geprüft seien, als nicht zureichend für die Entlastung der Irreführung angesehen. Denn nach Auffassung des Landgerichtes genügt es nicht die Behauptung, sondern vielmehr die Behauptung, dass die behaupteten Methoden die behaupteten Wirkungen ausstrahlen,

## LESERBRIEF

# Nicht ohne Einschränkung

In unserer Dezember-Ausgabe 2012 schrieb RA Dr. Jörg Heberer über „Stolpersteine beim Internet-Marketing“. Zu diesem Beitrag erreichte uns folgender Leserbrief.

Zunächst herzlichen Dank an die Redaktion und den Autor, dieses Thema aufzugreifen – es ist hochaktueller denn je. Insbesondere der angesprochene Verband Sozialer Wettbewerb (VSW e.V.) macht vielfältig auf sich aufmerksam. Unklar ist die Verfügungsberechtigung dieses „Vereins“. Aus eigener Betroffen-

heit kann ich berichten, dass das Oberlandesgericht Celle (AZ: 13 U 36 / 12) in meinem Fall eine solche eindeutig bejaht hat. Im Gegensatz dazu hat in einem nahezu gleichartigen Fall das OLG Hamm (AZ: I – 4 U 143 / 12) diese im Rahmen der mündlichen Verhandlung massiv in Frage gestellt. Das Verfahren wurde mit

einem Vergleich (also ohne Urteilsbegründung) abgeschlossen.

Verhandlungsgegenstand waren in beiden Fällen Beschreibungen von Erkrankungen und von Effekten der Manualtherapie auf den Websites der Beklagten. Die Problematik gilt analog für viele medizi-

nisch etablierte Verfahren, für die es keine doppelblind randomisierten placebo-kontrollierten Studien gibt, die deutsche Gerichte offensichtlich standardisiert für Wirksamkeitsbehauptungen im Internet zu Grunde legen – dies ungeachtet der Tatsache, dass zum Beispiel für die Gipsruhigstellung bei Frakturen ebenso wenig doppelblinde Studien existieren können (!) wie eben für Manualtherapie oder auch viele medikamentöse Therapieverfahren vor allem in der Pädiatrie (wo sich doppelblinde Studien zum Teil von selbst verbieten – ein Argument, das in meinem Fall vor Gericht als nicht relevant beurteilt wurde).

Es ist somit juristisch unumgänglich, dass bei der Internetpräsentation in derartigen Fällen klargestellt werden muss, dass es sich um nicht wissenschaftlich abgesicherte Verfahren handelt und auch alternativ schulmedizinische oder anderweitige Therapien aufgezeigt werden müssen.

Schon allein die Veröffentlichung, das Angeben eines Links oder das Einstellen einer pdf-Datei zu oben genannten „alternativen“ oder nicht doppelblind abgesicherten Verfahren kann zu einer Abmahnung führen, ohne dass der Website-Betreiber persönlich eine solche Therapie anbietet (Landgericht Münster).

### Kompromisspassage voranstellen

Vor dem OLG Hamm (siehe oben) wurde allerdings als Ergebnis des Vergleichs mit den Anwälten des VSW eine akzeptable Präambel gefunden, die entsprechenden Veröffentlichungen vorangestellt werden sollte, um juristische Auseinandersetzungen zu vermeiden. Anderenfalls kommen bei einer „Niederlage“ Verfahrenskosten von circa 10.000 bis 15.000 Euro im ersten Abmahnverfahren bis zum OLG zusammen (sofern man nicht sofort nach Erhalt der Abmahnung eine „Verwaltungs-/Abmahngebühr“ von etwa 170 Euro akzeptiert und seine Website nach Wunsch ändert). Noch höher fallen die Kosten aus, falls der Beklagte sich im Rahmen eines Hauptverfahrens zusätzlich Gutachten gegenüber sieht, die bekanntermaßen die dann entstehenden Kosten auf das Zwei- bis Dreifache steigern.

Die der gegebenenfalls strittigen Passage voranzustellende Kompromisspassage lautet:

Die in der Folge dargestellten Symptomatiken ... (Krankheitsentitäten – Anmerkung des Autors) des „...“ und „...“ werden in der Wissenschaft in ihrer Bedeutung und Tragweite nicht einheitlich beurteilt. Die Therapie der ... (hier: Manuelle Medizin) wird in der Wissenschaft ebenso nicht einheitlich gesehen. Auch liegt diesbezüglich noch keine randomisierte placebokontrollierte Doppelblindstudie vor, wie es die höchstrichterliche Rechtsprechung bei gesundheitlichen Wirkaussagen fordert.

Vielleicht kann man das noch mit dem Zusatz versehen:

Juristische und medizinische Betrachtungsweisen stimmen ebenso wie medizinische Erfahrung und Wissenschaft nicht immer überein.

So hätte man relativ elegant die entsprechenden Klippen umschiffen und kann beruhigt seiner Arbeit nachgehen.

Erstaunlich ist, dass man eine solche Einschränkung zum Beispiel auf Merkzetteln innerhalb der Praxis (selbst für auf Anforderung postalisch zugesandte) oder in der Fachliteratur nicht vornehmen muss. Allerdings gilt es auch Einschränkungen zu beachten, wenn auf der Website auf eine Liste mit selbst verfasster Literatur veröffentlicht wird.

Es sei noch hinzugefügt, dass die oben genannte Anmerkung nicht für jede Art fragwürdiger (IGeL-)Leistungen, sondern nur für in der Fachgruppe eindeutig anerkannte gesundheitliche Problematiken und deren Therapien gelten.

Allen Kolleginnen und Kollegen ein geistliches Arbeiten um juristische Fallstricke herum – wie in der Gesundheitspolitik muss (oder soll?) man nicht alles verstehen, was so läuft.

*Dr. Ulrich Göhmann  
Hannover*



**Freundeskreis der ASG-Fellows:** Die Fellows 2012 Raj Bhattacharya (London), Charles Nelson (Philadelphia), Theodore Blaine (Yale) mit Rüdiger Krauspe, Anke Eckardt und Hans-Werner Springorum in Baden-Baden

### ASG-FELLOWSHIP

## Making new Friends

Im April 2012 reisten Raj Bhattacharya (London), Charles Nelson (Philadelphia) und Theodore Blaine (Yale) als Stipendiaten der British Orthopaedic Association (BOA) und der American Association of Orthopaedics (AOA) im Rahmen des Austrian-Swiss-German (ASG)-Fellowship zu Orthopädischen Zentren in Deutschland, der Schweiz und Österreich.

Prof. Rüdiger Krauspe, Düsseldorf, ASG-Fellow 1995, organisierte das Fellowship 2012. Er stellte ein spannendes, üppig gefülltes und zum Teil anstrengendes Programm für die Fellows 2012 zusammen. In Frankfurt gelandet, wurden sie von Prof. Andrea Meurer (ASG-Fellow 2006) in Empfang genommen. Neben einzelnen kulturellen Highlights der Stadt lernten die Fellows das „Friedrichsheim“ und seine Historie sowie das Orthopädische Museum kennen und hospitierten bei Hüft- und Knieprothetik.

Von dort ging es weiter nach Heidelberg zu Prof. Ewerbeck und seinem Team. Die Fellows waren beeindruckt von der Größe der Klinik und der Schönheit der Stadt. Zwei Tage im OP mit viel Endoprothetik, Ideenaustausch beispielsweise über Zugangswege in der Hüftchirurgie

und natürlich auch Sightseeing hinterließen einen bleibenden Eindruck.

Von Heidelberg ging es weiter nach Würzburg: Prof. Rudert und Prof. Ulrich Nöth (ASG-Fellow 2008) kümmerten sich um die drei Kollegen. In Würzburg trafen sie andere, internationale Fellows (zum Beispiel von der SICOT) und waren beeindruckt von der Geschichte der Universität, an der Wilhelm Röntgen seine Strahlen entdeckte. Dort präsentierten die Fellows zum ersten Mal im Rahmen einer Fortbildung ihre Forschungsergebnisse: Ted Blaine ist Schulter-/Ellbogen-Spezialist und referierte über Bizepssehnenrepair, Charles Nelson als Hüftspezialist referierte zur Revisionsendoprothetik des Hüftgelenks, und Raj Bhattacharya, Trauma-Spezialist, zeigte Ergebnisse einer biomechanischen Stu-

die zu zementierten Hüftpfannen – mit und ohne Flügel.

### Konfrontation mit deutscher Geschichte

Nach Würzburg stand Berlin auf dem Programm. In der Bundeshauptstadt wurde jedoch bedingt durch das lange Osterwochenende kein Programm geboten. Erst in Magdeburg nahm Prof. Lohmann (ASG-Fellow 2005) die Fellows wieder in klinische, wissenschaftliche und auch private soziale Obhut, was sie sehr schätzten. Von Magdeburg aus fuhr sie in die Händel-Stadt Halle, wo sich Prof. Delank (ASG-Fellow 2010) und sein Team um die Drei kümmerten. Wiederrum gab es akademische Sitzungen mit Vorträgen, aber auch die Konfrontation mit der jüngeren deutschen Geschichte: So besuchten sie den Marktplatz, wo



**Zu Gast in Heidelberg:** Die Fellows mit Dr. Tobias Gotterbarm vor der Orthopädischen Klinik



**Aachen:** Mit Prof. Tingart vor der beeindruckenden Kulisse des Aachener Universitätsklinikums

1989 die Montagsdemos ihren Anfang nahmen, was letztendlich zum Fall der Mauer führte. Auch davon waren die Fellows sehr beeindruckt.

Danach führte ihre Reise sie nach Süddeutschland zu Prof. Imhoff (ASG-Fellow 1991) in München. Dort nahmen die Fellows an einem Ellbogen-Workshop teil, an einem kollagenen Meniskusersatz, HTO mittels PEEK-Platte und gleichzeitiger ACT nach Kreuzbandersatz und Meniskus chirurgie. Die traditionellen Münchner Schmankerl, das bayrische Bier, das Stadion von Bayern-München und die BMW-Werke hinterließen einen nicht minder bleibenden Eindruck.

### Warme Gastfreundschaft

Von München ging es nach Österreich zu Prof. Dorn (ASG-Fellow 1987), Salzburg. Dort erlebten die Kollegen eine sehr gelungene Mischung aus orthopädischen und touristischen Highlights. Besonders beeindruckte das Synthes Innovation Centre, die technischen Juwelen in der Ausstattung der Klinik, der 3-D-Drucker, und wiederum präsentierten die Fellows eigene Ergebnisse in einer akademischen Sitzung. Dankbar berichten sie von der warmen Gastfreundschaft der Familie Dorn, den touristischen Attraktionen,

die Salzburg vielfältig bietet, und auch die Oldtimer von Uli Dorn wurden erlebt und bestaunt.

Es folgte der Besuch in der Schweiz: Prof. Romero (ASG-Fellow 1999) empfing die Fellows in Zürich, und sie lernten sowohl die Hirslanden-Klinik als auch das Balgrist Universitätsklinikum kennen. Komfortabel am Zürichsee untergebracht – in der Nachbarschaft zu Tina Turner – genossen die Drei die wunderschönen Ausblicke auf den See und die Berge und lernten Zürich als populäre Touristen-destination kennen.

Dr. Sandro Fucentese (ASG-Fellow 2011) betreute die Kollegen im Balgrist. Beindruckend fanden Sie den „Locomat“-Roboter in der Rehabilitation von Paraplegikern. Besondere Erwähnung fand in den Gesprächen die bauliche Besonderheit des Großraum-OPs mit den vier Tischen in einem Saal und die Vielfalt der Eingriffe (Ganz-Osteotomie, custom made-Knieprothesen, Kniearthrosen und andere). Käse – in Form von Raclette – durfte auf dem Speiseplan in der Schweiz nicht fehlen, aber die Fellows schätzten auch den „spanischen“ Abend bei José zu Hause.

Von Zürich ging es wieder Richtung Norden nach Deutschland. Untergebracht in einem kleinen Dorf nahe Düsseldorf, konnten die Fellows unter der Obhut von Prof. Krauspe und Dr. Zilkens zunächst einen sonntäglichen Ausflug ins Weingut Piedmont nahe Trier genießen. Die Weinprobe und das weitere Rahmenprogramm bleiben wohl – wie so viele Eindrücke von der Reise – unvergesslich.

Montags ging es dann weiter durch die Universitätsklinik und ihre OPs, zunächst nach Düsseldorf, dann zu Prof. Eysel (ASG Fellow 1998) nach Köln. Hier erlebten sie die besondere Kooperation und Integration von Trauma und Orthopädie. Atemberaubend für jeden, der ihn zum ersten Mal sieht: der Kölner Dom!

Von Köln aus reisten sie weiter nach Süden den Rhein stromauf nach Bonn: Dort betreute Prof. Wirtz (ASG-Fellow 2004) die Kollegen. Das neue Trauma-Zentrum und die exzellenten Forschungsmöglichkeiten, die Stammzellforschung in der Osteolyse-Behandlung bei TP-Lockerungen finden besondere Erwähnung im Reisebericht.

Dann wieder stromab nach Essen zu Prof. Marcus Jäger (ASG-Fellow 2011). Die Situation in Essen mit den unterschied-



**Weinprobe:** Der Ausflug ins Weingut Piedmont mit Prof. Krauspe und seinem Team bleibt den Fellows unvergesslich.



**ASG Fellowship:** Charles Nelson, Theodor Blaine und Raj Bhattacharya

lichen Standorten der beiden Kliniken (30 Fahrminuten voneinander getrennt) erinnerte Raj an die Situation, in der er in London arbeiten muss. Wiederum nahmen die Fellows am OP-Programm teil, es gab eine wissenschaftliche Sitzung und dann die Besichtigung des Hauses des Stahlmagnaten Alfred Krupp. Beim Besuch der Zeche Zollverein wurden die Kollegen in die Zeit der Kohleindustrialisierung im Ruhrgebiet zurückversetzt.

Weiter quer durch NRW nach Aachen. Prof. Tingart (ASG-Fellow 2007) begrüßte die Fellows, die nicht wenig erstaunt waren über die Architektur des Großklinikums. Nach einer Führung durch das Klinikum und die Stadt war die Verkostung von Aachener Printen unvermeidlich.

#### **Letzte Station: Baden-Baden**

Die Fellows beendeten ihre Reise beim Süddeutschen Orthopädenkongress, wo

sie auf der Sitzung der ASG-Fellows Vorträge hielten und zum ersten Mal am traditionellen Treffen des Freundeskreises der Fellows im Brenner's Parkhotel teilnahmen. Bei schönstem Sonnenwetter wurden ihnen ihre Urkunden überreicht, danach nahmen sie am traditionellen Spargelessen teil.

In anstrengenden und erlebnisreichen 29 Tagen besuchten die Fellows 16 Kliniken in drei Ländern. Dabei lernten sie weniger, ihre operativen Fähigkeiten zu verbessern, als vielmehr, Ideen für wissenschaftliche Projekte oder operative Verfahren zu generieren. Sie knüpften Kontakte und erlebten, wie in den deutschsprachigen Ländern die Ausbildung junger Kollegen umgesetzt wird. Die bei uns noch häufig anzutreffende strikte Trennung von Orthopädie und Traumatologie verwunderte die Fellows, ebenso die Unterschiede in der Klinikhierarchie im Vergleich zu England oder den USA.

Die Kollegen waren begeistert von der Gastfreundschaft an allen Orten und bedankten sich auf das Herzlichste bei ihren Gastgebern. Sie erlebten und genossen die freundschaftliche Atmosphäre im Kreis der ASG-Fellows. Nicht nur der Genuss der besten Biere, Weine und landestypischen Speisen, die touristischen Attraktionen, sondern besonders die vielen neuen Freundschaften werden den Fellows in Erinnerung bleiben. Raj, Ted und Charles werden auch in Zukunft mit uns in Kontakt bleiben, und der Austausch zwischen den Menschen wird sich nicht allein auf orthopädische Inhalte beschränken. Es gilt das Motto des Reiseberichtes von Raj: „ASG-Fellowship: Making new Friends“.

*Raj Bhattacharya  
Prof. Dr. Anke Eckardt*

#### **HINTERGRUND**

1974 wurde das Austrian-Swiss-German, kurz ASG-Fellowship, von Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) initiiert und im Jahre 1987 ins Leben gerufen. Das Fellowship gehört zu den höchsten Auszeichnungen für deutschsprachige Orthopäden. Durch die Aufnahme des Fellowships in das Emerging Leaders Program der American Association of Orthopaedics (AOA) im Jahre 1984 und das hieran anschließende Austauschprogramm mit angloamerikanischen Orthopäden erlangte das Fellowship weitere internationale Bedeutung. In jährlichem Wechsel reisen deutschsprachige Fellows nach Großbritannien, Kanada und in die USA und Briten, Kanadier und US-Amerikaner in Ortho-

pädische Zentren in der Schweiz, Österreich und Deutschland. 2012 fehlte leider ein kanadischer Fellow, sodass sich die Reisegruppe aus den zwei AOA-Fellows Ted Blaine und Charles Nelson sowie dem BOA-Fellow Raj Bhattacharya zusammensetzte.

Raj verfasste einen ausführlichen Reisebericht, der bereits in Orthopedic Reviews veröffentlicht wurde. Als Sekretär des „Freundeskreises der ASG-Fellows“, der 1983 von Prof. Hans-Werner Springorum gegründet und von ihm über die Jahrzehnte mit Erfolg gepflegt und ausgebaut wurde, hat Prof. Dr. Anke Eckardt den Reisebericht von Raj Bhattacharya für die deutschsprachige Orthopädie übersetzt und zusammengefasst.



Raj Bhattacharya, London, ASG-Fellow 2012.



Prof. Dr. Anke Eckardt, Münchenstein, Schweiz, übersetzte den Bericht von Mr. Bhattacharya und fasste ihn für die OUMN zusammen.



Foto: Privat

Die 14 internationalen EFORT Fellows mit Organisator Enric Cáceres Palou (1. Reihe, 2. von links).

EFORT TRAVELLING FELLOWSHIP

# Gelebtes Europa

14 junge Unfallchirurgen und Orthopäden aus ganz Europa tourten im Herbst 2012 eine Woche lang durch fünf spanische Krankenhäuser und erweiterten dabei nicht nur den eigenen Horizont.

„Wer nur von einem lernt, wird nie ein guter Chirurg – er wird nur ein Abbild seines Lehrers. Nur der wird ein guter Chirurg, der aus der Erfahrung vieler lernt.“ So formuliert Francisco Forriol Campos, Präsident SECOT (Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica), das Ziel des EFORT Travelling Fellowship in Spanien. 14 junge Unfallchirurgen und Orthopäden aus 14 europäischen nationalen Vereinigungen waren ausgewählt worden, um in fünf spanischen Krankenhäusern die orthopädische Chirurgie aus einem neuen Blickwinkel zu betrachten und selbst anhand dieser Erfahrungen zu reifen.

## Hochkarätiges Programm

Unter der persönlichen Leitung von Enric Cáceres Palou war ein straffes Programm aufgestellt worden, das vormittags aktives Mitwirken bei ausgewählten Operationen und nachmittags hochkarätige Vorträge und angeregte Diskussionen vorsah. Da jeder Tag in einem anderen Krankenhaus stattfand, wurden die Schwerpunkte täglich neu gesetzt. Die ersten drei Tage waren den Kliniken Barcelonas gewidmet. Hier sorgten im Hospital Vall d’Hebron (Leitung Enric Cáceres Palou) komplexe Fallberichte aus der Wirbelsäulenchirurgie und der Oberflächenersatz in der Hüftendoprothetik für

kontroverse Debatten. Im Hospital Bellvitte (Leitung Frederic Portabella Blavia) rückten dagegen Tumor Chirurgie und die additive Akromionplastik in den Fokus der Diskussion, während im Instituto Dexeus (Leitung Enric Cáceres Palou) die allogene Meniskustransplantation Aufsehen erregte.

## Generalstreik!

Der am 14. November ausgerufene Generalstreik des öffentlichen Dienstes erschwerte nicht nur den Transfer mittels Hochgeschwindigkeitszug von Barcelona nach Madrid, sondern ermöglichte den EFORT Fellows auch einen Einblick in die geplanten massiven Einsparungen im spanischen Gesundheitssystem. Trotz des Arbeitskampfes war auch in den beiden madrilenischen Kliniken La Paz (Leitung Enrique Gil Garay) und La Princesa (Leitung José Cordero Ampuero) ein erstklassiges wissenschaftliches Programm vorbereitet worden. Neben der Anwendung von individuell gefertigten Schnittblöcken in der Knieendoprothetik und der Bedeutung asymptomatischer Harnwegsinfekte in der Hüftendoprothetik sorgten insbesondere auch spektakuläre Fälle subtotaler allogener Knochen transplantation bei primären kindlichen Knochentumoren für eine angeregte Diskussion.

## „Europäische“ Kooperation

Über das wissenschaftliche Programm hinaus war auch der interkulturelle Austausch zwischen den EFORT Fellows unterschiedlichster Herkunftsländer ein wertvoller Bestandteil des EFORT Travelling Fellowship. Neben fachlichen Diskussionen über Ausbildungsordnung und klinischen Alltag der Heimatländer kam auch der Aufbau persönlicher Beziehungen über Tapas und Rotwein oder beim Besuch des Fußballstadions des FC Barcelona nicht zu kurz. Damit war das EFORT Travelling Fellowship 2012 in Spanien nicht nur ein wichtiger Beitrag für die persönliche und berufliche Entwicklung der einzelnen EFORT Fellows, sondern auch ein Zeichen gelebter „europäischer“ Kooperation.

Dr. Julia V. Wölfle



Dr. Julia V. Wölfle, Orthopädische Universitätsklinik Ulm am RKU.



**Freundeskreis der ASG-Fellows:** Die Fellows 2012 Raj Bhattacharya (London), Charles Nelson (Philadelphia), Theodore Blaine (Yale) mit Rüdiger Krauspe, Anke Eckardt und Hans-Werner Springorum in Baden-Baden

### ASG-FELLOWSHIP

## Making new Friends

Im April 2012 reisten Raj Bhattacharya (London), Charles Nelson (Philadelphia) und Theodore Blaine (Yale) als Stipendiaten der British Orthopaedic Association (BOA) und der American Association of Orthopaedics (AOA) im Rahmen des Austrian-Swiss-German (ASG)-Fellowship zu Orthopädischen Zentren in Deutschland, der Schweiz und Österreich.

Prof. Rüdiger Krauspe, Düsseldorf, ASG-Fellow 1995, organisierte das Fellowship 2012. Er stellte ein spannendes, üppig gefülltes und zum Teil anstrengendes Programm für die Fellows 2012 zusammen. In Frankfurt gelandet, wurden sie von Prof. Andrea Meurer (ASG-Fellow 2006) in Empfang genommen. Neben einzelnen kulturellen Highlights der Stadt lernten die Fellows das „Friedrichsheim“ und seine Historie sowie das Orthopädische Museum kennen und hospitierten bei Hüft- und Knieprothetik.

Von dort ging es weiter nach Heidelberg zu Prof. Ewerbeck und seinem Team. Die Fellows waren beeindruckt von der Größe der Klinik und der Schönheit der Stadt. Zwei Tage im OP mit viel Endoprothetik, Ideenaustausch beispielsweise über Zugangswege in der Hüftchirurgie

und natürlich auch Sightseeing hinterließen einen bleibenden Eindruck.

Von Heidelberg ging es weiter nach Würzburg: Prof. Rudert und Prof. Ulrich Nöth (ASG-Fellow 2008) kümmerten sich um die drei Kollegen. In Würzburg trafen sie andere, internationale Fellows (zum Beispiel von der SICOT) und waren beeindruckt von der Geschichte der Universität, an der Wilhelm Röntgen seine Strahlen entdeckte. Dort präsentierten die Fellows zum ersten Mal im Rahmen einer Fortbildung ihre Forschungsergebnisse: Ted Blaine ist Schulter-/Ellbogen-Spezialist und referierte über Bizepssehnenrepair, Charles Nelson als Hüftspezialist referierte zur Revisionsendoprothetik des Hüftgelenks, und Raj Bhattacharya, Trauma-Spezialist, zeigte Ergebnisse einer biomechanischen Stu-

die zu zementierten Hüftpfannen – mit und ohne Flügel.

### Konfrontation mit deutscher Geschichte

Nach Würzburg stand Berlin auf dem Programm. In der Bundeshauptstadt wurde jedoch bedingt durch das lange Osterwochenende kein Programm geboten. Erst in Magdeburg nahm Prof. Lohmann (ASG-Fellow 2005) die Fellows wieder in klinische, wissenschaftliche und auch private soziale Obhut, was sie sehr schätzten. Von Magdeburg aus fuhr sie in die Händel-Stadt Halle, wo sich Prof. Delank (ASG-Fellow 2010) und sein Team um die Drei kümmerten. Wiederrum gab es akademische Sitzungen mit Vorträgen, aber auch die Konfrontation mit der jüngeren deutschen Geschichte: So besuchten sie den Marktplatz, wo



**Zu Gast in Heidelberg:** Die Fellows mit Dr. Tobias Gotterbarm vor der Orthopädischen Klinik



**Aachen:** Mit Prof. Tingart vor der beeindruckenden Kulisse des Aachener Universitätsklinikums

1989 die Montagsdemos ihren Anfang nahmen, was letztendlich zum Fall der Mauer führte. Auch davon waren die Fellows sehr beeindruckt.

Danach führte ihre Reise sie nach Süddeutschland zu Prof. Imhoff (ASG-Fellow 1991) in München. Dort nahmen die Fellows an einem Ellbogen-Workshop teil, an einem kollagenen Meniskusersatz, HTO mittels PEEK-Platte und gleichzeitiger ACT nach Kreuzbandersatz und Meniskus chirurgie. Die traditionellen Münchner Schmankerl, das bayrische Bier, das Stadion von Bayern-München und die BMW-Werke hinterließen einen nicht minder bleibenden Eindruck.

### Warme Gastfreundschaft

Von München ging es nach Österreich zu Prof. Dorn (ASG-Fellow 1987), Salzburg. Dort erlebten die Kollegen eine sehr gelungene Mischung aus orthopädischen und touristischen Highlights. Besonders beeindruckte das Synthes Innovation Centre, die technischen Juwelen in der Ausstattung der Klinik, der 3-D-Drucker, und wiederum präsentierten die Fellows eigene Ergebnisse in einer akademischen Sitzung. Dankbar berichten sie von der warmen Gastfreundschaft der Familie Dorn, den touristischen Attraktionen,

die Salzburg vielfältig bietet, und auch die Oldtimer von Uli Dorn wurden erlebt und bestaunt.

Es folgte der Besuch in der Schweiz: Prof. Romero (ASG-Fellow 1999) empfing die Fellows in Zürich, und sie lernten sowohl die Hirslanden-Klinik als auch das Balgrist Universitätsklinikum kennen. Komfortabel am Zürichsee untergebracht – in der Nachbarschaft zu Tina Turner – genossen die Drei die wunderschönen Ausblicke auf den See und die Berge und lernten Zürich als populäre Touristen-destination kennen.

Dr. Sandro Fucentese (ASG-Fellow 2011) betreute die Kollegen im Balgrist. Beindruckend fanden Sie den „Locomat“-Roboter in der Rehabilitation von Paraplegikern. Besondere Erwähnung fand in den Gesprächen die bauliche Besonderheit des Großraum-OPs mit den vier Tischen in einem Saal und die Vielfalt der Eingriffe (Ganz-Osteotomie, custom made-Knieprothesen, Kniearthrodesen und andere). Käse – in Form von Raclette – durfte auf dem Speiseplan in der Schweiz nicht fehlen, aber die Fellows schätzten auch den „spanischen“ Abend bei José zu Hause.

Von Zürich ging es wieder Richtung Norden nach Deutschland. Untergebracht in einem kleinen Dorf nahe Düsseldorf, konnten die Fellows unter der Obhut von Prof. Krauspe und Dr. Zilkens zunächst einen sonntäglichen Ausflug ins Weingut Piedmont nahe Trier genießen. Die Weinprobe und das weitere Rahmenprogramm bleiben wohl – wie so viele Eindrücke von der Reise – unvergesslich.

Montags ging es dann weiter durch die Universitätsklinik und ihre OPs, zunächst nach Düsseldorf, dann zu Prof. Eysel (ASG Fellow 1998) nach Köln. Hier erlebten sie die besondere Kooperation und Integration von Trauma und Orthopädie. Atemberaubend für jeden, der ihn zum ersten Mal sieht: der Kölner Dom!

Von Köln aus reisten sie weiter nach Süden den Rhein stromauf nach Bonn: Dort betreute Prof. Wirtz (ASG-Fellow 2004) die Kollegen. Das neue Trauma-Zentrum und die exzellenten Forschungsmöglichkeiten, die Stammzellforschung in der Osteolyse-Behandlung bei TP-Lockerungen finden besondere Erwähnung im Reisebericht.

Dann wieder stromab nach Essen zu Prof. Marcus Jäger (ASG-Fellow 2011). Die Situation in Essen mit den unterschied-



**Weinprobe:** Der Ausflug ins Weingut Piedmont mit Prof. Krauspe und seinem Team bleibt den Fellows unvergesslich.



**ASG Fellowship:** Charles Nelson, Theodor Blaine und Raj Bhattacharya

lichen Standorten der beiden Kliniken (30 Fahrminuten voneinander getrennt) erinnerte Raj an die Situation, in der er in London arbeiten muss. Wiederum nahmen die Fellows am OP-Programm teil, es gab eine wissenschaftliche Sitzung und dann die Besichtigung des Hauses des Stahlmagnaten Alfred Krupp. Beim Besuch der Zeche Zollverein wurden die Kollegen in die Zeit der Kohleindustrialisierung im Ruhrgebiet zurückversetzt.

Weiter quer durch NRW nach Aachen. Prof. Tingart (ASG-Fellow 2007) begrüßte die Fellows, die nicht wenig erstaunt waren über die Architektur des Großklinikums. Nach einer Führung durch das Klinikum und die Stadt war die Verkostung von Aachener Printen unvermeidlich.

#### **Letzte Station: Baden-Baden**

Die Fellows beendeten ihre Reise beim Süddeutschen Orthopädenkongress, wo

sie auf der Sitzung der ASG-Fellows Vorträge hielten und zum ersten Mal am traditionellen Treffen des Freundeskreises der Fellows im Brenner's Parkhotel teilnahmen. Bei schönstem Sonnenwetter wurden ihnen ihre Urkunden überreicht, danach nahmen sie am traditionellen Spargelessen teil.

In anstrengenden und erlebnisreichen 29 Tagen besuchten die Fellows 16 Kliniken in drei Ländern. Dabei lernten sie weniger, ihre operativen Fähigkeiten zu verbessern, als vielmehr, Ideen für wissenschaftliche Projekte oder operative Verfahren zu generieren. Sie knüpften Kontakte und erlebten, wie in den deutschsprachigen Ländern die Ausbildung junger Kollegen umgesetzt wird. Die bei uns noch häufig anzutreffende strikte Trennung von Orthopädie und Traumatologie verwunderte die Fellows, ebenso die Unterschiede in der Klinikhierarchie im Vergleich zu England oder den USA.

Die Kollegen waren begeistert von der Gastfreundschaft an allen Orten und bedankten sich auf das Herzlichste bei ihren Gastgebern. Sie erlebten und genossen die freundschaftliche Atmosphäre im Kreis der ASG-Fellows. Nicht nur der Genuss der besten Biere, Weine und landestypischen Speisen, die touristischen Attraktionen, sondern besonders die vielen neuen Freundschaften werden den Fellows in Erinnerung bleiben. Raj, Ted und Charles werden auch in Zukunft mit uns in Kontakt bleiben, und der Austausch zwischen den Menschen wird sich nicht allein auf orthopädische Inhalte beschränken. Es gilt das Motto des Reiseberichtes von Raj: „ASG-Fellowship: Making new Friends“.

*Raj Bhattacharya  
Prof. Dr. Anke Eckardt*

#### **HINTERGRUND**

1974 wurde das Austrian-Swiss-German, kurz ASG-Fellowship, von Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) initiiert und im Jahre 1987 ins Leben gerufen. Das Fellowship gehört zu den höchsten Auszeichnungen für deutschsprachige Orthopäden. Durch die Aufnahme des Fellowships in das Emerging Leaders Program der American Association of Orthopaedics (AOA) im Jahre 1984 und das hieran anschließende Austauschprogramm mit angloamerikanischen Orthopäden erlangte das Fellowship weitere internationale Bedeutung. In jährlichem Wechsel reisen deutschsprachige Fellows nach Großbritannien, Kanada und in die USA und Briten, Kanadier und US-Amerikaner in Ortho-

pädische Zentren in der Schweiz, Österreich und Deutschland. 2012 fehlte leider ein kanadischer Fellow, sodass sich die Reisegruppe aus den zwei AOA-Fellows Ted Blaine und Charles Nelson sowie dem BOA-Fellow Raj Bhattacharya zusammensetzte.

Raj verfasste einen ausführlichen Reisebericht, der bereits in Orthopedic Reviews veröffentlicht wurde. Als Sekretär des „Freundeskreises der ASG-Fellows“, der 1983 von Prof. Hans-Werner Springorum gegründet und von ihm über die Jahrzehnte mit Erfolg gepflegt und ausgebaut wurde, hat Prof. Dr. Anke Eckardt den Reisebericht von Raj Bhattacharya für die deutschsprachige Orthopädie übersetzt und zusammengefasst.



Raj Bhattacharya, London, ASG-Fellow 2012.



Prof. Dr. Anke Eckardt, Münchenstein, Schweiz, übersetzte den Bericht von Mr. Bhattacharya und fasste ihn für die OUMN zusammen.



Foto: Privat

Die 14 internationalen EFORT Fellows mit Organisator Enric Cáceres Palou (1. Reihe, 2. von links).

EFORT TRAVELLING FELLOWSHIP

# Gelebtes Europa

14 junge Unfallchirurgen und Orthopäden aus ganz Europa tourten im Herbst 2012 eine Woche lang durch fünf spanische Krankenhäuser und erweiterten dabei nicht nur den eigenen Horizont.

„Wer nur von einem lernt, wird nie ein guter Chirurg – er wird nur ein Abbild seines Lehrers. Nur der wird ein guter Chirurg, der aus der Erfahrung vieler lernt.“ So formuliert Francisco Forriol Campos, Präsident SECOT (Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica), das Ziel des EFORT Travelling Fellowship in Spanien. 14 junge Unfallchirurgen und Orthopäden aus 14 europäischen nationalen Vereinigungen waren ausgewählt worden, um in fünf spanischen Krankenhäusern die orthopädische Chirurgie aus einem neuen Blickwinkel zu betrachten und selbst anhand dieser Erfahrungen zu reifen.

## Hochkarätiges Programm

Unter der persönlichen Leitung von Enric Cáceres Palou war ein straffes Programm aufgestellt worden, das vormittags aktives Mitwirken bei ausgewählten Operationen und nachmittags hochkarätige Vorträge und angeregte Diskussionen vorsah. Da jeder Tag in einem anderen Krankenhaus stattfand, wurden die Schwerpunkte täglich neu gesetzt. Die ersten drei Tage waren den Kliniken Barcelonas gewidmet. Hier sorgten im Hospital Vall d’Hebron (Leitung Enric Cáceres Palou) komplexe Fallberichte aus der Wirbelsäulen Chirurgie und der Oberflächenersatz in der Hüftendoprothetik für

kontroverse Debatten. Im Hospital Bellvitte (Leitung Frederic Portabella Blavia) rückten dagegen Tumor Chirurgie und die additive Akromionplastik in den Fokus der Diskussion, während im Instituto Dexeus (Leitung Enric Cáceres Palou) die allogene Meniskustransplantation Aufsehen erregte.

## Generalstreik!

Der am 14. November ausgerufene Generalstreik des öffentlichen Dienstes erschwerte nicht nur den Transfer mittels Hochgeschwindigkeitszug von Barcelona nach Madrid, sondern ermöglichte den EFORT Fellows auch einen Einblick in die geplanten massiven Einsparungen im spanischen Gesundheitssystem. Trotz des Arbeitskampfes war auch in den beiden madrilenischen Kliniken La Paz (Leitung Enrique Gil Garay) und La Princesa (Leitung José Cordero Ampuero) ein erstklassiges wissenschaftliches Programm vorbereitet worden. Neben der Anwendung von individuell gefertigten Schnittblöcken in der Knieendoprothetik und der Bedeutung asymptomatischer Harnwegsinfekte in der Hüftendoprothetik sorgten insbesondere auch spektakuläre Fälle subtotaler allogener Knochen transplantation bei primären kindlichen Knochentumoren für eine angeregte Diskussion.

## „Europäische“ Kooperation

Über das wissenschaftliche Programm hinaus war auch der interkulturelle Austausch zwischen den EFORT Fellows unterschiedlichster Herkunftsländer ein wertvoller Bestandteil des EFORT Travelling Fellowship. Neben fachlichen Diskussionen über Ausbildungsordnung und klinischen Alltag der Heimatländer kam auch der Aufbau persönlicher Beziehungen über Tapas und Rotwein oder beim Besuch des Fußballstadions des FC Barcelona nicht zu kurz. Damit war das EFORT Travelling Fellowship 2012 in Spanien nicht nur ein wichtiger Beitrag für die persönliche und berufliche Entwicklung der einzelnen EFORT Fellows, sondern auch ein Zeichen gelebter „europäischer“ Kooperation.

Dr. Julia V. Wölfle



Dr. Julia V. Wölfle, Orthopädische Universitätsklinik Ulm am RKU.

## Namen

### Personalia



**Prof. Hans-Peter Bruch**, Präsident des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC), ist zum Präsidenten der Gemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände (GFB) gewählt worden.



**Prof. Dr. Georg Matziolis** ist der neue Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Waldkrankenhaus Rudolf Elle Eisenberg. Darüber hinaus besetzt er den Lehrstuhl für Orthopädie der FSU Jena am Waldkrankenhaus kommissarisch neu. Er folgte damit Prof. Dr. Wolf Dietrich Arnold im Amt nach.



**Dr. Andreas Gassen**, Vizepräsident des BVOU, führt gemeinsam mit Dr. Dirk Heinrich den Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFA), bis ein neuer Vorstandsvorsitzender gewählt wird. Der bisherige SpiFA-Vorsitzende Dr. Thomas Scharmann ist im Januar von seinem Amt zurückgetreten.



**Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz**, niedergelassener Orthopäde in Brandenburg und Vorstandsmitglied des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), ist im November 2012 erneut in den Vorstand der Landesärztekammer Brandenburg gewählt worden.



**PD Dr. Andreas Halder**, Chefarzt der Klinik für operative Orthopädie der Sana Kliniken Sommerfeld, ist am 11. Januar 2013 auf Beschluss des Senats der Otto-von-Guericke Universität Magdeburg zum außerplanmäßigen Professor berufen worden.



**PD Dr. Thomas Vordemvenne**, Leiter der Oberarzt an der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Münster, wurde im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Arbeit „Die traumatische Instabilität der thorakolumbalen Wirbelsäule im robotergestützten Versuchsaufbau“ habilitiert.



**Prof. Dr. Christian A. Kühne** wurde im vergangenen Jahr eine außerplanmäßige Professur an der Universität Marburg verliehen. Der Geschäftsführende Oberarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Gießen/Marburg, Standort Marburg, leitet die Geschäftsstelle AKUT in Marburg und ist Leiter der Sektion Handchirurgie.



**Dr. Dirk Wiese** leitet seit Januar 2013 das Department für Wirbelsäule der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie in Eisenberg. Er studierte Medizin in Ulm und in Frankfurt. Zuletzt arbeitete er als geschäftsführender Oberarzt in der Klinik für Wirbelsäulenchirurgie und Querschnittgelähmte an der Zentralklinik Bad Berka.

### Preise und Ehrungen



#### **AXIS-Förderpreis 2012 für Viktor Janz**

Der Förderpreis der AXIS-Forschungsstiftung für klinische Forschung in Orthopädie und Unfallchirurgie, dotiert mit 1.000 Euro, ging im vergangenen Jahr mit eindeutigem Abstand an Viktor Janz und seine Arbeitsgruppe von der Berliner Charité. Ausgezeichnet wurde ihre Arbeit: „Verbesserung der Interpretation von positiven Sonificationskulturen bei der Diagnose von Endoprotheseninfektionen“. Die Ergebnisse zeigen, dass durch die Sonication die Diagnose einer septischen Lockerung von Endoprothesen deutlich verbessert werden kann.

## Wir gratulieren...



### Zum 80. Geburtstag

- ... Norbert Eggert, Bremen
- ... Prof. Dr. Johann Friedrich Bußmann, Herne
- ... Dr. Charlotte Grande, Neustadt
- ... Dr. Renate Hillenblinck-von Reisdorff, Nörtershausen
- ... PD Dr. Manfred Hinze, Sternberg
- ... Prof. Dr. Werner Müller, Riehn
- ... Dr. Egon Pfeil, Crimmitschau
- ... Prof. Dr. Dr. Antal Renner, Budapest
- ... MR Dr. Peter Schlewing, Pasewalk

### Zum 85. Geburtstag

- ... Prof. Dr. Walter M. Dörr, Stolberg
- ... Dr. Helmut Haumann, Erkrath
- ... Prof. Dr. Ivan Kempf, Oberhausbergen
- ... Dr. Hans-Jürgen Kramer, Hamburg
- ... Dr. Günter Nielsen, Timmendorfer Strand

### Zum 90. Geburtstag

- ... Dr. Josef Hammerschmidt, Köln
- ... Dr. Walter Gürth, Holzminden
- ... Prof. Dr. Hans Brüchele, Grünwald
- ... Dr. Hans Ulrich Liebelt, Berlin
- ... Dr. Wolfgang Ruppert, Bad Kreuznach
- ... Dr. Werner Schulz, Mülheim
- ... Dr. Heinz Schumann, Bochum
- ... Dr. Werner Wilhelm, Hamburg

### Zum 95. Geburtstag

- ... Dr. Hellmuth Will, Hanau



# Aus unseren Verbänden Berichte und Angebote



Berufsverband  
der Fachärzte für  
Orthopädie und  
Unfallchirurgie e.V.



Deutsche  
Gesellschaft  
für Orthopädie  
und Unfallchirurgie



Deutsche Gesellschaft  
für Orthopädie  
und Orthopädische  
Chirurgie e.V.



Deutsche  
Gesellschaft  
für Unfallchirurgie

## Liebe Mitglieder!

---

Auf den nachfolgenden Seiten berichten die Fachgesellschaften und der Berufsverband aus ihren Gremien und Geschäftsstellen. Hier erfahren Sie, welche Arbeit im zurückliegenden Jahr geleistet wurde, wie künftige Pläne aussehen, welchen Benefit Sie von Ihrer Mitgliedschaft bei uns haben.

## Sie fragen – Ihr Vorstand antwortet.

---

Wenn Sie Fragen zur Arbeit Ihres Vorstandes haben, zögern Sie bitte nicht, sich damit via E-Mail an uns zu wenden. Wir werden Ihre Anfragen unverzüglich an den passenden Ansprechpartner weiterleiten und Frage und Antwort in der nachfolgenden Ausgabe der „OU Mitteilungen und Nachrichten“ veröffentlichen.

Je nachdem, von wem Sie es genauer wissen wollen, richten Sie Ihre Anfrage bitte an die Geschäftsstelle  
des Berufsverbandes: [bvou@bvou.net](mailto:bvou@bvou.net)  
der DGOOC: [info@dgooc.de](mailto:info@dgooc.de)  
der DGOU: [office@dgou.de](mailto:office@dgou.de)  
der DGU: [office@dgu-online.de](mailto:office@dgu-online.de)



# Bericht vom 2. Hessischen Orthopädentag

Dr. Gerd Rauch, Dr. Andreas Hild, Dr. Klaus-Wolfgang Richter, Wolfgang Dybowski

Am 10. November 2012 fand in Frankfurt/Main der 2. Hessische Orthopädentag statt. Im Telegrammstil möchten wir die einzelnen Vorträge und deren Ergebnisse darstellen.

## Deckelung der Gesamtvergütung

Hauptproblem ist die ständige Deckelung der Gesamtvergütung. Der Punktwert wird einfach zu gering vergütet. Auch wenn jetzt neue EBM-Ziffern mit mehr betonter Einzelleistung entstehen, müssen wir aufpassen, dass wir nicht wieder gleich in die Zeitfalle hineintappen. Bis jetzt war es immer so: mehr Einzelleistungen, höhere Punktbewertung, Zeitprofilprobleme, Regressfälle.

Aus einem neuen EBM sollte auf keinen Fall mehr Bürokratie resultieren. Es besteht immer die Gefahr, dass bei neuen erhöhten Einzelleistungen die Grundpauschale abgesenkt werden muss und wir dann noch mehr kodieren und arbeiten müssen. Der neue EBM wird sicherlich kommen, auch für die HNO-Ärzte, Augen- und Allgemeinärzte, wobei die Orthopäden in den vergangenen Jahren erheblich verloren haben.

Denken Sie daran, dass Sie die Fallzahlen möglichst konstant halten. Leider besteht bundesweit die Tendenz, dass Orthopäden circa 0,5 Prozent pro Quartal weniger an Leistungen anfordern. Dies führt zu einer erheblichen Herabminderung unserer Gesamtvergütung, da die Gesamtanforderung der Fachgruppe wiederum Grundlage für die kommenden Jahre bildet (die Leistungsanforderung in Punkten bestimmt unser Honorar für die Folgejahre). Vereinfacht ausgedrückt: Schreiben wir Orthopäden unsere erbrachten Leistungen nicht oder nur unvollständig auf, bekommt unsere Fachgruppe als Konsequenz in den Folgequartalen weniger Honorar. Das ist unter anderem einer der Gründe, warum das Honorar für die Orthopäden sinkt.

Weiterhin müssen wir die freie Leistung Akupunktur im Auge behalten, da es aufgrund des erheblichen Akupunktur-Zuwachses zu einer Abwertung der Bezahlung kommt. Gleiches gilt für die in Hessen von nur sieben Kollegen erbrachte spezielle schmerztherapeutische Therapie, die jetzt nur noch einen Auszahlungsquotienten von 0,38 hat und ebenfalls als freie Leistung festgehalten wurde. Die sieben Kollegen sollten sich untereinander absprechen.

## Neue Länderhygienekommission

Es entstehen erhebliche neue Anforderungen vor allem an den Sterilisationstrakt. Viele Kollegen werden mit ihren bisherigen Sterilisationsvorrichtungen Probleme bekommen. Sie müssen diese Räumlichkeiten entweder erheblich räumlich und technisch erweitern oder extern sterilisieren lassen. Dafür wiederum müssen sie eine erhebliche Menge an Operationssieben anschaffen. Außerdem müssen die Hygienefachgutachten sowie die Begehungen bezahlt werden, so dass hier erhebliche Kosten auf die Operateure zukommen.

## H-Arzt / D-Arzt

Bisher haben nur zehn Prozent der H-Arztpraxen bundesweit den neuen D-Arzt erhalten. Es besteht noch die Chance zu wechseln. Leider werden circa 85 Prozent der jetzigen H-Arztpraxen „auf der

Strecke bleiben“. Die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) ist nicht bereit nachzuverhandeln – auch nicht, was die 250 geforderten Fälle betrifft. Anlässlich des Berliner Kongresses haben wir Herrn Lenz angekündigt, dass die Vergütung für die 20 wichtigsten Operationen erheblich angehoben werden soll. Es bleibt abzuwarten, ob dies nun endgültig umgesetzt wird.

## Der neue EBM – Erhöhung und zusätzliches Geld für konservativ tätige Fachärzte

BVOU-Vizepräsident Dr. Andreas Gassen hielt einen Vortrag zum Thema „Der neue EBM – Erhöhung und zusätzliches Geld für konservativ tätige Fachärzte“. Die konservativ tätigen Fachärzte sollen gestärkt werden, dazu stellen die Krankenkassen sockelwirksam (das heißt, dieser Betrag wird auch in den Folgejahren eingestellt) 250 Millionen Euro zur Verfügung, die die haus- und fachärztliche Grundversorgung sichern sollen. Von diesen 250 Millionen Euro fließen etwa 125 Millionen zu den Fachärzten. Von dieser Summe gehen wiederum sechs bis sieben Prozent nach Hessen. Unter dem Strich werden dadurch die Regelleistungsvolumina für die konservativ tätigen Kollegen um etwa 1,30 Euro bis 3 Euro steigen (im Gegensatz zur Schätzung von Dr. Gassen, der optimistisch von über 3 Euro sprach).

Des Weiteren hat die Vollversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen auf ihrer Klausurtagung im August beschlossen, dass die Hälfte der jährlichen inflationsbedingten Steigerung der Morbiditätsgebundenen Gesamtvergütung (MGV) den Kolleginnen/ Kollegen zugute kommt, die mindestens 80 Prozent ihrer Leistungsanforderung im konservativen Bereich erbringen. Sie erhalten so einen Zuschlag pro Patient, der bei 45 bis 50 Cent pro RLV-Fall liegen sollte. Dies ist sicherlich auch ein Erfolg unseres Kollegen Dybowski, der die Or-

## FÜR DEN TERMINKALENDER

Wir erlebten sehr lebhaft Diskussionen, über die wir uns sehr gefreut haben. Trotzdem möchten wir Sie herzlich bitten, beim nächsten Hessischen Orthopädentag am **9. November 2013** nach Frankfurt zu kommen – Ihre Anwesenheit und Ihre Diskussionsbeiträge helfen, den anwesenden KV-Vorsitzenden unsere Sorgen stärker darzustellen. Falls Sie Themen oder Referenten vorschlagen möchten, können Sie sich gerne an uns wenden.

## Aus den Verbänden

thopäden im Strukturausschuss konservativer Fachärzte vertreten hat.

### Patientenrechtegesetz (PRG)

Dieses Gesetz birgt sehr viele Gefahren für uns, da alle wesentlichen Umstände der gesamten Diagnostik, Therapie und Medikation ausführlich erläutert und dokumentiert werden sollen. Wir werden versuchen, zusammen mit BVOU-Justiziar Jörg Heberer Handlungsempfehlungen zu erarbeiten. Ein entsprechendes Schreiben haben wir an den Bundesvorstand bereits aufgesetzt.

### Orthofit-Aktion

In diesem Jahr nehmen die Hessischen Orthopäden an der Orthofit-Aktion „Zeigt her eure Füße“ teil, die vom 3. bis 7. Dezember 2012 läuft. Es ist etwas Besonderes, ein oder zwei Stunden in einer Grundschule zu verbringen und mit den Erstklässlern über die Bedeutung ihrer Füße zu sprechen, die sie das ganze Leben tragen sollen.

### Neukonzeption der Bedarfsplanung auf der Grundlage des Versorgungsstrukturgesetzes

Dr. Thomas Kopetsch, Abteilungsleiter Grundsatz und Ausgestaltung der vertragsärztlichen Versorgung bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, berichtete, dass bis zum 1. Juli 2013 eine Neukonzeption der Bedarfsplanung vorliegen soll. Voraussichtlich entstehen bundesweit insgesamt nur 72 neue orthopädische Vertragsarztsitze, so dass die Eigenbesitzstandswahrung gewährleistet ist. „In trockenen Tüchern“ sei die Bedarfsplanung noch nicht.

Vor dem Hintergrund der Bundestagswahl 2013 wurde auch über die Privatversicherung diskutiert. Nach Ansicht der Referenten besteht Bestandsschutz

für die jetzigen Privatversicherten. Es ist jedoch durchaus möglich, dass nach der Wahl und gegebenenfalls entsprechender Gesetzesänderung keine neuen Privatversichertenverträge mehr abgeschlossen werden. Hier muss man auf die zukünftige Entwicklung schauen.

### Honoraranforderungen der Orthopäden gehen zurück

Jörg Hoffmann, Geschäftsführer der KV Hessen, legte eindeutig dar, dass die Honorare für die Orthopäden nicht steigen, sondern eher leicht abnehmen werden. Auch die Ausgaben für die extrabudgetären Leistungen (AMG-Leistungen) sind inzwischen deutlich von 164 auf circa 150 Millionen im Jahr 2012 gefallen.

Die Honoraranforderungen der Orthopäden gehen bundesweit und auch in Hessen um etwa 0,5 Prozent pro Quartal zurück. Diese Entwicklung sollten wir versuchen zu stoppen. Zum Teil hängt sie sicherlich damit zusammen, dass aufgrund der Budgetierung die Kollegen zum einen weniger Fälle behandeln, zum anderen auch pro Fall weniger Leistung anfordern (siehe oben). Insgesamt wird die Kollegenschaft älter. Daraus wird langfristig eine Verminderung des gesamten Honorars für die Orthopäden resultieren. Wir sollten versuchen, die Zahlen zumindest konstant zu halten.

Nach Auffassung von Herrn Hoffmann werden die von Herrn Kollegen Gassen in Aussicht gestellten 3 Euro Fallzahlsteigerung für konservativ tätige Orthopäden nicht erreicht werden können. Er rechnet mit 1,50 bis 2 Euro.

### Orthopädische Rheumatologie

Prof. Dr. Stefan Rehart, Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Agaplesion Markus Krankenhaus

in Frankfurt/Main, gab einen Überblick über die konservativen und operativen Behandlungen rheumatischer Erkrankungen. Dabei ging er auch auf eine zertifizierte Fortbildung, den so genannten „kleinen Rheumatologen“, ein. Diese ist europaweit bereits etabliert und sollte in Deutschland unbedingt eingeführt werden, damit die muskuloskelettalen Erkrankungen auch durch die Orthopäden abgedeckt werden. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie bietet einen Vier-Tage-Kurs an, der zu einem Zertifikat führt. Bei der ADO kann man einen zweitägigen Kurs absolvieren. Dr. Gereon Fußhoeller stellte die Zertifizierungskurse I und II vor, die er in Hessen ausrichtet und die ebenfalls zu einem Zertifikat führen.

### Nachwuchssorgen

Problematisch gestaltet sich die Nachwuchssituation bei uns. Nur circa acht Prozent unserer Fachgruppe sind Frauen, während im letzten Jahr 62 Prozent Frauen das medizinische Staatsexamen ablegten. Wir müssen dringend die Strukturen in der Klinik als auch in der Praxis ändern, um entsprechende Weiterbildungs- oder Beschäftigungsangebote insbesondere für weibliche Kolleginnen zu schaffen.



Dr. Gerd Rauch ist Landesvorsitzender Hessen des BVOU.  
**Kontakt:** rauch@bvou.net



# Bleibt alles anders...

Dr. Petra Höfert

... singt mein hochverehrter Herbert Grönemeyer, der mir immer wieder für meine Berichte über unsere Jahrestreffen des BVOU Brandenburg den Titel gibt.

„Es gibt viel zu verlieren,  
Du kannst nur gewinnen  
Genug ist zu wenig –  
oder es wird so wie es war  
Stillstand ist der Tod,  
geh voran, bleibt alles anders  
Der erste Stein fehlt in der Mauer  
Der Durchbruch ist nah“

Die Brandenburger Orthopäden fahren 2012 am ersten Novemberfreitag in die Schorfheide nach Joachimsthal in das Tagungszentrum der Wirtschaft. Mitten in den tiefen Wald! Ein wunderschönes Fleckchen Erde, gerade in der goldenen Herbstfärbung. Karl- Friedrich von Klöden schreibt 1842 über die Schorfheide:

„Das geheimnisvolle Leben der Natur waltet hier frei und ungehemmt, die Bäume und der dichte Unterwuchs entstanden ohne den Menschen und starben ohne ihn ab, es war das Leben des Urwaldes, wo das Vorhandene im Gewesenen wurzelt, das sich im tiefen Schatten verbirgt.“ Dieser Text ist im unteren Hotelflur zu lesen. Das Hotel ist sehr gut gewählt.

Das wissenschaftliche Programm beginnt mit einem sehr kurzweiligen Vortrag über das unendliche Thema „Schmerz“. Dieser gibt uns einen interessanten Einblick in die Genese des Schmerzes und in die multimodale Schmerztherapie. Referent ist Dr. Thomas Lang vom ambulanten Reha-Zentrum des Oberlinhauses. Ich empfinde diese Stunde als sehr tröstend, sind wir als Therapeuten doch recht oft genervt und wenig entspannt, wenn es um das leidige Thema Rückenschmerz geht, den wir in der Sprechstunde unter den heutigen Rahmenbedingungen möglichst in wenigen Minuten und auch nur einmal im Quartal „heilen“ wollen und sollen. Dr. Robert Pflugmacher von der Uniklinik Bonn verdient danach unsere Aufmerksamkeit und referiert über das weite Feld der Kyphoplastie. Er stellt uns hierbei besonders die Radiofrequenzkyphoplastie als hochmodernes Verfahren

mit sehr guten Behandlungsergebnissen vor.

Die anschließende Abendveranstaltung, wieder einmal bis in die tiefe Nacht dauernd, ist geprägt von einer sehr angenehmen Atmosphäre an festlich gedeckten runden Tischen und auf dem Tanzparkett bei Live-Musik (dass die Brandenburger Orthopäden gute und ausdauernde Tänzer sind, schrieb ich in jedem Bericht). Auch am Kamin wird fröhlich gefachsimpelt und viel gelacht. Für einen kurzen Moment vergessen wir unseren Dauerärger mit der KV und dem ganzen System.

Diszipliniert wie immer finden sich fast alle pünktlich am nächsten Morgen wieder im Vortragssaal ein, um Dr. Martin Talke aus Berlin zu hören:

- Rheuma früh erkennen!
- Rheuma früh behandeln?
- Ein Muss in der Orthopädie?!

Didaktisch gut und lebendig wie jeder Vortrag von Martin Talke ist auch dieser. Danach werden alle interessierten Kollegen, die sich der Früherkennung und der Frühbehandlung der rheumatologischen Erkrankungen nicht verschließen wollen, zum 12. Dezember 2012 in die Praxis von Frau Dr. Schulze-Bertram nach Nauen eingeladen.

Etwas anstrengender und beunruhigender ist dann das „Update Praxisberatung 2012“ von Thomas Lips, Unternehmensberater für akademische Heilberufe. Wie werden unsere Praxen in zehn Jahren aussehen? Wird es noch Einzelpraxen geben? Oder sind wir alle dann von den MVZ übernommen? Dieses Thema lässt keinen kalt! Das kleine Seminar mit Frau Daniela Bartz von der PVS Potsdam ist uns für die Auffrischung unserer GOÄ-Kenntnisse sehr willkommen. Es wird ja auch bei den Privaten alles nicht besser!

Berufspolitisch gesehen ist alles frustrierend und hoffnungslos wie immer. Da kann auch die uns am Vorabend unserer Reise in die Schorfheide in Aussicht gestellte „Strukturpauschale“ von drei Euro

pro Patient ab Juli 2013 nicht wirklich erfreuen. Die Protestaktionen der letzten Wochen sind verpufft, der Frust bleibt. Aussicht auf Besserung besteht nicht. Das ist schon alles sehr schlimm!

Dass wenige Stunden nach unserer Zusammenkunft die Praxisgebühr endlich, endlich fallen soll, wissen wir in der Schorfheide noch nicht. Ist das der erste Stein in der Mauer, den Grönemeyer besingt?

Sorgen macht uns Anwesenden außerdem die Abwesenheit vieler Kollegen. Geht es ihnen zu gut? Oder geht es ihnen zu schlecht? Ist es Verdrossenheit? Desinteresse? Oder Arroganz und Ignoranz?

Wir danken wieder einmal den beteiligten Referenten und den Repräsentanten verschiedenster Firmen sehr herzlich für die Unterstützung bei der Durchführung dieser schönen Veranstaltung. Besonders bedanken wir uns natürlich erneut bei Birgit und Dr. Henning Leunert für die unermüdete Energie bei der Organisation dieser Jahrestagungen der Brandenburger Orthopäden.

Diese besondere Gelegenheit der fachlichen Weiterbildung, gemischt mit wirtschaftlichen, juristischen und berufspolitischen Informationen, gewürzt mit einem guten Schuss Geselligkeit in einem angenehmen Ambiente ist für die Anwesenden ein Höhepunkt alljährlich im November.

Liebe Leunerts, bitte macht weiter so! Wir möchten gerne mit Euch nächstes Jahr in Richtung Cottbus aufbrechen und hoffen dann auf eine Beteiligung möglichst vieler Kollegen.



Dr. Petra Höfert,  
Potsdam



Foto: ping hany/Fotolia

**Potala-Palast:** Die einstige Residenz des Dalai Lamas liegt auf dem Berg Mar-po-ri in Lhasa – eine Station der BVOU-Reise nach Tibet.

# Wen das Fernweh packt ...

## Mitglieder-Fachexkursion nach Ost-Kanada sowie nach Tibet

BVOU-Geschäftsstelle

Unsere bisherigen Mitgliederreisen haben viel Lob und Anerkennung gefunden. Aufgrund des vielfachen Wunsches nach weiteren interessanten Reiseangeboten möchten wir Ihnen im Rahmen unserer Serviceleistungen für Mitglieder auch für 2013 wieder zwei attraktive Reiseziele mit berufsbezogenem Fachprogramm anbieten. Aus diesem Anlass laden wir Sie, Ihre Familienangehörigen und Freunde herzlich ein zur Teilnahme an unserer

### Mitgliederreise nach Ost-Kanada 30. Mai bis 8. Juni 2013

Das im Reisepreis in Höhe von **2.565 Euro** eingeschlossene Fachprogramm umfasst (Änderungen vorbehalten):

- Fachbesuch im Sunnybrook Health Science Centre – Department of Critical Care Medicine in Toronto, dem größten Trauma-Zentrum Kanadas; Treffen mit dem Unfallchirurgen Dr. Fred Brennehan und Gespräch über die Forschungsarbeit und Arbeit am SHSC, [www.sunnybrook.ca](http://www.sunnybrook.ca)
- Besuch der Canadian Orthopaedic Association (COA) in Montreal, [www.coa-aco.org](http://www.coa-aco.org)

- Treffen mit einem Vertreter der University of Ottawa – Division of Orthopaedic Surgery, Gedanken- und Meinungsaustausch mit kanadischen Berufskollegen, [www.medicine.uottawa.ca](http://www.medicine.uottawa.ca)

Der Reisepreis schließt außerdem noch folgende Leistungen ein:

- Linienflüge mit AIR CANADA in der Economy-Class nonstop von Frankfurt/Main nach Toronto und zurück von Montreal nach Frankfurt/Main, 23 Kilogramm Freigeäck, Bordverpflegung nach Tageszeit
- Flughafensteuern, Flugsicherheitsgebühren und aktuelle Kerosinzuschläge
- Acht Übernachtungen in Hotels der gehobenen Mittelklasse in Doppelzimmern mit Dusche oder Bad/WC
- Täglich kanadisches Frühstück
- Rundreise im klimatisierten Reisebus
- Stadtrundfahrten unter deutsch sprechender Reiseleitung in Toronto, Ottawa, Quebec City und Montreal
- Auffahrt auf den CN Tower in Toronto
- Eintrittskosten für die Notre-Dame-Basilika in Montreal

- Deutschsprechende Reiseleitung während der Transfers und Besichtigungen
- Fachprogramm laut Reiseausschreibung (Änderungen vorbehalten)
- Marco Polo-Reiseführer Ost-Kanada zur Reisevorbereitung
- Reiserücktrittskostenversicherung, Versicherungsschein

Zusätzlich bieten wir mehrere touristische Ausflugsprogramme zum günstigen Paketpreis von nur 165 Euro pro Person an. Es enthält folgende Leistungen:

- Ganztägiger Ausflug zu den Niagarafällen inklusive Bootsfahrt mit der „Maid of the Mist“
- Einstündige Bootsfahrt durch die malerischen Thousand Islands
- Mittagessen in der „Sucrerie de la Montagne“
- Halbtägiger Ausflug in die Beaufré-Region mit Besuch der Ste-Anne-de-Beaufré Basilika und der Montmorency-Wasserfälle

Deutsche Staatsbürger benötigen für die visumfreie Einreise lediglich einen bei Reisebeginn noch mindestens sechs Mo-

nate gültigen, maschinenlesbaren Reisepass. Impfungen sind nicht vorgeschrieben.

### Mitgliederreise nach Tibet 28. Oktober bis 7. November 2013

Das im Reisepreis in Höhe von **2.295 Euro** eingeschlossene Fachprogramm umfasst (Änderungen vorbehalten):

- Besuch des Peking Massage Krankenhauses, Demonstration einer Traditionellen Chinesischen Massage und Akupunktur der chinesischen Medizin
- Besichtigung des Museum of China Tibetan Medicine Culture in Xining, einer der bedeutendsten Ausstellungsorte für medizinische Werke und Instrumente der TTM
- Fachbesuch des Traditional Tibetan Hospitals in Lhasa, Vortrag über Geschichte und Prinzipien der TTM, anschließend Besichtigung der Ausstellungshalle der Tibetischen Medizin. Vorstellung typisch tibetischer Heilpflanzen in der Hausapotheke des Krankenhauses. Vorführung einer Tibetischen Massage und Therapie, Gedanken- und Meinungsaustausch

mit den tibetischen Berufskollegen, vorgesehene Themen: „Aktuelle Situation und Entwicklung der Orthopädie in Tibet“, „Anwendungen der Traditionellen Tibetischen Medizin in der Orthopädie“, „Unfallchirurgie in Tibet“

Der Reisepreis schließt außerdem noch folgende Leistungen mit ein:

- Linienflüge vom gebuchten Flughafen nach Peking und zurück inklusive Bordverpflegung und 30 Kilogramm Freigeäck, Inlandsflüge Peking-Xining, Lhasa-Peking (20 Kilogramm Freigeäck)
- Flughafen- und Flugsicherheitsgebühren sowie aktuelle Kerosinzuschläge
- Rundreise in landestypischen Reisebussen, andere Verkehrsmittel laut Programm
- Tibet-Bahnfahrt 1. Klasse (Vier-Bett-Abteil im Zug)
- Sieben Übernachtungen/Frühstück in Peking (Fünf Sterne), Lhasa (Vier Sterne) und Shigatse (Vier Sterne), Unterbringung in Doppelzimmern mit Bad/WC, Klimaanlage und Telefon

- Fachprogramm wie aufgeführt (Änderungen vorbehalten)
- Halbpension am dritten Tag, vom fünften bis neunten Tag Vollpension
- Reiserücktrittskostenversicherung, Reisepreissicherungsschein
- Deutsch sprechende Reiseleitung
- Reiseführer zur Reisevorbereitung

Wenn es Ihre Zeit zulässt, empfehlen wir Ihnen im Anschluss an die Tibet-Reise eine spannende Städtereise in Peking, welche die Besichtigung der Großen Mauer und der Verbotenen Stadt beinhaltet!

### Schnell buchen!

Da wir erneut mit reger Beteiligung an diesen Sonderreisen rechnen und die Teilnehmerzahl begrenzt ist, sollten Sie Ihre Reiseanmeldung baldmöglichst an die Anschrift unserer Geschäftsstelle senden. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme und wünschen Ihnen eine interessante und angenehme Reise. Faxformulare finden Sie auf den folgenden Seiten.



**CN Tower:** Eine Besichtigung des Wahrzeichens von Toronto ist im Reisepreis inbegriffen.

Foto: pongsakorn/fotolia

## Reiseanmeldung – bitte zurücksenden an:

Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (BVOU)  
Kantstraße 13 · 10623 Berlin oder per Fax 0 30 / 79 74 44-45

### Hinweise zur Reiseanmeldung:

Bitte füllen Sie die Reiseanmeldung vollständig und deutlich lesbar aus und kreuzen evtl. Zusatzleistungen an. Geben Sie unbedingt auch Ihre Telefon-/Fax-Nr. für evtl. Rückfragen an. **Der unter 1. genannte Teilnehmer unterschreibt die Reiseanmeldung und erhält die Reisebestätigung/Rechnung sowie sämtliche Reiseunterlagen zugleich für alle mit aufgeführten Teilnehmer.** Mit Übersendung der Reisebestätigung/Rechnung sowie der Reisebedingungen und des Sicherungsscheins gilt die Anmeldung als angenommen. Ohne Widerspruch innerhalb von zehn Tagen nach Zugang (bzw. unverzüglich bei Buchung innerhalb von sechs Wochen vor Reisebeginn) kommt der Reisevertrag zu diesen Bedingungen zustande.

**Leistungen wie beschrieben. Alle Preise gelten pro Person.**

**Reiseveranstalter: RDB – Reisedienst Bartsch GmbH, 53604 Bad Honnef, Neichener Heide 18**

Reiseziel	Reisetermin	Abflugort	Reisepreis pro Person
<b>OST-KANADA</b> Fachexkursion	<b>30.05. – 08.06.2013</b>	<b>Frankfurt/Main</b> Air Kanada	<b>2.565,00€</b>
Zusatzleistungen			Mehrpreis pro Person
<input type="checkbox"/> Lufthansa-Anschlussflug von/nach			80,00€
<input type="checkbox"/> Aufpreis Flughafensteuern und Kerosinzuschlag für den Anschlussflug			120,00€
<input type="checkbox"/> Einzelzimmerunterbringung für Teiln.-Nr.			595,00€
<input type="checkbox"/> 1/2 <b>Doppelzimmer</b> (falls wir bis einen Monat vor Abreise keinen Zimmerpartner für Sie gefunden haben, besteht die Möglichkeit, den Einzelzimmerzuschlag zu bezahlen, die Reise umzubuchen oder kostenlos zu stornieren)			
<input type="checkbox"/> <b>RDB/HanseMercur-Reiseversicherungspaket</b> mit Reisegepäckversicherung (Vers.-Summe 1.500,00€), Notfall- und Auslandsreise-Krankenversicherung			19,00€

Hiermit melde ich verbindlich folgende Teilnehmer zu o. a. Reise an (bitte getrennte Rechnungslegung ):

	FAMILIENNAME, Vorname (lt. Reisepass)	Alter	Beruf	Genauere Wohn-/Rechnungsanschrift/Tel./Fax-Nr.
1.				
2.				
3.				
4.				

Ort

Datum

Unterschrift

## Aus den Verbänden

### Reiseanmeldung – bitte zurücksenden an:

Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (BVOU)  
Kantstraße 13 · 10623 Berlin oder per Fax 0 30 / 79 74 44-45

#### Hinweise zur Reiseanmeldung:

Bitte füllen Sie die Reiseanmeldung vollständig und deutlich lesbar aus und kreuzen evtl. Zusatzleistungen an. Geben Sie unbedingt auch Ihre Telefon-/Fax-Nr. für evtl. Rückfragen an. **Der unter 1. genannte Teilnehmer unterschreibt die Reiseanmeldung und erhält die Reisebestätigung/Rechnung sowie sämtliche Reiseunterlagen zugleich für alle mit aufgeführten Teilnehmer.** Mit Übersendung der Reisebestätigung/Rechnung sowie der Reisebedingungen und des Versicherungsscheins gilt die Anmeldung als angenommen. Ohne Widerspruch innerhalb von zehn Tagen nach Zugang (bzw. unverzüglich bei Buchung innerhalb von sechs Wochen vor Reisebeginn) kommt der Reisevertrag zu diesen Bedingungen zustande.

**Leistungen wie beschrieben. Alle Preise gelten pro Person.**

**Reiseveranstalter:** RDB – Reisedienst Bartsch GmbH, 53604 Bad Honnef, Neichener Heide 18

Reiseziel	Reisetermin	Abflugort	Reisepreis pro Person
<b>TIBET</b> Fachexkursion	<b>28. 10. – 07. 11. 2013</b>	<b>Frankfurt/Main</b> Air China	<b>2.295,00 €</b>
Zusatzleistungen			Mehrpreis pro Person
■ "Rail & Fly" - <b>Bahnfahrt</b> 2. Klasse (inkl. IC/ICE-Benutzung) von allen DB-Bahnhöfen zum Flughafen Frankfurt/Main und zurück			40,00 €
■ <b>Einzelzimmerunterbringung</b> für Teiln.-Nr.			230,00 €
■ 1/2 <b>Doppelzimmer</b> (falls wir bis einen Monat vor Abreise keinen Zimmerpartner für Sie gefunden haben, besteht die Möglichkeit, den Einzelzimmerzuschlag zu bezahlen, die Reise umzubuchen oder kostenlos zu stornieren)			
■ <b>Anschlussprogramm Peking</b> vom <b>6.11. - 10.11.2013</b>			315,00 €
■ <b>Einzelzimmerunterbringung</b> für Teiln.-Nr (Anschlussprogramm Peking)			
■ <b>Visumbesorgung</b> für die Einreise nach China und Tibet-Genehmigung			60,00 €
■ <b>RDB/HanseMercur-Reiseversicherungspaket</b> mit Reisegepäckversicherung (Vers.-Summe 1.500,00 €), Notfall- und Auslandsreise-Krankenversicherung			19,00 €

Hiermit melde ich verbindlich folgende Teilnehmer zu o. a. Reise an (bitte getrennte Rechnungslegung ):

	FAMILIENNAME, Vorname (lt. Reisepass)	Alter	Beruf	Genauere Wohn-/Rechnungsanschrift/Tel./Fax-Nr.
1.				
2.				
3.				

Ort

Datum

Unterschrift



# Neuigkeiten aus der ADO

Akademie Deutscher Orthopäden

## App ins Netz!

Sollten Sie im Besitz eines Smartphones sein, können Sie ab sofort mobil nach den Kursen der Akademie Deutscher Orthopäden suchen.

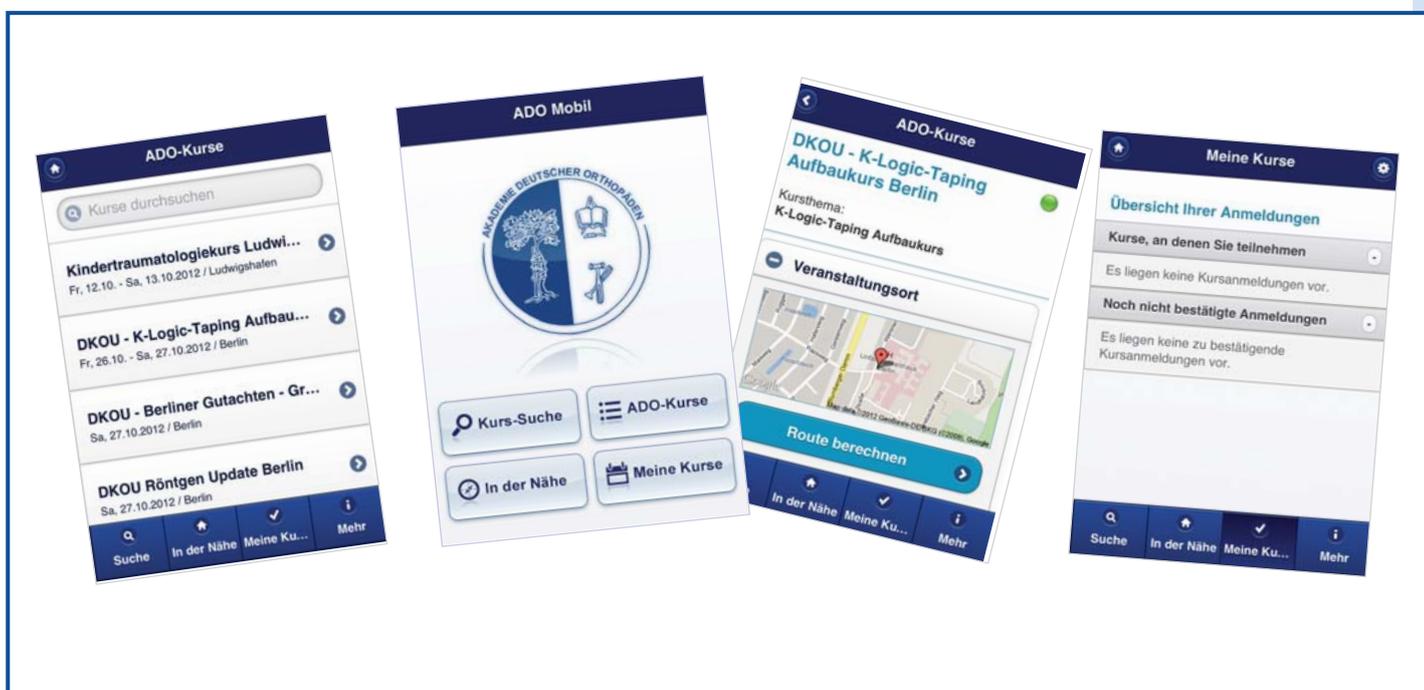
Die ADO-App bietet Ihnen die Möglichkeit, sich jederzeit über unser Seminarangebot zu informieren! Wann? Wo?

Welche Referenten? Anzahl der Fortbildungspunkte? Teilnahmegebühr?

Alles ist mit wenigen Klicks beantwortet und bei Interesse gleich buchbar.

Außerdem mit Umkreissuche und Kartenverknüpfung zur Routenplanung!

Zum Download unserer App einfach bei GooglePlay oder im AppStore „ADO“ eingeben. Et voilà - viel Spaß beim Surfen!



## 80-Stunden-Kurs „Spezielle Schmerztherapie“ nach WBO

Bereits 2006 und 2007 hat die ADO erfolgreich zwei Kurse für die Spezielle Schmerztherapie durchgeführt. In diesem Jahr wird der Kurs wieder aufgenommen und findet unter der erfahrenen wissenschaftlichen Leitung von Dr. Klaus Thierse an vier Wochenenden in Berlin statt.

Der Kurs ist eine Weiterbildung für Orthopäden und Unfallchirurgen, die sich besondere Kenntnisse der modernen, interdisziplinären Schmerztherapie aneignen möchten, um chronisch Schmerz-

kranken besser helfen zu können. Der gesamte Kurs mit vier Blöcken erfüllt die Anforderungen der Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“, die Inhalte orientieren sich an den Vorgaben der Bundesärztekammer. Die Voraussetzungen, die vom gemeinsamen Bundesausschuss für die Abrechnung von Akupunkturleistungen gefordert sind, werden in dem 80 Stunden umfassenden Kurs ebenfalls erfüllt.

### MEHR INFOS

#### Termine

15. – 17. März 2013: Modul I  
12. – 14. April 2013: Modul II  
24. – 26. Mai 2013: Modul III  
7. – 9. Juni 2013: Modul IV

#### Gebühr

BVOU-Mitglieder: 850 Euro  
Nichtmitglieder: 1.150 Euro  
inklusive Handouts und Verpflegung

Ihre Anmeldung können Sie gerne auf [www.institut-ado.de](http://www.institut-ado.de) vornehmen. Begrenzte Teilnehmerzahl.

# Tipps zum Umgang mit dem Arzt-Haftpflicht-Versicherer im Schadenfall

Ass. jur. Stefan Wilhelmi, Funk-Gruppe

Immer wieder hört man davon, dass Versicherer Arzt-Haftpflicht-Verträge kündigen, weil der Versicherungsnehmer einen Schadenfall hat. Eine solche Kündigungspraxis muss als absolut unseriös bezeichnet werden, wobei ein Versicherer oftmals einen Schaden nur als Vorwand für eine außerordentliche Kündigung nimmt, weil er sich ohnehin von dem Risiko trennen will und eine ordentliche Kündigung im Hinblick auf eine länger vereinbarte Laufzeit derzeit nicht möglich ist.

Die Berufs-Haftpflicht-Versicherung bildet das Kernstück des Versicherungsprogramms eines freiberuflich tätigen Mediziners. Denn falls die ausgeübte Tätigkeit nicht lückenlos vom Versicherungsschutz umfasst ist oder falls die gedeckte Versicherungssumme im Schadenfall nicht ausreicht, haftet der betroffene Arzt gegebenenfalls mit seinem gesamten Privatvermögen. Daher ist auch die Auswahl des richtigen Versicherers existenziell! Nur wenn dort absolute Seriosität, aber auch das notwendige Know-how zur Abwicklung eines Schadenfalls im Sinne des versicherten Mediziners vorhanden ist, kann ein Versicherer seine Aufgaben erfüllen, nämlich die qualifizierte Zurückweisung unbegründeter Ansprüche, bzw. die zügige und möglichst lautlose Befriedigung von begründeten Haftpflichtansprüchen.

Zu dieser Seriosität gehört es auch, dass ein Versicherer seinen Kunden beim ersten Schadenfall nicht fallen lässt „wie

## SERVICE FÜR BVOU-MITGLIEDER



Der BVOU kooperiert schon seit vielen Jahren mit der Funk-Hospital-Versicherungsmakler GmbH. Für Informationen und die Erstellung von Angeboten für BVOU-Mitglieder stehen die Mitarbeiter des BVOU-Kooperationspartners gerne zur Verfügung.

### Kontakt:

Funk-Hospital-Versicherungsmakler GmbH  
Funk Ärzte Service  
Valentinskamp 20  
20354 Hamburg  
Tel.: (040) 35 91 4-285  
s.wilhelmi@funk-gruppe.de  
[www.funk-gruppe.de](http://www.funk-gruppe.de)

eine heiße Kartoffel“, sondern das Versicherungsverhältnis in angemessener Form fortsetzt. Mit der SV Sparkassen-Versicherung hat der BVOU für seine Mitglieder seit Jahren einen solchen Partner zur Abdeckung der sich aus der Berufsausübung seiner Mitglieder ergebenden Risiken gefunden.

Dabei ist die zu zahlende, günstige Versicherungsprämie zwar angenehm, letztlich aber nur sekundär. Denn wichtig ist vor allem anderen, dass sich ein vom Schadenfall betroffener Mediziner im

Ernstfall auf seinen Haftpflicht-Versicherer verlassen kann – auch in der Zeit nach einem Versicherungsfall. Bei der SV Sparkassen-Versicherung ist dies gewährleistet. Hierzu muss aber auch der Versicherungsnehmer seinen Beitrag leisten, denn im Schadenfall gilt, alle sich aus den Versicherungsbedingungen ergebenden Obliegenheiten zu erfüllen, wozu es insbesondere gehört, dem Versicherer alle Informationen und Unterlagen zu überlassen, die er für eine Beurteilung und eine sachgerechte Bearbeitung benötigt. „Mauert“ der Versicherungsnehmer im Schadenfall oder gibt er (bewusst) unzutreffende Schilderungen zum Geschehensverlauf ab, so muss man auch Verständnis für den Versicherer haben, dass er sich unter Ausnutzung aller rechtlichen Möglichkeiten so rasch wie möglich von einem solchen Risiko trennt.

Daher gilt es im eigenen Interesse, den Versicherer frühzeitig und wahrheitsgemäß über einen Schadenfall zu unterrichten. Kommt der Versicherte seinen Obliegenheiten nach, so wird ein seriöser, qualifizierter Versicherer das in ihn gesetzte Vertrauen auch nicht enttäuschen, insbesondere, wenn ein erfahrener Makler über das Versicherungsverhältnis und die Schadenabwicklung wacht.

Nähere Informationen und Angebote zum Haftpflicht-Rahmenvertrag des BVOU können beim Funk Ärzte Service der Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH angefordert werden (siehe Kasten).



Nutzen Sie Ihre Vorteile als BVOU-Mitglied.

## Risiken durchleuchten. Und sinnvoll absichern.

Wir geben Sicherheit.

Als Arzt mit Ihrem Tätigkeitsspektrum ist ein umfassender beruflicher Versicherungsschutz existenzsichernd. In enger Kooperation mit Ihrem Berufsverband bieten wir Ihnen hierzu die Vorzüge diverser exklusiver Rahmenverträge. Eine detaillierte Risikoanalyse, Versicherungsschutz zu besonders günstigen Konditionen und effiziente Hilfe im Schadenfall sind unsere unabhängigen Dienstleistungen für Sie als Arzt und Privatperson. So sparen Sie Zeit, Aufwand und Geld.

Die Funk Gruppe berät und betreut als größter unabhängiger Versicherungsmakler in Deutschland seit Jahrzehnten Ärzte, medizinische und soziale Einrichtungen sowie eine Vielzahl medizinischer Berufsverbände in Versicherungs- und Risikofragen. Erfahren Sie mehr: [FUNK-GRUPPE.COM](http://FUNK-GRUPPE.COM).



INTERNATIONALE VERSICHERUNGSMAKLER  
UND RISK CONSULTANTS

Gern beraten wir Sie persönlich:

Bitte senden an:  
**FAX 0 40-35 91 44 23**



Herr Ass. jur. Stefan Wilhelmi  
fon 040-35914-285  
[s.wilhelmi@funk-gruppe.de](mailto:s.wilhelmi@funk-gruppe.de)



Frau Yasmine Tailby  
fon 040-35914-128  
[y.tailby@funk-gruppe.de](mailto:y.tailby@funk-gruppe.de)

Bitte informieren Sie mich über die Vorteile der BVOU-Rahmenverträge:

- Berufshaftpflicht
- Rechtsschutz-Versicherung
- Elektronik-Versicherung
- Berufsunterbrechungs-Versicherung f. niedergel. Ärzte (Ärzte-BU)
- Unfall-Versicherung für Ärzte
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Diese Beratung ist für Sie - als Mitglied des Berufsverbandes BVOU - kostenfrei.**

Bitte senden Sie den Coupon ausgefüllt und unterschrieben per Fax zurück oder mailen Sie uns (Stichwort: BVOU/Rahmenverträge).

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Beste Erreichbarkeit \_\_\_\_\_

Datum/Unterschrift/Praxisstempel \_\_\_\_\_

## Aus den Verbänden

### Neue Mitglieder

**Arena**, Sergio Dott. · Gießen

**Arin**, Ece · Hanau

**Berning**, Elias Dr. med. · Schopfheim

**Braun**, Volker Dr. med. · Lauda-Königshofen

**Dinges**, Christa-M. Dr. med. · Lüneburg

**Hank**, Christian Dr. med. · Pforzheim

**Ilg**, Ansgar Dr. med. · Hamburg

**Jäger**, Marcus Prof. Dr. med. · Essen

**Kuhne**, Björn Dr. med. · Halle

**Ley**, Josef Dr. med. · Köln

**Perl**, Mario Prof. Dr. med. · Ulm

**Rau**, Christoph Dr. med. · Mannheim

**Schacher**, Ben · Berlin

**Schnee**, Benjamin Dr. med. · Berlin

**Zeidler,Annette** Dr. med. · Grassau

### Der BVOU trauert um seine verstorbenen Mitglieder

**Bewersdorf**, Hans Dr. med. · Berlin

**Broy**, Ernst Dr. med. · Hamm

**Dennert**, Rüdiger Dr. med. · Bonn

**Dittmar**, Klaus Dr. med. · Berlin

**Friedel**, Bernd Dr. med. habil · Magdeburg

**Griss**, Peter Prof. Dr. med. · Ebsdorfergrund

**Happe**, Ulrich Dr. med. · Höxter

**Herpertz**, Hans Dr. med. · Bonn

**Hofmeister**, Fritz Prof. Dr. · Berlin

**Kamprath**, Rolf Dr. · Lindau

**Knöpfle**, Richard Dr. med. · Füssen

**Krause**, Wolfgang Prof. Dr./Ltd. med. Med. Dir. i.R. · Hofbieber

**Lehmann**, Lothar Dr. med. · Hamburg

**Moos**, Walter Dr. · Weinheim

**Nicolai**, Hans Dr. med. · Frieberg

**Oehlert**, Dieter Dr. med. · Hilden

**Peter**, Heribert Dr. med. · Burglengenfeld

**Pfeifer**, Joachim Dr. med. · Berlin

**Pfeifer**, Willi Dr. med. · Kaiserslautern

**Sämann**, Volkmar Dipl.- med. · Nossen

**Scharizer**, Ernst · Dr. med. Heidelberg

**Schirmeyer**, Rudolf Dr. med. · Hildburg-  
hausen

**Settekorn**, Dagmar Dipl.-Med. · Altfähr

**Vari**, Gabriel Dr. med. · Karlsruhe

**Vogel**, Kurt Dr. · Neuss

**Wander**, Manfred Dr. med. · Ettlingen

**Wippo**, Wolfgang Dr. med. · Verden

**Wolschendorf**, Eberhard Dr. med · Nort-  
heim

### Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken

#### Rheinland-Pfalz

*Bezirk Rheinhessen:* **Dr. med. Marc Oliver Schellinski** aus Mainz wurde zum neuen Bezirksvorsitzenden gewählt.

*Bezirk Koblenz:* **Dr. med. Jochen Ritzenhoff** aus Mendig wurde als Bezirksvorsitzender wiedergewählt, als Stellvertreter wurde **Dr. med. Michael Sicker** aus Idar-Oberstein gewählt.

**Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.**

Alle Angebot finden Sie unter [www.bvou.net](http://www.bvou.net) | Login über SSL | Service | Angebote



**> AHORN Hotels**

>> Urlaub in Deutschland

Gönnen Sie sich eine Auszeit mitten im Thüringer Wald im AHORN Berghotel Friedrichroda. Unsere 5 AHORN Hotels bieten eine ideale Kombination aus Natur, Aktiv-, und Erholungsurlaub mit einem riesigen Freizeitangebot!

Nachlass: 20%



**> Jollydays**

>> Hier können Sie was erleben!

Ob luftiger Hubschrauber-Rundflug, tierischer Schlittenhunde-Workshop oder mörderisches Erlebnisdinner – entdecken Sie über 4.000 unvergessliche Erlebnisse und Geschenkideen!

Nachlass: 12%



**> Wine in Black**

>> Ihr Shoppingclub für Premium-Weine

Wine in Black, der exklusive Shopping-Club für Weinliebhaber: Wir bieten mehrmals wöchentlich die besten Weine und Champagner mit bis zu -60% auf UVP. Für Sie als Mitarbeiter gibt es weitere 10% on top.

Nachlass: 10%



**> Avandeo**

>> Standard gibt's woanders!

Entdecken Sie neue Wohnideen und richten Sie sich neu ein. Mit Ihrem exklusiven Rabatt sparen Sie 12% auf das gesamte Sortiment!

Nachlass: 12%



# Bericht des Ausschusses Forschung und Wissenschaft

Joachim Grifka, Lutz Claes

Der Ausschuss hat die Aufgabe, den Austausch zwischen den verschiedenen Gremien der DGOU zu fördern, die im Bereich Wissenschaft und Forschung einschließlich Versorgungsmedizin aktiv sind. Er fördert Abstimmungsprozesse, ohne Einfluss auf die Arbeit zu nehmen. Anlässlich des DKOU findet traditionsgemäß eine interne wie auch öffentliche Sitzung des Ausschusses statt.

Als Referenten für die öffentliche Sitzung des letzten DKOU konnten Frau Dr. Katja Hartig als Referentin der Gruppe Lebenswissenschaften und der Gruppe Wissenschaftliche Literaturversorgungs- und Informationssysteme der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG), die für den Bereich muskuloskeletale Forschung zuständig ist, und Herr Prof. Dr. Stefan Hornbostel, Leiter des Instituts für Forschungsinformation und Qualitätssicherung sowie Lehrstuhlinhaber für Wissenschaftsforschung an der Humboldt-Universität in Berlin, gewonnen werden.

Frau Hartig ging in einer ausführlichen Präsentation auf die diversen Fördermöglichkeiten und die Entwicklung der letzten Jahre ein, mit spezieller Berücksichtigung der muskuloskeletalen Forschung. Ein wichtiger Punkt war die Mittelbewilligung, deren sehr komplexen Hintergrund Frau Hartig dezidiert beleuchtete: In den letzten Jahren hatte die Förderquote bei 45 bis 50 Prozent gelegen, wobei das Jahr 2011 deutlich schwächer war. Schon 2009/10 hat die erhöhte Antragsfrequenz der Geisteswissenschaften negative Auswirkungen auf den Bereich Lebenswissenschaften gezeigt. Zugleich wurden auch Mittel, die 2009/10 bewilligt waren, teilweise nicht abgerufen, möglicherweise wegen nicht besetzter Stellen. Deswegen wurde die Erhöhung um 10 Prozent wieder auf den vorherigen Rahmen reduziert. Für die Folgejahre ist nun eine jährliche Aufstockung um 5 Prozent zu erwarten.

Schon 2012 ist das Finanzvolumen quartalsweise aufgeteilt worden, so dass für jede Sitzung der Fachkollegiaten ein etwa gleiches Volumen zur Verfügung steht. Im Jahr gehen für den muskuloskeletalen Bereich etwa 40 bis 50 Einzelanträge ein. Die deutliche Niveausteigerung hat zwangsläufig zu einer Förderpriorisierung geführt. Die Förderquoten für Orthopädie und Unfallchirurgie sind den anderen Fachgebieten vergleichbar.

Ergänzend sei angemerkt, dass die Rate der Bewilligung von Anträgen im Normalverfahren inzwischen auf etwa 25 Prozent gesunken ist, da auch die Mittel für die inzwischen sehr beliebten Forschergruppen aus dem gleichen Finanzvolumen gefördert werden müssen.

Frau Hartig wies noch speziell darauf hin, dass für Doktoranden Personalkosten in Höhe von 65 Prozent in Lebenswissenschaften beantragt werden können. Darüber hinaus gibt es eine Antragsmöglichkeit für wissenschaftliche Netzwerkbildungen, was bislang in der Medizin weniger nachgefragt wird als bei den Geisteswissenschaften.

Als neuen Präsidenten der DFG kündigte Frau Hartig Herrn Prof. Dr. Peter Strohschneider, Professor für Germanistische Mediävistik an der Ludwig-Maximilians-Universität München, sowie als Vizepräsidentin Frau Prof. Dr. Leena Bruckner-Tuderman, Ärztliche Direktorin für Dermatologie und Venerologie an der Universitäts-Hautklinik in Freiburg, an.

Im universitären Bereich kennen wir die Diskussion um die leistungsorientierte Mittelvergabe. Herr Hornbostel hat sich mit dieser Thematik und der Entwicklung über die Jahre im Einzelnen befasst. Die vom Wissenschaftsrat stets geforderte leistungsorientierte Mittelvergabe hat deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesländern und den ein-

zelnen Universitäten. So sind auch Drittmittelinwerbungen und Vorlesungsleistungen nicht immer adäquat zum Aufwand berücksichtigt. Dagegen wird der Publikationsleistung das höchste Gewicht beigemessen. Wir alle wissen, dass das muskuloskeletale Fachgebiet bei einer Beurteilung nach dem Impact-Faktor ungünstiger abschneidet, da die Verbreitung unserer Organe geringer ist als in größeren Fachbereichen oder Querschnittsbereichen. Darüber hinaus ist die Beurteilung der tatsächlichen Qualität methodologisch umstritten, da sich der Impact-Faktor als solcher im Wesentlichen aus der Situationshäufigkeit und der Verbreitung des Fachjournals generiert. Es bestätigt sich, dass der modifizierte Bewertungsfaktor der AWMF das Leistungsgeschehen besser widerspiegelt.

Wie schon in den Vorjahren stand Frau Kollegin Hartig im Anschluss an die Sitzung noch den gesamten Tag für persönliche Beratungsgespräche für DFG-Antragsteller zur Verfügung.



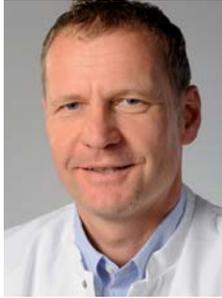
Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka leitet den Ausschuss Forschung und Wissenschaft



Prof. Dr. Lutz Claes leitet den Ausschuss Forschung und Wissenschaft



Prof. Dr. Christian Knop,  
Sektionsleiter



Prof. Dr. Marcus Richter,  
Sektionsleiter



PD Dr. Frank Kandziora,  
stellv. Sektionsleiter



Dr. Andreas Korge, stellv.  
Sektionsleiter

# Jahresbericht der Sektion Wirbelsäule

Christian Knop, Marcus Richter, Frank Kandziora, Andreas Korge

Für einen bestmöglichen Austausch in der Sektion wurde folgende Struktur geplant und umgesetzt:

- Jährliche Arbeitssitzung der Sektion auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin im Oktober
- Jährliche Arbeitssitzung der Sektion auf der Jahrestagung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG) im Dezember (2012 Stuttgart, 2013 Frankfurt/Main, 2014 Leipzig)

- Jahresbericht der Sektion, der für die Mitglieder zur Arbeitssitzung im Dezember vorliegen sollte

Wir gehen davon aus, dass mit dieser Struktur ein vernünftiger und effektiver Austausch über die Aktivitäten der Sektion ermöglicht wird. Die zweijährlichen Treffen sollen neben dem Jahresbericht vor allem der Information aller Mitglieder dienen:

- Aktivitäten, Vorhaben, Ergebnisse in den Arbeitsgruppen
- Kontaktaufnahme für interessierte Sektionsmitglieder, die in Arbeitsgruppen mitwirken möchten
- Vorschläge für neue Arbeitsgruppen und Projekte
- Informationen und Berichte über „wirbelsäulenrelevante“ Neuigkeiten und Entwicklungen der DGOU

## Osteoporose, Altersfrakturen

K. Schnake, T. Blattert, O. Gonschorek

Die Arbeitsgruppe „Osteoporotische Frakturen“ hat sich im Jahr 2012 dreimal getroffen (Hannover, München, Berlin).

Die von der Arbeitsgruppe entwickelte Klassifikation osteoporotischer Frakturen („OF-Klassifikation“) und der ebenfalls entwickelte Score zur Indikationsfindung wurde im Rahmen einer prospektiven Fallsammlung evaluiert.

Innerhalb von sechs Monaten haben 16 beteiligte Kliniken insgesamt 707 Fälle osteoporotischer Frakturen gesammelt und die OF-Klassifikation sowie den Score bei diesen Fällen angewandt. Die Ergebnisse dieser Evaluation wurden auf der Sektionssitzung der DGOU in Berlin vorgestellt. Im Vergleich zur Magerl-Klassifikation ist die OF-Klassifikation mit insgesamt sechs Untergruppen leichter anzuwenden. Zudem werden die osteo-

porotischen Frakturtypen besser abgebildet. Das Ergebnis des Scores entsprach in 85 Prozent der Fälle der tatsächlichen Therapie in den beteiligten Kliniken. Die demografischen, klinischen und radiologischen Daten der Fallsammlung stellen überdies eine gute Darstellung der Versorgungsrealität osteoporotischer Frakturen in unfallchirurgischen Kliniken dar.

In der letzten Sitzung wurde einstimmig beschlossen, dass die OF-Klassifikation und der Score aufgrund der guten Ergebnisse keiner weiteren Modifikation mehr bedürfen.

Die nächsten Schritte der Arbeitsgruppe sind wie folgt:

- Reliabilitätsbestimmung der OF-Klassifikation innerhalb der AG durch sechs Kollegen anhand 60 zufällig ausgewählter Fälle

- Publikation der Ergebnisse der prospektiven Fallsammlung osteoporotischer Frakturen
- Publikation der OF-Klassifikation nach Bestimmung der Reliabilität (siehe Punkt 1) und Einreichung zur Präsentation auf dem DKOU 2013
- Publikation der Ergebnisse der Fallsammlung im Rahmen von nationalen und internationalen Kongressen (Vorträge, Poster)
- Reliabilitätsbestimmung der OF-Klassifikation außerhalb der Arbeitsgruppe (150 Fälle, 15 Auswerter) unter Mithilfe eines Studienzentrums und nach Freigabe finanzieller Mittel durch die DGOU
- Erarbeitung konkreter Therapieempfehlung anhand der OF-Klassifikation in den nächsten Sitzungen

### Studie Densfrakturen

O. Gonschorek, T. Vordemvenne

Ziel der Studie war es, eine Übersicht über die Versorgungsstrategien der Densfraktur des Älteren in unfallchirurgischen Kliniken zu erhalten. Besonderer Fokus lag dabei auf den Komplikationen und der Frühmortalität. Es handelte sich um eine retrospektive Erfassung, an der sich acht Kliniken aktiv beteiligten. Es konnten 204 Fälle aus den Jahren 2009

und 2010 eingeschlossen werden, die Analyse wurde im Rahmen der Sitzung der Sektion Wirbelsäule der DGOU vorgebracht. Das Durchschnittsalter betrug 77 Jahre, auffällig waren die hohe Anzahl an Querschnittsläsionen und Polytraumata; ebenso eine Frühletalität von über 10 Prozent. Diese Ergebnisse sollten einer

speziellen Nachprüfung des Kollektivs zugeführt werden.

Weiteres mittelfristiges Ziel ist dann die prospektive Erhebung unter Analyse der wesentlichen Endpunkte, die anhand der retrospektiven Erhebung herausgehoben werden konnten.

### Studie thorakolumbalen inkompletter Berstungsbruch (A 3.1)

M. Scholz, F. Kandziora

Nach Ausarbeitung des Studienprotokolls (RASPUTHINE) in Zusammenarbeit mit dem Studienzentrum der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (SDGC) Heidelberg erfolgte die Einreichung der Skizze bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) im Förderungsprogramm „Klinische Studien“. Trotz guter Bewer-

tung erhielten wir von der DFG, bei insgesamt hoher Ablehnungsquote der eingereichten Anträge, keine Aufforderung zur Einreichung eines Vollertrages.

Nach Umfrage unter den Mitgliedern der Arbeitsgruppe besteht weiterhin Interesse und Bereitschaft, die Studie als mul-

tizentrische Untersuchung durchzuführen. Somit wird derzeit die Möglichkeit alternativer Finanzierungen der Studie geprüft.

### Wirbelsäulenoperationen unter Antikoagulation

M. Quante, J. Franke, V. Bullmann

Im Laufe des vergangenen Jahres wurden folgende Punkte bearbeitet und abgeschlossen:

- Formulierung einer aktuellen und praktisch relevanten Fragestellung: „Einfluss der perioperativen ASS Gabe sowie des Zeitpunktes des Beginns einer medikamentösen Throm-

boembolieprophylaxe auf die perioperativen Blutungskomplikationen“

- Ausarbeitung eines Studienprotokolls, Definition von Ein- und Ausschlusskriterien und statistische Planung
- Suche nach einer geeigneten finanziellen Förderung für ein Gesamtvolumen von 1,7 Millionen Euro, Einrei-

chung eines entsprechenden Förderantrages (BMBF Klinische Forschung Modul 3) in Stufe 1 des zweistufigen Verfahrens

- Zum Einreichungszeitpunkt Zusage von 45 Zentren, Patienten einzuschließen
- Antrag für das BMBF fertiggestellt

## Therapieempfehlung „Degenerative Instabilität an der LWS“

B. Wiedenhöfer, T. Niemeyer, T. Hallbauer

### Einführung

Die degenerative Spondylolisthese resultiert aus einer verschleißbedingten Höhenminderung der Bandscheibe in Kombination mit einer Facettengelenksarthrose. Beide Mechanismen führen zu einer segmentalen Instabilität. 10 Prozent der Frauen über dem 60. Lebensjahr weisen eine degenerative Spondylolisthese auf. Diese kann mit chronischen Schmerzen und im weiteren mit senso-motorischen Ausfällen einhergehen. Die Therapie der Erkrankung liegt primär in konservativen Behandlungsmaßnahmen wie Krankengymnastik, NSAR oder infiltrativer Therapie, wobei auch hier eine große Bandbreite der Verfahren vorhanden ist. Uneinigkeit scheint in den Verfahrenstechniken nach Versagen der konservativen Therapie aufgrund einer Vielzahl von operativen Versorgungsmöglichkeiten zu bestehen. Diese reichen von der alleinigen Dekompression bis zur 360-Grad-Fusion. Die für eine operative Therapie zuständigen Berufsgruppen sind Orthopäden und Traumatologen (OT) und Neurochirurgen (NChi). Daraus ergab sich in der AG Wirbelsäule der DGOOC 2010 der Ansatz zu evaluieren, ob in den Behandlungskonzepten zwischen den Therapeuten unterschiedlicher Prägung einerseits ein Konsens und daraus abgeleitet auch Therapieempfehlungen zu erarbeiten sind.

Hieraus entstehen verschiedene Fragestellungen:

- Ist die Versorgung abhängig von behandelnden Fachbereichen?
- Bestehen Diskrepanzen in der Indikationsstellung?
- Welche operativen Verfahren werden verwendet?
- Wie werden diagnostische Mittel zur Diagnosesicherung und Indikationsstellung eingesetzt?
- Welche OP-Techniken werden angewendet?
- Wie werden die Patienten nachbetreut?

### Material und Methoden

Ein 28 Fragen umfassender speziell konzipierter Katalog wurde als externer Link mit Unterstützung der Firma Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Jena, an alle damaligen 812 DWG-Mitglieder versandt und zwischen dem 27. März und dem 16. Juni 2012 online gestellt. Wir haben insgesamt 238 anonymisierte Rückmeldungen erhalten (Rücklaufquote: 29 Prozent). Die Antworten wurden in einer Excel-Tabelle eingelesen und für die statistische Aufarbeitung mittels SPSS-Software adaptiert. Statistische Tests wurden angewandt, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu dokumentieren.

### Resultate

- Mehr Neurochirurgen mit einem Erfahrungshorizont > 15 Jahre
- Mehr Orthopäden mit einem Erfahrungshorizont zwei bis zehn Jahre
- NChi. Abteilungen mit > 1.000 Operationen an der degenerativen Wirbelsäule > als ot. Abteilungen
- Ot. Abteilungen mit < 500 OP an der degenerativen WS > als nChi. Abteilungen
- 80 Prozent beider Berufsgruppen verwenden Scores
- Relevant sind nur VAS und ODI
- 94 Prozent der Orthopäden halten eine Röntgenaufnahme der LWS für unabdingbar
- NChi verwenden häufiger eine CT zur Standarddiagnostik
- OT setzten häufiger Infiltrationen ein
- OT legen größeren Wert auf körperliche Betätigung als konservative Therapieform
- NChi rezeptieren mehr Korsette zur konservativen und postoperativen Therapie
- Mehr OT entscheiden sich zur Reposition mit Dekompression bei Meyerding I°
- Therapie bei Meyerding II°

- Transpedikuläre Fusionen mit und ohne interlumbaler Fusion sind Standard bei Meyerding I° und II°
- OT verwenden > Titan-Cages, NChi > PEEK-Cages mit autologem Knochen zur ventralen Fusion

### Diskussion

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Unterschiede in der Diagnostik und Therapie zu gering ausfallen, als dass man von unterschiedlichen neurochirurgischen oder orthopädischen Philosophien oder „Schulen“ sprechen könnte. Ein gravierender Unterschied in der Therapie kann nur bei der Spondylolisthese Grad I konstatiert werden und muss vor dem Hintergrund der aktuellen Studienlage diskutiert werden. Konsensus besteht in den OP-Verfahrenstechniken der Spondylolisthese Grad II.

Die aktuelle Literatur und Diskussion zeigt trotz oben genannter Unterschiede bestehender Metaanalysen oder Reviews keine gravierenden Abweichungen in beiden Fachbereichen. Es zeichnet sich ein allgemeiner Konsens ab, der die Therapie der niedriggraden degenerativen Instabilitäten eher auf die Seite der stabilisierenden chirurgischen Therapie verschiebt, falls ein konservativer Behandlungsversuch fehlschlägt. Des Weiteren offenbart die Literaturrecherche immer noch einen großen Mangel an Level-I-Studien, die einen klaren Behandlungsalgorithmus für niedriggrade Spondylolisthesen bietet.

Anlehnend an die Empfehlungen der NASS (North American Spine Society) und SRS (Scoliosis Research Society) können Behandlungsempfehlungen formuliert werden, die als Konsensusvorlagenbeispiel in der nächsten DWG-Sitzung diskutiert werden müssen.

## Arbeitsgruppe Tumore und Metastasen

A. Disch, U. Liljenqvist, K. Schaser

Wie zur konstituierenden Sitzung der AG Wirbelsäule der DGOU im Dezember 2011 in Hamburg angekündigt, wurde als erster Schritt nach der Neugründung der Arbeitsgruppe Tumor ein Survey zu aktuellen Strukturen bei der Behandlung von Wirbelsäulentumoren innerhalb der AG Wirbelsäule ausgearbeitet. Der Befragungszeitraum der Online-Studie erstreckte sich von Mitte Juni bis Mitte August 2012. Die Auswertung wurde zum Treffen der AG während des DKOU vorgestellt. Aus den homogen über das Bundesgebiet verteilten 30 beteiligten Zentren rekrutierten sich knapp zwei Drittel aus Universitätskliniken und Kliniken der Maximalversorgung (> 300 WS-Operationen per anno in circa 80

Prozent der Zentren). Mehr als 80 Prozent der Beteiligten gaben an, mehr als 20 operative Eingriffe bei Wirbelsäulentumoren pro Jahr durchzuführen, darunter auch Primärtumore. Versuche der weiten Resektion mit kurativer Intention wurden in 10 Prozent der Fälle angegeben. Perkutane Verfahren wurden in knapp 25 Prozent angewandt. Die überwiegende Mehrheit der beteiligten Zentren ist dabei in einem interdisziplinären Tumorzentrum organisiert und hat ortsansässig Zugang zu einer Schnellschnittbefundung, onkologischen/strahlentherapeutischen Fachabteilung mit der Option (neo-) adjuvanter Therapiemaßnahmen (postoperative Radio-/ Chemotherapie).

Um die Aussagefähigkeit der Umfrage zu erhöhen und auf eine breitere Basis unter den in der DWG organisierten Wirbelsäulenchirurgen zu stellen, wurde der Fragebogen der Wissenschafts- und Studienkommission der DWG zur Prüfung und Zulassung zugestellt.

Die Teilnahme und der Anschluss an wissenschaftliche Untersuchungen der Global Spine Tumor Study Group ist in Vorbereitung (Primary Tumor Study).

Ein außerordentliches Treffen der Arbeitsgruppe Tumor ist im ersten Quartal 2013 und im Rahmen der „3rd Charité Spine Tumor Days“ vom 30. Mai bis 1. Juni in Berlin geplant.

### LITERATUR ZUR THERAPIEMPFEHLUNG „DEGENERATIVE INSTABILITÄT AN DER LWS“ (SEITE 73)

- 1 Fujiwara A et al. The effect of disc degeneration and facet joint osteoarthritis on the segmental flexibility of the lumbar spine. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(23):3036-44. Epub 2001/01/06.
- 2 Wild A et al. [Surgical therapy for spondylolysis and spondylolisthesis]. *Der Orthopäde*. 2005;34(10):995-6, 8-1000, 2-6. Epub 2005/08/05. Operative Therapie bei Spondylolyse und Spondylolisthese.
- 3 Schnee CL et al. Outcome analysis for adults with spondylolisthesis treated with posterolateral fusion and transpedicular screw fixation. *J Neurosurg*. 1997;86(1):56-63. Epub 1997/01/01.
- 4 Naderi S et al. Factors affecting reduction in low-grade lumbosacral spondylolisthesis. *J Neurosurg*. 2003;99(2 Suppl):151-6. Epub 2003/09/06.
- 5 Wenger M et al. Long-term outcome in 132 consecutive patients after posterior internal fixation and fusion for Grade I and II isthmic spondylolisthesis. *Journal of neurosurgery Spine*. 2005;2(3):289-97. Epub 2005/03/31.
- 6 Farrokhi MR et al. Posterolateral versus posterior interbody fusion in isthmic spondylolisthesis. *J Neurotrauma*. 2012;29(8):1567-73. Epub 2012/01/21.
- 7 Musluman AM et al. Posterior lumbar interbody fusion versus posterolateral fusion with instrumentation in the treatment of low-grade isthmic spondylolisthesis: midterm clinical outcomes. *Journal of neurosurgery Spine*. 2011;14(4):488-96. Epub 2011/02/15.
- 8 Kim JS et al. Which lumbar interbody fusion technique is better in terms of level for the treatment of unstable isthmic spondylolisthesis? *Journal of neurosurgery Spine*. 2010;12(2):171-7. Epub 2010/02/04.
- 9 Lastfogel JF et al. Sacral fractures following stand-alone L5-S1 anterior lumbar interbody fusion for isthmic spondylolisthesis. *Journal of neurosurgery Spine*. 2010;13(2):288-93. Epub 2010/08/03.
- 10 Lee DY et al. Single-level instrumented mini-open transforaminal lumbar interbody fusion in elderly patients. *Journal of neurosurgery Spine*. 2008;9(2):137-44. Epub 2008/09/04.
- 11 Rosenberg WS et al. Transforaminal lumbar interbody fusion: technique, complications, and early results. *Neurosurgery*. 2001;48(3):569-74; discussion 74-5. Epub 2001/03/29.
- 12 Kim JS et al. Comparison study of the instrumented circumferential fusion with instrumented anterior lumbar interbody fusion as a surgical procedure for adult low-grade isthmic spondylolisthesis. *World neurosurgery*. 2010;73(5):565-71. Epub 2010/10/06.
- 13 Fischgrund JS. The argument for instrumented decompressive posterolateral fusion for patients with degenerative spondylolisthesis and spinal stenosis. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2004;29(2):173-4. Epub 2004/01/15.
- 14 Kwon BK et al. Adult low-grade acquired spondylolytic spondylolisthesis: evaluation and management. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005;30(6 Suppl):S35-41. Epub 2005/03/16.
- 15 Kwon BK et al. A critical analysis of the literature regarding surgical approach and outcome for adult low-grade isthmic spondylolisthesis. *J Spinal Disord Tech*. 2005;18 Suppl:S30-40. Epub 2005/02/09.
- 16 Ekman P et al. The long-term effect of posterolateral fusion in adult isthmic spondylolisthesis: a randomized controlled study. *Spine J*. 2005;5(1):36-44. Epub 2005/01/18.
- 17 Moller H et al. Surgery versus conservative management in adult isthmic spondylolisthesis--a prospective randomized study: part 1. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2000;25(13):1711-5. Epub 2000/06/28.
- 18 Videbaek TS et al. Circumferential fusion improves outcome in comparison with instrumented posterolateral fusion: long-term results of a randomized clinical trial. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2006;31(25):2875-80. Epub 2006/12/02.
- 19 Christensen FB et al. Circumferential lumbar spinal fusion with Brantigan cage versus posterolateral fusion with titanium Cotrel-Dubousset instrumentation: a prospective, randomized clinical study of 146 patients. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2002;27(23):2674-83. Epub 2002/12/04.
- 20 Soegaard R et al. Circumferential fusion is dominant over posterolateral fusion in a long-term perspective: cost-utility evaluation of a randomized controlled trial in severe, chronic low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2007;32(22):2405-14. Epub 2007/12/20.
- 21 NASS. Diagnosis and Treatment of Degenerative Lumbar Spondylolisthesis: NASS Evidence-Based Guideline Development Committee. 2008.
- 22 Mardjetko S et al. Spine/SRS spondylolisthesis summary statement. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2005;30(6 Suppl):S3. Epub 2005/03/16.

# Der gemeinsame Weg zu O und U

## Was geschieht mit den Doppelmitgliedschaften?

Fritz Uwe Niethard, Hartmut Siebert

Mit einem gleichlautenden Beschluss der Mitgliederversammlungen von DGOU, DGOOC und DGU wurde die Beitragsordnung für alle drei Fachgesellschaften ab 1. Januar 2013 neu geregelt. Dementsprechend sind die Beiträge für alle drei Fachgesellschaften identisch. So genannte „Altmitglieder“ zahlen nur einen Beitrag, selbst wenn sie Mitglieder der DGOOC, der DGU und damit ja automatisch auch der DGOU – also Triple-Mitglieder – sind.

Dessen ungeachtet sind in naher Zukunft die Eigenständigkeiten der drei Fachgesellschaften DGOU, DGOOC und DGU zu berücksichtigen. Daraus ergibt sich für Mehrfachmitgliedschaften:

- Doppelmitglieder von DGOOC und DGU, deren Mitgliedschaft schon vor dem 1. Januar 2013 bestand („Altmitglieder“), zahlen nur einen

einigen Mitgliedsbeitrag. Diese ca. 330 Mitglieder werden von den Geschäftsstellen angeschrieben und um Entscheidung gebeten, welcher Fachgesellschaft die Beitragszahlung zugerechnet werden soll. Eine Umlenkung der Beitragszahlungen ausschließlich in die DGOU ist derzeit aus Satzungsgründen noch nicht möglich.

- Neue Mitglieder sollen ausschließlich über die DGOU eintreten. Dennoch können diese Mitglieder auch solche von DGOOC und DGU gleichzeitig werden (Triple-Mitgliedschaft). Für die zusätzliche Aufnahme in DGOOC und DGU muss jedoch ein ordentliches Aufnahmeverfahren dieser Gesellschaften gemäß deren Satzung (Formblatt und Bürgschaft) auf den Weg gebracht werden.



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär DGOOC und stellv. Generalsekretär DGOU



Prof. Dr. Hartmut Siebert, Generalsekretär DGU/DGOU

# DGOU lobt Grundlagenforschungspreis aus

Hartmut Siebert

Gemäß des Vorschlages des Vorstands der Sektion Grundlagenforschung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) lobt die DGOU einen Grundlagenforschungspreis aus. Er wird verliehen für eine wissenschaftliche Originalarbeit aus dem Bereich der orthopädisch-unfallchirurgischen Grundlagen- oder translationalen Forschung, die im Jahr der Antragstellung oder im Vorjahr in einem PubMed- oder ISI-gelisteten Journal publiziert oder zur Publikation angenommen sein muss.

Der Grundlagenforschungspreis der DGOU wird in diesem Jahr erstmalig ausgeschrieben und ist mit 20.000 Euro dotiert. Die Höhe des Preisgeldes soll die Bedeutung abbilden, die die Grundlagenforschung für die Weiterentwicklung von Behandlungsmethoden in unserem Fach hat. Die DGOU kommt damit nicht nur ihrem satzungsgemäßen Auftrag nach, Wissenschaft und Forschung zu unterstützen. Sie will damit auch ein klares Zeichen der Unterstützung von Forschergruppen und Forschung in Deutschland setzen. Die Bekanntgabe und Verleihung

des Preises erfolgen im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie.



Prof. Dr. Hartmut Siebert, Generalsekretär der DGOU

## Regularien des DGOU-Grundlagenforschungspreises

### 1. Allgemeines

- Dieser Preis wird vergeben von der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie.
- Die Ausschreibung erfolgt erstmalig 2013.
- Das Preisgeld beträgt Euro 20.000 pro Ausschreibung.
- Die Ausschreibung erfolgt jährlich.

### 2. Formales

- Es muss ein schriftlicher Antrag auf Verleihung des Preises gestellt werden.
- Das entsprechende Formular wird über die DGOU-Website zur Verfügung gestellt.
- Einsendeschluss des fertigen Manuskriptes einschließlich des geforderten Publikationsnachweises (Datum des Poststempels) ist der **30. April** des laufenden Kongressjahres.

### 3. Autorenschaft

- Der Antragsteller muss Erstautor der eingereichten wissenschaftlichen Arbeit sein.
- Es gibt keine Altersbegrenzung des Antragstellers.
- Der/die Antragsteller/in muss zum Zeitpunkt der Antragstellung Mitglied in der DGOU oder einer ihrer Sektionen oder Arbeitsgemeinschaften sein.

### 4. Die zum Preisantrag eingereichte Arbeit muss folgende Kriterien erfüllen

- Inhalt: Es muss sich um eine wissenschaftliche Originalarbeit aus dem Bereich der orthopädisch-unfallchirurgischen Grundlagen- oder translationalen Forschung handeln.
- Die eingereichte Arbeit muss in sechsfacher Ausfertigung zusammen mit einem Lebenslauf des Antragstellers eingereicht werden.
- Publikation: Die Forschungsarbeit muss im Jahr der Antragstellung oder im Vorjahr publiziert oder zur Publikation angenommen sein (Druck oder Epub ahead – in einem etablierten Journal, welches PubMed oder ISI gelistet ist.

- Die eingereichte Arbeit muss einem der folgenden Themenfelder zugehören (alphabetisch):
  - Gelenke
  - Biomaterialien
  - Biomechanik
  - Frakturheilung und Osteologie
  - Gang- und Bewegungsanalyse
  - Gen- und Zelltherapie
  - Implantat-technologie
  - Imaging und Navigation
  - Polytrauma,
  - Tissue Engineering
  - Wunde und Weichteile
- Die eingereichte wissenschaftliche Arbeit darf noch keinen anderen Preis bekommen haben.
- Sprache der Forschungsarbeit: Deutsch oder Englisch

### 5. Evaluation

- Die Kommission prüft die Arbeit nach folgenden Kriterien:
  - A) Originalität
  - B) Methodik: Klarheit, Ziel, Bedeutung
  - C) Wissenschaftlicher Stellenwert
  - D) Berücksichtigung der einschlägigen Literatur und kritische Wertung.
- Für die Kriterien A – D wird eine Benotung von 1 (sehr gut) bis 5 gewählt.
- Bei Punktgleichheit kann der Preis geteilt werden.

### 6. Preiskommission

- Zusammensetzung: Die Jury setzt sich aus folgenden Personen zusammen:
  - Präsident der Sektion Grundlagenforschung der DGOU
  - Stellv. Präsident der Sektion Grundlagenforschung der DGOU
  - Präsident der DGOU
  - Vizepräsident der DGOU
  - Gesetzte Person aus der DGOOC, die auf wenigstens einem der og. Forschungsgebiete besonders ausgewiesen ist und noch nicht Mitglied einer anderen Preiskommission von DGOU/DGOOC/DGU ist.
  - Gesetzte Person aus der DGU analog zu vorherigem Punkt.
- Jedes Jury-Mitglied beurteilt nach dem vorgegebenen Kriterienkatalog.

- Die Beurteilung hat binnen vier Wochen zu erfolgen.
- Befangenheitsklausel: Im Falle der direkten Beteiligung eines Jury-Mitgliedes an einer der eingereichten Arbeiten oder im Falle der Beteiligung eines Antragsstellers aus seiner Einrichtung an der Preisauswahl nimmt die betreffende Person nicht an der Beurteilung der Arbeiten teil.

### 7. Organisatorischer Ablauf

- Die Manuskripte sind zeitgerecht (Poststempel) an die Geschäftsstelle der DGOU in Berlin zu richten.
- Die Geschäftsstelle reicht die eingereichten Manuskripte an die/den Schriftführer/in der Sektion Grundlagenforschung weiter.
- Die/ der Schriftführer/in prüft, ob die Regularien vom Antragsteller eingehalten werden bzw. zutreffen und
- verspricht die Manuskripte mit den Bewertungskriterien an die Gutachter mit einem Bewertungsformular binnen drei Wochen.
- Nach Eingang der Jury-Bewertungen wertet die/der Schriftführer diese aus und übermittelt sie dem Generalsekretär der DGOU zur Vorlage beim Geschäftsführenden Vorstand der DGOU zur abschließenden Entscheidung über die Preisvergabe.

### 8. Bekanntgabe/Verleihung

Die Bekanntgabe des Preisträgers und Verleihung des Preises erfolgen an exponierter Stelle anlässlich des Jahreskongresses DKOU durch den DGOU-Präsidenten und den Vorsitzenden der Sektion Grundlagenforschung der DGOU.

*Prof. Dr. Ingo Marzi*  
Vorsitzender  
Sektion Grundlagenforschung der DGOU

*Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier*  
Präsident der DGOU 2012  
Sektion Grundlagenforschung der DGOU

### Neue Mitglieder

**Ballaschk**, Anne · Magdeburg  
**Bil**, Jacek · Lutherstadt Wittenberg  
**Delfosse**, Patrick · Frankfurt am Main  
**Ebert**, Bastian · Berlin  
**Eiling**, Katrin · Berlin  
**Evers**, Julia Dr. med. · Münster  
**Frei**, Patrick Dr. med. · Bodnegg

**Homssi**, Amro Dr. med. · Berlin  
**Juch**, Franziska Miriam · Leipzig  
**Kaltenhauser**, Felicitas Dr. med. · München  
**Koeppen**, Veronika A. · Staudach  
**Lehmacher**, Kathrin Dr. med. · Bonn  
**Liebscher**, Thomas Dr. med. · Dresden  
**Linz**, Jürgen Dr. med. · Nürnberg

**Nowak**, Bernd Dr. med. · Edewecht  
**Raczek**, Slawomir · Salzwedel  
**Seidel**, Frank Dr. med. · Solingen  
**Shahhossini**, Abbas · Düsseldorf  
**van Bebber**, Martin Dr. med. · Wesel



Foto: Fotolia

# Höher, schneller, weiter ...

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard

Das Jahr der olympischen Spiele liegt hinter uns. „Höher, schneller, weiter“ ist deren Motto. Ein Motto, dem sich Fachgesellschaften und Berufsverband das ganze Jahr über ausgesetzt sahen. Immer höher werden die Ansprüche an Qualität und Sicherheit, immer höher werden die Ansprüche der Patienten, immer schneller dreht sich das Rad von Neuregelungen und Gesetzesvorlagen; aber – immer weiter entwickeln sich auch die Fachgesellschaften und Berufsverbände aufeinander zu. Nur so kann die Orthopädie und Unfallchirurgie in dem äußerst sportlichen Wettkampf bestehen.

## Hochgelobtes Endoprothesenregister

Der Begriff „Qualität und Sicherheit“ ist ein Surrogat für vielerlei Bestrebungen, die immer höher werdenden Ansprüche der Patienten, der Kostenträger und der Politiker an die Versorgungsstrukturen in Deutschland zu befriedigen.

Berechtigt ist der Anspruch des Patienten auf eine hochqualitative Versorgung in Klinik und Praxis. Dem fühlen sich auch die Fachgesellschaften und Berufsverbände verpflichtet. Die DGOOC hat diesen Weg durch die Realisierung verschiedener Projekte konsequent weiter beschritten. Das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) hat im Dezember des Vorjahres seine Feuertaufe durch den Probetrieb an verschiedenen Kliniken in Norddeutschland bestanden. Die Einzigartigkeit des Projektes wurde von vielen Seiten gelobt. So erlaubt die Produktdatenbank die Erfassung sämtlicher Prothesenkomponenten schon im Operationssaal durch einen Barcode-Scanner. Die Verwendung von qualifizierten Routinedaten erspart den Ärzten vor Ort eine zusätzliche, aufwändige und zeitraubende Dokumentation. Ein weiteres Ziel der DGOOC ist es nämlich, die Ärzte von unnützer Bürokratiearbeit zu befreien. Das alles wurde selbst vom Bundesministe-

rium für Gesundheit gewürdigt, das das Endoprothesenregister mit einer hohen sechsstelligen Summe für dessen Weiterentwicklung unterstützt hat. Damit ist gesichert, dass das von Joachim Hassenpflug hervorragend und kontinuierlich aufgebaute EPRD im 2. Quartal 2013 an den Start gehen kann.

## EndoCert als Kompass für Patienten

Patienteninteressen stehen auch bei dem Projekt der zertifizierten Endoprothesenzentren (EndoCert) im Vordergrund. Die Versorgungslandschaft hat sich in den letzten Jahren stark verändert. Gelenkersatz wird heute fast „an jeder Ecke“ durchgeführt, vermutlich weil diese Operation in großer Zahl anfällt und für manche Kliniken als „ökonomischer Rettungsanker“ betrachtet wird. Der Patient wünscht daher ob des großen Angebotes eine Orientierung hinsichtlich der Qualität der Leistungserbringung. Diese hat

die DGOOC mit dem Projekt EndoCert anlässlich des Kongresses auf den Weg gebracht. Der Start ist dank der immensen Vorarbeit durch die Autorengruppe unter Leitung von Holger Haas (Bonn) geglückt. Den Vertretern von 27 Kliniken wurde noch beim Kongress die Zertifizierung überreicht. Zahlreiche Kliniken stehen in den Startlöchern, Anfragen gibt es auch aus dem Ausland, weil diese Initiative als beispielhaft für Strukturentwicklung angesehen wird. Auch die Kostenträger versammeln sich hinter dieser Initiative, weil ihrer Meinung nach ausschließlich qualitätssichernde Programme den Markt zu ordnen vermögen.

### Routinedaten sollen weiterentwickelt werden

Die AOK hat anlässlich einer viel beachteten Pressekonferenz am 7. Dezember in Berlin deutlich zum Ausdruck gebracht, dass sie den Leistungszuwachs bei muskuloskeletalen Erkrankungen und im Bereich der Herz-Kreislaufkrankungen mit Argwohn betrachtet. So sind nach dem Gutachten des Rheinisch-Westfälischen Institutes für Wirtschaftsforschung (RWI) 24 Prozent des Case-mix-Anstiegs von 2006 bis 2010 allein auf muskuloskeletale Erkrankungen und 18 Prozent auf kardiovaskuläre zurückzuführen. Die Kostenträger denken daher daran, noch stärker als bisher Qualitätskriterien für die Erfassung der Leistungsmenge einzubringen. Hierbei spielt die Verwendung von Routinedaten eine große Rolle. Die DGOOC begrüßt grundsätzlich diese Systematik, die den Arzt von unnützer Bürokratie befreit. Allerdings waren die Routinedaten ursprünglich allein als Abrechnungsdaten entwickelt worden. Ihnen fehlt vielfach der medizinische Inhalt. DGOOC und Kostenträger – hier insbesondere die AOK – werden daher im Jahr 2013 die Weiterentwicklung der Routinedaten als eigenständiges Projekt vorantreiben.

### Versorgungsatlas widerlegt Vorwurf erhöhter Operationszahlen an Hüfte und Knie

Das Jahr 2013 ist ein Wahljahr. Und so ist zu erwarten, dass sich Analysen und Schlussfolgerungen zur Gesundheits-

versorgung in Deutschland überstürzen werden. Dass zuviel operiert wird, war auch bei der genannten Pressekonferenz am 7. Dezember ein Thema. In der Regel sind es die Endoprothesen, die für die Fallzahlsteigerungen herhalten müssen. So hatte noch Gesundheitsminister Bahr zum 1. Mai verlauten lassen, dass Krankenkassen und Experten bezweifeln, ob die Fallzahlsteigerungen bei den Endo-

### Der Zusammenschluss von Orthopädie und Unfallchirurgie ist nicht nur beim DKOU ein Erfolgsmodell, sondern auch in der Wahrnehmung der fachspezifischen Interessen.

prothesen für Knie- und Hüftgelenke notwendig sind. Die DGOOC ist dank des mit der AOK zusammen auf den Weg gebrachten 'Versorgungsatlas' in der Lage, zu derartigen Postulaten kompetent Stellung zu nehmen. Eine Fallzahlsteigerung gibt es bei der Endoprothetik von Knie- und Hüftgelenk nämlich nicht mehr. In einer Pressemeldung hat die DGOOC daher zum Ausdruck gebracht, dass die Äußerung von Gesundheitsminister Bahr nicht mehr stimmt. Dessen ungeachtet hat Deutschland gemeinsam mit der Schweiz eine der höchsten Versorgungsraten in der Welt (siehe auch: „Implantieren wir wirklich zu viel?“, Seite 13).

### Fallzahlen bei Wirbelsäuleneingriffen steigen

Eine auffällige Dynamik der Fallzahlentwicklung lässt sich dagegen bei den Wirbelsäuleneingriffen feststellen. Diese ist zum Teil durch die demografische Entwicklung, zum Teil durch den technologischen Fortschritt, aber wohl zum Teil auch durch ökonomische Fehlanreize bedingt. Der Patient kann diese Hintergründe nicht immer erkennen. Er ist an einer bestmöglichen Versorgung und einem nachhaltigen Langzeitergebnis interessiert. Die zweifelsohne ständig steigenden Ansprüche des Patienten mit dem ganzen Spektrum der Behandlungsmöglichkeiten abzugleichen, ist Aufgabe des Arztes. Nur weil das Budget des niedergelassenen Orthopäden nicht ausreicht, darf nicht vorzeitig der operative Behandlungsweg eingeschlagen werden. Der Förderung der konservativen Orthopädie und Unfallchirurgie gilt daher ein besonderes Augenmerk. Erfreulich, dass dies offenbar auch bei den Kostenträgern angekommen ist.

### Evidenzbasierte Patientenaufklärung

Der verbesserten und evidenzbasierten Patientenaufklärung dient daher ein weiteres Projekt der DGOOC, das in Kooperation mit der Bertelsmann Stiftung zunächst zur Kniegelenksendoprothetik auf den Weg gebracht wird. Erfahrungen aus den USA haben gezeigt, dass die Zufriedenheit des Patienten verbessert werden kann, wenn seine Erwartungshaltung mit der Leistungsfähigkeit eines Operationsverfahrens individuell abgestimmt wird. Was erwartet der Patient für seine spezielle Lebenssituation von einem Eingriff, und was kann der Arzt dazu beitragen? Die bisherige Bemessung durch zahlreiche Scores hat hier nicht sehr viel weiter gebracht.

Immer schneller dreht sich das Rad der Neuregelungen und Gesetzesänderungen. In immer kürzer werdenden Abständen werden die Fachgesellschaften den zahlreichen damit befassten Institutionen Stellungnahmen zu „Qualitätsberichten“ abgeben müssen. Das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit (IQWiG) und der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) fordern regelmäßig derartige Stellungnahmen an, da die muskuloskeletalen Erkrankungen und Verletzungen im Mittelpunkt (des ökonomischen) Interesses stehen. Die in der Regel nur vierwöchigen Erstellungsfristen können manche Fachgesellschaft an den Rand ihrer Leistungsfähigkeit bringen. DGOOC und DGOU sind hier gut aufgestellt; denn durch die Mitarbeit der Sektionen ist es möglich, rasch und kompetent zu antworten. Dank gebührt daher allen Vertretern von Sektionen und des Berufsverbandes, die sich bei der Erstellung derartiger Berichte mit großer Arbeitsintensität eingebracht haben.

### Verbesserte Corporate Identity für mehr Durchschlagskraft

Überhaupt ist die Zusammenarbeit der Fachgesellschaft mit den Sektionen ein wichtiges Standbein von Orthopädie und Unfallchirurgie. In einer Klausursitzung des engeren DGOU-Vorstandes mit den Leitern der einzelnen Sektionen wurden die Erwartungen an eine verbesserte Zu-

## Aus den Verbänden

sammenarbeit und Möglichkeiten von deren Umsetzung diskutiert. Einvernehmlich war der Wunsch nach einer verbesserten Corporate Identity von O und U zu vernehmen, die dem Fach auf allen Ebenen (auch auf der politischen) mehr Durchschlagskraft verschaffen soll.

### DGOU wird immer stärker

Immer weiter wird es daher auch 2013 mit der Entwicklung der DGOU gehen. Zunehmend verlagern sich Projekte aus den Bereichen der Fachgesellschaften DGOOC und DGU in denjenigen der DGOU. Zahlreiche Mitglieder nehmen die DGOU inzwischen als einzigen Repräsentanten von Orthopädie und Unfallchirurgie wahr. So zählt die DGOU derzeit schon 1.400 Mitglieder, die ausschließlich der DGOU beigetreten sind. Die DGOU soll zur „Mitgliedergesellschaft“ werden. Das war der Beschluss der 2. Potsdamer Konferenz. Dementsprechend wurde einvernehmlich anlässlich der Mitgliederversammlungen beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2012 eine Beitragsordnung verabschiedet, die diese Entwicklung unterstützt. Schließlich ist der Zusammenschluss von Orthopädie und Unfallchirurgie ein Erfolgsmodell nicht nur beim Kongress, sondern auch in der Wahrnehmung der fachspezifischen Interessen.

Dem wird auf nationaler und internationaler Ebene Anerkennung gezollt. Der DKOU 2012 hat sich zu einer festen Größe im deutschsprachigen Kongressgeschehen für Orthopädie und Unfallchirurgie entwickelt. Zahlreiche Besucher aus dem deutschsprachigen Ausland, aber auch darüber hinaus erkennen das breite Spektrum dieses Kongresses und die Qualität seiner Sitzungen an. Dank gebührt dem Dreigestirn Mittelmeier, Josten und Gassen, die durch eine wohlorganisierte PR-Aktivität über das gesamte Jahr dem Kongress zu einer bisher einmaligen Presseresonanz verholfen haben. Nur so kann es gelingen, die berechtigten Anliegen von O und U in der Öffentlichkeit zu platzieren.

### EFORT-Kongress war großer Erfolg

Dass O und U in ihrer speziellen Ausrichtung nicht nur in Deutschland, sondern auch international wertgeschätzt werden, hat sich beim EFORTE-Kongress im Mai in

Berlin gezeigt. Dies von Dieter Wirtz und Karsten Dreinhöfer organisierte Kongress hat eine Rekordbesucherzahl angezogen und die Leistungsfähigkeit der deutschen Orthopädie und Unfallchirurgie im internationalen Rahmen unter Beweis gestellt.

Die Weiterentwicklung von Orthopädie und Unfallchirurgie im europäischen Rahmen gewinnt zunehmend an Bedeutung. Bislang verfügt Deutschland lediglich über zwei Sitze in der General Assembly in der EFORT, wie sie auch für kleinere Länder (zum Beispiel baltische Staaten) vorgesehen sind. Dass es hier eine Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen analog der Stimmengewichtung in der EU geben muss, liegt auf der Hand.

### Neues Weiterbildungskonzept liegt vor

Immer schneller dreht sich das auch Rad der von den Ärztekammern vorgegebenen Weiterbildungsordnungen. Im zurückliegenden Jahr haben sich DGOOC und DGOU besonders mit der Vertiefung der konservativen Inhalte im Fach beschäftigt. In zahlreichen Sitzungen wurde analysiert, diskutiert und Strukturierter auf den Weg gebracht. Ob dies in der jetzigen Form Bestand haben kann, ist zunächst noch unklar.

Die Bundesärztekammer hat ein Konzept einer völlig neuen Weiterbildungsordnung vorgelegt, das den Fachgesellschaften erst Ende Dezember übermittelt wurde und nun bis Ende April weitgehend fertig gestellt werden soll. Die wesentliche Änderung dieser neuen Weiterbildungsordnung besteht darin, dass es in Zukunft nicht mehr um die Erfüllung eines Leistungs- bzw. Operationskataloges gehen soll. Im Mittelpunkt steht vielmehr der Erwerb von Kompetenzen, die wiederum in verschiedene Stufen gegliedert sind. Unklar bleibt jedoch noch, wie derartige Kompetenzlevel zu definieren sind und wie deren Überprüfung aussehen soll. Eine Qualitätseinbuße in der Weiterbildung werden DGOOC und DGU jedenfalls nicht hinnehmen; denn eine gute Weiterbildung ist die Basis jeglicher Qualitätssicherung.

### Der Nachwuchs im Fokus

Eine gute Weiterbildung liegt auch im Interesse des Nachwuchses. Das Junge Fo-

rum der DGOU hat sich hierzu mehrfach geäußert und wird selbstverständlich bei allen Überlegungen zur Weiterbildungsreform eingebunden sein. Der Nachwuchsförderung gehört seit Jahren die besondere Aufmerksamkeit von DGOU und DGOOC. Mit zahlreichen hochdotierten Preisen und Stipendien als auch Kursangeboten für Fort- und Weiterbildung sollen die Ärzte in O und U fit gemacht werden. In Kooperation mit dem Jungen Forum ist das Angebot auch auf die Studenten erweitert worden. Das diesjährige Studentenstipendium beim Kongress hat mit 100 Teilnehmern, die von der DGOU gefördert wurden, eine besonders rege Beteiligung gebracht. Das Augenmerk der Studenten für Orthopädie und Unfallchirurgie schärfen will auch die Nachwuchskampagne, die von DGOU und BVOU auf den Weg gebracht wurde. Beispielfhaft wurde in Göttingen ein Curriculum für Orthopädie und Unfallchirurgie angeschoben, das die Studenten mit praktischen Ausbildungen stärker anspricht als viele Frontalvorlesungs-Curricula.

Wenn sich Orthopädie und Unfallchirurgie den Anforderungen von immer „Höher, schneller, weiter“ stellen wollen, so bedarf es zahlreicher Mitarbeiter, die den Tanker O und U auf Kurs halten. Dank gebührt daher den Geschäftsstellen, die zum Teil unter widrigen Umständen auf engstem Raum und unter kaum mehr zumutbaren Arbeitsverhältnissen Großes leisten. Sowohl für DGOOC als auch für DGU sind die Räumlichkeiten im Langenbeck-Virchow-Haus inzwischen deutlich zu klein geworden. Bedauerlicherweise sind sie dort auch nicht erweiterbar. DGOU und BVOU werden sich daher um neue Räumlichkeiten und damit einhergehend auch um eine Neustrukturierung ihrer Aufgabengebiete bemühen. Es wird auch im Jahr 2013 olympisch bleiben.



Prof. Fritz Uwe Niethard, Aachen, ist Generalsekretär der DGOOC und stellvertretender Generalsekretär der DGOU.

# Grußwort des DGOOC-Präsidenten

Bernd Kladny

## Sehr geehrte, liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Mitglieder,

zunächst möchte ich mich bei meinem Vorgänger im Amt, Herrn Prof. Mittelmeier, und bei seinen Co-Präsidenten für ein äußerst effizientes Jahr und einen herausragenden Kongress 2012 bedanken. Ein Jahr lang werde ich als Präsident der DGOOC, unterstützt durch unseren Vorstand, zusammen mit meinem Co-Präsidenten Herrn Prof. Hoffmann und dem BVOU die Interessen unserer Fachgesellschaften und insbesondere Ihre Interessen als Mitglieder vertreten. Ich freue mich auf dieses spannende und interessante Jahr.

### Konservative Therapie ist nicht wegzudenken

Die nicht-operative, konservative Therapie ist fester und nicht wegzudiskutierender Bestandteil in der Orthopädie und muss auch in der neuen Fachgesellschaft DGOU gelebte Tradition werden. Nur dadurch wird uns die umfassende und ganzheitliche Behandlung von Patienten mit Erkrankungen und Verletzungen der Bewegungsorgane und deren Folgen möglich. Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie soll schließlich mehr sein als ein Mechaniker in einem Reparaturbetrieb. Bieten wir keine Alternativen mehr zur Operation, wandern Patienten in andere medizinische Fachgebiete oder in den nicht-medizinischen Versorgungssektor ab. In unserem Fach haben wir zur Behandlung der uns anvertrauten Patienten von der Prävention über die Akuttherapie bis hin zur Rehabilitation sowohl konservative als auch operative Verfahren im ambulanten und stationären Sektor in einem Gebiet vereint.

### Neue Weiterbildungsordnung muss entwickelt werden

Die Entwicklung einer neuen Weiterbildungsordnung zählt sicherlich zu den größten Herausforderungen des nächsten Jahres. Das gemeinsame Fach hat eine unglaubliche Breite, und es gilt im Hinblick auf die Versorgungsrealität



Prof. Dr. Bernd Kladny, DGOOC-Präsident 2013

und –notwendigkeit, den erforderlichen gemeinsamen Nenner für die Weiterbildungsinhalte zu finden und eine frühzeitige Spezialisierung zu ermöglichen. Die von uns definierten Weiterbildungsmöglichkeiten und -bedingungen haben nicht zuletzt auch Auswirkungen darauf, ob wir junge Kolleginnen und Kollegen für die Orthopädie und Unfallchirurgie gewinnen können.

### Demografie stellt uns vor Herausforderungen

Wir stehen vor einer bislang nicht gekannten demografischen Herausforderung, die unser Fach erheblich betrifft. Die Behandlung degenerativer und verschleißbedingter Erkrankungen des Bewegungssystems wird vor einem sich abzeichnenden Arbeitskräftemangel und einer zunehmend älter werdenden Bevölkerung enorme Bedeutung gewinnen.

### Der Qualität verpflichtet

Nach dreijährigen intensiven Vorarbeiten geht das gemeinsam mit der Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik (AE) und dem BVOU entwickelte Zertifizierungssystem EndoCert für medizinische Einrichtungen im Bereich des Gelenkersatzes in diesem Jahr in den Echtbetrieb. Ein weiterer enormer Fortschritt im Sinne von Qualität und Transparenz unserer Arbeit ist die Einrichtung des Endoprothesenregisters Deutschland ERPD, das

auch im Jahr 2013 in vollem Umfang zur Verfügung stehen wird. Das gemeinsame Fach erfordert die Übertragung von Verantwortung und Aufgaben auf die gemeinsame Fachgesellschaft DGOU. Die Aufrechterhaltung von Doppel- und Dreifachstrukturen wird aus Gründen des Ressourcenverbrauchs und der Effizienz nicht sinnvoll sein und ist schon jetzt für die jungen Fachärzte nicht mehr nachvollziehbar. Die anstehenden Aufgaben erfordern eine enge Zusammenarbeit und Kooperation der wissenschaftlichen Fachgesellschaften DGOOC und DGU zusammen mit den Vertretern des Berufsverbandes.

### DKOU 2013

Zusammen mit Herrn Prof. Dr. Reinhard Hoffmann und Herrn Prof. Dr. Karl-Dieter Heller als Kongresspräsident des BVOU werden wir den DKOU 2013 unter dem Motto „Menschen bewegen – Erfolge erleben“ wie gewohnt in Berlin, aber an einem neuen Ort, dem Messegelände Süd, für Sie organisieren. Es ist unser Ziel, Ihnen einmal mehr ein interessantes und qualitativ hochwertiges Programm zu bieten. Wir laden Sie ganz herzlich ein, im Sinne unseres Mottos den Kongress zu besuchen, in dem wir mit Schwerpunkten die gesamte Breite für Niedergelassene, Kliniker und Forscher abbilden. Kommen Sie im Oktober nach Berlin, präsentieren Sie Ihre Forschungsergebnisse, informieren Sie sich, knüpfen Sie Kontakte, treffen Sie sich mit Kollegen und demonstrieren Sie mit Ihrer Teilnahme, dass wir eine starke Gemeinschaft sind. Ich freue mich auf die gemeinsame Arbeit für Sie und mit Ihnen zusammen mit unserem Vorstand, insbesondere unserem Generalsekretär Herrn Prof. Niethard und meinen Co-Präsidenten.

*Herzliche Grüße und beste Wünsche  
Ihr*

Bernd Kladny



# Symposium rund um den Fahrersitz

## Bericht der Kommission Arbeitsmedizin und Systemergonomie

Joachim Grifka

Aus den Sprechstunden kennen wir die Klagen unserer Patienten über Rückenschmerzen und auch Hüftprobleme bei längeren Autofahrten. Dabei sind es nicht nur die älteren Patienten, die aufgrund degenerationsbedingter Veränderungen Schwierigkeiten beim Sitzen haben, sondern auch Menschen mittleren Lebensalters, die nach längeren Autofahrten „kreuzlahm“ sind und auch über anhaltende Rückenbeschwerden klagen. Das Forschungsfeld um den Fahrersitz ist interdisziplinär aufgestellt mit Fachleuten aus den verschiedensten Bereichen, die die Gestaltung des Fahrersitzes intensiv bearbeiten. Als besonderes Highlight konnte die Kommission Arbeitsmedizin und Systemergonomie drei exponierte Vertreter aus Forschung und Wissenschaft zu der öffentlichen Sitzung am 26. Oktober 2012 beim DKOU gewinnen:

- **Herausforderung für die ergonomische Gestaltung von Fahrersitzen**  
Prof. Dr. Klaus Bengler, TU München, Lehrstuhl für Ergonomie
- **Ergonomie im Fahrzeug-Entwicklungsprozess**

Peer-Oliver Wagner, Leiter Ergonomie und Komfort, BMW Group

- **Der ergonomische Fahrersitz: Fakt oder Fiktion?**

Dr. Susanne Frohriep, Johnson Controls GmbH

Prof. Klaus Bengler führte sehr eindrücklich die Anforderungen an einen modernen Fahrersitz vor Augen: Wir haben eine konstante Sitzposition, aus der wir konzentriert das Fahrgeschehen, also die Mobilität in der Umgebung steuern müssen. Eine körperliche, mechanische Arbeit mit fahrenden Bewegungen, wie sie in der Frühzeit des Automobils erforderlich war, ist heute zu einer konstanten Sitzhaltung mit wenig Spielraum gewandelt. Bei großen Fahrreichweiten bedeutet dies, stilles Sitzen über viele Stunden in einer Zwangshaltung, die nur vom Halten des Lenkrads und dem Nutzen der Pedale bestimmt ist. Der Fahrer antizipiert das Fahrgeschehen, er geht beispielsweise aktiv mit in die Kurve, während der Beifahrer etwas entkoppelt ist und die Fondpassagiere das Fahrgeschehen nicht verfolgen. Bei Druckverteilungsmessungen ist der Anpressdruck des Körpers auf Sitzfläche und Rückenlehne gut verteilt.

Für die Gelenke werden Komfortwinkel gesucht, beispielsweise um Hyperflexion der Hüfte zu vermeiden.

### Massage gegen starres Sitzen

Um dem Problem des starren Sitzens zu begegnen, das zu Ermüdung führt und damit auch zu einer Abnahme der Vigilanz, werden zusätzlich dynamisierende Elemente – beispielsweise Massagefunktionen – angeboten. Möglicherweise führt auch die Wahrnehmung des Fahrgeschehens zu Muskelaktivität, so dass der aufmerksame Fahrer automatisch Muskelgruppen beansprucht, so wie auch Verzögerungs- und Beschleunigungsbedingungen durch muskuläre Anspannungen aufgefangen werden. Es bleibt die schwierige Aufgabe, Dauereffekte möglichst gut zu kompensieren.

Herr Wagner führte sehr eindrücklich vor Augen, wie die globale menschliche Akzeleration bei Längen- und Umfangsmaßen zu einer kontinuierlichen Veränderung der Fahrzeuginnenraumabmessungen und der Größen der Verstellbereiche zur individuellen Anpassung der Sitzposition führt. Dabei erfolgt die Aus-



legung des Fahrer Arbeitsplatzes immer mit dem Ziel, 95 Prozent der erwachsenen Bevölkerung zu berücksichtigen. Die Positionierung des Insassen im Fahrzeug referenziert sich im Allgemeinen auf das Fußhebelwerk; Sitz und Lenkrad können entsprechend Nutzeranforderungen verstellt werden. Dieses Prinzip stellt sicher, dass der Abstand zur Betätigung von Bedienelementen in der Instrumententafel unabhängig von der Körperhöhe nur gering differiert. Weiterhin nutzen die Personen in der ersten Sitzreihe nur den tatsächlich benötigten Raum, dies wirkt sich positiv auf die Beinfreiheit in der zweiten Sitzreihe aus. Der Lenkradwinkel ist heute allgemein steiler als in der Vergangenheit. Dies hat den Nutzen, dass der Abstand zum Schultergelenk beim Lenken nur gering variiert und der Oberkörper stets durch die Lehne abgestützt wird. Die Lenkarbeit als solche ist durch die Servo-Unterstützung optimal erleichtert, so dass nur mit geringem Kraftaufwand gesteuert werden muss. Die Sitzposition hat einen entscheidenden Einfluss auf die Authentizität der Fahrzeugausprägung, eine flache Sitzposition wird sportlich, eine aufrechte Sitzposi-

tion als SUV-typisch wahrgenommen. Die individuelle Sitzhaltung des Nutzers wird auch immer durch subjektive Kriterien wie persönliche Erfahrung, Vorlieben oder Farbgebung beeinflusst.

### Zusammenspiel von Form und Materialien für den Sitzkomfort

Frau Frohriep erläuterte die Sitzkonstruktion als solche: Das Zusammenspiel der Sitzeinstellung mit den Neigungen von Sitzfläche und Rückenlehne, den technischen Sitzaufbau mit Materialkombinationen und Variationen sowie der Formung des Sitzes. So muss zum einen der Sitzkomfort für das Einsteigen und kurzzeitige Nutzen unmittelbar gegeben sein, zum anderen aber auch durch die Verwendung von Materialvariationen, wie beispielsweise Schaumstoffmodulen und -schichten das Langzeitverhalten des Sitzes mit entsprechendem Komfort gewährleistet und durch die Seitenwangen genügenden Halt geboten werden. Entwicklungen in diesem Feld richten sich auf einstellbare Konturen und Variationen der Druckverteilung mit nach Region definiertem Anpressdruck.

Abhängig von Einschränkungen in der Gelenkfunktion von Hüfte, Schulter, Rücken und der Halswirbelsäule muss eine individuelle optimierte Sitzposition möglich sein, die auch ein mehrstündiges, komfortables Sitzen erlaubt. Dazu kommen altersbedingte Einschränkungen der Erreichbarkeit von Bedienelementen.

Angesichts der komplexen Vorgaben zur Sitzgestaltung bedarf es intensiver, weiterer, gemeinsamer Anstrengungen, um – nicht nur für unsere älteren Patienten – die Sitzentwicklung nach medizinisch-orthopädischen Gesichtspunkten voranzutreiben.



Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka, Bad Abbach, leitet die Kommission Arbeitsmedizin und Systemergonomie.  
**Kontakt:** j.grifka@asklepios.com

## Aus den Verbänden

### Neue Mitglieder

Folgende Personen haben einen Antrag auf Mitgliedschaft in der DGOOC gestellt. Laut Satzung der DGOOC § 5 Abs. 2 können Einsprüche gegen die Aufnahme bis zu vier Wochen nach der Bekanntgabe (in den Orthopädie Mitteilungen) mit eingehender schriftlicher Begründung beim Generalsekretär geltend gemacht werden.

**Ackermann**, Dr. med. Ole · Duisburg

**Adigüzel**, Güclü · Bielefeld

**Aeishen**, Wilko · Berlin

**Becker**, Dr. med. Matthias · Alsdorf

**Benecke**, PD Dr. med. Peter · Ratzeburg

**Borchardt**, Felix · Berlin

**Bornebusch**, Dr. med. Lutz · Freiburg im Breisgau

**Breuer**, Dr. med. Christian · Bersenbrück

**Briem**, Prof. Dr. med. Daniel · Hamburg

**Brych**, Dr. med. Roland · Bad Windsheim

**Büsenga**, Oliver · Berlin

**Cruse**, Jan · Hamburg

**Despang**, Fritz-Joachim · Hachenburg

**Dürr**, Dr. med. Volker · Villingen-Schwenningen

**Elshwerf**, Mansour · Olsburg

**Freytag**, Dr. med. Hans-Christian · Bersenbrück

**Häckel**, Sonja · Berlin

**Hans**, Dr. med. Joachim · Trier

**Hassa**, Dr. med. Ruth · Düsseldorf

**Hefni**, Saleem · Berlin

**Helgers**, Dr. med. Jürgen · Bückenburg

**Herzog**, Dr. med. Lüder · Dresden

**Hölscher**, Claas-Christoph · Konstanz

**Hoppe**, Dr. med. Rüdiger · Kamen

**Hruschka**, Dr. med. Andreas · Schwerte

**Hübner**, Dr. med. Felix · Wiesbaden

**Jochims**, Jörg · Krefeld

**Jost**, Dr. med. Dieter · Frankenthal (Pfalz)

**Jablonski**, Dr. med. Stephan · Lübeck

**Jung**, Dr. med. Werner · Landau

**Jungbluth**, PD Dr. med. Pascal · Düsseldorf

**Kaiser**, PD Dr. med. Martin Michael · Lübeck

**Kantelberg**, Carsten · Saarbrücken

**Klanke**, Dr. med. Jörg · Hannover

**Knoll**, Dr. med. Gotthard · Leipzig

**Köhnke**, Dr. med. Jürgen · Xanten

**Koll**, Dr. med. Uwe · AABENRAA, DÄNEMARK

**Krebs**, Bettina · Dessau

**Kubosch**, Dr. med. David · Freiburg im Breisgau

**Kuhnt**, Tobias · Essen

**Lambrechts**, Dr. med. Robert · Krefeld

**Landré**, Dr. med. Ivo · Uelzen

**Lang**, Dr. med. Andreas · Bad Friedrichshall

**Lösing**, Norbert · Essen

**Mai**, Dr. med. Burkhard · Kassel

**Meier**, Dr. med. Markus · Regensburg

**Miller**, Dr. med. Wolfgang · Leinfelden-Echterdingen

**Müller**, PD Dr. med. Marcus · Bonn

**Muhm**, Dr. med. Markus · Kaiserslautern

**Neubert**, Dr. med. Olaf · Berlin

**Nikowitsch**, Dr. med. Robert · Kempten

**Nowotny**, Dr. med. Thomas · Anklam

**Ochs**, Dr. med. Uwe · Pfullingen

**Ohnesorge**, Dr. med. Willi · Lippstadt

**Park**, Hi-Un · Berlin

**Prochaska**, Hartmut · Zittau

**Rether**, Dr. med. Jörg · Tübingen

**Rohde**, Dr. med. Harald Thorsten · Aachen

**Ropers**, Dr. med. Jürgen · Stuttgart

**Runkel**, Prof. Dr. med. Martin · Konstanz

**Schacher**, Dr. med. Ben · Berlin

**Scherer**, Prof. Dr. med. Michael · Dachau

**Schnee**, Dr. med. Franz-Peter · Marbach am Neckar

**Schreyer**, Dr. med. Thomas · Darmstadt

**Schröter**, Dr. med. Christoph · Bad Abbach

**Sipoglu**, Dr. med. Hasan · Balingen

**Stahl**, Dr. med. Jens-Peter · Dortmund

**Towfigh**, Prof. Dr. med. Hossein-Abdol · Hamm

**van Beek**, Michael · Xanten

**Vetter**, Dr. med. Sven · Ludwigshafen am Rhein

**Wachowski**, PD Dr. med. Martin · Göttingen

**Walz**, Prof. Dr. med. Martin · Herford

**Wigro**, Dr. med. Hans-Joachim · Bad Salzuflen

**Wunder**, Dr. med. Stephan · Hannover

**Zeifang**, Dr. med. Björn · München

# Grußwort des DGU-Präsidenten 2013

Reinhard Hoffmann

### Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte Damen und Herren,

als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie 2013 wünsche ich Ihnen sowie allen Ihnen nahestehenden und anvertrauten Personen im Namen des gesamten Vorstands der DGU ein glückliches und erfolgreiches Jahr 2013!

### DKOU 2013

Der letztjährige Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) unter dem Motto „Qualität – Ethik – Effizienz“ thematisierte die medizinischen und gesundheitspolitischen Spannungsfelder, die unsere tägliche Arbeit beeinflussen, fokussiert und sehr erfolgreich. Zu diesem Erfolg gratuliere ich meinem Amtsvorgänger, Christoph Josten, seinen Co-Präsidenten und allen Organisatoren ausdrücklich.

Mit dem Motto des Jahreskongresses 2013 „Menschen bewegen – Erfolge erleben“ wollen wir hieran anknüpfen. Orthopäden und Unfallchirurgen bewegen Menschen im doppelten Sinne des Wortes. Wir behandeln, heilen oder lindern Erkrankungen des muskuloskelettalen Systems sowie Verletzte jedes Alters und Schweregrades. Damit ermöglichen wir unseren Patienten wieder eine schmerzfreie Bewegung, Teilhabe und Lebensqualität. Dies sind unbestreitbare Erfolge für uns – und vor allem für unsere Patienten. Das wird von einer breiten Öffentlichkeit und der Gesundheitspolitik erwartet und anerkannt – immer häufiger aber auch in Frage gestellt. Wir bewegen daher eine mediengesteuerte Diskussion um Behandlungsqualität, Indikationsstellungen und Mittelzuteilung.

Dieser Diskussion stellen wir uns gerne und werden auf unserem Kongress unsere wissenschaftlichen und berufspolitischen Themenschwerpunkte wieder selbstkritisch, aber auch sehr selbstbewusst gemeinsam mit Ihnen bearbeiten und öffentlich vertreten. Wir, das sind Ihre Kongresspräsidenten 2013, meine Kollegen Prof. Dr. Bernd Kladny für die



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, DGU-Präsident 2013

DGOOC und Prof. Dr. Karl-Dieter Heller für den BVOU sowie ich selbst für die DGU.

Der Kongress wird nun – bedingt durch Umbau- und Renovierungsarbeiten am ICC – erstmalig auf dem Messegelände stattfinden. Eine Herausforderung für alle Beteiligten! Wir vertrauen auf Ihr wohlwollendes Verständnis bei dieser „Premiere“ und freuen uns, dass der DKOU zudem parallel und im engen Austausch mit dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF) 2013 stattfinden wird. Dieser 12. Deutsche Kongress für Versorgungsforschung wird vom Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung gemeinsam mit der DGOU und dem BVOU ausgerichtet und findet im ICC und mit einem Sitzungs-Track auf dem Messegelände statt.

Der internationale Erfahrungsaustausch wird in diesem Jahr im Schwerpunkt durch unsere Gäste aus Spanien und Österreich gewährleistet.

Wissenschaftliche Schwerpunktthemen sind:

- Der alte Patient: Besonderheiten von Verletzungen und Erkrankungen der Bewegungsorgane

- Endoprothetik und Revisionsendoprothetik – Fortschritte und Grenzen
- Innovative Osteosyntheseverfahren und Operationstechniken
- Konservative Behandlungsverfahren und Rehabilitation

Berufspolitische Schwerpunkte bilden die Schnittstelle ambulant-stationär sowie die Möglichkeiten und Grenzen der Implementierung von Kooperationsarztmodellen, die Akademisierung neuer Berufsbilder und die neuen stationären Heilverfahren der DGUV.

### Aufgaben und Herausforderungen für 2013

Im kommenden Jahr stehen wir und unsere Fachgesellschaft erneut – und nach wie vor – vor großen Herausforderungen. Das TraumaRegister DGU® feiert seinen „Zwanzigsten“. Ein Grund zum Feiern und für eine Bestandsanalyse. Die stationären Heilverfahren der DGUV werden neu geregelt. Die teleradiologische Vernetzung der TraumaNetzwerke DGU® sowie die Begleitforschung sind weitere Anliegen. Versorgungsaspekte der Alterstraumatologie, von Prävention und Patientensicherheit rücken immer stärker in den Blickpunkt.

Bereits laufende Projekte müssen gemeinsam mit der DGOU und der DGOOC weiter bewegt und zum Erfolg gebracht werden. Zu nennen sind das Endoprothesenregister, die Initiative EndoCert oder das DGOU-Projekt Physician Assistant. Zudem ist die Strukturierung unseres gemeinsamen Fachs O und U speziell an manchen Universitätsfakultäten noch nicht befriedigend gelöst. Auch die Schnittstellen „ambulant und stationär“ sind vielerorts verbesserungsbedürftig.

Besonders die Novellierung der Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) wird uns und unsere Ausschüsse und Gremien erheblich in Anspruch nehmen. Dies mit besonderem Augenmerk auf die Erfordernisse der Zukunft. Zu nennen sind neben allgemeinen und speziellen, operativen und konservativen Weiterbildungsinhalten hier besonders auch Aspekte der Bedarfsermittlung vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und zunehmend sektorenübergreifenden Versorgungsstrukturen.

Die Nachwuchsgewinnung und eine aktive Beteiligung junger Kolleginnen und

Kollegen gerade in den Zukunftsfragen unserer Fachgesellschaft ist daher ein besonderes Anliegen des Vorstands. Das „Junge Forum“ der DGU/DGOU bietet hier mit seinen verschiedenen Aktivitäten dem interessierten Nachwuchs bis in die Studentenschaft hinein eine geeignete Plattform zur frühzeitigen, aktiven Mitgestaltung unseres Fachs.

Ich bedanke mich an dieser Stelle auch ausdrücklich bei allen Aktiven „unserer“ DGU. Ohne sie wären unsere wissenschaftliche Fachgesellschaft und unser Fach Unfallchirurgie ein Körper ohne Seele. Besonders hervorzuheben sind hierbei unser Generalsekretär, Hartmut Siebert, der Geschäftsführer der AUC, Johannes Sturm, der gesamte Vorstand, die Leiter/innen der Ausschüsse, Sektionen, Arbeitsgemeinschaften und Kommissionen sowie vor allem unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der DGU-Geschäftsstelle. In abgestimmter, freundschaftlicher Teamarbeit wird das Rad der DGU stetig und erfolgreich weitergedreht.

Mein besonderer Dank gilt Ihnen für Ihr Interesse an unserer Fachgesellschaft

und für das mir entgegengebrachte Vertrauen. Ich werde mich den vor mir liegenden Aufgaben als Präsident der DGU engagiert und einsatzfreudig widmen und bin sicher, dass wir die anspruchsvollen Aufgabenstellungen des Jahres 2013 gemeinsam im Team des Vorstands und mit der Hilfe aller in unserer Fachgesellschaft aktiven Kolleginnen und Kollegen erfolgreich bewältigen können. Ich freue mich jedenfalls darauf und bitte Sie um Ihre aktive Unterstützung auch durch zielgerichtete Anregungen und durch konstruktive Kritik.

Herzlichst

Ihr

Reinhard Hoffmann

# Nächster DSTC-Intensivkurs im April 2013

Akademie der Unfallchirurgie

Die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen der ersten Stunden entscheiden bei Schwerverletzten über die weitere Prognose. Die DSTC-Fortbildung (**Definitive Surgical Trauma Care**) vermittelt durch intensives Training Entscheidungsfindung, Trauma-Management und chirurgische Techniken. Der nächste Kurs findet vom 11. bis 13. April 2013 im Universitätsklinikum Homburg/Saar statt.

Zentrales Thema des 2,5-tägigen Kurses ist die Behandlung aller akut lebensbedrohlichen Verletzungen vom Kopf bis zu den Extremitäten. Er setzt sich zusammen aus interaktiven Vorlesungen, Fallbesprechungen und vielen praktischen

Übungen am Kadaver und am narkotisierten Großtiermodell.

Zielgruppe sind alle Fachärzte der chirurgischen Fachdisziplinen (Unfallchirurgen, Allgemeinchirurgen, Viszeralchirurgen, Thoraxchirurgen) und in der Weiterbildung fortgeschrittene Kolleginnen und Kollegen, die an der Versorgung schwerverletzter Patienten beteiligt sind.

**ANMELDUNG**  
[www.auc-kursportal.de](http://www.auc-kursportal.de)



Foto: AOK

# Bericht über die Mitgliederversammlung der DGU

25. Oktober 2012, 12.45 Uhr bis 14.15 Uhr, Berlin, ICC/Messe, Saal 3

Christoph Josten, Hartmut Siebert, Andreas Seekamp

Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, Prof. Dr. Christoph Josten, Leipzig, eröffnet die ordentliche Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie 2012 und begrüßt die 288 Teilnehmer. Er erläutert die Tagesordnung. Ergänzungswünsche und Änderungen werden nicht vorgebracht. Die Tagesordnung ist damit genehmigt. Wahlleiter ist Prof. Dr. Gunther Hofmann, Jena und Halle/Saale.

Siebert gibt bekannt, dass die Namen der vorläufig aufgenommenen Mitglieder in den jeweiligen Ausgaben der „Orthopädie und Unfallchirurgie – Mitteilungen und Nachrichtung“ publiziert sind. Laut § 4 Absatz 3 der Satzung der DGU gelten die dort genannten Antragsteller als endgültig aufgenommen, wenn nicht innerhalb von vier Wochen nach Veröffentlichung Einspruch gegen die Mitgliedschaft erhoben wird. Die vorläufig aufgenommenen Mitglieder, die einschließlich der Nummer 4 gemeldet wurden, sind somit auch in dieser Mitgliederversammlung stimmberechtigt.

## Wahl des Dritten Vizepräsidenten 2013

Das Präsidium der DGU schlägt Prof. Dr. Michael Nerlich für die oben genannte Amtsperiode vor. Prof. Nerlich ist der Direktor der Abteilung für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Regensburg. Die Wahl erfolgt per TED.

Josten gibt das Wahlergebnis bekannt, hiernach ist Prof. Nerlich mit überwältigender Mehrheit zum 3. Vizepräsidenten 2013 und damit zum Präsidenten der DGU für das Jahr 2015 gewählt. Nerlich nimmt die Wahl an und bedankt sich für das ihm entgegengebrachte Vertrauen.

## Wahl zum Nichtständigen Beirat

Durch Ausscheiden von sechs Mitgliedern des Nichtständigen Beirates sind dieses Jahr sechs Positionen neu zu wählen. Das Präsidium hat zuvor satzungsgemäß aus den Vorschlägen der Mitglieder 12 Kandidaten ausgewählt, die Anlage liegt allen anwesenden Mitgliedern vor. Die Wahl erfolgt mittels TED-Anlage. Es wird

über jeden einzelnen Kandidaten separat abgestimmt. Bereits im ersten Wahlgang gewählt sind Dr. Markus Burkhardt, Homburg/Saar, PD Dr. Sven Lendemanns, Essen, Dr. Philip Schwabe, Berlin, Dr. Fabian Stuby, Tübingen, sowie Dr. Christoph Wölfl, Ludwigshafen. Die Kandidaten Prof. Dr. Frank Hildebrand und Prof. Dr. Johannes Zeichen hatten im ersten Wahlgang gleichviel Stimmen auf sich vereinen können. In einer daraufhin er-

## Bericht des Präsidenten

forderlichen Stichwahl wurde Prof. Dr. Frank Hildebrand mehrheitlich für die 6. freierwerbende Position des Nichtständigen Beirates gewählt. Alle Gewählten nehmen auf Anfrage die Wahl an. Danach folgt der Bericht des Präsidenten Prof. Dr. Christoph Josten: Er weist zu Beginn seines Berichtes daraufhin, dass am 23. September 1922, also jetzt vor 90 Jahren, die erste Tagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie in Leipzig stattfand und er es daher als besondere Ehre empfindet, 2012 der Präsident der DGU sein zu können.

Aus der Vielzahl der Tätigkeiten, die Josten im Laufe des Jahres wahrzunehmen hatte, berichtet er als erstes über wichtige Bildungsvorhaben. Das Weiterbildungsmodul Wirbelsäule wurde von einem Arbeitskreis, bestehend aus Vertretern der Neurochirurgie, der Orthopädie und der Unfallchirurgie unter Leitung von Frau Tempka auf einen guten Weg gebracht. Auch das Thema der konservativen Orthopädie sei nunmehr aufgenommen worden.

Für den Bereich zentrale Notaufnahme stehe eine curriculäre Fortbildung kurz vor der Fertigstellung. Auch hier ist der Übergang in eine Zusatzqualifikation in der neuen Musterweiterbildungsordnung vorgesehen.

Die diesjährige Summer School war wiederum ein Erfolg und ergänzt sich sehr gut mit anderen Aktivitäten für die Nachwuchswerbung, wie zum Beispiel dem Studierendentag. Die positive Resonanz rechtfertigt in jedem Fall die finanzielle Investition.

Zum Thema Berufspolitik hat es zur Frage des Umgangs mit Honorararztverträgen ein Forum gegeben, auf welchem ein



Foto: Starface

**Dritter Vizepräsident 2013:** Prof. Dr. Michael Nerlich (Mitte), Direktor der Abteilung für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Regensburg

Positionspapier erstellt wurde, welches erhebliche Beachtung gefunden hat und zukünftig bei entsprechenden Vertragsausgestaltungen sicher eine Rolle spielen wird.

Das Projekt Endoprothesenzentrum wird zunächst ein alleiniges Projekt der DGOOC bleiben. Selbstverständlich ist die DGU interessiert, dass dieses zu einem Projekt der DGOU wird. Dieses kann jedoch nur unter folgenden Voraussetzungen eintreten:

- Es soll ein Modul Frakturprothetik ergänzt werden.
- Es wird die Addition weiterer Qualitätsindikatoren erwartet. Im gleichen Zuge muss der Verwaltungsaufwand bzw. das Zertifizierungsverfahren in sich vereinfacht werden.
- Die Vorhaltung einer Zusatzbezeichnung und Weiterbildungsberechtigung für die spezielle orthopädische Chirurgie kann kein Ausschlusskriterium für das Endoprothesenzentrum sein.
- Es wird ein klares Bekenntnis gefordert, dass die Etablierung von Endoprothesenzentren primär eine strukturpolitische Intervention darstellt. Es muss jedoch verdeutlicht werden, dass es sich um eine qualitätssichernde Maßnahme handelt. Der DGU-Vorstand wird in Bezug auf diese Forderung weiterhin mit der DGOOC im Gespräch bleiben.

Auf internationaler Ebene wurde die Mitgliedschaft der DGU in der EFORT und auch in der ESTES realisiert bzw. intensiviert. Josten hat auf verschiedenen internationalen Fachgesellschaftstagen die DGU erfolgreich vertreten. Im Rahmen des jetzigen DKOU werden etwa 20 Präsidenten internationaler ausländischer Fachgesellschaften erwartet. Die internationale Beteiligung ist durch ein kontinuierliches, international wissenschaftliches Programm berücksichtigt. Des Weiteren wird es ein Treffen der Präsidenten im Rahmen eines so genannten „presidential breakfast“ geben.

Die DGOU hat sich verstärkt der Thematik Versorgungsforschung angenommen sowie einer Initiative Qualität und Sicherheit in O und U und der Zusammenarbeit mit den Sektionen und Arbeitsgruppen zugewandt. Zahlreiche Stellungnahmen an verschiedene Institu-

tionen und Verbände wurden abgegeben, wie zum Beispiel an das AQUA-Institut oder an den gemeinsamen Bundesausschuss. Weitere Ausführungen Jostens gelten dem DKOU 2012.

### Bericht aus dem Generalsekretariat

Zu Beginn seines Berichtes aus dem Generalsekretariat dankt Prof. Dr. Hartmut Siebert, Schwäbisch Hall, Prof. Dr. Tim Pohlemann, Homburg/Saar, für seine sechsjährige Tätigkeit innerhalb des DGU-Vorstandes, diese war geprägt durch eine zweijährige Tätigkeit als Schatzmeister, eine insgesamt dreijährige Tätigkeit in der Vizepräsidentschaft und einer einjährigen Präsidentschaft im Jahre 2011.

Des Weiteren dankt Siebert den nunmehr ausscheidenden Leitern und stellvertretenden Leitern verschiedener Arbeitsgruppen, zu nennen sind hier Lill, Leiter der AG Arthroskopische Chirurgie, sowie Tesch, stellvertretender Leiter der AG Ultraschall, und Settner, stellvertretender Leiter der Sektion Physikalische Therapie und Rehabilitation. Des Weiteren wird den ausscheidenden Kollegen des Nichtständigen Beirates Albrecht, Beck, Culemann, Flohé, Rammelt und Frau Voigt gedankt. Ein Dank geht auch an die Geschäftsstelle und deren Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Er erläutert, dass Vorstand und Präsidium beschlossen haben, zusammen mit der DGOOC und dem BVOU nach neuen Räumlichkeiten für eine gemeinsame Geschäftsstelle der drei Fachgesellschaften und eventuell des Berufsverbandes, aber auch weiterer Verbände in der Umgebung des Langenbeck-Virchow-Hauses zu suchen, da die bestehenden nicht effektiv sind und auf Grund des Personalbedarfs zwingend mehr Raum benötigt wird, der leider im Haus nicht angeboten werden kann.

Die Mitgliederinformation läuft weiterhin über die gemeinsame Zeitschrift „Orthopädie und Unfallchirurgie“, die seit ihrer ersten Erscheinung im letzten Jahr einen guten Anklang gefunden hat. Ab 2013 wird es dazu auch eine Online-Ausgabe geben. Eine weitere Mitglieder-Info (DGU-Newsletter) erfolgt über die DGU-Homepage, die nunmehr über Frau Buchmann-Alisch stets aktuell gehalten wird.

Zur Novellierung der Musterweiterbildungsordnung wird die DGU gemeinsam mit der DGOU über die Bildungsausschüsse tätig werden sowie über das Präsidium und den Vorstand. Wichtig ist seitens der DGU, dass die Inhalte der speziellen unfallchirurgischen Weiterbildung erhalten bleiben. Das Fach als solches muss über Lernziele, Inhalte, Fähigkeiten und Kompetenzen definiert werden. Eine Flexibilisierung in der Weiterbildung ist zu begrüßen; diese sollte in allen Kambereichen gleich angelegt sein und muss überprüfbar sein.

Projekte zum Thema Qualität und Sicherheit sind aktuell das Beckenregister mit über 20.000 eingegebenen Fällen sowie das TraumaRegister DGU®, in welchem allein im Jahr 2011 20.000 weitere Patientendatensätze eingegeben wurden. Das Projekt TeleKooperationTNW® ist seit Juni 2012 nach einer erfolgreichen Pilotphase am Netz und wird bundesweit weiter ausgerollt. Dies hat in der medizinischen Öffentlichkeit bereits eine große Beachtung gefunden.

Das TraumaNetzwerk DGU® entwickelt sich weiterhin gut. Es sind mittlerweile 633 von insgesamt 850 angemeldeten Kliniken aktiv in insgesamt 34 Netzwerken. Die Reauditierung und Rezertifizierung hat im April dieses Jahres begonnen. In der Lenkungsgruppe und beim Treffen der Bundeslandmoderatoren und Sprecher Anfang Januar 2013 werden ausführlich die Themen Transparenz der Qualitätssichernden Maßnahmen und Weiterentwicklung des Projektes kritisch zu diskutieren sein!

Das inzwischen abgeschlossene Projekt von DGU und DRG Research Institut Münster zur kostendeckenden Abbildung der Behandlung Schwerverletzter im DRG-System hat einen ersten Erfolg gezeigt. So sind in den Jahren 2011 und 2012 die Erlöse der Behandlung von Schwerverletzten erstmalig nicht mehr negativ, sondern vielfach positiv, zumindest in den meisten Fällen ausgeglichen.

Die DGU hat für verschiedene Projekte eine Anschubfinanzierung geleistet. Zu nennen sind hier im Bereich Versorgungsforschung und klinische Studien der Abgleich von Routinedaten der Kassen mit denen des TraumaRegisterDGU® zur Optimierung und Dokumentations-erleichterung der Erfassung von Daten

## Aus den Verbänden

zur Qualitätssicherung der Schwerverletztenversorgung im TraumaRegister DGU®, das Projekt der Etablierung von Zentren für die Alterstraumatologie sowie eine Evaluation des Status Quo in der Rehabilitation von Schwerverletzten. Ein weiteres Projekt ist die Evaluation der Kosten und Erlössituation in Notaufnahmen. Geplant ist die Evaluation der Auffälligkeit im externen Qualitätssicherungsverfahren zum Thema Operationszeitpunkt nach Schenkelhalsfrakturen. Hier ist bundesweit aufgefallen, dass zunehmend die vorgesehenen Qualitätsmerkmale (Operationszeitpunkt) nicht eingehalten werden. Projektteilnehmer könnten sein: neben der DGU das AQUA-Institut sowie das Aktionsbündnis für Patientensicherheit (APS) und die Kostenträger. Im Laufe des nächsten Jahres soll die Umsetzung dieses Projektes mit den möglichen Partnern besprochen werden. Hintergrund ist, die Ursachen aufzuspüren und Lösungen zur Abhilfe zu finden.

Zum Thema Qualität und Sicherheit in O und U wird berichtet, dass das Weißbuch zur Schwerverletztenversorgung in der 2. Auflage dieses Jahr verschickt wurde und in englischer Version vorliegt. Die S3-Leitlinie Schwerverletztenversorgung wird wie für Leitlinien vorgesehen ab nächstem Jahr einer Evaluation und Weiterentwicklung unterzogen.

Kurse zur Fortbildung im Rahmen der Akutversorgung von Schwerverletzten sowohl präklinisch als auch innerklinisch werden weiterhin als wichtiger Bestandteil unserer Maßnahmen zur Fortbildung von der AUC angeboten werden.

### Promotionspreis der DGU

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau, stellt den neu eingerichteten Promotionspreis der DGU vor, der erstmalig im Jahre 2013 ausgelobt wird. Entsprechende Arbeiten sind bis zum 31. März 2013 in der Geschäftsstelle der DGU einzureichen.

### Bericht des Schatzmeisters

Es folgt der Bericht des Schatzmeisters Prof. Dr. Joachim Windolf, Düsseldorf. Die Mitgliederentwicklung ist weiterhin zunehmend, wobei im Vergleich zu den Vorjahren etwas abgeschwächt. Der Mitgliederstand zum 31. Dezember 2011

betrug 4.430 Mitglieder mit einem Zuwachs in dem Jahr von 126 Neumitgliedschaften. Dieser Anteil hat über die letzten Jahre leicht abgenommen, im Jahre 2008 waren es noch 342 Neumitglieder pro Jahr. Dieser Rückgang ist durchaus gewollt, da man primär für eine Mitgliedschaft in der DGOU wirbt.

Die Finanzentwicklung ist weiterhin positiv. Die vorhandenen Rückstellungen werden vom zuständigen Finanzamt weiterhin akzeptiert, ohne dass hierbei die Gemeinnützigkeit der DGU gefährdet ist. Die DGU ist ein finanziell gesunder Verein mit einem ausgeglichenen Haushalt für das Jahr 2011. Des Weiteren war die DGU in der Lage, den Geldbedarf, wie vereinbart, für die DGOU anteilig mit zu tragen.

Die neue Beitragsordnung der DGOU, welche nunmehr einen Abgleich mit derjenigen der DGOOC erfahren hat, wird vorgestellt und erläutert. Die neue gemeinsame Beitragsordnung für die DGOU, die DGU und die DGOOC soll zum 1. Januar 2013 in Kraft treten. Voraussetzung ist, dass die DGOU eine Mitglieder-gesellschaft mit eigenem Mitgliedsbeitrag und einem soliden Finanzbudget ist und die finanzielle Basis der beiden Fachgesellschaften DGU und DGOOC hierdurch nicht gefährdet wird. Die neue Beitragsordnung und deren Staffelung wurden in dem letzten Mitteilungsblatt publiziert und stehen nunmehr zur Abstimmung an.

### Abstimmung über die neue Beitragsordnung

Die Abstimmung über die neue Beitragsordnung, welche ab 1. Januar 2013 gültig sein soll, erfolgt per TED. Die Beitragsordnung wird mit überwältigender Mehrheit angenommen (203 Ja-Stimmen, 9 Enthaltungen, 11 Nein-Stimmen).

### Kassenprüfung 2011

Kassenprüfer für das Geschäftsjahr 2011 waren Prof. Dr. Andreas Eisenschenk und Dr. Christian Geiger, beide aus Berlin. Geiger berichtet, dass am 11. September 2012 in der Geschäftsstelle der DGU in Berlin die Überprüfung der Vereinskasse erfolgte. Sämtliche Eintragungen und Belege waren überprüfbar, Beanstandungen hat es nicht gegeben.

### Entlastung des Vorstands

Direkt im Anschluss an seine Berichterstattung empfiehlt Geiger der Mitgliederversammlung die Entlastung des Vorstandes. Die Abstimmung erfolgt per TED. Der Antrag auf Entlastung des Vorstandes wird nahezu einstimmig angenommen (206 Ja-Stimmen, 3 Nein-Stimmen, 8 Enthaltungen).

### Wahl der Kassenprüfer

Als Kassenprüfer für das Jahr 2012 schlägt das Präsidium Dr. Frank Hoffmann aus Frankfurt/Oder sowie Prof. Dr. Christian Jürgens aus Hamburg vor. Die Abstimmung erfolgt per TED in Einzelabstimmung. Beide Kandidaten werden mit überwältigender Mehrheit angenommen (Herr Hoffmann 186 Ja-Stimmen, 6 Nein-Stimmen, 14 Enthaltungen, Herr Jürgens 180 Ja-Stimmen, 14 Nein-Stimmen, 14 Enthaltungen). Beide nehmen die Wahl an.

Josten beendet die Mitgliederversammlung pünktlich um 14 Uhr und wünscht allen Teilnehmern eine weitere interessante Kongressteilnahme.



Prof. Dr. Christoph Josten, DGU-Präsident 2012



Prof. Dr. Hartmut Siebert, DGU-Generalsekretär



Prof. Dr. Andreas Seekamp, Schriftführer

# Neues Forschungsstipendium Osteologie

Matthias Schieker

Frakturen bei Osteoporose und die Sekundärprophylaxe mit Vermeidung von Folgefrakturen gehören zu den wesentlichen Aufgaben des Unfallchirurgen. Die AG Osteologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie widmet sich genau diesen Fragestellungen. Über die AG Osteologie ist die DGU auch im Dachverband der osteologischen Fachgesellschaften vertreten und arbeitet aktiv an der Gestaltung der S3-Leitlinien zur Diagnostik, Prophylaxe und Therapie der Osteoporose mit.

Trotz hoher wissenschaftlicher Evidenz gibt es noch immer eine starke Unterversorgung von Patienten nach osteo-

porotischer Fraktur in Deutschland. Die deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie schreibt deshalb das Forschungsstipendium Osteologie 2013 mit dem thematischen Schwerpunkt „Sekundärprophylaxe nach osteoporotischer Fraktur aus“. Angesprochen werden Nachwuchswissenschaftler, die das 35. Lebensjahr noch nicht beendet haben, ein Projekt im Bereich der klinischen bzw. Versorgungsforschung einzureichen. Die Höhe des Stipendiums beträgt 25.000 Euro und soll eine Anschubfinanzierung für ein Jahr darstellen. Bewerbungsschluss ist der 31. März 2013.

Das neue Forschungsstipendium Osteologie der DGU wird ermöglicht durch eine Spende der Firma Amgen GmbH und kann 2013 und 2014 ausgeschrieben werden. Nähere Informationen zum Forschungsstipendium Osteologie 2013 finden sich im Ausschreibungstext (Seite 98).



Prof. Dr. Matthias Schieker leitet die AG Osteologie der DGU.

## Bestimmungen für die Verleihung des Forschungsstipendiums Osteologie

**1** Es wird ein Forschungsstipendium ausgeschrieben. Zweck desselben ist es, Nachwuchswissenschaftlern, deren Tätigkeit hauptsächlich oder überwiegend der Unfallchirurgie im Sinne der Satzungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie gewidmet ist, die Möglichkeit zur Durchführung eines wissenschaftlichen Forschungsprojekts auf dem Gebiet der osteologischen Forschung zu geben.

**2** Das Forschungsprojekt basiert auf einer zunächst einmaligen Spende und wird im Jahr 2013 vergeben.

**3** Bewerbungsberechtigt sind Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, welche das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

**4** Die Höhe des Forschungsstipendiums beträgt 25.000 Euro. Das Stipendium dient der Anschubfinanzierung

zum Start eines Forschungsprogrammes und kann für Personalkosten, Probandengelder, Kosten für Patientenversicherung und Ethikkommission sowie Reisekosten (maximal 2.000 Euro) eingesetzt werden. Die Laufzeit beträgt ein Jahr. Thematischer Schwerpunkt ist die klinische bzw. Versorgungsforschung mit dem Schwerpunkt „Sekundärprophylaxe nach osteoporotischer Fraktur“.

**5** Der Bewerbungsschluss für das Forschungsstipendium ist der 31. März 2013.

**6** Der Bewerbung sind in jeweils fünf-facher Ausfertigung beizufügen:

- Lebenslauf,
- Verzeichnis bisheriger wissenschaftlicher Veröffentlichungen,
- Beschreibung des Forschungsprojektes und Meilensteinplan
- Zeugnis des Chefs der Einrichtung, der der Bewerber angehört, in dem

die Unterstützung des Forschungsprojekts bescheinigt wird.

**7** Über die Zuerkennung des Forschungsstipendiums berät eine Kommission, die sich zusammensetzt aus:

- dem Generalsekretär der DGU
- dem Leiter der AG Osteologie der DGU
- dem Leiter der AG Alterstraumatologie der DGU
- dem Leiter des Wissenschaftsausschusses der DGU
- dem Leiter der Sektion Osteologie der DGOOC

**8** Über die Vergabe des Forschungsstipendiums beschließt das Präsidium in seiner Sommersitzung. Das Stipendium kann geteilt werden. Der Beschluss des Präsidiums ist unanfechtbar. Der Stipendiat wird danach benachrichtigt.

## Aus den Verbänden

**9** Das Projekt hat im Jahr 2013 zu starten. Der Stipendiat verpflichtet sich, über das Projekt in einem Vortrag auf der Sitzung der AG Osteologie am DKOU des Folgejahres (2014) zu berichten. Ebenso verpflichtet sich der Stipendiat, binnen drei Monaten nach Projektabschluss in den Mitteilungen und Nachrichten der DGU zu berichten. Die Veröffentlichung der Ergebnisse in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift ist erwünscht und kann einen Abschlussbericht ersetzen.

**10** Das Forschungsstipendium wird im Rahmen der Preisträgersit-

zung auf der Jahrestagung der DGU im Herbst 2013 verliehen.

**11** Das Forschungsstipendium stellt lediglich eine Unterstützung des Bewerbers dar. Die Grundsätze zur Sicherung der guten wissenschaftlichen Praxis der Deutschen Forschungsgemeinschaft müssen erfüllt werden. Der jeweilige Dienstherr (Universität, Krankenhaus) muss dem Projekt zustimmen. Die finanzielle Abwicklung muss über ein Drittmittelkonto erfolgen. Die Durchführung des Projekts, die damit verbundenen Gefahren und Kosten obliegen nicht der

Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Der Bewerber kann Forderungen irgendwelcher Art gegen die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie nicht geltend machen. Auch alle mit dem Empfang und der Verwendung des Stipendiums verbundenen steuerlichen Belange obliegen alleine dem Stipendiaten. Mit Abgabe der Bewerbung erkennt der Bewerber diese Bestimmungen an.

*Der Generalsekretär*

*Der Präsident*

# Benennung von Kandidaten für den Nichtständigen Beirat 2014 – 2016

Hartmut Siebert

## Sehr geehrte Mitglieder der DGU, liebe Kolleginnen, liebe Kollegen!

Ich möchte Sie dazu aufrufen, auch in diesem Jahr dem Präsidium Kandidaten für den Nichtständigen Beirat der DGU vorzuschlagen.

Der Nichtständige Beirat ist vornehmlich die Vertretung der Jüngeren, Nichtselbstständigen, was jedoch nicht ausschließt, dass auch selbstständige Mitglieder in den Beirat gewählt werden können. Die insgesamt zwölf Mitglieder des Nichtständigen Beirats haben im Präsidium der DGU Sitz und Stimme.

Ende 2013 läuft die Amtszeit folgender Mitglieder des Nichtständigen Beirats aus:

- Dr. Andreas Bonk, Starnberg
- PD Dr. Gerrit Matthes, Berlin
- Prof. Dr. Peter C. Strohm, Freiburg

Für diese drei Kollegen müssen dem Präsidium Kandidatinnen und Kandidaten für die Amtszeit 2014 bis 2016 vorgeschlagen werden. Das Präsidium wählt daraus sechs aus, die der Mitgliederversammlung beim DKOU 2013 in Berlin zur Wahl vorgeschlagen werden.

### WAHLVORSCHLÄGE

Senden Sie uns bitte Ihre Vorschläge bis zum **31. März 2013** an:  
Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie  
Luisenstr. 58-59, 10117 Berlin  
Fax: (0 30) 20 21 54 91  
E-Mail: office@dgu-online.de

Ich darf noch darauf hinweisen, dass gemäß unserer Satzung nur Mitglieder der DGU wählbar sind, und dass unmittelbare Wiederwahl nicht möglich ist. Bitte beachten Sie, dass laut Satzung bei den Wahlvorschlägen das schriftliche Einverständnis des Kandidaten eingeholt werden muss.



Prof. Dr. Hartmut Siebert, Generalsekretär der DGU

### Neue Mitglieder

Folgende Personen haben einen Antrag auf Mitgliedschaft in der DGU gestellt. Laut Satzung der DGU können Einsprüche gegen die Aufnahme bis zu vier Wochen nach der Bekanntgabe (in den OUMN) mit eingehender schriftlicher Begründung beim Generalsekretär geltend gemacht werden.

**Brokmeier**, Ulrike · Sankt Augustin

**Delank**, Karl-Stefan Prof. Dr. med. · Halle

**Fochtmann**, Ulrike · Essen

**Graßmel**, Jens Dipl. med. · Luckau

**Hennings**, Torben · Koblenz

**Hub**, Anna · Chieming

**Kluwe**, Wolfram Dr. med. · Bonn

**Krause**, Marc Dr. med. · Bad Homburg

**Kühlmann**, Britta Dr. med. · Düsseldorf

**Nikowitsch**, Robert Dr. med. · Kempten

**Renken**, Felix Dr. med. · Lübeck

**Rippke**, Jules-Nikolaus Dr. med. · Hannover

**Rothfischer**, Wolfram Dr. med. · Karlsruhe

**Schmidt**, Christian Dr. med. · Naunhof

**Schnetzke**, Marc Dr. med. · Mannheim

**Storl**, Frank Dr. med. · Theuma

**Tewes**, Simon · Oldenburg

**Thiele**, Jörn Dr. med. · Speyer

**Tümmers**, Gerhard Dr. med. · Kaufbeuren

**Veigel**, Bastian · Duisburg

**Zeplin**, Philip Dr. med. · Leipzig

### Neu in der DGU-Geschäftsstelle



Elke Leopold ist seit 1. Dezember 2012 als Mitarbeiterin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit in der DGU-Geschäftsstelle tätig. Sie vertritt Susanne Herda, die sich momentan in Elternzeit befindet. Ihr Studium als Magister Artium (M.A.) in Publizistik- und Kommunikationswissenschaft, Filmwissenschaft und Teilgebieten der Wirtschaftswissenschaften (Schwerpunkt Marketing) hat Elke Leopold an der Freien Universität Berlin erfolgreich abgeschlossen. Ihre Erfahrung in der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit hat sie als Pressesprecherin für das Ambulante Cottbuser Rehabilitationszentrum Reha Vita sowie als PR-Beraterin für die Lausitzer Rundschau Media- und Verkaufsgesellschaft gesammelt. Darüber hinaus war sie im Auftrag von Werbeagenturen tätig.

## Für Sie gelesen



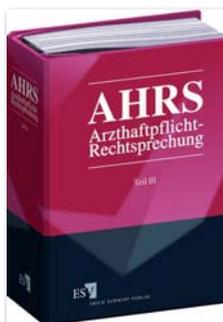
Dietz · Illing · Schmittbecher · Slongo · Sommerfeldt (Hrsg.)  
**Praxis der Kinder- und Jugendtraumatologie**  
Springer-Verlag, 2011,  
149,95 Euro

### Ein großer Wurf

Ein Großteil der verletzten Kinder wird neben der Kinderchirurgie (die nicht ausschließlich traumatisch ausgerichtet ist) in der Unfallchirurgie und auch in der Orthopädie erst- und weiterversorgt. Für diesen Kreis ist die auch auf scheinbare Nebenerscheinungen ausgedehnte Abrufbarkeit der aktuellen diagnostischen und therapeutischen Standards mitentscheidend für das fernere Lebensschicksal der jungen Verletzten. Auf überzeugende wie anspruchsvolle Weise werden die Besonderheiten des kindlichen Traumas einschließlich der Grundlagen der konservativen, der operativen und der reponierenden Frakturbehandlung sowie das wichtige Kapitel der Wachstumsphänomene und der Korrekturmechanismen des wachsenden Skeletts in einem allgemeinen Teil dargestellt. Die speziellen Kapitel Höhlen- und Stammskelettverletzungen stellen folgerichtig die Besonderheiten des Kindesalters voran; hier wird konsequenterweise der Betrachtung der physiologischen Bedingungen des Kindesalters gebührende Aufmerksamkeit zugewandt, spielen diese doch hinsichtlich der Letalität eine noch bedeutendere Rolle als beim Erwachsenen. Großen Raum nehmen die Kapitel Frakturen und Luxationen

der Extremitäten ein. Die speziellen kinderchirurgischen Osteosynthesen, die in Indikationen und Operationstechniken zum Teil deutlich abweichen von der Erwachsenenbehandlung, finden sehr gut abgewogene Darstellungen, die durch eingängige schematische Abbildungen und eine Vielzahl überzeugender Röntgen-, MRT-Aufnahmen veranschaulicht werden. Beide Kapitel sind etagenmäßig stark untergliedert, was einer allzu verallgemeinernden Rezeptur entgegenwirkt. Thermischen und Weichteilverletzungen, Kindesmisshandlungen, Geburtstrauma und pathologischen Frakturen sind eigene Kapitel gewidmet. Gekennzeichnet ist das Gesamtwerk durch gut ausgewählte instruktive Abbildungen, die den ohnehin gestrafften Text wirkungsvoll ergänzen. Für eine spätere Auflage sollten die Herausgeber ein Kapitel Amputation und Rekonstruktion hinzufügen sowie auch Grundsätze der Rehabilitation beschreiben. Insgesamt darf dieses Werk ohne Vorbehalt als großer Wurf bewertet werden. Jeder Unfallchirurg sollte sich mit ihm vertraut machen, um die Wiederherstellung ad integrum, für die sich bei Kindern große Möglichkeiten bieten, zu fördern.

*Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau*



Kullmann · Pauge · Stöhr · Zoll (Hrsg.)  
**AHRS Arzthaftpflicht-Rechtsprechung Teil III**  
Erich Schmidt Verlag,  
2012  
Lief. 43. bis 46  
je 43 bzw. 45 Euro

### Haftungsgrundlagen und -tatbestände

Die zuletzt erschienenen Lieferungen 43 bis 46 (August bis Dezember 2012) berichten erneut zu einer Vielzahl von Themen aus dem Bereich der Haftungsgrundlagen und Haftungstatbestände. Nicht wenige betreffen die Chirurgie, einige speziell die Orthopädie. Darüber hinaus verdienen auch die Einzelentscheidungen, durchwegs der Obergerichte, fachübergreifendes Interesse, wenn die verschiedenen Formen der Aufklärung (Verlauf, Risiko, Beweisführung, Zuständigkeit), Therapiefehler, Diagnosefehler zur Beurteilung anstehen. Daneben werden immer wieder Fälle des Vertragsrechts

erörtert. Haftungsbeschränkungen und Einwilligungsfragen sind weitere Themen. Zunehmend erscheinen Entscheidungen zur Beweislast in dieser Reihe. Nicht uninteressant ist die Verletzung nachwirkender Pflichten aus der Behandlung. Es verwundert nicht, dass nun auch Hygienefehler gerichtsanhängig werden. Die bereits extreme juristische Durchdringung aller medizinischen Bereiche lässt es geraten scheinen, sich anhand der Entscheidungen mit der medizinrechtlichen Problematik vertraut zu machen.

*Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau*



von Laer · Kraus · Linhart  
**Frakturen und Luxationen im Wachstumsalter**  
 6. Auflage  
 Thieme Verlag 2012,  
 169,99 Euro

### Rundum gelungen

Seit 1986 wird dieses Standardwerk zur Kindertraumatologie alle fünf bis sechs Jahre neu aufgelegt. Die aktuelle, überarbeitete und erweiterte 6. Auflage orientiert sich im speziellen Teil an der anatomischen Strukturierung seiner Vorgänger und zeichnet sich somit wie diese durch ihre Übersichtlichkeit aus, welche das mühelose Auffinden der zu behandelnden Verletzung ermöglicht. Zahllose Röntgenbilder ermöglichen durch den Vergleich mit den Bildern eigener Patienten die exakte Zuordnung der Verletzung. Zahlreiche Schemazeichnungen, klinische Bilder und Tabellen verdeutlichen die zugrunde liegende

Pathologie und helfen dem Leser, die Verletzungen nicht nur zu erkennen, sondern auch zu verstehen und somit effizient zu behandeln. Auf progrediente Fehlstellungen im Rahmen des weiteren Wachstums wird ebenso eingegangen wie auf Spontankorrekturen. Der konservativen wird neben der operativen Behandlung der ihr beim Kind gebührende Raum gegeben. Alternative Verfahren werden sorgsam gegeneinander abgewogen und ausführlich dargestellt. Das rundum gelungene Buch sei somit jedem wärmstens empfohlen, der sich mit der Kindertraumatologie beschäftigt.

*PD Dr. Ralph Gaulke, Hannover*



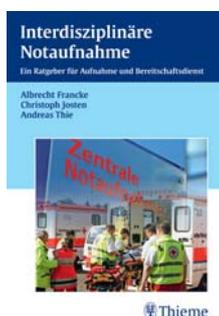
Backup · Backup  
**Klinische Tests an Knochen, Gelenken und Muskeln**  
 Thieme Verlag, 2012,  
 5. Auflage  
 49,99 Euro

### Moderner Klassiker

Dieses Buch ist ein moderner Klassiker der orthopädischen Fachliteratur. Es erscheint nun in der 5. Auflage, nachdem der Autor 2010 von der VSO (Vereinigung der Süddeutschen Orthopäden) den Carl-Rabl Preis für eine herausragende Monografie erhielt. Klaus Backup, der bis zuletzt Leitender Oberarzt der Orthopädischen Klinik am Klinikum Dortmund war, ist leider bereits kurz nach dieser Auszeichnung verstorben. Umso erfreulicher, dass sein Sohn die neue Auflage bis zur Fertigstellung begleitet hat. Auf knapp 400 Seiten kann der angehende Arzt für muskuloskeletale Erkrankungen die klinische Untersuchung des Bewegungsapparates in allen Facetten erlernen. Zu jeder Körperregion hat Backup eine Vielzahl von Techniken auf ihre Wertigkeit überprüft und kapitelweise zusammengefasst. Vorangestellt wird jeweils ein Flussdiagramm mit einer Übersicht

über die Testverfahren einer Region. Dies bietet eine erste Orientierung und eignet sich auch gut zum schnellen Nachschlagen. Somit weist das Buch den Weg zur zielgerichteten Untersuchung und Diagnosefindung. Aus den 600 Abbildungen von 300 Tests und 18 neu aufgenommenen Tests kann sich jeder ein entsprechendes Programm aus dem reichhaltigen Fundus zusammenstellen. Die Abbildungen sind noch immer die aus den Voraufgaben bekannten, zeitlosen und präzisen Zeichnungen. Abschließend findet sich ein umfangreiches Literaturverzeichnis, gegliedert nach Regionen. Leider wird wegen der Vielzahl bildgebender Verfahren die Bedeutung der klinischen Untersuchung oft vergessen. Daher sollte dieses Werk im Regal eines jeden Knochendoktors stehen, und zwar nicht zu Hause, sondern in der Klinik.

*Dr. Martin Ihle, Worms/Berlin*



Francke · Josten · Thier  
**Interdisziplinäre Notaufnahme**  
 Thieme Verlag, 2010  
 39,95 Euro

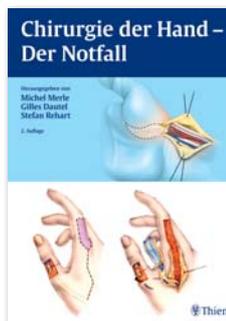
### Ratgeber für Aufnahme und Bereitschaftsdienst

Die zentrale Notaufnahme (ZNA) beinhaltet mehr als die Summe ihrer Fächer. Basierend auf dieser Erfahrung hat sich ein Autorenteam von erfahrenen Klinikern zusammengefunden, um sich aus kritischer Distanz diesem Thema zu widmen. Das daraus entstandene Buch richtet sich in erster Linie an den frisch approbierten Arzt, dem sich im Ambulanzdienst medizinische wie zwischenmenschliche Herausforderungen bieten. Denn jenseits vom Spezialwissen der medizinischen Fachgebiete ist der diensthabende Arzt der Notaufnahme zunächst mit dem ganz besonderen Biotop dieser Umgebung konfrontiert. Wohlgesonnen nehmen die Autoren den Leser an die Hand und führen ihn durch die Untiefen der ZNA. In insgesamt 21 Kapiteln werden vor allem Strategien vorgestellt, die das Arbeiten sehr erleichtern können, denn sie sind wie ein roter Faden im Chaos des klinischen Alltags. Der Umgang mit der

Angst (der eigenen sowie der des Patienten), mit psychiatrisch auffälligen Patienten, mit sozialmedizinischen Problemen und mit den lieben Kollegen wird anhand vieler Fallbeispiele und praktischen Hinweisen erleichtert. In dieser Praxisnähe war das wohl in noch keinem medizinischen Fachbuch zu lesen. Auch die medizinischen Anteile werden gründlich und übersichtlich strategisch auf die ZNA zugeschnitten und für Assistenzärzte aller Fachgebiete dargestellt. Hier geht es ganz symptomorientiert vom unklaren Abdomen, dem Thoraxschmerz und der kleinen Rhythmologie über die häufigsten Fälle der Unfallchirurgie bis hin zu neurologischen Problematiken. Dies alles wird am Ende jeden Kapitels mit reichlich Literaturhinweisen und klinischen Fällen ergänzt. Somit ist ein rundes Werk entstanden, das man gern in die Hand nimmt und das jedem Ambulanzzarzt empfohlen werden kann.

*Dr. Martin Ihle, Worms/Berlin*

## Für Sie gelesen



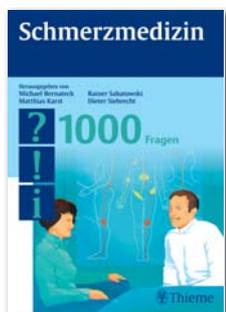
Merle · Dautel · Rehart  
**Chirurgie der Hand – Der Notfall**  
Thieme Verlag, 2012  
2. Auflage  
49,99 Euro

### Perfekt übersetzter Erfahrungsschatz

Nach der „Chirurgie der Hand“ von denselben Herausgebern ist die vorliegende „Chirurgie der Hand – Der Notfall“ eine wichtige, hervorragende Ergänzung. Es gelingt, neue zeitgemäße Techniken dank weiterentwickelter Instrumente mit Hilfe von 1.140 Abbildungen in didaktisch eindrucksvoller Weise darzustellen. Schon die einzelnen Anästhesie-Verfahren, teils um beim Notfall die Allgemeinnarkose zu vermeiden, teils um beim lokalen Eingriff diesen nicht durch anästhesiologischen Aufwand zu komplizieren, zeigen den praktischen Wert dieses Buches. Das heutige Therapieprinzip: Stabilisierung der Fraktur – Revaskularisierung von Geweben – und Hautdeckung aller Strukturen – wird an den Anfang gestellt und für die weiteren Eingriffe berücksichtigt. Die Schwierigkeiten der geschlossenen Gelenkverletzungen – wie Distorsionen und Luxationen – ebenso wie die der Frakturen werden einleuchtend und systematisch geschildert und bebildert. Die Problematik des Substanzverlustes an Hand und Fingern stellt

den Hauptteil dieses Werkes (über 110 Seiten) dar. Von dem kleinen Pulpadefekt bis zum Verlust aller Strukturen mit dem Ersatz und den Folgen für die Spenderregion zeigt die Breite dieses Lehrbuches. Die Sehnenverletzung wird als Domäne der Frühversorgung betont, weil dadurch funktionelle Frühergebnisse erreicht werden (geschützte Mobilisation) und mehrmalige Sekundäreingriffe vermieden werden können. Die Amputation und die Nervenverletzungen nehmen einen relativ kleinen Raum ein, weil der zweite Schwerpunkt auf der Replantation liegt. Dieses von Merle und Dautel herausgegebene handchirurgische Werk sollte von allen notfallmäßig mit Handverletzungen befassten Operateuren gelesen werden, weil es Jahre dauert, die darin enthaltene Erfahrung selbst zu sammeln. Die perfekte Übersetzung von Rehart macht den Band beim Studium zu einer interessant-eingängigen Lektüre

*Dr. Martin Talke, Berlin*



Bernateck · Karst ·  
Sabatowski · Siebrecht  
(Hrsg.)  
**Schmerzmedizin**  
Thieme Verlag, 2012  
49,99 Euro

### Lexikon des Schmerzes

Insgesamt 37 Autoren aus verschiedenen Disziplinen – Anästhesiologie, Intensivmedizin, Psychosomatischer Medizin, Psychotherapie, Palliativmedizin, Pharmakologie, Neurophysiologie, Rettungsmedizin, Physiologie, Pädiatrie, Orthopädie, Schmerzzentren u. a. – stellen lexikonmäßig in über 1.000 Fragen und Antworten sowie weitergehenden Erläuterungen die interdisziplinär gegebene, insbesondere chronische Schmerzproblematik dar. Einleitend werden diagnostische und therapeutische Grundsätze und die Physiologie sowie die psychologischen Faktoren, Schmerzarten, Untersuchungstechniken und die Pharmakologie sowie Physiotherapie und Verhaltenstherapie so eingehend beschrieben, dass damit die Voraussetzungen des Verständnisses der Schmerztherapie zur Verfügung gestellt werden. Der im Umfang etwa

gleichgestellte spezielle Teil behandelt in 26 einzelnen Kapiteln die lokalen und systemischen, die interdisziplinäre Bedeutung des Schmerzgeschehens abbildenden Schmerzkomplexe, die von peripheren Schmerzen über Tumorschmerzen, Polyneuropathie, Neuralgien, Phantomschmerz, Gelenk- und Muskelschmerz, Borreliose, um nur einige Erscheinungsformen zu nennen. Eigene Kapitel sind der Kinderheilkunde, Alter und Demenz, der Schwangerschaft und Stillzeit sowie dem Medikamentenentzug gewidmet. Die sehr disziplinierte Schreibfassung verdient ebenso hervorgehoben zu werden wie die Nützlichkeit für alle kurativen Fachgebiete.

*Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau*



### Innovationspreis der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. schreibt den Innovationspreis 2013 aus. Der Preis wird jährlich von der Firma DePuy gestiftet. Er ist mit

**10.000 Euro**

dotiert. Der Preis dient der Förderung von Innovationen in der Unfallchirurgie.

Er wird für wissenschaftliche Arbeiten über diagnostische oder anwendungstechnische Innovationen vergeben, die zeitnah in die Patientenversorgung einfließen können. Die Preissatzung ist auf [www.dgu-online.de](http://www.dgu-online.de) in der Rubrik DGU, Unterrubrik „Preise“ veröffentlicht.

Die Bewerbung um den Innovationspreis der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. ist zusammen mit der

Preisarbeit, einem Lebenslauf und einem Publikationsverzeichnis (jeweils in fünffacher Ausfertigung) bis zum **31. Mai 2013** einzusenden an:

*Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.  
Luisenstr. 58-59  
10117 Berlin*



### Hans-Liniger-Preis der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie schreibt den nach ihrem Mitbegründer benannten Hans-Liniger-Preis zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses für besondere Leistungen aus den Gebieten Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin oder ihren Grenzgebieten aus. Er ist mit

**10.000 Euro**

dotiert. Bewerben können sich unter anderem Ärztinnen und Ärzte, Juristinnen und Juristen und Versicherungsfachleute. Die Preissatzung ist auf der Website [www.dgu-online.de](http://www.dgu-online.de), Rubrik DGU, Unterrubrik „Preise/Stipendien“ veröffentlicht. Die Bewerbung ist unter Beifügung der als Preisarbeit besonders kenntlich gemachten Arbeit bis zum **31. Mai 2013** (Poststempel) in fünffacher Ausfertigung einzusenden an:

*Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.  
Luisenstr. 58/59  
10117 Berlin*



### Forschungsstipendium Osteologie 2013 der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie schreibt das Forschungsstipendium Osteologie 2013 mit dem thematischen Schwerpunkt „Sekundärprophylaxe nach osteoporotischer Fraktur aus“. Angesprochen werden Nachwuchswissenschaftler, die das 35. Lebensjahr noch nicht beendet haben, ein Projekt im Bereich der klinischen

bzw. Versorgungsforschung einzureichen. Die Höhe des Stipendiums beträgt

**25.000 Euro**

und soll eine Anschubfinanzierung für ein Jahr darstellen. Bewerbungsschluss ist der **31. März 2013**. Näheres zu den Bestimmungen in diesem Heft (Seite

91). Die Bewerbungen sind in fünffacher Ausfertigung einzusenden an:

*Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.  
Luisenstr. 58/59  
10117 Berlin*



## Forschungspreis der AXIS-Forschungsstiftung 2013

Die AXIS-Forschungsstiftung schreibt 2013 zum 7. Mal den mittlerweile mit

**1.000 Euro**

dotierten wissenschaftlichen Preis für junge Forscher und Doktoranden zur patientennahen Forschung in Orthopädie und Unfallchirurgie aus. Der von der Karl Storz GmbH & Co KG gestiftete Preis zeichnet die beste der eingereichten Arbeiten zum Themenbereich „Patientennahe Forschung in Orthopädie und Unfallchirurgie“ aus. Eine Teilnahme ist mit Arbeiten zu Themen aus allen Teilbereichen der Orthopädie und Unfallchirurgie möglich. Auch Arbeiten, die zum „Jungen Forum“ auf der 62. Jahrestagung der

Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung 2013 eingereicht werden, können an der Ausschreibung teilnehmen. Der/die Antragsteller/in darf maximal 35 Jahre alt sein.

Einzureichen sind ein zweiseitiger Antrag mit Nennung der Autoren, Kontaktdaten inklusive E-Mail-Adresse, Darlegung der Fragestellung, des Untersuchungsaufbaus, Material und Methoden, Ergebnisse, Diskussion. Außerdem muss der/die Antragsteller/in eine Bestätigung geben, dass diese Arbeit nicht mit einem anderweitigen Preis honoriert wurde oder an einer anderen Preisausschreibung teilnimmt. Der wissenschaftliche Beirat der AXIS-Forschungsstiftung entscheidet unabhängig über die Annahme/Ablehnung

der Arbeit. Die besten Arbeiten werden in einer Sitzung auf der Jahrestagung der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung (13. bis 15. Juni 2013, Hamburg) vorgestellt.

Einsendeschluss ist der **31. März 2013**. Die Arbeiten sind ausschließlich an folgende E-Mail-Adresse einzureichen:

axis-forschungsstiftung@web.de

*Prof. Dr. J. Bruns  
Stifter der AXIS-Forschungsstiftung  
Leiter Schwerpunkt orthopädische  
Chirurgie des Bewegungsapparates  
Agaplesion Diakonieklinikum Hamburg  
Hohe Weide 17  
20259 Hamburg*

## Herbert-Lauterbach-Preis des Klinikverbundes der gesetzlichen Unfallversicherung



Der Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung e.V. (KUV) schreibt den Herbert-Lauterbach-Preis aus und würdigt damit herausragende wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Unfallmedizin. Der Preis ist in diesem Jahr mit

**10.000 Euro**

dotiert. Eine Teilnahme am Bewerbungsverfahren steht allen offen, die im vergangenen Jahr wissenschaftliche Ergebnisse

auf dem Gebiet der Unfallmedizin in einer deutschen oder fremdsprachigen Zeitschrift oder in Buchform veröffentlicht oder in einem Manuskript niedergelegt haben. Der Bewerbung sind vier Exemplare der Arbeit in deutscher Sprache inklusive einer kurzen Zusammenfassung beizufügen. Bereits anderweitig ausgezeichnete oder einem anderen Gremium parallel vorgelegte Arbeiten können nicht eingereicht werden. Eine entsprechende Erklärung ist der Bewerbung ebenfalls beizulegen.

Die Arbeiten sind bis **30. April 2013** einzureichen bei:

*Klinikverbund der gesetzlichen  
Unfallversicherung e.V. (KUV)  
Friedrichstraße 152  
10117 Berlin*

Das Stichwort lautet „Herbert-Lauterbach-Preis“. Weitere Informationen: [www.k-uv.de](http://www.k-uv.de)



### DIGEST-Innovationspreis 2013

Der Preis wird jetzt gemeinsam ausgeschrieben von der DIGEST (Deutschsprachige Internationale Gesellschaft für extrakorporale Stoßwellentherapie) und von dem BVOU (Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.) für herausragende wissenschaftliche Arbeiten aus klinischer und experimenteller Forschung aus dem deutschsprachigen Raum zur Thematik der medizinischen Stoßwellentherapie. Das Preisgeld 2013 wurde erhöht auf

4.000 Euro

Die feierliche Preisverleihung erfolgt während der Abschlussveranstaltung des DKOU (Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie) in Berlin vom 22. bis 25. Oktober 2013 für die beste eingereichte Arbeit (Veröffentlichung). Die neue Ausschreibungsfrist verlängert sich dadurch auf den **31. August 2013** (Poststempel). Die Arbeiten sind schriftlich (Brief) und digital einzureichen an:

*Sekretariat der DIGEST e.V.  
Kurfürstendamm 61  
10707 Berlin*

Die Ausschreibungsbedingungen sind einzusehen unter: [www.digest-ev.de](http://www.digest-ev.de)

### Grundlagenforschungspreis der DGOU



Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie lobt 2013 erstmals einen Grundlagenforschungspreis aus. Er ist mit

20.000 Euro

dotiert und wird verliehen für eine wissenschaftliche Originalarbeit aus dem Bereich der orthopädisch-unfallchirurgischen Grundlagen- oder translationalen Forschung, die sich mit einem der folgenden Themenfelder beschäftigt: Gelenke, Biomaterialien, Biomechanik, Frakturheilung und Osteologie, Gang- und Bewegungsanalyse, Gen- und Zelltherapie, Implantattechnologie,

Imaging und Navigation, Polytrauma, Tissue Engineering oder Wunde und Weichteile. Der Preis muss schriftlich beantragt werden, das entsprechende Formular kann auf der DGOU-Homepage ([www.dgou.de](http://www.dgou.de)) heruntergeladen werden. Die eingereichte Arbeit muss im Jahr der Antragstellung oder im Vorjahr nachweislich in einem PubMed- oder ISI-gelisteten Journal publiziert oder zur Publikation angenommen sein. Der/die Antragsteller/in muss Erstautor der Arbeit und zum Zeitpunkt der Antragstellung Mitglied in der DGOU oder einer ihrer Sektionen oder Arbeitsgemeinschaften sein. Die Arbeit darf noch keinen anderen Preis bekommen haben.

Bewerbungen sind in sechsfacher Ausfertigung zusammen mit einem Lebenslauf des Antragstellers/der Antragstellerin sowie dem Publikationsnachweis bis zum **30. April** 2013 (Poststempel) einzureichen bei:

*DGOU-Geschäftsstelle  
Prof. Dr. Hartmut Siebert  
Generalsekretär  
Luisenstr. 58-59  
10117 Berlin*

Einzelheiten zu den Regularien des Grundlagenforschungspreises finden Sie auf Seite 76.



## 1. Kursangebote der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

Liebe Mitglieder, gern können Sie die Akademie ansprechen unter  
Tel.: (030) 797 444-59,  
Fax: (030) 797 444-57,  
E-Mail: info@institut-ado.de.

Veranstalten sind wir bei der Zertifizierung Ihrer Fortbildungskurse über die jeweilige Landesärztekammer sowie bei der Veröffentlichung über unsere Medien behilflich.

**Anmeldungen sind jetzt auch direkt auf der Homepage möglich unter [www.institut-ado.de](http://www.institut-ado.de)**

Facharztvorbereitungskurse Berlin FAB Termine 2012						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Facharztvorbereitungskurs	03.-08.06.13 18.-23.11.13	Dr. med. Thilo John, Prof. Dr. Michael Wich, Dr. Stephan Tohtz	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	590 € <sup>1</sup> 790 € <sup>2</sup>	47

Rheuma-Zertifizierungskurse I und II in 2013						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Ludwigshafen	Kurs I	09.03.2013	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Kurs I: 100 € <sup>1</sup> 130 € <sup>2</sup>	6
Frankfurt a.M.	AUSGEBUCHT	16.03.2013			Kurs II 130 € <sup>1</sup> 150 € <sup>2</sup>	6
Hamburg	Kurs I	13.04.2013			6	
Bad Wildbad	AUSGEBUCHT	20.04.2013			6	
Potsdam	Kurs I	25.05.2013			6	
Baden Baden	AUSGEBUCHT	03.05.2013			6	
Bad Bramstedt	AUSGEBUCHT	01.06.2013			6	
Köln	AUSGEBUCHT	22.06.2013			6	
Ludwigshafen	Kurs II	07.09.2013			6	

Röntgenaktualisierungskurs Berlin für Ärzte und Arzthelferinnen						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Röntgenaktualisierung	16.03.2013	Dr. Tim Abt	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	100 € <sup>1</sup> 130 € <sup>2</sup>	9

Kindertraumatologiekurse 2013						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Kindertrauma	22.05.2013	Dr. Sommerfeldt	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	300 € <sup>1</sup> 370 € <sup>2</sup>	N.N.
Berlin	Kindertrauma	13.-14.12.2013	Prof. Wich		190 € <sup>1</sup> 240 € <sup>2</sup>	N.N.

<sup>1</sup> BVOU-Mitglieder, <sup>2</sup> Nichtmitglieder

2. Knorpelsymposium Berlin						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Leitlinien, Innovative Verfahren, ACT	12.04.2013	Dr. John Dr. Laute	Intercongress GmbH Tel. 0761/69699-0 info.freiburg@intercongress.de	Chefärztin /-arzt, Oberärztin/- arzt: 75 € Assistenzärztin /-arzt: 50 € Physiotherapeut /-in: 50 € Student/-in: 30 €	7

Spezielle Schmerztherapie in Berlin 80h-Kurs						
Der Kurs ist eine Weiterbildung für Orthopäden und Unfallchirurgen, die sich besondere Kenntnisse der modernen, interdisziplinären Schmerztherapie aneignen möchten, um chronisch Schmerzkranken besser helfen zu können. Der Kurs besteht aus 4 Modulen diese beginnen Freitags nachmittags und enden Sonntag vormittags.						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Was ist Schmerz, was bedeutet spezielle Schmerztherapie, Schmerzarten	15.-17.03.2013 Modul I 12.-14.04.2013 Modul II 24.-26.05.2013 Modul III 07.-09.06.2013 Modul IV	Dr. Thierse	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	850 € <sup>1</sup> 1.150 € <sup>2</sup> inkl. Handouts und Verpflegung	N.N.

Kurse zum VSOU 2013						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Baden Baden	3D/4D Wirbelsäulenverm. Kurs	01.05.2013	Dr. Jahn	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	150 € <sup>1</sup> 200 € <sup>2</sup>	
	4D motion Kurs	02.05.2013	Dr. Jahn		75 € <sup>1</sup> 95 € <sup>2</sup>	
	Sensomotorik	02.05.2013	Dr. Pfaff		kostenlos	
	Arbeitskreis Oberflächen EMG	02.05.2013	N.N.		kostenlos	
	Kompaktkurs Oberflächen EMG	03.05.2013	Dr. Meichsner		150 €	
	Rheuma Zertifizierungskurs II AUSGEBUCHT	03.05.2013	Dr. Schwokowski		130 € <sup>1</sup> 150 € <sup>2</sup>	
	Arbeitskreis Niedergelassene Operateure	03.05.2013	Dr. Heppt, Dr. Weinhart		kostenlos	
	Orthopädie-schuhtechnik	03.05.2013	Dr. Stinus		30 €	
	Taping-Crashkurs / DRK Kliniken	03.05.2013	Ingo Geuenich		120 €	
	DIGEST Stoßwellen-zertifizierungskurs	03.05.2013	Dr. Thiele, Dr. Gleitz		220 €	
	Röntgen-aktualisierungskurs	04.05.2013	Dr. Flechten-macher		BVOU/VSOU Mitglied. 200 € Nichtmitglieder 400 € Assistenzärzte 50 €	
	MRT	04.05.2013	Dr. Goldmann, Dr. Mauch		kostenlos	

<sup>1</sup> BVOU-Mitglieder, <sup>2</sup> Nichtmitglieder

## Service / Fort- und Weiterbildung

K-Logic-Taping Kurse für Ärzte / Arzthelferinnen und Physiotherapeuten						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
				Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	190 € <sup>1</sup> 230 € <sup>2</sup>	
Aachen	Basiskurs	15.-16.03.2013	Ingo Geuenich			16
Berlin	Basiskurs	19.-20.04.2013				17
Baden Baden	Taping-Crashkurs	03.05.2013			120 €	6
Berlin	Basiskurs	14.-15.09.2013				17
Aachen	Basiskurs	27.-28.09.2013				16
Berlin	Aufbaukurs	25.-26.10.2013				17
Aachen	Aufbaukurs	06.-07.12.2013				16

QM Schulungen BVOUcert						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
				Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-51/59 Mail: info@institut-ado.de, Quereinsteigerschulungen nur für Ärzte die bereits das alte BVOUcert oder eine Schulung über den BVOU hatten  BITTE ein Laptop mitbringen!!!	Quereinsteiger 500 € Einsteiger 1.500 € inkl. Zertifizierung	keine
München	Quereinsteiger	29.06.2013	Dr. Hager			
München	Einsteiger	30.06.2013	Dr. Hager			

3D/4D Wirbelsäulenvermessung und 4D motion Kurs Termine 2013						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Köln	3D/4D	23.03.2013	Dr. Jahn	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	3D/4D: 150 € <sup>1</sup> 200 € <sup>2</sup>	N.N.
Berlin	3D/4D	06.04.2013	Dr. Jahn			N.N.
Baden Baden	3D/4D	01.05.2013	Dr. Jahn		4D motion: 150 € <sup>1</sup> 200 € <sup>2</sup>	N.N.
München	3D/4D	06.07.2013	Dr. Jahn	in Kooperation mit Intermed-Forum e.V.		N.N.
Wiesbaden	3D/4D	07.09.2013	Dr. Jahn		inkl. Handouts und Verpflegung	N.N.
Berlin	3D/4D	26.10.2013	Dr. Jahn			N.N.
Wiesbaden	4D motion Kurs	02.03.2013	Dr. Jahn			N.N.
Baden Baden	4D motion Kurs	02.05.2013	Dr. Jahn			N.N.
Hamburg	4D motion Kurs	15.06.2013	Dr. Jahn			N.N.
NRW	4D motion Kurs	09.11.2013	Dr. Jahn			N.N.

ADO Kooperationen						
Muskelelektrodiagnostik und Biofeedback mit Oberflächen EMG						
Einführung in die neuromuskuläre Funktionsanalyse mit Oberflächen EMG, EMG-Diagnostik orthopädischer und sportmed. Indikationen, Biofeedbackgestützte Therapie, Umsetzung in der Praxis						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Köln	Muskelelektrodiagnostik	13.04.2013	Dr. Meichsner	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	245 €	
Köln	CMD-Diagnostik	12.04.2013	Dr. Scheele		125 €	
Baden Baden	Muskelelektrodiagnostik	03.05.2013	Dr. Meichsner		125 €	

<sup>1</sup> BVOU-Mitglieder, <sup>2</sup> Nichtmitglieder

Berlin	Muskelfunktionsdiagnostik	24.10.2013	Dr. Meichsner	125 €
--------	---------------------------	------------	---------------	-------

### Sonographiekurse Hamburg Bethäuser Termine 2013

Ultraschallkurse Bewegungsorgane, Sonographiekurse gemäß §6 KBV-Richtlinien und zertifiziert von DEGUM, DOOC, ADO, HÄK, BLÄK

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Aufbaukurs Säuglingshüfte (S II)	15.-16.06.2013	Dr. Bethhäuser	Schulterzentrum Maurepasstr. 95, 24558 Hamburg	auf Anfrage	21
Hamburg	Abschlusskurs Säuglingshüfte	19.-20.10.2013		Frau Habermann Tel.: 04193 / 959966 sono-kurse@t-online.de www.Schulter-Zentrum.com		16

### MRT-Kurse in Stuttgart Termine 2013

Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Sportklinik Stuttgart			Dr. med. Frieder Mauch	Sportklinik Stuttgart, Dr. med. Frieder Mauch Sekretariat Frau Schneider Taubenheimstr. 870372 Stuttgart Tel.: 0711/5535-111, Fax: 0711/5535-188, www.sportklinik-stuttgart.de	Pro Kurs: 300 €	80
	Obere Extremitäten	15.-16.03.2013			alle 5 Kurse: 1400 €	
	Wirbelsäule	19.-20.04.2013				
	Untere Extremitäten	05.-06.07.2013				
	Differentialdiagnose MRT	11.-12.10.2013				
	Zusammenfassung	15.-16.11.2013				

### DGMSM Kurse Manuelle Medizin e.V. 2012/2013

LBB 1 Zugangsvoraussetzung: Medizinstudium und Approbation (Nach der neuen WBO ist die Facharztanerkennung Voraussetzung für die Erteilung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin.)

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Bad Füssingen	LBB1	13.-17.03.2013	Dr. Matthias Psczolla	Deutsche Gesellschaft für Muskuloskeletale Medizin (DGMSM) e.V. - Akademie Boppard e-mail: kontakt@dgmsm.de Tel. 06742/8001-0 www.dgmsm.de	Gebühren auf Anfrage unter www. dgmsm.de	36
Boppard	LBB1	10.-14.04.2013				46
Hamburg	LBB1	08.-12.05.2013				40
Boppard	LBB1	19.-23.06.2013				46
Boppard	LBB1	04.-08.09.2013				46
Prien	LBB1	09.-13.10.2013				36
Boppard	LBB1	04.-08.12.2013				46

### Masterkurse 2012/2013 (nur für Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung in der MM/Chirotherapie)

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Trier	CTÜ, Schultergürtel, Verkettungen	02.03.2013				12
Boppard	Muskuloskeletale Medizin 1 (MSM 1)	22.-24.03.2013				26
Remscheid	HWS- Kopfgelenk-manualmed. Diagnostik und Therapie	23.03.2013				26
Boppard	Muskuloskeletale Medizin 2 (MSM 2)	19.-21.04.2013				26

<sup>1</sup> BVOU-Mitglieder, <sup>2</sup> Nichtmitglieder

## Service / Fort- und Weiterbildung

Bad Füssingen	Top 10 d. myofasz. Behandlungsmethoden	27.-28.04.2013	15
Boppard	Muskuloskeletale Medizin 1 (MSM 1)	23.-25.08.2013	26
Hamburg	Manualmed. Diagnostik u. Therapie BWS - Rippen	24.08.2013	9
Boppard	Muskuloskeletale Medizin 2 (MSM 2)	18.-20.10.2013	26
Boppard	Muskuloskeletale Medizin 1 (MSM 1)	08.-10.11.2013	26
Trier	Kopfgelenke u. Kiefergelenke mit klinischen Syndromen	09.11.2013	12
St. Goar	BWS mit Zwerchfell und Atmung	30.11.2013	11
Hamburg	Manualmed. Diagnostik u. Therapie HWS - Kopfgelenke	14.12.2013	9

### GHBF Haltuns- und Bewegungsdiagnostik Termine 2013

Grundlagen der Propriozeption, Bewegungssteuerung, Haltungsanalyse, Craniomandibuläres System, binokularer Sehakt, vestibuläres System, sensomotorische, propriozeptive Einlagen, statodynamische Messsysteme: Wirbelsäulenvermessung, EMG, Ganganalyse, Balancetests, etc.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Salzburg	Grundkurs	15.-16.03.2013	Dr. Pfaff, Michael Kaune, Dr. Götz	Freitagstermin: 14.30-20.00 Uhr, Samstagtermin: 09.00-16.30 Uhr, Kompaktkurs: Fr. 10:00 bis So. 15:30, GHBF, Fax: 089-33 04 03 05, www.ghbf.de Kurs I: 300 € Kurs II: 350 € Kombikurs I+II: 455 €	Grundkurse (zweitägig) 300€ Abschlusskurse 350 € (inklusive Kursmaterial, Speisen und Getränke)	
Hamburg	Grundkurs	07.-08.06.2013				
Jena	Grundkurs	06.-07.09.2013				
Frankfurt a.M.	Grundkurs	13.-14.09.2013				
München	Grundkurs	06.-07.12.2013				
München	Abschlusskurs	12.-13.04.2013				
München	Abschlusskurs	08.-09.11.2013				
Grassau	Kombi-Kurs I+II	21.-23.06.2013				

### Dr. Karl-Sell-Ärztseminar (MWE) e.V. Manuelle Medizin Termine 2013

Zugangsvoraussetzung: Approbation als Arzt abgeschlossene Weiterbildung Chirotherapie / Manuelle Medizin. Die MWE bietet in Zusammenarbeit mit der DAÄO e.V. und dem Philadelphia College of Osteopathic Medicine eine osteopathische Fortbildung für Ärzte an.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Isny	Einsteiger	06.-13.04.2013		Dr. Karl-Sell-Ärztseminar Neutrauchburg (MWE) e.V. Riedstr. 5 88316 Isny-Neutrauchburg Tel: 07562/9718-14 Fax: 07562/9718-22 email: falkowski@aerztseminar-mwe.de www.aerztseminar-mwe.de		
Damp	Einsteiger	20.-27.04.2013				

Gelsenkirchen	Einsteiger Teil 1	08.-10.02.2013
Gelsenkirchen	Einsteiger Teil 2	14.-16.06.2013
Isny	Einsteiger	06.-13.07.2013
Dresden	Einsteiger Teil 1	13.-15.09.2013
Dresden	Einsteiger Teil 2	20.-22.09.2013
Karlsruhe	Einsteiger Teil 1	20.-22.09.2013
Karlsruhe	Einsteiger Teil 2	27.-29.09.2013
Damp	Einsteiger	19.-26.10.2013
Hannover	Einsteiger	15.-21.11.2013
Berlin	Einsteiger Teil 1	22.-24.11.2013
Berlin	Einsteiger Teil 2	29.11.- 01.12.2013

### Tages-Refresher

Ascheffel	Best of WS und Extremitäten-was gibt es Neues?	16.03.2013
Ascheffel	Manualmed. Algorithmus bei Verkettungssyndromen	28.09.2013
Neuss	HWS	16.11.2013
Hannover	LWS/SIG	23.11.2013

### Wochenend-Refresher

Isny	LWS/SIG/unt. Extremitäten	20.-21.04.2013
Isny	HWS/Thorax	28.-29.09.2013

### Gesamt-Refresher (Kompetenzerhaltungskurs)

Castelletto di Brenzone/Italien	Gesamtrefresher	09.-12.05.2013
Königstein	Gesamtrefresher	03.-10.08.2013

### Sonderkurs

Isny	Proliferationskurs	21.-22.06.2013
------	--------------------	----------------

### Manuelle Medizin bei Kindern

Isny	Kurs B Diagnostik 2	13.-16.03.2013
Isny	Kurs C Therapie I	25.-28.09.2013
Isny	Kurs D Therapie II	14.-16.11.2013
Hannover	Kurs C Therapie I	07.-09.02.2013
Hannover	Kurs D Therapie II	14.-16.03.2013
Hannover	Kurs A Diagnostik 1	18.-21.09.2013
Hannover	Kurs B Diagnostik 2	27.-30.11.2013

### Einführungskurs - Osteopathie

Isny	Kurs E	20.-22.06.2013
Bad Iburg	Kurs D	05.-07.09.2013

### AGR-Fernlehrgang Von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention

Sie erhalten über 3 Monate in einem Fernlehrgang die Zusatzqualifikationen Referent für rückengerechte Verhältnisprävention

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Fernlehrgang	Zusatzqualifikation	jeden 1. eines Monats	AGR e.V.	Aktion Gesunder Rücken e.V., Tel. 04284 / 92 69 990, Fax: 04284 / 92 69 991, info@agr.de, www.agr-ev.de	295 € <sup>1</sup>	39

<sup>1</sup> BVOU-Mitglieder, <sup>2</sup> Nichtmitglieder

## Service / Fort- und Weiterbildung

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Termine 2013						
Ort	Kursthema	Termin	Dr. Alois Franz	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
				Jelena Bindemann Projektleiterin Veranstaltungen Arbeitsgemein-schaft Endoprothetik Dienstleistungs GmbH Kongressorganisation Oltmannsstraße 5, 79100 Freiburg Tel 0761 / 45 64 76 66 Fax 0761 / 45 64 76 60 j.bindemann@ae-gmbh.com www.ae-gmbh.com		
Ofterschwang	AE-Kurs Hüfte	28.02.- 02.03.2013	Prof. Dr. Ascherl Prof. Dr. Neugebauer		295 €	27
Ofterschwang	AE-Masterkurs Hüfte	28.02.- 02.03.2013	Prof. Dr. Puhl Prof. Dr. Gebhard		395 €	28
Berlin	AE-Masterkurs Knie	24.-25.05.2013	PD Dr. Halder Prof. Dr. Duda Prof. Dr. Matziolis Prof. Dr. Noack		200 €	
Düsseldorf	AE-Masterkurs Knie	21.-22.06.2013	Dr. Alois Franz Priv.-Doz. Dr. R. Decking Prof. Dr. M. Wagner Prof. Dr. W. Siebert		200 €	
Hamburg	10. AE-ComGen- Kongress: Jubiläumskongress	28.-29.06.2013	Dr. med. Alexander Beier Dr. med. Bernhard Egen Dr. med. Iris Schleicher		135 €	
Berlin	AE-Kurs Schulterchirurgie	30.-31.08.2013	Dr. Ambacher, Prof. Fink, Prof. Scheibel, Prof. Brunner		220 €	
Dresden	AE-Kurs Komplexe Revisionseingriffe in der Hüftendoprothetik	13.-14.09.2013	Prof. Dr. med. K.-P. Günther, Prof. Dr. med. C. Perka		200 €	

Initiative 93 Technische Orthopädie 2013						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Bad Häring/A	Modul 2+4 - Amputations- chirurgie, Prothesenversorg.	08.-10.03.2013	Dr. Walochnik, Dr. Landauer	Tel. +49(5424)220-100 per Fax an: (0 54 24) 2 20-4 44 o. Heike.schulz@initiative93. de oder per Post an:Klinik Münsterland, Sekretariat Prof. Dr. med. B. Greitemann Initiative 93, Auf der Stöwwe 11 49214 Bad Rothenfelde	Mitglieder DGOOC/ DGOU, BVOU 300 €, Nichtmitglieder 400 €	
Innsbruck/A	Modul 6 - Spezielle Amputations- chirurgie	27.-28.09.2013	Dr. Landauer		Mitglieder DGOOC/ DGOU, BVOU 200 €, Nichtmitglieder 300 €	
Bad Klosterlausnitz	Modul 1+3 - Orthetik, Rollstuhlversorg., Neuroortho., Querschnittsläsion	08.-10.11.2013	Dr. Neumann,PD Dr. Brückner		Mitglieder DGOOC/ DGOU, BVOU 300 €, Nichtmitglieder 400 €	
Dortmund	Modul 5 - Refresher u. Prüfungskurs	29.-30.11.2013	Prof. Greitemann, Herr Kokegei		Mitglieder DGOOC/ DGOU, BVOU 200 €, Nichtmitglieder 300 €	

DAF Zertifikat Fußchirurgie 2013						
Jahresprogramm der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V.						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Düsseldorf	Operationskurs Vorfußchirurgie	01.-02.03.2013	Dr. Jörn Dohle	Kontakt Zertifikat Fußchirurgie der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. Veronika Ullisch Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH Seifgrundstr. 2, 61348 Bad Homburg Tel.: +49 (0)6172-6796-0 Fax: +49 (0)6172-6796-26 veronika.ullisch@kmb-lentzsch.de www.fuss-chirurgie.de	DAF Mitglieder 330 € Nichtmitglieder 430 €	
Aachen	Operationskurs Arthrodesen	15.-16.03.2013	Dr. Frank Dr. Abbara Prof. Prescher			
Greifswald	Anatomischer Präparationskurs	22.-23.03.2013	Dr. Lange			
Schwarzenbruck	Operationskurs Traumatologie	12.-13.04.2013	Prof. Richter Stefan Zech Prof. Rammelt			
Bochum	Operationskurs Arthrodesen	10.-11.05.2013	Dr. Klapper Prof. Dr. Dermietzel			
Wendisch Rietz	Operationskurs Rheumafuß	07.-08.06.2013	Dr. Osel			
Augsburg	Operationskurs Sehnenchirurgie	05.-06.07.2013	Dr. Thomas			
Aachen	Operationskurs Arthrodesen	13.-14.09.2013	Dr. Frank Dr. Abbara Prof. Dr. Prescher			
Greifswald	Operationskurs Vorfußchirurgie	20.-21.09.2013	Dr. Lange			
Münster	Operationskurs Traumatologie	27.-28.09.2013	PD Dr. Ochmann			
Hannover	Operationskurs Vorfußchirurgie	27.-28.09.2013	Prof. Dr. Stukenborg-Colsman			
Düsseldorf	Anatomischer Präparationskurs	04.-05.10.2013	Dr. Dohle Prof. Dr. Filler Prof. Dr. Rammelt			
München	Workshop Kinderfuß	18.-19.10.2013	Prof. Hamel			
Stuttgart	Operationskurs Vorfußchirurgie	08.-09.11.2013	Dr. Gabel Dr. Gronwald			
Frankfurt a. M.	Operationskurs Rheumafuß	15.-16.11.2013	Prof. Rehart Dr. Osel			

MRT Kurse Erlangen						
Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Siemens AG Erlangen	Kurs 5 Zusammenfassung und Vertiefung an Fallbeispielen	12-13.04.2013	Dr. Axel Goldmann	Orthopädie Centrum Erlangen, Dr. Axel Goldmann, z. Hd. Frau Barnickel, Nägelsbachstr. 49a, 91052 Erlangen, Tel. 09131 - 7190 - 51, Email: goldmann@orthopaeden. com	Pro Kurs: 300 € alle 5 Kurse: 1400 €	88

## Service / Fort- und Weiterbildung

### Kursangebote der AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH

Weitere Informationen und Kursanmeldungen sind online möglich unter: <https://www.auc-kursportal.de>

Ort	Kongress / Kurs	Termin
<b>Februar</b>		
Leipzig	ATLS-Providerkurs	01./02.02.2013
München	ATLS-Providerkurs	02./03.02.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	02./03.02.2013
München	ATLS-Providerkurs	09./10.02.2013
Bielefeld	ATLS-Teamkurs	16./17.02.2013
Köln	ATLS-Providerkurs	15./16.02.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	23./24.02.2013
Ludwigshafen	ATLS-Providerkurs	23./24.02.2013
Murnau	ATLS-Providerkurs	23./24.02.2013
<b>März</b>		
Leipzig	ATLS-Providerkurs	02./03.03.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	02./03.03.2013
Leipzig	ATLS-Providerkurs	08./09.03.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	09./10.03.2013
München	ATLS-Teamkurs	09./10.03.2013
Bielefeld	ATLS-Teamkurs	16./17.03.2013
Koblenz	ATLS-In-house-Kurs	15./16.03.2013
Berlin UKB	ATLS-Providerkurs	22./23.03.2013
Hamburg	ATLS-Providerkurs	22./23.03.2013
München	ATLS-Providerkurs	23./24.03.2013
<b>April</b>		
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	06./07.04.2013
Kiel	ATLS-Providerkurs	05./06.04.2013
Ulm	ATLS-In-house-Kurs	13./14.04.2013
Vechta	ATLS-In-house-Kurs	13./14.04.2013
Hannover	ATLS-Providerkurs	13./14.04.2013

# Service / Fort- und Weiterbildung

## 2. Kalender

Veranstaltungen der DGU, DGOOC bzw. DGOU

Unter Schirmherrschaft der DGU, DGOOC bzw. DGOU

Ort	Kongress/Kurs	Termin	Leitung	Info / Anmeldung
<b>Februar</b>				
Frankfurt/Main	4. AOTrauma-Workshop Fuß	22.02.-23.02.	Dr. H. P. Abt, Prof. R. Hoffmann	<a href="http://www.bgu-frankfurt.de/aerzte-uv-traeger/veranstaltungstermine.html">http://www.bgu-frankfurt.de/aerzte-uv-traeger/veranstaltungstermine.html</a>
St. Moritz/Schweiz	6. Sportmedizin Wochenkurs	24.02.-01.03.	Dr. E. Basad	<a href="http://www.sportmedizin-stmoritz.de">http://www.sportmedizin-stmoritz.de</a>
Köln	Von der Idee zur Publikation – Anleitung zum erfolgreichen wissenschaftlichen Arbeiten	27.02.-02.03.	Prof. E. A. M. Neugebauer	
Wiesbaden	DINK 2013: 4. Deutscher Interdisziplinären Notfallmedizin Kongress	28.02.-02.03.	Dr. J. C. Brokmann, Prof. R. Rossaint, Prof. A. Schleppers	<a href="http://www.dink2013.de/grusswort.php">http://www.dink2013.de/grusswort.php</a>
Ofterschwang/Allgäu	AE-Kurs Hüfte und AE-Masterkurs Hüfte	28.02.-02.03.	Prof. W. Puhl, Prof. F. Gebhard, Prof. R. Ascherl, Prof. R. H. Neugebauer	
Berlin	DGOOC-Kniekurs	28.02.-02.03.		Onlineregistrierung: <a href="http://www.registration.intercongress.de">http://www.registration.intercongress.de</a>
<b>März</b>				
Köln	5. Ortho Trauma Update	01.03.-02.03.	Prof. A. Ekkernkamp, Prof. K.-P. Günther, Prof. Ch. Krettek, Prof. St. Rehart, Prof. J. Zacher	<a href="http://www.ortho-trauma-update.com">http://www.ortho-trauma-update.com</a>
München	4. Deutscher Botulinumtoxin – Kongress München	01.03.-02.03.	Prof. A. Ceballos-Baumann, Dr. U. Fietzek, Prof. F. Heinen	<a href="http://www.botulinumtoxinkongress.de/index.html">http://www.botulinumtoxinkongress.de/index.html</a>
Augsburg	27. JT der Vereinigung für Kinderorthopädie	01.03.-02.03.	Dr. H. Wiedmann, Dr. A. Forth.	<a href="http://www.kinderorthopaedie.org">http://www.kinderorthopaedie.org</a>
Halle (Saale)	17. Tagung des Arbeitskreises Mitteldeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (AMOU)	01.03.-02.03.	Prof. K.-St. Delank	<a href="http://www.amou.de">http://www.amou.de</a>
Kiel	Kieler Arthroskopiekurs 2013	01.03.-02.03.	Prof. A. Seekamp, Prof. J. Sievers, Dr. F. Pries, Dr. J. Fay	<a href="http://www.kieler-arthroskopiekurs.de">www.kieler-arthroskopiekurs.de</a>
Leipzig	2. Hüftarthroskopie-Workshop	01.03.-02.03.	C. Gatzka, F. Dohghani	<a href="http://www.irdc-leipzig.de">http://www.irdc-leipzig.de</a>
Wien/ Österreich	Hands on Infiltrationsworkshop	02.03.	PD Dr. A. Dunky	<a href="mailto:azmedinfo@media.co.at">azmedinfo@media.co.at</a>
Dresden	Thementag Schulter und Ellenbogen im Sport	06.03.	Prof. P. Kasten	
Weimar	Osteologie 2013	06.03.-09.03.	PD Dr. G. Lehrmann, PD Dr. A. Roth	<a href="http://www.osteologie13.de">http://www.osteologie13.de</a>
Frankfurt/Main	Arbeitsunfähigkeit – Berufsunfähigkeit	07.03.		<a href="http://www.ivm-med.de/medizinischefortbildung">http://www.ivm-med.de/medizinischefortbildung</a>
Berlin	MedTech-Kompass - Healthcare Compliance-Schulung	07.03.		<a href="http://www.bvmed.de/events/date/medtechkompass070313.html">http://www.bvmed.de/events/date/medtechkompass070313.html</a>

## Service / Fort- und Weiterbildung

Davos/Schweiz	3rd International Knee Update – reconstructive surgery in the young arthritic patient	07.03.-09.03.	Dr. U. Munzinger, PD Dr. P. Schöttle	<a href="http://www.gelenkzentrum.com">http://www.gelenkzentrum.com</a>
Lübeck	AIOD Fußchirurgischer Hands On-Kurs - Basiskurs Trauma und Orthopädie	07.03.-08.03.		<a href="http://www.aiod-deutschland.de/">http://www.aiod-deutschland.de/</a>
Würzburg	5. Jahreskongress TraumaNetzwerk DGU®	08.03.-09.03.	Prof. S. Ruchholtz, Prof. R. Meffert	<a href="http://www.dgu-traumanetzwerk.de">http://www.dgu-traumanetzwerk.de</a>
Halle (Saale)	3. AFOR Prüfarztkurs	08.03.-09.03.	Prof. P. Augat, Prof. R. Bader	<a href="http://www.afor.org">http://www.afor.org</a>
Heidelberg	3. Deutscher Arthrosekongress	08.03.-09.03.	Dr. E. Basad	<a href="http://www.arthrosekongress.de">http://www.arthrosekongress.de</a>
Kiel	Kieler Arthroskopiekurs 2013	08.03.-09.03.	Prof. A. Seekamp, Prof. J. Sievers, Dr. F. Pries, Dr. J. Fay	<a href="http://www.kieler-arthroskopiekurs.de">http://www.kieler-arthroskopiekurs.de</a>
Bad Häring/Österreich	32. Fort- und Weiterbildungskurs Technische Orthopädie	08.03.-10.03.	Dr. N. Walochnik	<a href="http://www.technischeorthopaedie.de">http://www.technischeorthopaedie.de</a>
Stuttgart	19. JT der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk (D.A.F)	08.03.-09.03.	M. Thomas, M. Gabel	<a href="http://www.fusskongress.de">http://www.fusskongress.de</a>
Ludwigshafen	Curriculum unfallchirurgisch-orthopädische Begutachtung - Kurs IV: Spezielle Gutachtenthemen	08.03.-09.03.	Prof. Grützner	<a href="http://www.bgu-ludwigshafen.de/">http://www.bgu-ludwigshafen.de/</a>
Isny	Manuelle Medizin bei Kindern – Diagnostikkurs 2	13.03.-16.03.	Dr. W. Coenen	<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Bonn	3. Bonner DRG-Workshop für Orthopädie und Unfallchirurgie	14.03.-15.03.	Prof. D. C. Wirtz	<a href="http://www.ortho-unfall-bonn.de">www.ortho-unfall-bonn.de</a>
Hannover	Video- und Gelenksymposium 2013	14.03.-16.03.	Prof. C. Krettek, Prof. M. Jagodzinski	<a href="http://www.videosymposium.de">http://www.videosymposium.de</a>
Hannover	Manuelle Medizin bei Kindern – Therapiekurs II	14.03.-16.03.	Dr. W. Kemlein	<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Dresden	AE-Kompaktkurs Zement und Zementiertechnik	15.03.	Prof. P. Kasten, Dr. A. Hartmann, PD Dr. S. Kirschner, Prof. K.-P. Günther	
Düsseldorf	Unfallmedizinische Tagung des Landesverbandes West der DGUV	15.03.-16.03.	Prof. Rixen, Prof. Schildhauer	<a href="http://www.comed-kongresse.de">http://www.comed-kongresse.de</a>
Neu-Ulm	8. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Biomechanik (DGfB)	15.03.-17.03.	PD Dr. L. Dürselen	<a href="http://www.biomechanik-kongress.de">http://www.biomechanik-kongress.de</a>
Ascheffel	Best of WS und Extremitäten – Was gibt es Neues?	16.03.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Freiburg	6. Freiburger Wundsymposium 2013	16.03.	Prof. U. Th. Hopt, Dr. B. Jänigen, C. Moosmann	<a href="http://www.freiburgerwundsymposium.de">http://www.freiburgerwundsymposium.de</a>
Ulm	Instructional Course: Orthopaedic Spine Surgery	17.03.-22.03.	Prof. B. Cakir	<a href="http://www.rku.de">http://www.rku.de</a>
Köln	DNVF-Spring School	18.03.-21.03.	Prof. A. Icks	<a href="http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/index.php?seite=2013-03-18-21">http://www.netzwerk-versorgungsforschung.de/index.php?seite=2013-03-18-21</a>
Bonn	Facharztvorbereitungskurs "Fit zum Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie"	18.03.-22.03.	Prof. D. C. Wirtz, Prof. C. Burger, Dr. H. Goost	<a href="http://www.ortho-unfall-bonn.de">www.ortho-unfall-bonn.de</a>
Ascona/Italien	Communicating Medical Error	18.03.-22.03.		<a href="http://www.come.usi.ch/">http://www.come.usi.ch/</a>
Frankfurt/Main	4. AOTrauma-Seminar Frankfurt am Main	22.03.	Prof. I. Marzi, Prof. R. Hoffmann	<a href="http://www.bgu-frankfurt.de/aerzte-uv-traeger/veranstaltungstermine.html">http://www.bgu-frankfurt.de/aerzte-uv-traeger/veranstaltungstermine.html</a>

## Service / Fort- und Weiterbildung

Berlin	Nachwuchskongress Hammerexamen und Karriere	22.03.-23.03.		<a href="http://www.hammerexamen-und-karriere.de">http://www.hammerexamen-und-karriere.de</a>
München	Knorpelkurs 2013	22.03.-23.03.	Prof. A. B. Imhoff, PD Dr. S. Hinterwimmer	<a href="http://www.sportortho.de">http://www.sportortho.de</a>
Leipzig	5. Leipziger Gelenksymposium	23.03.	Dr. C. Gatzka, Prof. G. Pap	<a href="http://www.gelenksymposium-leipzig.de">http://www.gelenksymposium-leipzig.de</a>
Münster	Refresher-Kurs Sonografie der Säuglingshüfte	23.03.	Prof. R. Rödl	<a href="http://www.aekwl.de/katalog">http://www.aekwl.de/katalog</a>
Guangzhou/China	Orthopedic & RehaCare Canton 2013	29.03.-31.03.		<a href="http://en.cantonrehaCare.com">http://en.cantonrehaCare.com</a>

April				
Hong Kong	Global Spine Congress	04.04.-06.04.		<a href="http://www.globalspinecongress.com">http://www.globalspinecongress.com</a>
Isny	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs	06.04.-13.04.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Homburg/Saar	Definitive Surgical Trauma Care (DSTC)	11.04.-13.04.	Prof. H. Siebert, PD Dr. S. Flohé, Prof. J. Sturm	<a href="http://www.auc-kursportal.de">www.auc-kursportal.de</a>
Berlin	2. Berliner Knorpelsymposium	12.04.	Dr. T. John	<a href="http://www.berliner-knorpelsymposium.de">http://www.berliner-knorpelsymposium.de</a>
Bonn	Bonner Orthopädie- und Unfalltage (bout)	12.04.-13.04.	Prof. D. C. Wirtz, Prof. C. Burger	<a href="http://www.ortho-unfall-bonn.de">www.ortho-unfall-bonn.de</a>
Luxemburg	2nd Luxembourg Osteotomy Congress	12.04.-13.04.	PD Dr. D. Pape, Prof. R. Seil	<a href="http://www.crp-sante.lu/Events">http://www.crp-sante.lu/Events</a>
Tuttlingen	SFA-Teamtraining zur Vorderen Kreuzbandrekonstruktion in der Doppelbündeltechnik	12.04.-13.04.		<a href="http://germany.aesculap-academy.com/">http://germany.aesculap-academy.com/</a>
Bad Klosterlausnitz	27. Internationale Bad Klosterlausnitzer Symposium-Endoprothetik und Fraktur	13.04.	Dr. U. Neumann	<a href="http://www.moritz-klinik.de">http://www.moritz-klinik.de</a>
Wien/ Österreich	Hands on Infiltrationsworkshop	13.04.	PD Dr. A. Dunky	<a href="mailto:azmedinfo@media.co.at">azmedinfo@media.co.at</a>
Frankfurt/M.	AOSpine Fortgeschrittenen Kurs Verletzungen der Wirbelsäule	18.04.-20.04.	F. Gebhard, K. Schnake	<a href="http://FRANKFURT1304.aospine.org">http://FRANKFURT1304.aospine.org</a>
Wien/ Österreich	Fortbildungsveranstaltung Schmerz Holistisch	19.04.	Prof. W. Ilias, Dr. R. Barker	<a href="http://www.schmerztag.at">http://www.schmerztag.at</a>
Nürnberg	Unfallmedizinische Tagung des Landesverbandes Südost der DGUV	19.04.-20.04.	Prof. V. Bühren	<a href="http://www.comed-kongresse.de">http://www.comed-kongresse.de</a>
Jena	Navigation in Orthopädie und Unfallchirurgie (NAV)	20.04.	Prof. G. O. Hofmann, Dr. I. Marintschev, PD Dr. F. Gras	<a href="http://www.navigation-jena.de">http://www.navigation-jena.de</a>
Schwarzach	Grenzindikationen in der Orthopädie und Unfallchirurgie	20.04.	Dr. med. Karl Traimer	Tel: 09962/ 209-516 Fax: 09962/ 209-525 E-mail: kongress@ofks.de <a href="http://www.klinik-schwarzach.de">www.klinik-schwarzach.de</a>
Isny	Refresher LWS/ SIG/ unt. Extremität	20.04.-21.04.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Düsseldorf	8. Jahrestagung der Sektion Handchirurgie der DGU	20.04.	Prof. J. Windolf, Prof. M. Schädel-Höpfner	<a href="http://www.handchirurgie-duesseldorf.com">http://www.handchirurgie-duesseldorf.com</a>
Damp	Weiterbildung Manuelle Medizin / Chirotherapie – I. Kurs	20.04.-27.04.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Frankfurt/Main	Seelische Störungen nach Unfällen	24.04.		<a href="http://www.ivm-med.de/medizinischefortbildung">http://www.ivm-med.de/medizinischefortbildung</a>

## Service / Fort- und Weiterbildung

Wien/Österreich	Kongress Biospine4 Biotechnologies for spinal surgery	24.04.-26.04.	Prof. M. Ogon, Dr. C. Eder, Prof. H. J. Meisel	<a href="http://www.biospine4.org">http://www.biospine4.org</a>
Berlin	DGOOG-Schulterkurs	25.04.-27.04.		Onlineregistrierung: <a href="http://www.registration.intercongress.de">http://www.registration.intercongress.de</a>
Karlsruhe	17. Internationale Fachmesse für Rehabilitation, Therapie und Prävention	25.04.-27.04.		<a href="http://www.rehab-fair.com">http://www.rehab-fair.com</a>
Regensburg	SFA Arthroskopie Workshop mit Live-OPs	26.04.-27.04.		<a href="http://germany.aesculap-academy.com">http://germany.aesculap-academy.com</a>

### Mai

München	130. DGCH-Kongress	30.04.-03.05.	Prof. K.-W. Jauch	<a href="http://www.chirurgie2013.de">http://www.chirurgie2013.de</a>
Baden-Baden	61. JT der VSOU Vereinigung Süddt. Orthopäden und Unfallchirurgen e. V.	01.05.-04.05.	Dr. H. Locher	<a href="http://www.vsou.de">http://www.vsou.de</a>
Hamburg	3. Hamburger Beckenkurs	02.05.-03.05.	Prof. J. M. Rueger, PD Dr. L. G. Großterlinden,	<a href="http://www.hamburger-beckenkurs.de">http://www.hamburger-beckenkurs.de</a>
Nürnberg	54. Symposium der Deutschsprachigen Arbeits-gemeinschaft für Handchirurgie	02.05.-04.05.	Prof. B. Reichert, PD P. Schaller	<a href="http://www.dah.at/2013">www.dah.at/2013</a>
Berlin	8. Kongress des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen	03.05.-04.05.	Dr. E. Edelmann, Dr. L. Kalthoff, Prof. J. Kekow, Prof. A. Krause, Dr. W. Müller- Brodmann, Dr. G. Reutter- Simon, Dr. U. v. Hinüber	
Kassel	XIII. Frühjahrsakademie der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC) 2013	08.05.-10.05.	Prof. E. M. Noah	<a href="http://www.vdaepc-kongress.de">http://www.vdaepc-kongress.de</a>
Castelletto di Brenzo-ne/ Italien	Kompetenzerhaltungskurs	09.05.-12.05.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Neu-Ulm	8. JT der Deutschen Gesellschaft für Biomecha- nik (DGfB) 2013	15.05.-17.05	PD Dr. L. Dürselen	<a href="http://www.biomechanik-kongress.de">http://www.biomechanik-kongress.de</a>
Frankfurt/Main	4. Revisionskurs – Knie 2013, Sportorthopädie	24.05.-25.05	Dr. F. Welsch	<a href="http://www.bgu-frankfurt.de/aerzte-uv-traeger/veranstaltungstermine.html">http://www.bgu-frankfurt.de/aerzte-uv-traeger/veranstaltungstermine.html</a>
Irdning/Österreich	DVOST-Symposium Rund um die Hüfte	29.05.-02.06.	Dr. D. Rogmans, Prof. Dr. W. Pförringer	<a href="http://www.dvost.de/taetigkeiten/events.html">http://www.dvost.de/taetigkeiten/events.html</a>
Nordhausen	22. Thüringer Unfallchirurgisch- Orthopädisches Symposium (VLOU) 2013	31.05.-01.06.	Dr. K. Letzel	<a href="http://www.vlou-symposium.de">http://www.vlou-symposium.de</a>

### Juni

Berlin	Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit	05.06.-07.06.	Prof. U. Fink, Dr. I. Völker	<a href="http://www.hauptstadtkongress.de">http://www.hauptstadtkongress.de</a>
Murnau	26. JT der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie	05.06.-08.06.	Dr. D. Maier	<a href="http://www.dmgp-kongress.de">http://www.dmgp-kongress.de</a>
Istanbul/Türkei	14. EFORT-Kongress	05.06.-08.06.	Prof. J. M. Guys	<a href="http://www.efort.org/istanbul2013">http://www.efort.org/istanbul2013</a>
Leipzig	14th Congress of the European Paediatric Sur- geons' Association (EUPSA)	05.06.-08.06.		<a href="http://www.eupsa2013.org">http://www.eupsa2013.org</a>

## Service / Fort- und Weiterbildung

Frankfurt/Main	Berufskrankheit Wirbelsäule	06.06.		<a href="http://www.ivm-med.de/medizinischefortbildung">http://www.ivm-med.de/medizinischefortbildung</a>
Dortmund	5. Symposium Kinderorthopädie	07.06.08.06-	Prof. Dr. B.-D. Katthagen, K.-J. Lotz	Telefon 0231-5591-0 Telefax 0231-5591-444 E-Mail: m.kirmse@ot-bufa.de Internet: www.ot-bufa.de
Gelsenkirchen	Weiterbildung Manuelle Medizin / Chirotherapie – I. Kurs, Teil 1	07.06.-09.06.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Berlin	Unfallmedizinische Tagung des Landesverbandes Nordost der DGUV	13.06.-14.06.	Prof. A. Ekkernkamp, Prof. Th. Mittlmeier	<a href="http://www.comed-kongresse.de">http://www.comed-kongresse.de</a>
Hamburg	62. JT der Norddeutschen Orthopäden- und Unfallchirurgenvereinigung e. V.	13.06.-15.06.	Prof. T. Gehrke, Prof. C. Jürgens	<a href="http://www.nouv-kongress.de">www.nouv-kongress.de</a>
Bielefeld	16. Jahreskongress Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW)	13.06.-15.06.	Prof. H. Fansa	<a href="http://www.wunde-wissen.de">www.wunde-wissen.de</a>
Mannheim	28. Dt.-Österr.-Schweiz. Kongress für Sportorthopädie und Sporttraumatologie	14.06.-15.06.	Prof. H. Schmitt	<a href="http://www.gots-kongress.org">http://www.gots-kongress.org</a>
Gelsenkirchen	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs, Teil 2	14.06.-16.06.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Berlin	4. Forum Qualitätskliniken	18.06.-19.06.		<a href="http://www.forum-qualitaetskliniken.de/2013">http://www.forum-qualitaetskliniken.de/2013</a>
Würzburg	DVSE-Kongress Dt. Vereinigung für Schulter u. Ellebogenchirurgie	19.06.-22.06.	Prof. F. Gohlke	<a href="http://www.dvse-kongress.de">http://www.dvse-kongress.de</a>
Isny	Einführungskurs Osteopathie	20.06.-22.06.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Jena	2. Mitteldeutscher Sportärztekongress	21.06.-22.06.	Prof. U. Schlegel-milch	<a href="http://www.sportmedizin-tagung.de">http://www.sportmedizin-tagung.de</a>
Frankfurt/Main	32. Jahrestagung der Sektion Kindertraumatologie	21.06.-22.06.	Prof. I. Marzi	<a href="http://www.intercongress.de/deutsch/Kongresse/KongressFactsheet.php?ID=578550.0&amp;Jahr=13">http://www.intercongress.de/deutsch/Kongresse/KongressFactsheet.php?ID=578550.0&amp;Jahr=13</a>
Isny	Proliferationskurs	21.06.-22.06.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Düsseldorf	AE-Masterkurs Knie	21.06.-22.06.	Dr. A. Franz, PD Dr. R. Decking, Prof. M. Wagner, Prof. W. Siebert	
Dresden	22. Unfallchirurgische Tagung	22.06.	Prof. F. Bonnaire	<a href="http://www.conventus.de/tagung-dresden">http://www.conventus.de/tagung-dresden</a>
Dormagen-Zons	15. Kurs zur Analyse und Korrektur von Beindeformitäten (DCE) 2013	26.06.-29.06.	Prof. R. Rödl, PD Dr. D. Seybold	<a href="http://www.deformitaetenkurs.de">http://www.deformitaetenkurs.de</a>
Berlin	DGOOC-Fußkurs	27.06.-29.06.		Onlineregistrierung: <a href="http://www.registration.intercongress.de">http://www.registration.intercongress.de</a>
Hamburg	10. AE-ComGen-Kongress: Jubiläumskongress – 10 Jahre ComGen	28.06.-29.06.	Dr. A. Beier, Dr. B. Egen, Dr. I. Schleicher	
Freyburg/Unstrut	8. Saale-Unstrut-Symposium für Klinische Chirurgie	28.06.-29.06.	Dr. W. Asperger, J. Bretschneider	<a href="http://www.saale-unstrut-symposium.de">http://www.saale-unstrut-symposium.de</a>

## Service / Fort- und Weiterbildung

Juli				
Bernau/Felden	Sportmedizinintage Medical Park Chiemsee	03.07.-07.07.	PD Dr. M. Schmitt-Sody, Dr. F. Düren	<a href="http://www.smtc.intercongress.de">http://www.smtc.intercongress.de</a>
Isny	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs	06.07.-13.07.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
August				
Königstein	Kompetenzerhaltungskurs	03.08.-10.08.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Berlin	AE-Kurs für Schulterchirurgie	30.-31.08.	Prof. M. Scheibel, Dr. T. Ambacher, Prof. B. Fink, Prof. U. Brunner	
September				
Riva del Garda u. Torbole/ Italien	Sportmedizin Gardasee 2013 - 30. Sportmedizin Wochenkurs	01.09.-06.09.	Dr. E. Basad, Dr. J. Keems	<a href="http://www.sportmedizin-gardasee.de">http://www.sportmedizin-gardasee.de</a>
Berlin	DGOOCHüftkurs	05.09.-07.09.		Onlineregistrierung: <a href="http://www.registration.intercongress.de">http://www.registration.intercongress.de</a>
Bad Iburg	Einführungskurs - Osteopathie	05.09.-07.09.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Frankfurt/M.	44. Deutscher Sportärztekongress Praktische Sportmedizin - Qualität und Evidenz auch in der Routine	06.09.-07.09.	Prof. K. Völker	<a href="http://www.dgsp.de/kongress/">http://www.dgsp.de/kongress/</a>
Wien/ Österreich	Hands on Infiltrationsworkshop	07.09.	PD Dr. A. Dunky	<a href="mailto:azmedinfo@media.co.at">azmedinfo@media.co.at</a>
Münster	44. JT d. Dt. Ges. d. Plastischen, Rekonstruktiven & Ästhetischen Chir. (DGPRÄC) e. V. und 18. JT d. Vereinig. d. Dt. Ästhetisch-Plastischen Chirur. (VDÄPC) e. V.	12.09.-14.09.	Dr. A. Krause-Bergmann, Dr. W. D. Luerßen	<a href="http://www.dgpraec-tagung.de">http://www.dgpraec-tagung.de</a>
Krems/Österreich	ÖGO-Kongress 2013	12.09.-14.09.	Prof. S. Nehrer	<a href="http://intern.orthopaedics.or.at/ok.aspx">http://intern.orthopaedics.or.at/ok.aspx</a>
Dresden	AE-Kurs Komplexe Revisionseingriffe in der Hüftendoprothetik	13.09.-14.09.	Prof. K.-P. Günther, Dr. C. Perka	
Bonn	1. D-Arzt-Forum des Bundesverbandes der Durchgangsärzte	13.09.-14.09.	Prof. F. Bonnaire, Prof. C. Burger	<a href="http://www.comed-kongresse.de">http://www.comed-kongresse.de</a>
Dresden	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs, Teil 1	13.09.-15.09.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Mannheim	41. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e.V.	18.09.-21.09.	Prof. H.-M. Lorenz, Dr. H. Dinges, Dr. J. Grulich-Henn	
Hannover	Manuelle Medizin bei Kindern – Diagnostikkurs 1	18.09.-21.09.	Dr. W. Kemlein	<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Wiesbaden	30. AGA-Kongress	19.09.-21.09.	PD Dr. J. Agneskirchner, PD Dr. T. Zantop	<a href="http://www.aga-kongress.info">http://www.aga-kongress.info</a>
Dresden	Weiterbildung Manuelle Medizin / Chirotherapie – I. Kurs, Teil 2	20.09.-22.09.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Karlsruhe	Weiterbildung Manuelle Medizin / Chirotherapie – I. Kurs, Teil 1	20.09.-22.09.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>

## Service / Fort- und Weiterbildung

Isny	Manuelle Medizin bei Kindern – Therapiekurs I	25.09.-28.09.	Dr. W. Coenen	<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Homburg/Saar	Definitive Surgical Trauma Care (DSTC)	26.09.-28.09.	Prof. H. Siebert, PD. Dr. S. Flohé, Prof. J. Sturm	<a href="http://www.auc-kursportal.de">http://www.auc-kursportal.de</a>
Karlsruhe	Weiterbildung Manuelle Medizin / Chirotherapie – I. Kurs, Teil 2	27.09.-29.09.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Ascheffel	Tagesrefresher Manualmedizinischer Algorithmus bei Verkettungssyndromen	28.09.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Isny	Refresher HWS/Thorax	28.09.-29.09.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>

Oktober				
Salzburg/Österreich	49. ÖGU Jahrestagung Verletzungen der Hand- und Fußwurzel	03.10.-05.10	Dr. A. Pachucki	<a href="http://ogu13.unfallchirurgen.at/">http://ogu13.unfallchirurgen.at/</a>
Berlin	51. Jahrestagung der DGPW e. V.	10.10.-12.10.	PD Dr. med. E.-E. Scheller	<a href="http://www.dgpw-kongress2013.de">http://www.dgpw-kongress2013.de</a>
Düsseldorf	54. Kongress der Dt. Gesellschaft für Handchirurgie und 18. DAHTH e.V. Jahrestagung	10.10.-12.10.	Prof. J. Windolf, Prof. M. Schädel-Höpfner	<a href="http://www.dgh-kongress.de">http://www.dgh-kongress.de</a>
Berlin	DGOOC-Tumorkurs	10.10.-12.10.		Onlineregistrierung: <a href="http://www.registration.intercongress.de">http://www.registration.intercongress.de</a>
Damp	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs	19.10.-26.10.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Berlin	12. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung	23.10.-25.10.	Prof. Dr. K. Dreinhöfer, Prof. Dr. E. A. M. Neugebauer, PD Dr. D. Stengel	<a href="http://www.dkvf2013.de">http://www.dkvf2013.de</a>
Berlin	DKOU 2013 – Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie	22.-25.10.2013	Prof. Heller, Prof. Hoffmann, Prof. Kladny	<a href="http://www-dkou.de">http://www-dkou.de</a>

November				
Hamburg	8. JT Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V.	07.11. - 09.11.	Dr. M. Wünnig, Dr. B. Hogan	<a href="http://www.dgina-kongress.de">http://www.dgina-kongress.de</a>
Bochum	SFA-Teamtraining zur Vorderen Kreuzbandrekonstruktion in der Doppelbündeltechnik	08.11.-09.11.		<a href="http://germany.aesculap-academy.com/">http://germany.aesculap-academy.com/</a>
Baden-Baden	Unfallmedizinische Tagung des Landesverbandes Südwest der DGUV	09.11.-10.11.	Prof. P. Grützner, Prof. Dr. U. Stöckle	<a href="http://www.dguv.de/landesverbaende/de/veranstaltung/index.jsp">http://www.dguv.de/landesverbaende/de/veranstaltung/index.jsp</a>
Isny	Manuelle Medizin bei Kindern – Therapiekurs II	14.11.-16.11.	Dr. W. Coenen	<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Hannover	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs	15.11.-21.11.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Neuss	Tagesrefresher HWS	16.11.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Berlin	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs, Teil 1	22.11.-24.11.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Hannover	Tagesrefresher LWS/ SIG	23.11.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Hannover	Manuelle Medizin bei Kindern – Diagnostikkurs 2	27.11.-30.11.	Dr. W. Kemlein	<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>

## Service / Fort- und Weiterbildung

Berlin	Weiterbildung Manuelle Medizin/ Chirotherapie – I. Kurs, Teil 2	29.11.-01.12.		<a href="http://manuelle-mwe.de">http://manuelle-mwe.de</a>
Augsburg	endo-update 2013	29.11.-30.11.	Prof. Dr. H. Messmann, Prof. Dr. H.-D. Allescher	Tel.: 089 – 89 06 77 - 0, Fax: 089 – 89 06 77 - 77 E-Mail: <a href="mailto:martina.wiederkrantz@coacs.de">martina.wiederkrantz@coacs.de</a> <a href="http://www.coacs.de">http://www.coacs.de</a>
Wien/ Österreich	Hands on Infiltrationsworkshop	20.11.	PD Dr. A. Dunky	<a href="mailto:azmedinfo@media.co.at">azmedinfo@media.co.at</a>

### Dezember

Frankfurt/Main	6. Kongress für Versicherungsmedizin und Begutachtung	05.12.		<a href="http://www.ivm-med.de/medizinischefortbildung">http://www.ivm-med.de/medizinischefortbildung</a>
München	15. AE-Kongress Knieendoprothetik – zwischen Intuition und Evidenz	06.12.-07.12.	Prof. W. Mutschler, Prof. P. Biberthaler, PD Dr. R. Hube, Prof. V. Jansson, Prof. R. v. Eisenhart-Rothe	

## 2014

### März

Berlin	131. DGCH-Kongress	25.03.-28.03.	Prof. J. Jähne	<a href="http://www.chirurgie2014.de">http://www.chirurgie2014.de</a>
--------	--------------------	---------------	----------------	---

### Mai

Baden-Baden	62. JT VSOU Vereinigung Süddt. Orthopäden und Unfallchirurgen	01.05.-03.05.	Prof. A. Meurer	
-------------	---	---------------	-----------------	--

### Juni

London/GB	15. EFORT-Kongress	04.06.-07.06.		
-----------	--------------------	---------------	--	--

### September

Innsbruck/Österreich	31. AGA-Kongress			<a href="http://www.aga-kongress.info">http://www.aga-kongress.info</a>
----------------------	------------------	--	--	---

### Stellengesuch

Rehaerfahrener (DRV, BGSW, GKV) Orthopäde, Unfallchirurg mit Zusatzbez. Chiro, Aku, QM, Naturheilverf., Sportmedizin, Physik. Therapie u. Balneologie, Kinderorthopädie etc, sucht Stelle als OA / CA in interessanter Rehaklinik.

Chiffre: 21 13 11

#### Antworten auf Chiffre-Anzeigen

senden Sie bitte unter Angabe der Chiffre-Nummer an:

**Pharmedia, Anzeigen- und Verlagsservice GmbH**

**Frau Esther Eckstein**

**Postfach 30 08 80**

**70448 Stuttgart**