

Was haben Hüftendoprothetik und Golfspiel miteinander zu tun?

„In Deutschland werden zu viele Hüftgelenke operiert!“ – Seit einigen Jahren wird dies gebetsmühlenartig von Politikern, Krankenkassenvertretern und in den Medien vorgetragen. Haben nun wirklich nur Orthopädie und Unfallchirurgie ein Problem mit der Mengenentwicklung von Operationen?

Das Thema der Mengenentwicklung im Krankenhaus ist nicht ganz neu. Bereits 1986 wurde vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales ein Forschungsbericht über „Ursachen und Gründe für den Anstieg der Zahl der Krankenhauspatienten“ vorgelegt. Diese schon zu Zeiten der tagesgleichen Pflegesätze beobachtete Fallzahlsteigerung konnte durch das DRG-System bisher nicht gebremst werden (▶ **Abb. 1**). Während die Zahl der Krankenhäuser und noch deutlicher die Verweildauer in Tagen sinkt, schreitet die Mengenentwicklung in gleicher Weise fort.

Deutschland ist nicht nur bei den Hüftgelenken Spitzenreiter

Hat also das DRG-System versagt? – Ein Verwaltungsdirektor hat es auf den Punkt gebracht: „Früher wurden wir nach Tagen bezahlt, und wir haben Tage geliefert; heute werden wir nach Fällen bezahlt, und wir liefern Fälle...“ So wird

in letzter Zeit zunehmend behauptet, dass das DRG-System selbst mengen-treibend ist. In der Öffentlichkeit jedoch wird von Politikern und Krankenkassenchefs regelmäßig der Eindruck erweckt, die Ärzteschaft sei Verursacher für „unnötige Hüftoperationen“. Die OECD-Studie 2013 zeigt aber, dass Deutschland nicht etwa nur bei der Versorgung mit Hüftendoprothesen an erster Stelle und bei der Knieendoprothetik an zweiter Stelle steht, sondern auch bei der perkutanen Koronarintervention (PTCA), der Inguinalhernienoperation und der brusterhaltenden Chirurgie den ersten Platz einnimmt. Und unter den stationär behandelten schweren Erkrankungen steht Deutschland mit Kreislauferkrankungen an erster und mit Krebserkrankungen an zweiter Stelle. Mittlerweile dürften wir auch bei den psychischen Erkrankungen in der Spitzengruppe mitspielen. Natürlich ist die Diskussion, dass zu viele Patienten wegen einer Krebserkrankung stationär behandelt werden, politisch inkorrekt. Warum aber wird immer wieder die Hüftendoprothetik für die vermeintlichen Auswüchse der Mengenentwicklung herangezogen? Und warum immer nur der stationäre Bereich? Denn nicht nur im Krankenhaus gibt es eine Mengenzunahme. Nach Grobe et al. 2008 sitzen an einem beliebigen Montagmorgen fast acht Prozent der deutschen Bevölkerung,

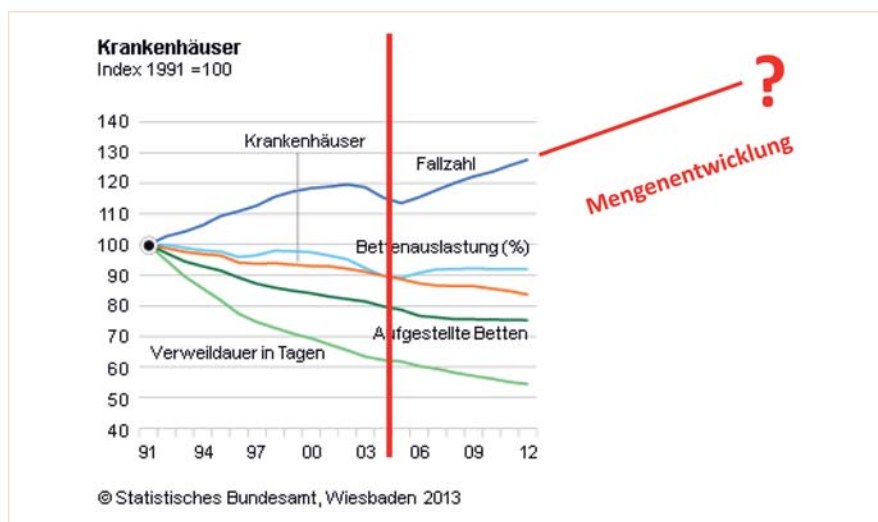


Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär der DGOU und der DGOOC

an Spizentagen sogar bis zu 12 Prozent in deutschen Arztpraxen. Haben wir also nicht nur ein hohes Angebot an Gesundheitsleistungen, sondern auch eine besonders starke Nachfrage des Patienten?

Versorgungsatlas der DGOOC gibt Antworten

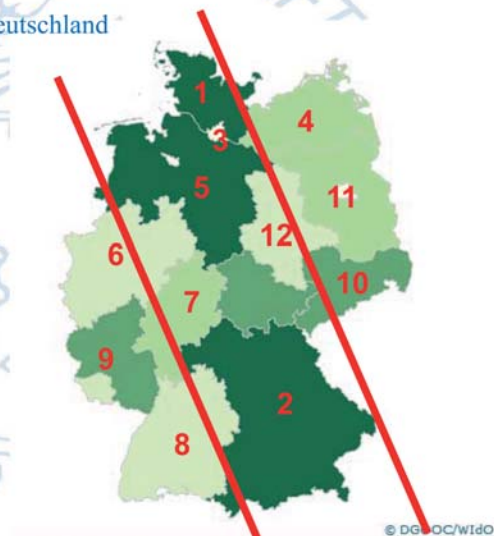
Antwort gibt der Versorgungsatlas der DGOOC, der die Langzeitentwicklung von Operationszahlen und deren regionale Unterschiede nach Bundesländern und Kreisen darstellen kann. Daraus ergeben sich gewisse Hinweise auf Zusammenhänge der Entwicklungen mit dem Versorgungssystem in Deutschland. So ist zum Beispiel die Versorgungsrate bei der Hüftendoprothetik in den neuen Bundesländern deutlich niedriger als in den alten, und sie korreliert mit der sogenannten „sozialen Deprivation“, einem Faktor, der die soziale Situation der Versicherten wiedergibt. Von einem Vertreter der Bertelsmann-Stiftung wurde dies so interpretiert, dass Patienten in den alten Bundesländern eher über- und die in den neuen Bundesländern eher unterversorgt seien. Der Versorgungsatlas



Golfplätze und Hüftendoprothetik

Landesgolferverbände nach Anzahl der Golfplätze in Deutschland im Jahr 2012

Landesgolferverbände	Tot	Bev. (Mio)	GolfP/Mio	Rang
Baden-Württemberg	88	10,7	8,2	8
Bayern	169	12,6	13,4	2
Berlin/Brandenburg	19	6,0	3,2	11
Hamburg	21	1,8	11,6	3
Hessen	53	6,0	8,8	7
Mecklenburg-Vorpommern	16	1,6	10	4
Niedersachsen/Bremen	80	8,5	9,4	5
Nordrhein-Westfalen	160	17,8	8,9	6
Rheinland-Pfalz/Saarland	38	5,0	7,6	9
Sachsen-Anhalt	4	2,3	1,7	12
Sachsen/Thüringen	21	6,3	3,3	10
Schleswig-Holstein	50	2,8	17,8	1



Hüftgelenkendoprothetik: Regionale Unterschiede nach Bundesländern in 2011, gesamt

wurde aber mit den Daten von AOK-Patienten erstellt. Und der AOK wird man wohl kaum vorwerfen können, dass ihre Patienten im Osten Deutschlands keine Endoprothesen erhalten.

Gibt es noch eine andere Erklärung, die die Nachfrage widerspiegeln könnte? – Wenn man davon ausgeht, dass der Hüftgelenkersatz vor allem von Patienten jenseits des 60. Lebensjahres wahrgenommen wird und diese Generation sich noch für eine Vielzahl von Aktivitäten

verfügen auch über die meisten Golfplätze pro einer Million Einwohner. Lediglich Mecklenburg-Vorpommern liefert einen Ausreißer, der wohl der landschaftlichen Schönheit zu verdanken ist.

Patientenwünsche tragen zur Mengentwicklung bei

Dass alles in allem in Deutschland der hohe Versorgungsstandard zu einer besonders starken Patientennachfrage führt, kann durch zahlreiche Medien-

„the operation of the century“ bezeichnet. Je mehr nämlich die Versorgung mit künstlichen Hüft- und Kniegelenken zu einem Routineeingriff geworden ist, umso größer wird die Nachfrage, und umso höher werden die Erwartungen der Patienten. Keine Operation sei effizienter und hätte mehr Erfolg für die Gesundung der Bevölkerung gebracht als diese, heißt es in „The Lancet“. So gesehen ist der vom Autor als Bonmot hingestellte statistische Zusammenhang zwischen der Anzahl der Golfplätze und der Anzahl der Hüftgelenksoperationen in den Bundesländern ein Fingerzeig, dass die Mengenentwicklung in einem „System von Angebot und Nachfrage“ besonderen Gesetzen unterliegt und der Patient ein besonders wichtiger Faktor in diesem System ist. Und nicht zuletzt: Die Hüftendoprothetik ist offenbar ein häufig nachgefragter Eingriff, um die Lebensqualität zu erhalten. Er könnte noch manchem Politiker widerfahren...

Nicht nur im Krankenhaus beobachten wir eine Mengenzunahme. An einem beliebigen Montagmorgen sitzen fast acht Prozent der deutschen Bevölkerung in Arztpraxen, an Spitzentagen sogar bis zu 12 Prozent.

bereit halten will, dann sollte die Versorgungsrate der Hüftendoprothetik mit dem Freizeitangebot für über 60-jährige korrelieren. In der Tat gibt es einen Zusammenhang zwischen Versorgungsrate des Hüftgelenkersatzes in den Bundesländern und der Anzahl der Golfplätze in diesen Ländern (► **Abb. 2**). Länder mit der höchsten Versorgungsrate (Schleswig-Holstein, Bayern, Niedersachsen)

aufmachungen belegt werden, die den Patienten dazu auffordern, seine Problemlösung frühzeitig in einer Operation zu suchen. „Mut zur neuen Hüfte“ heißt es zum Beispiel in Aufklärungsfibeln, weit verbreiteten Wochenzeitschriften und Zeitungsannoncen. Dabei ist dieser Ausspruch nicht einmal ganz falsch, denn immerhin wurde in „The Lancet“ der totale Hüftgelenkersatz als

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard



262 **Chirurginnen in Frankreich:** Obwohl immer mehr Frauen Medizin studieren, bleibt in unserem Nachbarland der Frauenanteil in O&U vergleichsweise gering. Was hält die Frauen davon ab, sich trotz guter Kinderbetreuungsmöglichkeiten und Frauenquote für das Fach zu entscheiden bzw. die Karriereleiter hinaufzuklettern?



264 **10 Jahre DRG-System:** Von kaum jemandem registriert und noch weniger gefeiert wurde in diesem Jahr der zehnte Jahrestag der Einführung des DRG-Systems. Eine Tagung in Berlin nahm die Auswirkungen der Fallpauschalen unter die Lupe.



248 **Kongress-Frühling:** Die Auftaktveranstaltung im orthopädisch-unfallchirurgischen Kongresskalender 2014 fand unter der Regie von Univ.-Prof. Dr. Andrea Meurer statt – der ersten Kongresspräsidentin in der Geschichte der VSOU-Jahrestagung.

Editorial

Was haben Hüftendoprothetik und Golfspiel miteinander zu tun? **237**

Impressum

242

Nachrichten

Kurz und bündig

244

Jetzt bewerben zur Summer School 2014!

244

Perspektivforum Junge Chirurgie nun unter dem Dach der DGCH

245

DFG bewilligt zweite Förderphase für Sonderforschungsbereich zu Osteoporose

245

Weißbuch Technische Orthopädie will aufrütteln

246

Aus unserem Fach

VSOU-JAHRESTAGUNG
Der Kongress der Frauen

248

INTERVIEW
„Bis zur Chancengleichheit ist es noch ein weiter Weg“

253

TAG DER VORKLINIK
Premiere war ein voller Erfolg

257

KONSERVATIVE ORTHOPÄDIE
Memorandum zur OU-Therapie aus einer Hand vereinbart

259

FRANKREICH
Dringend gesucht:
Frauen für die Chirurgie

262

10 JAHRE DRG-SYSTEM
Effizienzsteigerung – ja,
Qualitätsverbesserung – ???

264

KOMMENTAR
Die neuen Heilverfahren der DGUV

266

WEITERBILDUNG IN
GROSSBRITANNIEN
Wettbewerb um freie Stellen

269

REGULIERUNGSWAHN AUS BRÜSSEL
Nein zu einer europäisch
genormten Osteopathie **273**

UEMS MEETING
Frühjahrestreffen in Lissabon **276**

EUROPÄISCHE REFERENZNETZWERKE
Für eine EU-weite hochspezialisierte
Gesundheitsversorgung **277**

UEMS
Netzwerk für klinische Skills
Zentren in Europa **278**

FORSCHUNGSNETZWERK TIM
Plattform für interdisziplinäre
biomechanische Forschung **279**

eCALL
Automatischer Notruf bei Crash **281**

FRIEDRICHSHEIM FRANKFURT
Vom Krüppelheim zur
Universitätsklinik **283**

ORTHOPÄDIE-SCHUHTECHNIK
Stellungnahme zur Funktionsdauer
und Haltbarkeit orthopädischer
Maßschuhe **285**

VLOU-WORKSHOP
Intensiver Gedankenaustausch **288**

INITIATIVE 93
33. Fort- und Weiterbildungskurs **289**

DEUTSCHER
RHEUMATOLOGENKONGRESS
Einladung nach Düsseldorf **290**

Recht

ABRECHNUNGSPRÜFUNGEN
Ärztliche Therapiefreiheit
versus MDK-Kontrollen **292**

GEMEINSAME BERUFS AUSÜBUNG
Zweimal in der Falle **294**

WERBERECHT FÜR ÄRZTE
Auch Orthopäden und Unfallchirurgen
können kreativ werben **296**

BVOU		DGOU		DGOOC	
Weichenstellungen in jeder Hinsicht	307	Aus der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie	318	Das Endoprothesenregister Deutschland als Erfolgsmodell	328
Gut auf Kurs	310	Jahresbericht 2014 der AGA	321	Die Deutsche Rheuma-Liga zu Gast	329
Aktion Orthofit 2014 „Zeigt her Eure Füße“	312	Das Geschäftsstellen-Team O&U ist komplett	323	Jahresbericht des Arbeitskreises Manuelle Medizin	330
Der aktuelle Haftpflicht-Schadenfall	313	Jahresbericht der DVSE 2013 /2014	324	Kinderorthopädie in Bonn links und rechts des Rheins	331
Neue Mitglieder	316	Neue Mitglieder	326	EndoCert – Aktueller Stand	333
Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken	316			Neue Mitglieder	334
				DGU	
				Vollständigkeit als Qualitätsmerkmal	336
				Neue Organisationsstruktur im TraumaNetzwerk DGU®	338
				Neue Mitglieder	339

Namen

Personalien	302
Wir gratulieren ...	303
LAUDATIO	
Ein Leben voller Superlative	304

Für Sie gelesen 340

Für unsere Mitglieder

Service/Preise	342
Kursangebote	346
Kleinanzeigen	354
OU Medizin und Markt	355

FOLGEN SIE UNS AUF FACEBOOK:



www.facebook.de/dgou.ev



Herausgeber

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

Präsident

Dr. med. Andreas Gassen

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. Reinhard Hoffmann

Schriftleitung DGOOC

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

Geschäftsstelle DGOOC

Straße des 17. Juni 106-108

10623 Berlin

Tel.: (0 30) 340 60 36 30

Fax: (0 30) 340 60 36 31

E-Mail: funiethard@dgooc.de

Schriftleitung BVOU

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

Geschäftsstelle BVOU

Straße des 17. Juni 106-108

10623 Berlin

Tel.: (0 30) 30 02 40 92 12

Fax: (0 30) 30 02 40 92 19

E-Mail: dreinhoefer@bvou.net

Schriftleitung DGU

Prof. Dr. Reinhard Hoffmann

Joachim Arndt

Geschäftsstelle der DGU

Straße des 17. Juni 106-108

10623 Berlin

Tel.: (0 30) 340 60 36 20

Fax: (0 30) 340 60 36 21

E-Mail: office@dgu-online.de

Redaktion

Jana Ehrhardt-Joswig

Tel.: (0 30) 340 60 36 30

E-Mail: jana.ehrhardt@gmx.de

Verlag

Georg Thieme Verlag KG

Dr. Grit Vollmer

Rüdigerstr. 14

70469 Stuttgart

Tel.: (07 11) 89 31 630

Fax: (07 11) 89 31 408

E-Mail: grit.vollmer@thieme.de

www.thieme.de/oumn

www.thieme-connect.de/products/oumn

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Christine Volpp, Thieme Media, Pharmmedia

Anzeigen- und Verlagsservice GmbH

Rüdigerstr. 14

70469 Stuttgart

Tel.: (07 11) 89 31 603

Fax: (07 11) 89 31 470

E-Mail: christine.volpp@thieme.de

Erscheinungsweise

6 x jährlich:

Februar/April/Juni/August/

Oktober/Dezember

Zur Zeit gültiger Anzeigentarif Nr. 18

vom 1. Oktober 2013

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

Dr. med. Andreas Gassen, Düsseldorf

Vizepräsident

Helmut Mälzer, Berlin

Vizepräsident

Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer, Berlin

Vizepräsident

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

Schatzmeister

Dr. med. Helmut Weinhart, Starnberg

Vorstandsmitglied

Dipl.-Med. Frank-Ullrich Schulz, Brandenburg

Vorstandsmitglied

Dr. med. Angela Moewes, Bochum

Generalsekretär der DGOU

Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard, Aachen

Geschäftsstelle des BVOU

Straße des 17. Juni 106-108

10623 Berlin

Tel.: (0 30) 79 74 44 44

Fax: (0 30) 79 74 44 45

E-Mail: bvou@bvou.net

www.bvou.net



Deutsche Gesellschaft für
Unfallchirurgie

Geschäftsführender Vorstand

Präsident

Prof. Dr. med. Bertil Bouillon, Köln

Erster Vizepräsident

Prof. Dr. Christoph Josten, Leipzig

Zweiter Vizepräsident

Prof. Dr. med. Michael Nerlich, Regensburg

Dritter Vizepräsident

Prof. Dr. med. Florian Gebhard, Ulm

Generalsekretär

Prof. Dr. med. Reinhard Hoffmann, Frankfurt/
Main

Schatzmeister

Prof. Dr. Joachim Windolf, Düsseldorf

Schriftführer

Prof. Dr. Andreas Seekamp, Kiel

Geschäftsführer der AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH

Prof. Dr. Johannes Sturm, München/Münster

Geschäftsstelle der DGU

Straße des 17. Juni 106-108

10623 Berlin

Tel.: (0 30) 340 60 36 20

Fax: (0 30) 340 60 36 21

E-Mail: office@dgu-online.de

www.dgu-online.de

Jährlicher Bezugspreis*	Inland	Ausland	Übersee
Versandkosten	32,80	34,90	42,80
Persönliches Abonnement (Gesamtpreis inkl. Versandkosten)	219,- (251,80 €)	219,- (253,90 €)	219,- (261,80 €)
Institutionelles Abonnement** (Gesamtpreis inkl. Versandkosten)	375,- (407,80 €)	375,- (409,90 €)	375,- (417,80 €)

* unverbindlich empfohlene Preise (gültig bis 31.12.2014)

** Weitere Informationen finden Sie unter <http://www.thieme.de/connect/de/services/product-licensing.html>



Deutsche Gesellschaft für
Orthopädie und Unfallchirurgie

Geschäftsführender Vorstand

Präsident (und Präsident der DGOOC)
Prof. Dr. med. Henning Windhagen, Düsseldorf

Stellv. Präsident (und Präsident der DGU)
Prof. Dr. med. Bertil Bouillon, Köln

2. Vizepräsidenten von DGU und DGOOC
Prof. Dr. med. Michael Nerlich, Regensburg
Prof. Dr. med. Rüdiger Krauspe, Düsseldorf

Generalsekretär (und Generalsekretär der DGOOC)
Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard, Aachen

Stellv. Generalsekretär (und Generalsekretär der DGU)
Prof. Dr. med. Reinhard Hoffmann, Frankfurt/Main

Schatzmeister (und Schatzmeister der DGU)
Prof. Dr. med. Joachim Windolf, Düsseldorf

Schatzmeister der DGOOC
Prof. Dr. med. Werner E. Siebert, Kassel

Vertreter der nichtselbständigen Ärzte aus dem nichtständigen Beirat
Dr. Richard Stange, Münster

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 Ausschusses Wissenschaft und Forschung
Prof. Dr. Dr. h.c. Joachim Grifka, Bad Abbach

Vertreter des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
Dr. med. Andreas Gassen, Düsseldorf

Vertreter des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen (BDC)
Dr. Jörg-A. Rüggeberg, Bremen

Vertreter des Jungen Forums der DGOU
Dr. Matthias Münzberg, Ludwigshafen

DGOU-Geschäftsstelle

Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin
Tel.: (0 30) 340 60 36 00
Fax: (0 30) 340 60 36 01
office@dgou.de
www.dgou.de



Deutsche Gesellschaft für Orthopädie
und Orthopädische Chirurgie e. V.

Geschäftsführender Vorstand

Präsident
Prof. Dr. med. Henning Windhagen, Hannover

1. Vizepräsident
Prof. Dr. med. Bernd Kladny, Herzogenaurach

2. Vizepräsident
Prof. Dr. med. Rüdiger Krauspe, Düsseldorf

Generalsekretär
Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard, Berlin

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

Präsident des Berufsverbandes BVOU
Dr. med. Andreas Gassen, Berlin

Leiter Konvent der Lehrstuhlinhaber für Orthopädie
Prof. Dr. h. c. Joachim Grifka,
Bad Abbach

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

Geschäftsstelle der DGOOC

Straße des 17. Juni 106–108
(Eingang Bachstraße)
10623 Berlin
Tel.: (0 30) 340 60 36 30
Fax: (0 30) 340 60 36 31
E-Mail: info@dgooc.de
www.dgooc.de



Österreichische Gesellschaft für Orthopädie
und orthopädische Chirurgie

Vorstand

Präsident
Prim. Dr. Peter Zenz, Wien/Österreich

1. Vizepräsident
Univ. Prof. Dr. Stefan Nehrer, Krems/Österreich

2. Vizepräsident
Prim. Univ. Prof. Dr. Mag. Bernd Stöckl, Österreich

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

Kassierer
Prim. Univ. Prof. Dr. Martin Dominkus, Österreich

Schriftführer
Univ. Prof. Dr. Catharina Chiari, Wien/Österreich

Fachgruppenobermann
Dr. Rudolf Sigmund, Oberwart/Österreich

Sekretariat der ÖGO

c/o Medizinische Akademie
Alserstraße 4
A-1090 Wien
Kontakt: Dagmar Serfezi
Tel.: +43-1-405 13 83 21
Fax: +43-1-407 13 82 74
E-Mail: ds@medacad.org

Mitglieder der oben genannten Verbänden
und Gesellschaften erhalten die Zeitschrift im
Rahmen der Mitgliedschaft.



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



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

Kurz und bündig

Studentischer Sprecherrat wählt Stefanie Weber zur neuen Vorsitzenden



Foto: Marburger Bund

Stefanie Weber

Stefanie Weber, Medizinstudentin im 7. Semester an der Universität Göttingen, ist im April zur neuen Vorsitzenden des Sprecherrates der Medizinstudierenden im Marburger Bund gewählt worden. Stefanie Weber ist eine der YOUngster's O & U, der studentischen Vertretung der Sektion Nachwuchsförderung des Jungen Forums der DGOU. Einen der Arbeitsschwerpunkte des Sprecherrates verortet Weber bei den Studientagen im PJ. Studierende müssten auch weiterhin an einem ganzen beziehungsweise an zwei halben Tagen pro Arbeitswoche von Routineaufgaben freigestellt werden, um sich dem Selbststudium widmen oder sich auf das Examen vorbereiten zu können. Auch die PJ-Aufwandsentschädigung sei ein Diskussionsdauerbrenner. (red)

BÄK genehmigt „Medizinische Begutachtung“

In der OUMN 2/2014 hat Prof. Dr. Marcus Schiltenswolf, Heidelberg, die Strukturierte curriculäre Fortbildung (SCF) „Medizinische Begutachtung“ vorgestellt (Seite 174). Der Vorstand der Bundesärztekammer hat diese SCF mittlerweile einstimmig genehmigt. Infolgedessen können nun alle Ärztekammern diese SCF einführen – mit Ausnahme von Niedersachsen und Baden-Württemberg, wo es keine SCF gibt. (red)

Bericht zur Sonderauswertung Nosokomialer Infektionen

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Sitzung am 22. Mai 2014 die Abnahme des Berichts zur Sonderauswertung nosokomialer Infektionen beschlossen. Grundlage dieser Sonderauswertung sind Daten der externen stationären Qualitätssicherung. Der Orthopädie und Unfallchirurgie bescheinigt der Bericht im Jahr 2012 eine hohe Prozessqualität. Die höchsten postoperativen Wundinfektionsraten treten nach endoprothetischen Revisions Eingriffen auf. Der vollständige Bericht kann heruntergeladen werden unter: www.sgg.de (red)

Klinikärzte unter Stress

Mehr als die Hälfte aller im Krankenhaus tätigen Ärzte leiden unter gesundheitsschädigendem Stress. Zu diesem Ergebnis kommen Arbeitsmediziner der Goethe-Universität Frankfurt am Main. Ihrer Umfrage zufolge standen die Teilnehmer insbesondere in der Assistenzarztzeit unter Stress. Des Weiteren litten die weiblichen Ärzte im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen mehr unter dem Klinikalltag. Insgesamt sinkt der Stress jedoch mit jeder Stufe, die Mediziner auf der Karriereleiter nach oben steigen. Für ihren Beitrag „Ärztlicher Distress – eine Untersuchung baden-württembergischer Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern“, der in der „DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift“ erschienen ist, sind Erstautor Jan Bauer und Co-Autor Prof. Dr. Dr. David Groneberg mit dem DMW Walter Siegenthaler Preis ausgezeichnet worden. (red)



Fotos: JuFo

Bei der Summer School 2013

Jetzt bewerben zur Summer School 2014!

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) veranstaltet vom 22. bis 23. September 2014 die sechste Summer School. Ein intensives Zwei-Tage-Programm in Regensburg unter dem Motto „Horizonte öffnen – Neues entdecken“ gibt Medizinstudenten einen umfassenden Ein- und Überblick in das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie.

Schwerpunkt der Summer School 2014 sind praktische Übungen in Kleingruppen zu den Themen AO Skills Lab, Osteosynthese, Arthroskopie und Endoprothetik. Studierende aller klinischen Semester können sich noch bis zum 11. Juli bewerben. Die Teilnahme ist kostenlos. Neben den praktischen Übungen gibt es Impulsreferate und Podiumsdiskussionen zu den Themen Karriereplanung, Forschung sowie Karriere und Familie. Tutoren sind unter anderem die Incoming-Präsidenten Prof. Dr. Rüdiger Krauspe aus Düsseldorf und Prof. Dr. Michael Nerlich aus Regensburg. Darüber hinaus bekommen die Studenten einen hautnahen Einblick in die Praxis und die Gelegenheit, mit typisch orthopädisch bzw. unfallchirurgisch versorgten Patienten ins Gespräch zu kommen.

Es stehen 30 Plätze für die Summer School 2014 zur Verfügung. Das Junge Forum der DGOU benennt in einem Auswahlverfahren die Kandidaten für die Summer School 2014. Die DGOU übernimmt die Kosten für die Übernachtung und die Abendveranstaltung. Die Anfahrt muss selbst bezahlt werden.

Susanne Herda

MEHR INFOS

Weitere Informationen, unter anderem auch einen Film über die Summer School 2013 sowie den Online-Bewerbungsbogen finden Sie unter: www.jf-ou.de

Perspektivforum Junge Chirurgie nun unter dem Dach der DGCH

Bei der Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie (DGCH) am 27. März 2014 wurde beschlossen, als chirurgische Dachgesellschaft das Perspektivforum Junge Chirurgie (PFJC) zu implementieren. Das PFJC geht auf eine Initiative des Jungen Forums O & U zur interdisziplinären Zusammenarbeit der chirurgischen Nachwuchsvertretungen im Jahre 2012 zurück.

Der Nachwuchs in der Chirurgie ist mit vielfältigen Herausforderungen konfrontiert: zum Beispiel die stetig steigende Leistungsverdichtung, zunehmende Ökonomisierung in Praxis und Klinik, die Notwendigkeit einer breiten und fundierten Weiterbildung bei immer geringer werdender Präsenzzeit in der Klinik durch die gesetzliche Vorgabe entsprechender Arbeitszeitrichtlinien sowie die demografische Entwicklung unserer Gesellschaft. Da diese Belange die Angehörigen aller chirurgischen Fächer betrifft, entstand bei einer Ausschusssitzung des Jungen Forums O & U im Sommer 2012 die Idee, Kontakt mit Nachwuchsvertretungen der anderen chirurgischen Fachdisziplinen aufzunehmen und mit ihnen zusammenarbeiten. Bei einer Perspektivtagung Anfang 2013 wurde das Perspektivforum Junge Chirurgie (PFJC) gegründet. Seit der DGCH-Mitgliederversammlung am 27. März dieses Jahres ist das PFJC nun offiziell in die DGCH integriert.

Der Beirat des PFJC setzt sich aus jeweils einem Vertreter der beteiligten Fachgesellschaften zusammen. Aus diesem Kreis



Foto: PFJC

Teilnehmer der Arbeitstagung des PFJC während des DGCH-Jahreskongresses 2014

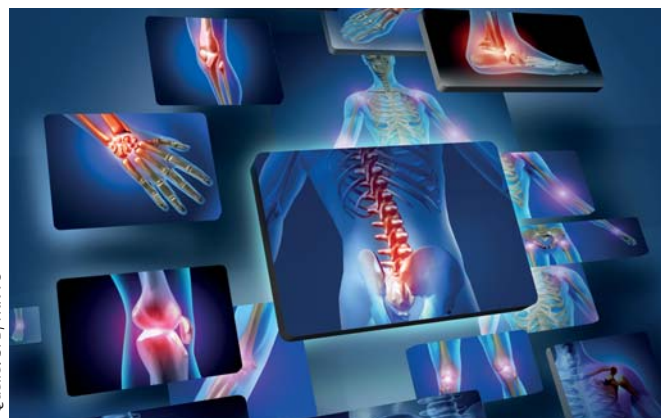
se werden jeweils ein Sprecher, ein Stellvertreter als auch ein Schriftführer gewählt. Ausgewählte Projekte werden von „Spezialisten“ aus den einzelnen Vertretungen begleitet und unterstützt. Fachgebietsübergreifend sollen unter anderem Aspekte aus den Bereichen Aus- und Weiterbildung, Wissenschaft und Forschung sowie Familie und Beruf bearbeitet werden.

Dr. Gerhard Achatz

Dr. Matthias Münzberg

DFG bewilligt zweite Förderphase für Sonderforschungsbereich zu Osteoporose

Der Bewilligungsausschuss der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) ist für die Verlängerung des Sonderforschungsbereichs/Transregio 79 (SFB/TRR 79). In Gießen, Dresden und Heidelberg werden neuartige „Werkstoffe für die Gewebegeneration im systemisch erkrankten Knochen“ erforscht und entwickelt.



Quelle: SFB/TRR 79

Im Rahmen des SFB/TRR 79, der vor vier Jahren seine Arbeit aufgenommen hat, werden innovative Biomaterialien und metallische Implantat-Werkstoffe für die Heilung von Frakturen und Defekten des systemisch erkrankten Knochens entwickelt

und untersucht. Im Mittelpunkt stehen die Volkskrankheit Osteoporose sowie das Multiple Myelom, das meist auch eine lokale Knochenzerstörung verursacht. Bei beiden systemischen Erkrankungen treten im Vergleich zu knochengesunden Vergleichsgruppen nicht nur deutlich häufiger Knochenbrüche auf, sondern diese heilen auch langsamer und schlechter. Osteoporotische Knochenveränderungen gelten als Ursache der Hälfte aller Frakturen bei Frauen jenseits des 50. Lebensjahrs und für 20 Prozent der Frakturen gleichaltriger Männer. Mit zunehmendem Alter steigen diese Werte weiter an. Damit hat die Osteoporose eine gewaltige sozioökonomische Bedeutung. Derzeit gibt es für die klinische Behandlung von osteoporotischen Frakturen und Tumor-bedingten Knochendefekten noch keine Biomaterialien. Der SFB erforscht die Besonderheiten der Knochenheilung bei Osteoporose (Schwerpunkt der Arbeiten in Gießen) sowie von osteolytischen Defekten, hervorgerufen durch ein Multiples Myelom (Schwerpunkt Heidelberg). Hauptaufgabe der Gruppen am Standort Dresden ist die Entwicklung neuer Biomaterialien – und zwar sowohl für die Heilung von Knochen-Substanzdefekten als auch für die Stabilisierung (metallische Implantate und Biomaterialien) von Frakturen, die den besonderen Verhältnissen der gestörten Knochenheilung Rechnung tragen. Die zweite Förderphase des SFB/TRR 79 läuft von Juli 2014 bis Juni 2018. Die DFG hat dafür 9,9 Millionen Euro bewilligt.

Quelle: SFB/TRR 79

Weißbuch Technische Orthopädie will aufrütteln



Foto: BIV-OT

Die Herausgeber und der Projekt-Koordinator (v. l. n. r.): Matthias Bauche, Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Klaus-Jürgen Lotz, Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier und Bernd Wünschmann.

Dass ein nicht-medizinischer Berufsstand ein Weißbuch zu einem medizinischen Thema veröffentlicht, ist ein Novum. So geschehen im April 2014: In Berlin stellte der Bundesinnungsverband Orthopädie.Technik (BIV-OT) das „Weißbuch Technische Orthopädie“ vor. Herausgeber ist der Fachbeirat Technische Orthopädie des BIV-OT, dem seitens der DGOOC/DGOU Prof. Dr. Bernhard Greitemann und Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier angehören. Das Weißbuch kommt in hochwertiger Optik in modernem Design daher und bietet einen umfassenden Überblick über den Stand der Branche.

„Rahmenbedingungen und Strukturen der Technischen Orthopädie in Deutschland“ – so lautet der vollständige Titel des Weißbuchs. Es verortet die Technische Orthopädie an der Schnittstelle zwischen Medizin und Technik und als eigentlichen Ursprung des Faches Orthopädie. Um das Arbeitsfeld der Technischen Orthopädie einzukreisen, gibt das Weißbuch zunächst einen Überblick über den demografischen Wandel und den damit einhergehenden Anstieg der orthopädischen und unfallchirurgischen Erkrankungen und Verletzungen. Es beschreibt die rechtlichen Rahmenbedingungen für Leistungserbringer und -empfänger, analysiert den Markt der Technischen Orthopädie, erklärt, wie die Hilfsmittelversorgung in Deutschland funktioniert und reglementiert ist. Ein Überblick über Verbände, Institutionen und Netzwerke im Bereich der Technischen Orthopädie ist ebenso hilfreich wie der über den Stand der Forschung. Auch das Berufsbild des Orthopädie-Technikers wird dargestellt. Den Abschluss bildet eine Sammlung von Artikeln über therapeutische Ansätze in der Technischen Orthopädie. Dabei wird ein Bogen von so klassischen Methoden wie der Orthesenversorgung der Wirbelsäule oder der orthopädiotechnischen Behandlung des diabetischen Fußsyndroms über zeitgemäße Armprothetik bis hin zu zukunftsweisenden Technologien wie Brain-Computer-Interfaces, Neuroprothesen und Exoskelette geschlagen. Alles in allem ein ambitioniertes Projekt, mit dem der BIV-OT kein geringeres Ziel hat, als die Politik wachzurütteln. So sagte Klaus-Jürgen Lotz, Präsident des BIV-OT und Initiator des Fachbeirates, bei der Vorstellung des Buches: „In der Politik wird gern und viel von der Notwendig-

keit der interdisziplinären Zusammenarbeit gesprochen – zwei Sätze weiter hört man dann nur noch vom § 128, und bei der Zusammenarbeit zwischen Arzt und Techniker wird ausschließlich über die unberechtigte Vorteilnahme gesprochen, da stimmt etwas nicht.“ Der Vorsitzende des Fachbeirates TO, Matthias Bauche, plädierte für mehr Aufmerksamkeit hinsichtlich „überall deutlich sichtbarer Probleme“, die nach heutigem Stand der Technik vermeidbar wären. Allerdings sei das dafür notwendige technisch-konservative Wissen nicht breit genug vorhanden, so dass gar nicht, zu wenig oder mitunter sogar fehlversorgt werde.

„Technische Orthopädie ist vor allem eines: Innovation“

Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier, stellvertretender Vorsitzender des Fachbeirates und ehemaliger Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), hob vor allem auf die Innovationskraft des Faches ab. „Es geht darum, die technische Orthopädie in ihrer Kombination von Medizin und Technik als unwahrscheinlich innovatives Fach zu begreifen.“ Angesichts begrenzter Ressourcen rücke eine zentrale Frage in den Mittelpunkt: „Welche Versorgung ist vorzuziehen, welche ist die bessere?“ Neben der Entwicklung von Ausbildungskonzepten sieht Mittelmeier daher einen Schwerpunkt der Arbeit des Fachbeirates in der Entwicklung von Studiendesigns, die die Wirksamkeit neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden noch besser darzulegen vermögen.

„Man muss neben der Operation auch die konservative Versorgung im Köcher haben“

Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Vorsitzender Vereinigung Technische Orthopädie (VTO) und der Initiative 93, stellte die Defizite in der Facharztweiterbildung in den Fokus. „Im Bereich der Technik gibt es enorme Entwicklungen, so dass es nicht leicht ist, als Verordner up-to-date zu bleiben. Hierzu braucht es eine gemeinsame Initiative zwischen Technikern und Ärzten, um die Fortschritte gemeinsam in die Ausbildung zu bringen.“ Zwar habe man „mehr als 1.800 Kollegen vor der Facharztausbildung ein entsprechendes Know-How in technischer Orthopädie mitgeben können“, allerdings reiche dies nicht aus. „Ein Arzt, dem es nach der Facharztprüfung erlaubt ist, innovative oder teure Hilfsmittel zu verschreiben, sollte mindestens ein Basiswissen über diese Versorgung nachweisen müssen.“ Die Arbeit in den Gremien müsse daher weiter darauf zielen, die Technische Orthopädie verpflichtend in die Weiterbildung zu integrieren und in den Katalog der Prüfungsfragen aufzunehmen. „Wenn wir es in den nächsten Jahren nicht schaffen, klare Strukturen zu schaffen, werden wir entweder versorgungs- oder ausgaben-technisch in Probleme rudern.“

Quelle: BIV-OT

BESTELLUNGEN

via E-Mail: bestellung@biv-ot.org
per Telefon: (02 31) 55 70 50 51
Preis: 59,95 Euro



VSOU-JAHRESTAGUNG

Der Kongress der Frauen

Vom 1. bis 3. Mai 2014 fand in Baden-Baden die 62. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen statt. Univ.-Prof. Dr. Andrea Meurer, Frankfurt/Main, war Kongresspräsidentin. Als erste Frau an der Spitze des Kongresses nahm sie neben den wissenschaftlichen Themen aus O&U auch das Thema der Karrierewege für Frauen ins Programm auf.

Aus unserem Fach

Sie sind eine seltene Spezies in der Orthopädie und Unfallchirurgie: weibliche Chefärztinnen. Nur zwei Ordinaria gibt es in Deutschland. Eine von ihnen, Frau Univ.-Prof. Dr. Andrea Meurer, Ärztliche Direktorin und Geschäftsführerin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim in Frankfurt/Main, war die erste Frau, die der VSOU-Jahrestagung in ihrer bislang 62-jährigen Geschichte als Präsidentin vorstand. Sie bot ein abwechslungsreiches und breitgefächertes Programm mit über 400 Programmpunkten, informativen Fachvorträgen, Workshops und Podiumsdiskussionen zu gesellschaftspolitischen Brennpunkten – nicht weniger als in den Jahren zuvor, und das, obwohl der Kongress nur drei statt wie bislang vier Kongresstage dauerte. Hauptthemen waren „Sicherheit“, „Der ältere Mensch in Orthopädie und Unfallchirurgie“, „Kinderorthopädie und -traumatologie“ sowie „Revisionschirurgie“. Daneben standen auch gesellschaftspolitische Themen auf dem Programm. Etwa 2.500 Fachbesucher waren dafür nach Baden-Baden gekommen.

Gesundheitssystem in Schieflage

Für Prof. Meurer war dies die zweite Premiere in Baden-Baden. In diesem Jahr die Premiere als Kongresspräsidentin und vor 22 Jahren, um dort den ersten wissenschaftlichen Vortrag ihrer Laufbahn zu halten. Die Frauen unter den Vortragenden konnte man damals an einer Hand abzählen, erinnert sie sich. „Man rief mich auf als Herr Meurer. Ansonsten war man nett zu mir.“ In ihrer Eröffnungsansprache ging sie auf die aktuelle Situation des Gesundheitswesens ein. „Das System ist in Schieflage“, beklagte sie. Kostenbewusstes Handeln sei gut, aber nur, wenn es darum gehe, indiziert zu handeln. „Unsere Aufgabe ist es einzig und allein, den Patienten zu heilen. Was man sich leisten möchte und wie das zu finanzieren ist, ist gesellschaftspolitischer Wille und dort zu diskutieren.“ Prof. Dr. Almut Tempka hatte bei der Pressekonferenz angeprangert, dass das Gesundheitssystem zunehmend entgelt-getriggert funktioniere und dadurch industrialisiert würde – eine Folge davon sei, dass konservative Behandlungsmöglichkeiten kaum noch in Betracht kämen. Die Ankündigung der Bundesregierung, nur noch qualitätsgesicherte Leistungen zu bezahlen, sei lobenswert, aber kurzfristig nicht umsetzbar. Unabdingbare Voraussetzung sei die Qualifikation aller Beteiligten und – vor allem – die Befreiung von ökonomischen Anreizsystemen. Die Verunsicherung der Patienten sei groß, so Prof. Meurer – „das ist für unseren Berufsstand nicht gut, wir verlieren dadurch die Nähe zu unseren Patienten. Wir müssen publik machen, dass wir uns längst und intensiv um Qualität bemühen.“ Wohl auch aus diesem Grund war das Thema „Sicherheit“ allgegenwärtig im Kongressprogramm. Bei der Pressekonferenz sprach Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier aus Rostock, Vorsitzender der AG Implantatsicherheit der DGOU, über die Qualitätsinitiativen der Fachgesellschaften. In der Öffentlichkeit bekannt und sehr positiv aufgenommen sind das Endoprothesenregister und die EndoCert-Initiative der DGOOC. Die Teilnahme am Endoprothesenregister sei bislang freiwillig und müsse in einem nächsten Schritt für alle Kliniken verpflichtend werden. Auch EndoCert sei bislang eine Erfolgsgeschichte – „das sich am schnellsten entwickelnde Zertifizierungssystem im deutschen Gesundheitssystem.“ 400 Kliniken seien bislang zur Zertifizierung angemeldet, 120 tragen das EndoCert-Siegel bereits. In Anbetracht der Qualitätsbestrebungen, die sich die Politik derzeit auf ihre Fahnen schreibt, sind EPRD



Fotos: Fotoatelier Christiane

Aus unserem Fach

und EndoCert die beste Chance, dabei nicht den Anschluss zu verpassen.

Operieren wir zuviel?

Diese Entwicklung ist von unschätzbare Bedeutung für das Fach. Gerade die Orthopädie und Unfallchirurgie ist im Zuge der Diskussion um überhöhte Operationszahlen stark in die Negativschlagzeilen geraten. Das kann man als ungerechtfertigt zurückweisen. Oder man kann sich offen auf eine Diskussion einlassen. Nur in der Konfrontation mit dem Thema lassen sich Zwänge im System aufzeigen, denen Ärzte unterliegen und die sie nicht zu verantworten haben. Bei einer Podiumsdiskussion „Wirbelsäule – Operieren wir zuviel?“ unter der Moderation von Dr. Vera Zylka-Menhorn vom Deutschen Ärzteblatt suchten Experten nach einer Antwort auf die Frage, warum in Deutschland so viel operiert wird. 15 Millionen stationäre Eingriffe werden hierzulande alljährlich durchgeführt – viele davon seien unnötig, manche sogar

schädlich, heißt es in einer Dokumentation mit dem Titel „Vorsicht Operation!“, die im März dieses Jahres auf 3Sat ausgestrahlt wurde. Die in der Baden-Badener Runde versammelten Experten machten für diese Entwicklung mehrere Faktoren verantwortlich: So sei nicht auszuschließen, dass das Fallpauschalensystem zur Vergütung der Krankenhausleistungen Fehlanreize setze. Immer mehr Wirbelsäulenzentren würden gegründet, die unter dem Deckmantel Wirbelsäule das gesamte neurochirurgische, in der Regel gut vergütete Behandlungsspektrum anböten. Insgesamt gebe es zu viele Krankenhausbetten; diese müssten finanziert werden, zur Not eben mit unnötigen Eingriffen – „Wir sind nicht dafür verantwortlich, dass die Politik sich scheut, überflüssige Krankenhäuser zu schließen“, betonte Prof. Dr. Christoph Josten, Direktor der Klinik für Unfall-, Wiederherstellungs- und Plastische Chirurgie am Universitätsklinikum Leipzig. So seien die Patienten aufgrund der Medienberichte zwar verunsichert und oftmals

nur schwer von notwendigen Eingriffen zu überzeugen. Andererseits jedoch seien sie „sehr technikaffin“ und nicht bereit, die Grenzen der Medizin anzuerkennen. Dr. Hermann Locher, niedergelassener Facharzt für O&U in Tettang und Baden-Badener Kongresspräsident 2013, plädierte dafür, dass Orthopäden die „gesamte Klaviatur der konservativen Schmerztherapie beherrschen“ müssten. „Da sind wir nicht gut genug aufgestellt, und es gibt dafür zu wenig ausbildungsberechtigte Zentren.“ Prof. Dr. Raimund Casser, Ärztlicher Direktor des DRK-Schmerzentrums Mainz, plädierte für mehr Vertrauen innerhalb der verschiedenen Disziplinen. „Wir dürfen nicht zulassen, dass sich die operative und konservative Sparte immer weiter auseinander entwickeln.“ Ein weiteres großes Problem seien Zielvereinbarungen in Chefarztverträgen, zumindest wenn sie eine bestimmte Anzahl an Eingriffen vorgeben. „Würden darin bestimmte Qualitätsziele festgeschrieben, könnten sie als Steuerungsinstrument jedoch sehr gut funktionieren“, stellte Jürgen Malzahn vom AOK-Bundesverband fest. „Ich würde mir wünschen, dass die Fachgesellschaften Parameter für solche Qualitätszielvereinbarungen aufstellen würden.“ Alles in allem wünschten sich die Diskutanten ein Gesundheitssystem, in dem sie sich auf ihre ureigene Aufgabe, nämlich die Versorgung der Patienten, konzentrieren könnten.

Frauen in der Medizin

Dass Prof. Meurer sich nicht davor gescheut hat, auch „weibliche“ Themen auf die Kongress-Agenda zu nehmen, war keinesfalls selbstverständlich. Nicht jede weibliche Führungskraft fühlt sich zur Gallionsfigur für die Gleichberechtigung berufen. Doch schon während der Pressekongferenz am ersten Tag waren die Frauen auf dem Podium in der Überzahl. In Anbetracht der zunehmenden und von manchen gar gefürchteten „Feminisierung der Medizin“ war dies ein wichtiges Signal – dafür, dass es sich die Orthopädie und Unfallchirurgie nicht mehr länger leisten kann, dass von den vielen Frauen, die ein Medizinstudium beginnen, nur so wenige in der Führungsriege ankommen. Denn auf der einen Seite ist der medizinische Nachwuchs knapp, auf der anderen Seite nehmen die orthopädischen und unfallchirurgischen Erkrankungen und Verletzungen im Zuge des demo-



Foto: Fotoatelier Christiane

Frauen-Power: Über „Karrierestrategien für Frauen“ diskutierten unter der Moderation von Sabine Rückert (Mitte), stellvertretende Chefredakteurin der „Zeit“, Eva Wunsch-Weber (l.), Vorstandsvorsitzende der Frankfurter Volksbank, Prof. Dr. Natascha Nüssler (2. v.l.), Chefärztin der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und endokrine Chirurgie am Klinikum Neuperlach, Bettina Irmscher (3. v.l.), Kaufmännische Direktorin und Vorstandsmitglied des Uniklinikums Frankfurt, Ines Manegold (2. v.r.), Kaufmännische Geschäftsleiterin der Orthopädischen Uniklinik Friedrichsheim in Frankfurt, und Prof. Dr. Maria Roser Valenti, Institut für Theoretische Physik an der Frankfurter Goethe-Universität.

OUP-JAHRESBESTPREIS



Der OUP-Jahresbestpreis geht in die dritte Runde: Prof. Dr. Jan-Dirk Rompe (Mitte) erhielt den vom Deutschen Ärzte-Verlag mit 1.000 Euro dotierten Preis für seinen Beitrag „Konservative Versorgungsrealität am Beispiel der Behandlung der symptomatischen Gonarthrose – ein Diskussionsbeitrag zum Thema „Operieren wir wirklich zu viel?“, erschienen in der Zeitschrift „Orthopädische und Unfallchirurgische Praxis“ (OUP) 9/2013. Überreicht wurde die Auszeichnung vom VSOU-Vorsitzenden Dr. Thomas Möller und Verlags-Produktmanagerin Marie-Luise Bertram.

CARL-RABL-PREIS



Die VSOU verlieh den mit 5.000 Euro dotierten Carl-Rabl-Preis für die beste Monografie auf dem Gebiet der Orthopädie/Unfallchirurgie und assoziierten Wissenschaften in diesem Jahr an Dr. Elmar Ludolph (l.) für die 13., völlig neu gestaltete Auflage des Buches „Der Unfallmann“. Prof. Dr. Jürgen Heisel, der den Preis überreichte, betonte, dass das Standardwerk für Begutachtung von keiner Krankenhausstation mehr wegzudenken sei. Es gebe drei Wege zum Ruin, gab der Preisträger anschließend zum Besten: „Frauen, Spielen und der Rat eines Experten.“

H.-G.-WILLERT-PREIS



Im Gedenken an Prof. Dr. H. G. Willert verleiht die Orthopädische Gesellschaft für Osteologie den mit 50.000 Euro ausgestatteten H.-G.-Willert-Preis, um die Forschung auf dem Gebiet der Osteologie voranzubringen. In diesem Jahr konnte sich Prof. Dr. Andreas Niemeier (r.) vom UKE in Hamburg über die Finanzspritze freuen. „Damit lässt sich schon was anfangen“, sagte er freudestrahlend zu OGO-Präsident Dr. Hermann Schwarz, der ihm die Urkunde überreichte, und bedankte sich für die „unschätzbare Unterstützung. Damit können wir weiterarbeiten.“

grafischen Wandels immer mehr zu. Gut ausgebildete Ärztinnen aufgrund ihres Geschlechts nicht zum Zuge kommen zu lassen, ist schlicht nicht mehr zeitgemäß. Und doch ist die Chirurgie nach wie vor eine Männerdomäne, in der die Vorstellung des „starken Machers“ herrscht und für Frauen kein Platz gesehen wird. Während heutzutage 45 Prozent der Mediziner weiblich sind, sind Frauen in den chirurgischen Fächern weitaus seltener vertreten – 2012 waren gerade mal knapp 20 Prozent der Chirurgen Frauen. Das zeigte Dr. Regine Rapp-Engels, Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, auf. Sie forderte einen ganzheitlichen Ansatz

beitszeitmodelle in allen Bereichen. Dr. Stefanie Donner vom Jungen Forum O&U schilderte die Schwierigkeiten, mit denen eine Ärztin in Weiterbildung konfrontiert ist, wenn sie ein Kind erwartet und die Schwangerschaft ihrem Arbeitgeber bekannt gibt. In vielen Kliniken wird ein Operations- oder gar komplettes Beschäftigungsverbot ausgesprochen, was zu einer erheblichen Verzögerung der Weiterbildung führen kann. Dabei steht ein explizites Operationsverbot in keinem Gesetz, keiner Richtlinie oder Verordnung. Dr. Donner plädierte deshalb für eine personenbezogene Gefährdungsbeurteilung am Arbeitsplatz,

saal eingesetzt werden möchte oder nicht.

Dass die Diskussion um Chancengleichheit im Beruf noch lange kein alter Hut, sondern hochaktuell ist, machte auch die Podiumsdiskussion mit dem Titel „Karrierestrategien für Frauen“ am zweiten Kongresstag deutlich, moderiert von Sabine Rückert, stellvertretende Chefredakteurin der „Zeit“. Häufig bleibe der qualifizierte weibliche Nachwuchs einfach aus, stellte Maria Raser Valenti, Professorin für theoretische Physik an der Universität Frankfurt/Main, fest. Werde in ihrem Fachgebiet eine Professorenstelle ausgeschrieben, seien unter 80 Bewerbern gerade mal drei bis vier Bewerberinnen. Zwar liege der Frauenanteil im Studium bei 30 bis 35 Prozent – doch auf dem Weg nach oben blieben sie einfach auf der Strecke. Deshalb bräuchten Frauen nicht nur eine Quote für Führungspositionen; die Unterstützung müsse viel früher, schon während des Studiums, beginnen. Ein ganz wesentlicher Punkt – darin waren sich alle Rednerinnen einig – sei eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Prof. Dr. Natascha Nüssler, Chefärztin am Städtischen Klinikum München und Mutter von drei Kindern,

„Unsere Aufgabe ist es einzig und allein, den Patienten zu heilen. Was man sich leisten möchte und wie das zu finanzieren ist, ist gesellschaftspolitischer Wille und dort zu diskutieren.“

Prof. Dr. Andrea Meurer

zur Karriereentwicklung von Frauen: reformierte Weiterbildungsstrukturen, die eine Familienplanung erleichtern; unterstützende Mentoring-Programme für junge Chirurginnen; Kinderbetreuungsangebote, die zu den Arbeitszeiten von Ärztinnen passen; und flexible Ar-

Schutzmaßnahmen wie beispielsweise ein präoperatives serologisches Screening der Patienten oder ein Unterlassen von ionisierender Strahlung während der Operationen und vor allem dafür, eine Schwangere selbst entscheiden zu lassen, ob sie weiterhin im Operations-

Aus unserem Fach

GRUSSWORTE DER PRÄSIDENTEN

Bei der Eröffnungsveranstaltung brachten die Präsidenten der Fachgesellschaften und des Berufsverbandes ihre Grußworte dar. DGOOC-Präsident Prof. Dr. Henning Windhagen betonte „die vielen Erfolge in unserem Fach“ – über diese werde zwar nicht berichtet, nichtsdestotrotz seien sie vorhanden, man denke nur an die Fortschritte in der Arthroskopie, in der Gleitpaarung oder bei bruchsicheren Implantaten. Vor diesem Hintergrund rate er zu mehr Resilienz: „cool bleiben und weitermachen, nicht so sehr auf das hören, was tagtäglich gegen uns vorgebracht wird.“ DGU-Präsident Prof. Dr. Bertil Bouillon dankte für die prominente Platzierung unfallchirurgischer Themen im Kongressprogramm und betonte die größere Durchschlagskraft der O&U. „Wir stoßen auf größeres Gehör bei der Politik – das hätten wir als Einzelfächer nicht erreicht.“ Außerdem sei die O&U als großes Fach mit vielen Gestaltungsmöglichkeiten sehr attraktiv für den Nachwuchs. BVOU-Kongresspräsident Johannes Flechtenmacher mahnte, dass man nicht zulassen dürfe, dass große Teile des Faches an andere Fachgruppen fallen. Fortbildungsangebote dürfe man nicht unter Marketingaspekten betrachten, sondern durch die berufspolitische Brille.

betonte, dass in der Medizin eine Auszeit von einem Jahr nach der Geburt eines Kindes durchaus möglich sei, ohne den Anschluss im Beruf völlig zu verpassen. Allerdings setzten viele Medizinerinnen drei bis fünf Jahre aus und kehrten danach nicht in Vollzeit in ihren Beruf zurück. Dann werde es schwierig mit der Karriere. Doch jede Frau müsse die Möglichkeit haben, ihren eigenen Weg zu gehen und dabei mit Kinderbetreuungsangeboten und flexiblen Arbeitsmöglichkeiten unterstützt werden. Dafür müssten auch althergebrachte Rollenbilder überwunden werden. Noch immer fühlen sich in der Regel ganz automatisch Mütter für kranke Kinder oder Töchter für pflegebedürftige Eltern zuständig. Vielleicht gelingt der Generation Y ein Wertewandel. Wenn Berufsanfänger sich für eine ausgeglichene Work-Life-Balance stark machen, dann vielleicht ja auch, weil Männer zunehmend an der Erziehung ihrer Kinder und am Haushalt teilhaben möchten. Es wäre – nicht nur den Frauen, sondern gerade auch den Männern – zu wünschen.

Angebote für den Nachwuchs

Zumindest beim Tag der Vorklinik äußerten junge Mediziner beiderlei Geschlechts den Wunsch danach. Ausgerichtet vom Jungen Forum O&U in Zusammenarbeit mit den Youngster's O&U, wurden Studierende der Vorklinik in Vorträgen und Workshops mit der Orthopädie und Unfallchirurgie vertraut gemacht. Daneben fanden spezielle Workshops für Assistenten in der Weiterbildung statt, die zu großen Teilen von renommierten ASG-Fellows geleitet wurden. Anders als in den Vorjahren wurden zu unterschiedlichen

Themengebieten Kurse angeboten, die mit Einführungsreferaten begannen. Im Anschluss wurden die Assistenten/innen Schritt für Schritt an verschiedene Operationstechniken herangeführt. Dies beinhaltete insbesondere die praktische Übung an Modellen und Saw-Bones. Der VSOU-Nachwuchsförderpreis in Höhe von 750 Euro, der von der Firma Humanitis gesponsert wird, ging in diesem Jahr an Frauke Grottko, Greifswald. Sie hielt einen Vortrag über die „Entwicklung eines effizienten in vivo Modells zur Untersuchung neuer Implantatmaterialien“.

Neue Möglichkeiten für Rheuma-Patienten

Wie schon in den Vorjahren fand auch ein Patiententag statt. Als eines der Kernthemen der Orthopäden stand in diesem Jahr Rheuma im Mittelpunkt. Circa 100 interessierte Besucher kamen in den Weinbrennersaal des Kurhauses nach Baden-Baden und nutzten die seltene Gelegenheit, sich von Experten eines Fachkongresses kostenlos informieren und beraten zu lassen.

Tag der Technischen Orthopädie

Zum zweiten Mal fand in Baden-Baden der Tag der Technischen Orthopädie statt. Den Auftakt bildete der „mittlerweile lieb gewonnene Mittagsbrunch“, so Klaus-Jürgen Lotz, Präsident des BIV-OT, der die zahlreichen Gäste begrüßte. Der Baden-Badener Kongress sei „ein besonderer Kongress, wo abseits von jeder hektischer Kontakte geknüpft und nette Gespräche geführt werden können.“ Seit vor vier Jahren im Rahmen der OTWorld (damals noch Orthopädie + Reha-Technik Kongress und Fachmesse) der Fachbeirat

Technische Orthopädie aus Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen unter dem Vorsitz von Matthias Bauche, Vizepräsident des BIV-OT, Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Ärztlicher Direktor der Klinik Münsterland, und Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier, Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik am Universitätsklinikum Rostock, gegründet wurde, hat sich einiges getan. Der Tag der Technischen Orthopädie ist ein anerkanntes Forum geworden, bei dem Ärzte und Orthopädie-Techniker zusammentreffen, um Wissen und Erfahrungen auszutauschen. Sowohl von der VSOU-Frühjahrs-tagung als auch vom Jahreskongress der Fachgesellschaften, dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie im Oktober in Berlin, wo er in diesem Jahr bereits in die vierte Runde geht, ist er nicht mehr wegzudenken. Bisheriger Höhepunkt der Zusammenarbeit ist das Weißbuch Technische Orthopädie, das Lotz dem unfallchirurgischen Kongresspräsidenten 2015, Prof. Dr. Volker Bühren, Direktor der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau, überreichte. Dabei dankte er den über 60 Referenten, die innerhalb von zehn Monaten in einem „absoluten Kraftakt“ das Weißbuch realisiert und möglich gemacht haben.

Ausblick Baden-Baden 2015

Bei der 63. Jahrestagung der VSOU vom 30. April bis 2. Mai 2015 gibt es erneut eine Besonderheit. Erstmals wird die Tagung von einer Doppelspitze aus Orthopädie und Unfallchirurgie gemeinsam geleitet. Zwei Kongresspräsidenten zeichnen dann für den Kongress verantwortlich: Prof. Dr. Thomas Horstmann, Bad Wiessee, und Prof. Dr. Volker Bühren, Murnau. Schwerpunktthemen werden Sport, Gelenkerhalt – Gelenkersatz, Prävention/Rehabilitation sowie Entwicklung und Fortschritt sein.

Jana Ehrhardt-Joswig



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



Univ.-Prof. Dr. Andrea Meurer, Friedrichsheim Frankfurt, war die erste Frau an der Spitze der Frühjahrstagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen.

INTERVIEW

„Bis zur Chancengleichheit ist es noch ein weiter Weg“

Univ.-Prof. Dr. Andrea Meurer war Präsidentin der 62. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen. Sie hob nicht nur wissenschaftliche Schwerpunktthemen auf die Kongress-Agenda, sondern auch gesellschaftspolitische Fragestellungen wie die Karrierechancen von Frauen oder steigende Operationszahlen. In unserem Interview erklärt sie, warum ihr das so wichtig ist.

Da Sie die erste Frau an der Spitze dieses Kongresses sind, komme ich nicht umhin, mit Ihnen über das Frauenthema sprechen.

Prof. Meurer: Das sollen Sie sogar.

Es gibt ja viele Frauen in Führungspositionen, die das gar nicht thematisieren möchten. Bei Ihnen hingegen habe ich den Eindruck, dass es für Sie eine Art persönliche Verpflichtung war, das Thema anzusprechen.

Genau richtig beobachtet. Erst vor drei Tagen musste ich mir anhören, dass ich den Frauenfaktor ausnutze. Was heißt das denn? Frauenfaktor – ist das ein tie-

fer Ausschnitt und ein kurzer Rock? Ich finde das absolut diskriminierend. Ich mag mir solche Kommentare nicht mehr anhören. Und deshalb musste das Thema auf die Kongress-Agenda. Als ich vor über 20 Jahren angefangen habe, da waren wir so wenige Frauen, dass man uns an einer Hand abzählen konnte. Heute sind Frauen in unserem Fach Alltag. Wir haben sehr viele Studienabsolventinnen, viele Jungassistentinnen – aber auf dem Karriereweg durch die Kliniken hindurch in höhere Berufsgrade, Oberarztstellen, Habilitationen bis hin zu Chefarztpositionen bröckelt ihre Zahl immer mehr ab. Woran liegt das? Darüber müssen wir uns Gedanken machen.

Vielleicht ist mit Frauenfaktor ja so etwas wie die Frauenquote gemeint ... Wie stehen Sie dazu? Bei der Podiumsdiskussion „Karrierestrategien für Frauen“ haben typischerweise die meisten Frauen auf dem Podium, die ja allesamt in hohen Führungspositionen tätig sind, die Quote abgelehnt. Tun Sie das auch?

Eine Quote per se ist sicherlich nichts Gutes. Es heißt dann immer gleich, die Frau hat ihren Job, weil sie politisch gewollt und nicht, weil sie gut ist. Aber ich sehe es genau wie Frau Bühnen (die frühere Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes – *Anm. d. Red.*), die gesagt hat, dass wir bislang die Männerquote hatten. In den Spitzenpositionen gab es

Aus unserem Fach

ja nur Männer. Warum sollte man jetzt nicht versuchen, die Frauen mit Hilfe der Quote nach vorne zu bringen? Nur so kann ein Rollenmodell für weibliche Führungskräfte entstehen. Woran sollen sich die jungen Frauen denn sonst orientieren?

Wie sieht es aus, das Rollenmodell für weibliche Führungskräfte?

Auf keinen Fall sollte man seine frauliche Identität aufgeben und – was für ein schrecklicher Begriff – zum Mannweib werden. Unsere frauliche Stärke ist unser Charme, unser ausgleichendes Wesen, unsere Weichheit. Wenn eine Frau bei einer Männerrunde dazu stößt, ändert sich der Tonfall, wird insgesamt sanfter, ruhiger, weniger robust. Das ist etwas Positives. Ich habe schon sehr häufig von Männern gehört, dass sie es mögen, wenn eine Frau dabei ist, weil es dann zivilisierter zugeht. Das sollten wir bewusster einsetzen. Was wir nicht einsetzen sollten, sind Ausschnitt und Rocklänge. Aber wir müssen auch nicht alle dunkle Hosenanzüge tragen.

Gibt es einen weiblichen Führungsstil?

Ja, das glaube ich zutiefst. Ich bin kein lauter Typ und kein Mensch, der andere unter Druck setzt. Wenn wir neue männliche Mitarbeiter bekommen, die noch nie unter einer Frau gearbeitet ha-

Warum sollte man nicht versuchen, Frauen mit Hilfe der Quote nach vorne zu bringen? Nur so kann ein Rollenmodell für weibliche Führungskräfte entstehen.

durch Freundlichkeit bringt man seinem Gegenüber ja auch Wertschätzung entgegen.

Nehmen männliche Kollegen es übel, dass Sie sie überflügelt haben – und das auch noch ohne Quote?

Durchaus. Also längst nicht alle. Ich habe sehr viel Unterstützung, Wohlwollen und Hilfestellung gerade auch von männlichen Kollegen erfahren. Es wäre also gemein zu sagen, das ist typisch männlich. Aber es gab Versuche, mich zu diskreditieren – wenn auch nur wenige.

Führungsqualitäten haben ja auch damit zu tun, dass man sie sich zutraut. Woher haben Sie Ihr Selbstvertrauen?

Ein großes Stück davon haben mir meine Eltern mitgegeben. Die haben mir immer vermittelt, dass ich etwas Besonderes bin und Fähigkeiten besitze, die sie gefördert haben. Sie haben mich ermutigt zu studieren, einen Beruf zu ergreifen und selbstständig zu sein. Gerade meine Mutter, die bei uns ganz klassisch für Haushalt und Kindererziehung zuständig war, hat mir immer gesagt, dass ich mich

ich hatte das Glück, Menschen zu treffen, die mich gefördert und zum Beispiel auf die Idee gebracht haben, dass ich habilitieren könnte. Dann habe ich mir vorgenommen, Chefarztin zu werden. Ich glaube schon, dass es wichtig ist, irgendwann eine Vision davon zu haben, wer man sein möchte. Nur dann kann man tun, was man tun muss, um es zu erreichen. Ich fürchte, dass junge Frauen dazu tendieren, die Verantwortung für ihren eigenen Weg abzugeben. Dass sie genau diese Vision von sich selbst nicht entwickeln. Sondern abwarten und davon ausgehen, dass irgendeiner kommt und sieht, was für tapfere, brave Arbeit sie über all die Jahre geleistet haben, so dass sie die höhere Position jetzt redlich verdient haben.

Man – oder besser frau – sollte also den Mund aufmachen und sagen: Seht her, was ich geleistet habe?

So ist es. Das Understatement ist uns ja anezogen. Wir sind es nicht gewöhnt, uns auf die Brust zu trommeln. Das müssen wir aber lernen. Geschickte Selbstvermarktung bringt einen weiter als Zurückhaltung.

Chancengleichheit – eine Utopie?

Ich glaube, dass wir Frauen noch einen langen Weg vor uns haben, bis wir von Chancengleichheit sprechen können. Ein gutes Beispiel dafür ist, dass gerade ein sehr renommierter Herrenclub entschieden hat, weiterhin keine Frauen aufzunehmen, seien sie auch noch so erfolgreich in genau den Geschäftsbereichen, in denen auch diese Herren unterwegs sind. Es kommt oft vor, dass Frauen ausgegrenzt werden. Sehen Sie sich den Kollegialverbund einer Klinik an. In der Regel sind die männlichen Chefarzte in der Überzahl. Chefarzt X fragt doch nicht die Kollegin Y, ob sie abends auf ein Bier mitkommt. Das machen die Männer untereinander, das ist eine andere Art des Miteinanders.

Im Grunde genommen beginnt das ja schon zu Hause. Studien zeigen, dass Frauen immer noch ganz selbstverständ-

Es ist wichtig, irgendwann eine Vision davon zu haben, wer man sein möchte. Nur dann kann man tun, was man tun muss, um es zu erreichen.

ben, merke ich, dass die oft ein Problem damit haben, sich auf diese Art von Führung einzustellen. Wenn ich sage ‚Wären Sie so freundlich‘, dann verstehen sie das nicht als Aufforderung, sondern als höfliche Anfrage, der sie nicht unbedingt nachkommen müssen. Eigentlich ist es aber ein Befehl. Es hat eine Weile gedauert, bis ich das begriffen habe. Wir müssen uns bewusst machen, dass Männer und Frauen unterschiedlich kommunizieren, einen anderen Sprachduktus haben. Bei mir hat das dazu geführt, dass ich den männlichen Kollegen den Unterschied erkläre. Von dem Moment an funktioniert es. Im Grunde schätzen Männer den kollegialen und akzeptierenden Führungsstil sehr –

auf meine eigenen Füße stellen soll. Das hat mich mit der Zuversicht ausgestattet, dass ich das auch kann.

Spielt auch die Persönlichkeit, der Charakter eine Rolle?

Ich glaube schon. Ich konnte als Kind nie stillsitzen, wollte immer weiter, irgendetwas erreichen. Ich bin ehrgeizig und kann mich einfach nicht so schnell zufriedenen geben.

Haben Sie Ihren Lebenslauf geplant?

Der Zufall hat eine große Rolle gespielt – schon allein, dass ich zur Orthopädie gekommen bin, war purer Zufall. Aber

lich den überwiegenden Anteil an Haushalt und Kindererziehung übernehmen, auch wenn sie berufstätig sind.

Das beobachte ich auch. Wenn junge Kolleginnen schwanger werden, dann sind die weg. Dann ist auf einmal das Kind der Mittelpunkt der Welt, und das ist ja auch nachvollziehbar. Ich habe nur leider den Eindruck, dass manche sich dahinter verstecken. Die sagen, sie würden gern Karriere machen, das ginge aber nicht wegen der Kinder. Das liegt zum Teil an den Partnerschaften, die sie führen: Ich bin überrascht, wie stark auch junge Kollegen an einer hierarchischen Familienstruktur festhalten. Da bleibt ganz selbstverständlich die Frau zu Hause, wenn das Kind krank ist. Das gilt übrigens auch für die Betreuung von Eltern – meistens sind es die Töchter, die sich kümmern, wenn die Eltern Hilfe brauchen. Wir brauchen für die jungen Frauen – und auch für die jungen Männer – neue Konzepte.

Womit wir beim Thema familienfreundliche Arbeitszeiten angelangt wären. Mal ganz ehrlich: Sind die in einem chirurgischen Fach realistisch?

Sie sind nicht unrealistisch. Aber ausgesprochen schwierig. Eine Frau ist durchaus in der Lage, von acht bis 12 zu operieren, und notfalls kann ein anderer die OP zu Ende führen, das geht in anderen Situationen ja auch. Es ist nur nicht sehr befriedigend, um 12 das Skalpell aus der Hand zu legen und einen anderen weitermachen zu lassen. Aber das muss jeder für sich entscheiden, ob er das in Kauf nehmen möchte. Fakt ist, dass die Frage sich oft überhaupt nicht stellt – es werden ja nicht immer zwei Frauen gleichzeitig schwanger, die sich dann eine Stelle teilen könnten. Es scheitert also eher an den Personalressourcen denn an den Arbeitsumständen. Wir brauchen einfach mehr Personal, um flexibler planen zu können. An dieser Stelle ist die Politik gefordert.

Kommen wir auf die wissenschaftlichen Inhalte Ihres Kongresses. Eines Ihrer Hauptthemen ist die Sicherheit. Ganz schlicht gefragt: Warum?

Sicherheit ist in der Medizin das wichtigste Thema überhaupt, und sie gerät gerade in der Chirurgie für den Patienten ins Wanken. Er ist krank und verliert damit

seinen Körper als Partner. Die Ärzte greifen in diesen Körper ein – dafür muss der Patient seine Intimsphäre aufgeben. Ich glaube, gerade in der Chirurgie fühlen sich die Patienten ausgeliefert, weil sie ja während einer OP ausgeschaltet werden und einen totalen Kontrollverlust erleben. Das gilt aber auch ganz allgemein: Den Menschen wird durch Negativschlagzeilen –

Das System setzt falsche Anreize, wenn es sich für mich als Arzt besser rechnet, einen Patienten zu operieren als mit ihm zu reden.

Ärztepfusch, Gift im Körper, versagende Prothesen – jegliches Sicherheitsgefühl im Umgang mit der Medizin genommen. Die Patienten werden immer unsicherer, holen sich Zweit-, Dritt-, Viertmeinungen ein. Wir Ärzte und auch die Industrie sind aufgerufen, den Patienten wieder mehr Sicherheit zu geben.

Müssen Ärzte besser kommunizieren? Den Negativschlagzeilen etwas entgegengesetzen?

Auf jeden Fall. Wir müssen mehr mit den Patienten reden. Aber das ist perfide, weil das Gespräch im DRG-System nicht gewertet ist. Den niedergelassenen Kollegen geht es genauso. Um dem Patienten ein Gefühl von Sicherheit vermitteln zu können, muss man aber mit ihm reden, seine Gedanken aufnehmen, seine Gefühle respektieren. Nur so kann sich der Patient auch aufgehoben fühlen. Da brauchen wir eine dringende Korrektur im System. Das System setzt falsche Anreize, wenn es sich für mich als Arzt besser rechnet, einen Patienten zu operieren als mit ihm zu reden. Dadurch sind ja im Grunde genommen die gesamten konservativen Inhalte des Faches in Gefahr geraten.

Sicherheit hat natürlich auch etwas mit der Qualität unserer Arbeit zu tun. Wir haben einen Bundesgesundheitsminister, der sich die Qualität auf die Fahnen schreibt. Um die Qualität unserer Arbeit kümmern wir Ärzte uns längst und intensiv. Nur offensichtlich kommunizieren wir es nicht genug.

Es heißt immer, die deutschen Patienten seien sehr anspruchsvoll, sehr technikaffin. Erleben Sie das auch so?

Ja, absolut. Die Patienten kommen zu mir in die Sprechstunde und haben schon

alles, was es an Diagnostik gibt. Die haben ein Röntgenbild, die haben MRT, die haben ein CT – die bringen also so einen Stapel an Untersuchungen mit und wollen von mir dann wissen, was sie haben. Dafür bräuchte ich diese ganzen Befunde gar nicht immer unbedingt. Wir müssen nicht immer die maximale Diagnostik betreiben, um eine Diagnose zu

stellen. Das sind die Blüten, die dieses System treibt.

Eine andere Blüte sind die steigenden Operationszahlen. Operieren wir zu viel, um das Thema einer anderen Podiumsdiskussion aufzugreifen?

Ach, das kann man so pauschal gar nicht sagen, und bei der Podiumsdiskussion wurde diese Frage ja weder bejaht noch verneint. Die Medien lancieren, dass wir zu viel operieren, und dadurch entsteht beim Patienten ein falsches Bild. Gerade beim Themenkomplex der Wirbelsäule ist das sehr vielschichtig. Die konservative Therapie ist zu schlecht gewichtet, und die Politik ist gefragt, dort Verbesserungen anzubieten, damit wir die Möglichkeit haben, die Patienten intensiver vorzusortieren und zu prüfen, wer die OP braucht und wer nicht.

Andererseits heißt eine hohe Operationszahl ja noch lange nicht, dass zu viel operiert wird. Ich sehe sie vielmehr als Maßstab dafür, wie gut unsere Gesundheitsfürsorge ist. Es gibt Länder, in denen 70-Jährige keine Endoprothese mehr bekommen. In Deutschland wird auch 92-Jährigen ein Kunstgelenk eingebaut, wenn es dazu führt, dass sie schmerzfrei und selbstständig leben können. Das ist etwas durchweg Positives. Insofern sind die Zahlen an sich plakativ und medial sehr gut aufzuarbeiten, aber sie sagen über die Qualität unserer Versorgung nichts aus.

Wie hängt das mit der Revisionschirurgie – Ihrem zweiten Schwerpunktthema – zusammen?

Das muss man im Kontext sehen. Die Implantatchirurgie, wie wir sie betreiben, führt zwangsläufig zur Revision.

Aus unserem Fach

Die Implantate halten immer länger, aber die Menschen werden immer älter. Früher ist ein Mensch mit Hüftprothese gar nicht so alt geworden, dass er eine Wechseloperation erlebt hätte. Es rollt also eine große Welle an Revisionen auf uns zu. Der ältere Mensch im Krankenhaus – dieses Thema wird immer mehr an Bedeutung gewinnen. Übrigens wieder ein Thema, das im DRG-System nicht abgebildet ist.

Folgerichtig haben Sie den älteren Menschen in O & U ebenfalls auf die Kongress-Agenda genommen. Sind wir denn für den demografischen Wandel gewappnet?

Fachlich sind wir gerüstet. Wir haben sehr viele gute Konzepte, damit umzugehen. Auch gesellschaftlich sind wir insofern gewappnet, als dass bei uns Konsens herrscht, dass niemand aufgrund seines Alters eine Therapie nicht erhält – ein Plus unseres Sozialsystems. Aber finanziell sind wir nicht gewappnet, weil diese Patienten nun mal mehr kosten. Der durchschnittliche Hüftpatient kann

Eine hohe Operationszahl heißt noch lange nicht, dass zu viel operiert wird. Ich sehe sie vielmehr als Maßstab dafür, wie gut unsere Gesundheitsfürsorge ist.

nach fünf Tagen entlassen werden. Das ist mit einem 85-Jährigen nicht zu schaffen. Die Krankenhäuser müssen dafür, dass sie diese Patienten länger behalten – einfach weil es gar nicht anders geht – Abschlüsse hinnehmen. Das kann nicht sein. Das wird am Ende dazu führen, dass niemand mehr diese älteren Patienten operieren möchte. Da ist die Gesellschaft gefragt: Wie viel Heilung zu welchem Preis gewünscht ist, ist zuallererst ein gesellschaftspolitisches und kein medizinisches Problem.

Welches sind denn die medizinischen Herausforderungen im Umgang mit älteren Patienten?

Es sind multimorbide Patienten. Die haben Gicht, Hypertonus, Diabetes – alles auf einmal. Das Management dieser Patienten geht weit über das Chirurgische

hinaus. Zudem werden wir uns stärker um das Thema Demenz kümmern müssen. Wir müssen uns also überlegen, wie wir geriatrische Kollegen stärker in die Operationszentren integrieren können.

Schlussendlich steht noch die Kinderorthopädie auf dem Programm – weil diese Ihr persönliches Steckenpferd ist?

Das ohnehin, ganz klar. Es gibt aber noch einen viel wichtigeren Grund. Wir steuern in Deutschland in der Kinderorthopädie auf ein Versorgungsproblem zu. Es ist längst nicht mehr so, dass die Krankenhäuser flächendeckend kinderorthopädisch gerüstet sind. Auch das liegt wieder am Geld: Kinderorthopädie rechnet sich einfach nicht. Die jungen Kollegen streben in die Endoprothetik, die Wirbelsäulenchirurgie, die Arthroskopie. Sich mit einem syndromalen Kind auseinanderzusetzen, das erfordert ein anderes Herz. Es gibt heute schon Krankenhäuser ohne Kinderorthopädie. Manchmal kommen Eltern mit ihrem schwerkranken Kind 300 Kilometer weit zu mir gefahren – es graust mich, dass sie das auf sich nehmen

müssen, weil es keine andere Möglichkeit für sie gibt. Das halte ich für falsch. Ich wollte der Kinderorthopädie eine gewisse Schwere geben, indem ich sie sehr stark in den Vordergrund rücke. Interessanterweise sind die kinderorthopädischen und kindertraumatologischen Workshops, die zum ersten Mal angeboten worden sind, am stärksten gebucht worden.

Nächstes Jahr gibt es ja eine Doppelspitze: einen Präsidenten mit orthopädischem und einen mit unfallchirurgischem Hintergrund. Der Baden-Badener Kongress gilt traditionell als der Kongress für die Niedergelassenen. Wird er sich davon weg entwickeln?

Das glaube ich nicht. Man kann ja das eine tun, ohne das andere zu lassen. Ein orthopädisch-unfallchirurgisches Team kann den Kongress leiten und trotzdem

Themen für die niedergelassenen Kollegen anbieten. Der Präsident von orthopädischer Seite, Prof. Horstmann, ist konservativer Mediziner. Er wird entsprechende Themen aufgreifen, sicherlich mehr als ich, die ich eher operativ tätig bin. Außerdem ist es ja nun einmal so: Wir haben eine gemeinsame Weiterbildung, und unsere jungen Assistenten denken schon lange nicht mehr in O oder U. Da wachsen Orthopäden und Unfallchirurgen heran. Es wird noch eine Generation dauern, aber dann wird niemand mehr O&U getrennt voneinander sehen. Ein Kongress hat die Aufgabe, alle Facetten des Gebietes zu demonstrieren. Insofern habe ich die Entscheidung für eine Doppelspitze sehr begrüßt und halte sie für absolut richtig.

Eine letzte Frage: Was war Ihre größte Herausforderung bei diesem Kongress?

Die größte Herausforderung während des Kongresses war tatsächlich, überall da zu sein, wo ich gern gewesen wäre und die Aufmerksamkeit gegeben hätte, die die Menschen verdient hätten. Aber ich hatte so viele gesetzte Termine, dass das schier unmöglich war. Eine echte Herausforderung war außerdem, dass der Festredner am Morgen der Kongresseröffnung absagen musste. Ich hatte das Gefühl, vor mir öffnet sich der Boden. Ansonsten finden die Herausforderungen im Vorfeld eines Kongresses statt, bei der Zusammenstellung des Programmes. Aber ich hatte viele gute Geister, die all die kleinen Katastrophen, die dabei aufgetreten sind, geregelt haben. Insofern war der Kongress für mich eigentlich sehr entspannt.

Vielen Dank für das Gespräch!

Das Interview führte Jana Ehrhardt-Joswig.



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



40 Studierende aus ganz Deutschland kamen am 2. Mai 2014 nach Baden-Baden zum Tag der Vorklinik.

TAG DER VORKLINIK

Premiere war ein voller Erfolg



Im Rahmen der 62. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen in Baden-Baden fand am 2. Mai 2014 – organisiert von der Sektion Nachwuchsförderung des Jungen Forums O&U – erstmals ein „Tag der Vorklinik“ für Studierende der Medizin statt. Die Teilnehmer bewerteten den Tag sehr gut. 2015 soll es weitergehen.

Die Begeisterung und das Feuer für O&U möglichst frühzeitig während des Studiums zu entfachen – das war die Idee hinter dem Tag der Vorklinik für Studierende der ersten sieben Semester. Dr. Jan Philipp Schüttrumpf (Sektionsleiter Nachwuchsförderung des Jungen Forums O&U, Göttingen) und die beiden Göttinger Medizinstudentinnen Stefanie Weber und Luisa Peter (YOUngster's O&U, studentische Vertretung der Sektion Nachwuchsförderung) organisierten den Tag.

Über ein Onlinebewerbungsverfahren waren 40 Studentinnen und Studenten ausgewählt und nach Baden-Baden zur Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e.V. (VSOU) eingeladen worden. Dr. Schüttrumpf und Prof. Perl, vom Jungen Forum O&U begrüßten die Teilnehmer und teilten sie in Gruppen von je zehn Studierenden ein. Jede Gruppe bekam zwei Assistenzärzte als Tutoren zugeteilt. Danach folgte eine offizielle Be-

grüßung durch die Kongresspräsidentin Frau Prof. Meurer.

Anschließend besuchten die Studierenden zusammen mit ihren Tutoren eine wissenschaftliche Sitzung, um direkt in die Welt von O&U einzutauchen. Als nächste Highlights standen ein Sonogra-

fie- und Osteosynthese-Workshop, bei welchen die Tutoren mit Rat und Tat zur Seite standen, auf dem Programm. Den Abschluss des Tages stellte eine eigene Sitzung mit dem Titel „Nachwuchs in O&U“ dar. Hierbei wurden die berufspolitische Arbeit und auch die Erfolge des Jungen Forums O&U vorgestellt, wobei



Die Organisatoren des Tages der Vorklinik mit Kongresspräsidentin Prof. Andrea Meurer (Mitte): Prof. Dr. Mario Perl (l.), Dr. Jan Philipp Schüttrumpf (2.v.l.), Stefanie Weber (2.v.r.) und Luisa Peter (r.)

Aus unserem Fach

Bewertetes Kriterium	Mittelwert	Standardabweichung	ausgewertete Evaluationsbögen
Begrüßung	1,8	±0,7	39/40
allgemeiner Ablauf	1,4	±0,5	40/40
Verpflegung	2,1	±1,2	40/40
Verabschiedung	1,5	±0,6	32/40
wissenschaftliches Programm	1,3	±0,5	33/40
Sonografie-Workshop	1,3	±0,5	40/40
Osteosynthesekurs	1,2	±0,5	40/40
Gespräche mit Tutoren und Organisatoren	1,3	±0,5	40/40
Gesamtbewertung	1,5	±0,6	40/40

Tab. 1 Evaluationsergebnis des ersten Tages der Vorklinik

die bereits etablierten Nachwuchsprogramme in einem separaten Vortrag präsentiert wurden (Tag der Studierenden, Road Show, Summer School, Wahlfach O&U). Es folgten Tipps und Tricks für Fakulturen und das Praktische Jahr sowie ein kritischer Vortrag zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Nach einer anregenden Diskussionsrunde zu allgemeinen sowie berufspolitischen Themen mit den Studierenden und allen Tutoren wurde eine Evaluation durchgeführt und wurden die jungen Kollegen verabschiedet.

Auswertung

Alle 40 angemeldeten Teilnehmer/-innen – von Greifswald bis München – reisten nach Baden-Baden und nahmen an der Veranstaltung teil. Das Geschlechterverhältnis betrug 1 : 1 und das mittlere Fachsemester der Studierenden lag bei 5 (± 2). Alle Studierenden gaben an, dass ihre Erwartungen erfüllt oder sogar übertroffen wurden. Die Evaluationsergebnisse der Veranstaltung sind in ► **Tabelle 1** dargestellt.

Die Premiere des ersten Tages der Vorklinik verlief reibungslos, und es herrschte ein harmonisches Miteinander, eine angenehme Lernatmosphäre sowie ein reger Meinungsaustausch zwischen Teilnehmern und Tutoren während des gesamten Tages. Eine Fortführung der Veranstaltung bei der 63. Jahrestagung der VSOU im Jahr 2015 ist bereits mit den Verantwortlichen besiegelt worden – wir machen weiter und kommen wieder!

Danksagung

Unser Dank gilt der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. sowie dem Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. für die ideelle und finanzielle Unterstützung der Veranstaltung. Außerdem danken wir dem Gastgeber, der Vereinigung der Süddeutschen Orthopäden und Unfallchirurgen e.V., für die Unterstützung vor Ort und die Bereitstellung der Infrastruktur und natürlich den Tutoren für ihre Hilfsbereitschaft.

Dr. Jan Philipp Schüttrumpf
Junges Forum O&U

Stefanie Weber
Luisa Peter
YOUngster's O&U des Jungen Forums
O&U



Dr. Jan Philipp Schüttrumpf,
Sektionsleiter
Nachwuchsförderung
des Jungen Forums O&U,
Universitätsmedizin
Göttingen **Kontakt:**
j.p.schuettrumpf@med.
uni-goettingen.de

HINWEIS

Der Originalartikel über den Tag der Vorklinik ist in der Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie erschienen. Die hier veröffentlichte, gekürzte Version ähnelt dem Original in großen Teilen (Textpassagen und Abbildungen) und ist außerdem in der Zeitschrift OUP abgedruckt.

LUST MITZUMACHEN?

Wer Interesse an der Arbeit des Jungen Forums O&U hat oder sich daran beteiligen möchte, findet Informationen im Internet: www.jf-ou.de



Folgen Sie uns auf Facebook:
www.facebook.com/Junges-ForumderDGOU

KONSERVATIVE ORTHOPÄDIE

Memorandum zur OU-Therapie aus einer Hand vereinbart

Man ist sich ja gegenseitig nicht unbekannt, trotzdem ist das Zusammentreffen für die Bearbeitung eines sehr aktuellen Bereiches auch für diese Teilnehmer Neuland. Spannend war es, aber nicht angespannt, als sich Vertreter der Wissenschaftsgesellschaften und des BVOU trafen, um ein gemeinsames Anliegen in erste Projekte zu gießen: die Stärkung der Orthopädischen Rheumatologie / Konservativen Orthopädie. Das Treffen fand zum VSOU in Baden-Baden statt.

Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften DGOU, DGOOC, DGU und DGORh haben zu diesem Zweck die Interessengemeinschaft Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie und der BVOU das Referat Orthopädische Rheumatologie/Nichtoperative Orthopädie und Unfallchirurgie gegründet (Teilnehmer siehe Kasten). Sprecher der IG sind Prof. Dr. Bernd Kladny, Prof. Dr. Stefan Rehart sowie Dr. Matthias Psczolla. Das Referat wird von Reinhard Deinfelder, Prof. Dr. Wolfgang Rütger

und Dr. Uwe Schwokowski geleitet; der Verbindungsmann im Vorstand ist BVOU-Vize Helmut Mälzer.

Das erste Zusammentreffen erfolgte in Form einer Telefonkonferenz im Februar. In Baden-Baden, beim ersten persönlichen Aufeinandertreffen, fanden sich Referat und Interessengemeinschaft in einer gemeinsamen Sicht auf die verschiedenen Ebenen ihres Anliegens wieder, wie sie sich in der Namensgebung von

Referat und IG widerspiegeln. Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie ist die hierzulande jedem Orthopäden und Unfallchirurgen vertraute Begrifflichkeit. Orthopädische Rheumatologie ist das Vehikel, O&U zu europäisieren – im europäischen Spiel zu halten. Und sie ist die Hülle um die konservativen Inhalte. Mit der reformierten Zusatzweiterbildung – weniger operative Anteile – wird der konservative Stellenwert des Faches erhalten und ausgebaut.

KÖPFE



Prof. Dr. Bernd Kladny,
Sprecher der IG Konservative
O&U



Prof. Dr. Stefan Rehart,
Sprecher der IG Konservative
O&U



Dr. Matthias Psczolla,
Sprecher der IG Konservative
O&U



Reinhard Deinfelder,
Leiter Referat ORh/Nichtop.
O&U



Prof. Dr. Wolfgang Rütger,
Leiter Referat ORh/Nichtop.
O&U



Dr. Uwe Schwokowski,
Leiter Referat ORh/Nichtop.
O&U



Helmut Mälzer,
Verbindungsmann im BVOU-
Vorstand

Aus unserem Fach

Das Referat und die IG sind ein zentrales Projekt in der Zusammenarbeit von Orthopäden und Unfallchirurgen. Das Treffen in Baden-Baden ergab eine Agenda, die beide Seiten jetzt gemeinsam abarbeiten wollen.

Weiterbildungsordnung

Die modifizierten Inhalte der Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie wurden auf der WIKI-Plattform von anderen Fachgebieten intensiv kommentiert – entsprechende Reaktionen der O&U sind erforderlich. Andererseits finden sich in Kapiteln anderer Fachgebiete konservative Inhalte, was beinahe einer feindlichen Übernahme unserer Arbeitsbereiche in O&U gleich kommt. Dies wird, koordiniert zwischen Referat und IG, nicht unkommentiert bleiben. Als gemeinsames Projekt wurde daher beschlossen, dass das Referat und die IG die Fachgesellschaften und den BVOU dabei unterstützen, abgestimmte Kommentare zu Fachgebieten abzugeben, zu denen Überschneidungen/konkurrierende Überschneidungen vorliegen (unter anderem Neurochirurgie, Kinderärzte, internistische Rheumatologie, Physikalische Therapie etc.).

Ein entschiedenes Entgegenreten ist in Bezug auf den internistisch-rheumatologischen Vorstoß notwendig, über den Inhalte aus der konservativen Orthopädie/Unfallchirurgie im Zuge der neuen Weiterbildungsordnung in das Fachgebiet der Internistischen Rheumatologie implementiert werden sollen. Beschlossen wurde, dass die Professoren Stefan Rehart für die IG und Wolfgang Rütter für das Referat die Koordinierung/Formulierung einer Stellungnahme vor allem gegenüber den Internistischen Rheumatologen übernehmen.

Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV)

In der Einschätzung der ASV stellten Referat und IG Unsicherheiten fest. So, wie die ersten Programme angelegt sind, sind sie tatsächlich zu speziell, um massiv eine Änderung in der Versorgungslandschaft einleiten zu können. Gleichwohl stellt sich die Frage, ob die ASV nicht doch den Keim einer tiefgreifenden Umgestaltung der Landschaft ambulantstationär in sich trägt – und aktuell nur die Entscheider, wie etwa die Krankenkassen, noch kein Interesse an einer um-

WHO IST WHO – REFERAT UND IG

BVOU Referat Orthopädische Rheumatologie / Nichtoperative Orthopädie und Unfallchirurgie

Leitung:
Reinhardt Deinfelder
Prof. Dr. Wolfgang Rütter
Dr. Uwe Schwokowski

Ansprechpartner im BVOU-Vorstand:
Helmut Mälzer

Bis jetzt assoziiert:

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller – Verband Leitender Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands (VLOU)

Dr. Hans-Jürgen Hesselschwerdt – Arbeitsgemeinschaft Leitender Konservativer Orthopäden und Unfallchirurgen (ALKOU)

Dr. Uwe Schwokowski – BVOU Sektion Orthopädische Rheumatologie

Interessengemeinschaft Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie

Sprecher:
Prof. Dr. Bernd Kladny
Dr. med. Matthias Psczolla
Prof. Dr. med. Stefan Rehart

Sektionen:

Dr. Hartmut Bork – DGOU-Sektion Rehabilitation
Prof. Dr. Ulrich Brunner – DGOU-Sektion Schulter und Ellenbogen
Reinhard Deinfelder – DGOOC-AG Manuelle Medizin
Dr. Heiko Arnold – DGOU-Sektion Dt. Assoziation für Fuß & Sprunggelenk
Dr. Leonhard Döderlein – DGOU-Sektion Vereinigung Kinderorthopädie
Prof. Dr. Bernhard Greitemann – DGOOC-Sektion Verein Technische Orthopädie
Dr. Jörg Hausdorf – DGOOC-AG Stoßwellentherapie
Dr. Jörg Henning – DGOU-Sektion IGOST
Dr. Holger Koepp – DGOU-Sektion Wirbelsäule
PD Dr. Oliver Miltner – DGOU-Sektion GOTS
Dr. Ulrich Peschel – DGOU-AG Psychosomatik
Prof. Dr. Stefan Rehart – DGOU-Sektion Deutsche Gesellschaft für Rheumaorthopädie
Prof. Dr. Andreas Roth – DGOOC-Sektion Osteologie
Dr. Marcus Schmidt-Sody – DGOU-Sektion Dt. Kniegesellschaft
Dr. Christopher Spering – DGOU-Sektion Prävention
Prof. Dr. Johannes Stöve – DGOOC-Arbeitsgemeinschaft Bindegewebsforschung & Arthrosis deformans

fänglicheren ASV haben, weil sie damit nur neue finanzielle Forderungen verknüpft sehen. Die O&U-Fachgesellschaften und der BVOU müssen hier höchste Aufmerksamkeit auf entsprechende Entwicklungen legen. Dazu wurde eine Arbeitsgruppe um Reinhard Deinfelder und Dr. Uwe Schwokowski eingerichtet, die der IG und dem Referat die Grundlagen der ASV zuarbeiten und den Sach- bzw. Entwicklungsstand bezüglich der ASV Rheumatologie ermitteln sollen. Auf dieser Basis müssen Referat und IG entsprechende Interventionen und geeignete Maßnahmen einleiten.

Memorandum

Es wurde auch beschlossen, ein gemeinsames Memorandum zu veröffentlichen, in dem die Dringlich- und Bedeutsamkeit unterstrichen werden sollen, die gesamte nichtoperative Therapie in der O&U in den Händen der Orthopäden und Unfallchirurgen zu behalten (unter anderem die Wichtigkeit der physikalischen Therapie in O&U). An dem Memorandum sollen die O&U-Fachgesellschaften zusammen mit dem BVOU (inklusive der ALKOU und des VLOU) mitwirken.

Kompetenz aus einer Hand

Die zahlreichen Versuche anderer Fachgebiete, sich O&U-Kompetenzen bzw. -Zuständigkeiten anzueignen sowie die vielfach diskutierte Substitution ärztlicher Leistungen an adjuvante Berufsgruppen tragen nicht zu einer verbesserten, qualitäts- und kostenorientierten Versorgung bei. Im Gegenteil: Es wird aller Voraussicht nach teurer werden; allein schon deshalb, weil mehr Beteiligte / Fächer auch mehr Patienten „erzeugen“ werden. In der Öffentlichkeit muss deutlich gemacht werden, dass die Kompetenz aus einer Hand – der von Orthopäden und Unfallchirurgen – Kosten spart: Eine (weitere) Zersplitterung ist nicht im Interesse der Öffentlichkeit (Kostenträger, Politik etc.). Dazu sind Versorgungsdaten zu beschaffen, mit denen unter

anderem eine entsprechende Strategie für die Öffentlichkeitsarbeit entwickelt werden kann.

Ein straffes Programm wurde in Baden-Baden absolviert, das aber auch den Ernst der Lage sehr gut verdeutlicht: Es muss jetzt angepackt werden – gemeinsam. Fortsetzung folgt.

Joachim Stier



Joachim Stier,
freier Journalist,
Berlin / Aachen



Auch in Frankreich schrumpft die Zahl der Orthopäden und Unfallchirurgen. Das Fach ist deshalb auf weiblichen Nachwuchs angewiesen.

FRANKREICH

Dringend gesucht: Frauen für die Chirurgie

Obwohl immer mehr Frauen Medizin studieren, bleibt der Frauenanteil in der Orthopädie und Unfallchirurgie vergleichsweise gering. In Führungspositionen sind sie die absolute Ausnahme. Das ist nicht nur in Deutschland, sondern auch in Frankreich so – trotz eines neutralen Auswahlverfahrens („Concours“) und einer Frauenquote. Was hält die Frauen davon ab, sich für das Fach zu entscheiden bzw. die Karriereleiter hinaufzuklettern?

Frauen im Beruf

Es ist in Frankreich heutzutage eher ungewöhnlich, dass Frauen sich allein den Kindern und dem Haushalt verschreiben. Der Anteil der berufstätigen Frauen zwischen 25 und 49 Jahren ist von 58,6 Prozent im Jahr 1975 auf 81,1 Prozent in 2005 gestiegen. Während in Deutschland noch immer darüber diskutiert wird, ist in Frankreich am 27. Januar 2011 das Gesetz zur Quotenregelung verabschiedet worden. Dieses sieht vor, dass bis 2014 die Aufsichtsräte – natürlich auch die von Universitäten und Krankenhäusern – einen Frauenanteil von 20 Prozent und 2017 von 40 Prozent aufweisen müssen.

Trotz wirtschaftlicher Krise und obwohl die meisten Frauen berufstätig sind, ist die Geburtenrate in Frankreich eine der höchsten in Europa: Eine Frau bekommt im Schnitt zwei Kinder. Zum Vergleich: In Deutschland sind es nur 1,36 Kinder pro Frau. Die französische Gebärfreude wird durch ein staatlich gefördertes Kinderbetreuungssystem unterstützt. Es gibt Krippenplätze und Tagesmütter, die bis zu zehn Stunden am Tag drei Kinder betreuen. Die Krankenhäuser haben teilweise eigene Krippen und angegliederte Tagesmütter, die auch die Kinder der Ärzte kostengünstig versorgen (Beispiel: Eine Tagesmutter bekommt 480 Euro pro Monat für zehn Stunden Betreuung am Tag

an fünf Tagen pro Woche). Die Schule ist ganztägig, schon die Dreijährigen gehen in die „Ecole maternelle“. Außerdem können Mütter und Väter bis zu drei Jahre Teilzeit- oder Vollzeit-Elternurlaub beantragen, was allerdings mit finanziellen Einschränkungen einhergeht. Man kann also durchaus eine Karriere als Chirurgin verfolgen.

Natürlich ist bei weitem nicht alles perfekt. Die Frauen verdienen bei gleicher Arbeitsleistung immer noch 20 Prozent weniger als ihre männlichen Kollegen. Nur wenige steuern einen Direktionsposten an, trauen sich eine Promotion zu oder fordern bessere Bezahlung ein. Stereotype und frauenfeindliche Bemerkungen

sind im täglichen Arbeitsleben noch weit verbreitet. Obwohl immer mehr Väter Vaterschaftsurlaub beantragen, um die Karriere ihrer Partnerin zu unterstützen, und auch bei Scheidungen das Sorgerecht zugesprochen bekommen, sind auch sie hartnäckigen Vorurteilen ausgeliefert.

Evolution der Frauen in der Medizin

Die Geschichte der Frauen in der Medizin beginnt in Frankreich im Jahr 1875, als eine medizinische Fakultät die erste Doktorarbeit einer Frau, Madeleine Brès, angenommen hat. Es dauerte dann noch einmal 20 Jahre, bis Frauen zur Arztausbildung („Externat“) und zur Facharztausbildung („Internat“) zugelassen wurden. Diese Entwicklung rief Skeptiker auf den Plan. Der Arzt Jean-Martin Charcot schrieb 1888, dass die Frau nicht die Kraft habe, Patienten zu tragen. Einmal im Monat sei sie zusätzlich durch ihre Menstruation geschwächt. Wie könne sie andere behandeln, wenn sie sich selbst schonen müsse? Außerdem sei sie schön und zerbrechlich, was im krassen Widerspruch zur Vulgarität der Körper stünde, die sie behandeln müsse. Ihre Sensibilität sei ein weiteres Hindernis, da sie zu tiefst entsetzt sei über den Anblick von Blut und Schmutz. Auch ihr stolzer und ehrgeiziger Charakter stehe ihr im Wege – warum könne sie sich einfach nicht damit zufrieden geben, Krankenschwester oder Hebamme zu sein?

1911 wird die erste Frau, Madame Long-Landry, Fachärztin der medizinischen Fakultät zu Paris. Erst in den 50er Jahren wurde Madame Béraud die erste orthopädische Chirurgin in Frankreich.

Frauen in der Orthopädie/Traumatologie

Wie sieht die Situation heutzutage in Frankreich aus? In Frankreich ist die Orthopädie/Traumatologie ein rein chirurgischer Fachbereich. Rheumatologie, Schmerzbehandlung, Rehabilitation und Orthoprothetik oder auch die chirurgische Intensiv- und Notfallmedizin sind separate Fachbereiche. Bei der Wahl dieses Fachbereiches schlägt man als Frau ganz konkret eine Karriere als Chirurgin ein.

2010 lag der Frauenanteil unter den Medizinstudenten bei 70 Prozent. Zurzeit

sind 40 Prozent der Assistenzärzte in den chirurgischen Fächern Frauen. Fast alle Frauen in den Oberarzt- oder leitenden Stellen haben Familie. Nichtsdestotrotz liegt die Orthopädie/Traumatologie mit rund vier Prozent Frauenanteil noch weit hinter anderen Fachbereichen. In der Kinderchirurgie indes, die die Kinderorthopädie/-traumatologie beinhaltet, liegt der Frauenanteil mit fast 37 Prozent deutlich über dem Schnitt.

Woher kommen diese Unterschiede – trotz der gesellschaftlichen Möglichkeiten, guter Kinderbetreuung, gleichen Gehalts im öffentlichen Dienst und gleichwertigen Zugangs zur Facharztausbildung? Warum zieht es so wenige Frauen in die orthopädische Chirurgie, und was bedeutet dies für die Zukunft dieses Fachbereiches? Die Zahl der nachrückenden Orthopäden geht deutlich zurück. Die Generation Y trifft ihre Auswahl, und auch männliche Kollegen wählen ihr Fach nach ihrem beruflichen, aber auch privaten Lebensbild aus. Diese Entwicklung ist bedenklich, da der Bedarf an Orthopäden mit der Alterung der Bevölkerung eher steigt.

Es gibt zahlreiche Argumente, Frauen für diesen Fachbereich zu motivieren. Neueren Studien zufolge sind Frauen ein Gewinn: Im Vergleich zu Männern, die sich eher auf hierarchische Fragen konzentrieren, kommunizieren Frauen mehr, sind oft besser organisiert und in ihre Arbeit eingebunden und haben einen neuen Zugang und Kontakt zu den Patienten. Auch die Patienten schätzen Chirurgen: Sie seien willensstark, teamfähiger und empathischer als Männer, konstant hilfsbereit, und ihre bemutternde Art mache Mut.

Als Ursache für die wenigen weiblichen Assistenzärzte in der Orthopädie wird vermutet, dass das Muskel-Skelettsystem während des Studiums eine zu geringe Rolle spielt und außerdem weibliche Mentoren und Rollenbilder fehlen. Deshalb soll in Zukunft versucht werden, Studentinnen schon frühzeitig an die Orthopädie heranzuführen und gezielt Mentorinnen in die Ausbildung einzubringen. Es muss gelingen, das Fach insgesamt zu modernisieren und so zu gestalten, dass auch die männlichen Kollegen ihre Kinder von der Schule abholen

und zum Sport bringen können, ohne ein schlechtes Gewissen zu haben, während die Frau und Mutter noch am OP-Tisch steht.

Wie sieht die Zukunft aus?

Würde ich meiner Tochter raten, wie ich in der Orthopädischen Chirurgie Karriere zu machen? Einerseits ja, denn ich kann mir keinen schöneren Beruf vorstellen: die Magie des chirurgischen Eingriffs, diese Technizität, die Patientenkontakte, die Reichhaltigkeit mit Lehre und Forschung, die internationalen Kontakte. Allerdings würde ich ihr auch raten, sich selbst weniger defensiv darzustellen, vielleicht auch schon früher die Managementkurse zu besuchen, die dabei helfen, den Wert der eigenen Arbeit anzuerkennen – jungen Kolleginnen fällt das oft sehr schwer.

Die Familie muss sowohl für Frauen als auch für Männer in die Karriereplanung integriert werden. Es kann beruflich bereichernd sein, sich privat organisieren zu lernen. Es gibt kein perfektes System. Was man braucht, sind die Liebe zum Fach und ein gutes Quäntchen Widerstandsfähigkeit. Darüber hinaus brauchen wir die Unterstützung unserer „Maîtres“, unserer Chefs, die an uns Frauen glauben und uns helfen, leitende Positionen zu übernehmen. Nur so können wir den jungen Kolleginnen und Kollegen auf den Weg helfen. Es gibt kein perfektes Ausbildungsland für Frauen und Männer. Wichtig ist, was wir in den leitenden Positionen daraus machen. Aus der Erfahrung der verschiedenen Bildungs- und Familiensysteme können wir neue Ausbildungs- und Arbeitsmodelle zusammenstellen. Kinder, die Jugend und unsere Studenten sind für alle Fachbereiche, auch für die Orthopädie/Traumatologie und für unsere Gesellschaft die Zukunft.

*Prof. Dr. Elke Viehweger
Department für Orthopädie und Traumatologie der Kinderuniversitätsklinik „La Timone“, Aix-Marseille Universität*



Bilanz nach zehn Jahren Fallpauschale: Die Ziele des Gesetzgebers, vor allem die Anreize zur Effizienzsteigerung, sind weitgehend erreicht worden. Die Qualität der Krankenhäuser muss jedoch besser abgebildet werden.

10 JAHRE DRG-SYSTEM

Effizienzsteigerung – ja, Qualitätsverbesserung – ???

Kaum jemand hat es bemerkt, und gefeiert wurde es schon gar nicht: Das DRG-System ist in diesem Jahr zehn Jahre alt geworden. Immerhin widmete der Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands e. V. im Februar dieser Thematik in Berlin eine Tagung unter dem Titel „Auswirkung des DRG-Systems auf die medizinische Versorgung, Mengenentwicklung, Wettbewerb und Krankenhausstrukturen“.

Eine Bilanz aus Sicht des Managements eines Universitätsklinikums zog Diplomb Kaufmann Peter Asché aus dem Universitätsklinikum Aachen. Demnach stehen für das Krankenhausmanagement verschiedene Reaktionsmuster zur Verfügung, nämlich:

- **Erlösoptimierung:** durch Aufbau eines Case-Managements, Unterstützung durch Doku-Assistenten, Etablierung von „Erlösoptimierern“ mit IT-Unterstützung, Spezialisierung ärztlicher Mitarbeiter und eine Verstärkung des ärztlichen Dienstes zu Lasten des Pflegedienstes und der nichtmedizinischen Infrastruktur
- **Kostenreduktion:** durch den Abbau nicht DRG-relevanter Bereiche, Outsourcing von Infrastrukturbereichen,

Beitritt in Einkaufsgemeinschaften, gemeinsame Nutzung kostenintensiver Strukturen durch andere Leistungsanbieter und Sanierungstarifverträge

- **Aufbau und Optimierung eines Berichtswesens:** durch Ausbau des kaufmännischen und medizinischen Controllings, Ausbau der IT, Aus- und Aufbau eines Projekt- und Qualitätsmanagements, Prozessoptimierung an Schnittstellen, Marketing, Steuerung über Zielvereinbarungen, Geo-Coding
- **Maßnahmen der Unternehmensstrategie:** sektorenübergreifende Angebote, MVZs, Kooperationen von Leistungsanbietern, Anpassungen des Leistungsspektrums, Aufgabe bestimmter Leistungsfelder, Beitritt zu Krankenhausketten, Privatisierung,

Wettbewerbsorientierung und Personalentwicklung

Kritisch: Mengenentwicklung und Qualitätssteuerung

Als kritisch wurden sowohl aus Sicht der Verwaltungsleitung als auch aus Sicht eines ärztlichen Vorstandes die Mengenentwicklung und Qualitätssteuerung angesehen. Zu den Anreizen und Fehlanreizen äußerte sich Prof. Dr. Norbert Roeder, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Münster, der das DRG-System von Anfang an begleitet. Aus der Gegenüberstellung von Anreizen, die durch das DRG-System geschaffen werden sollten, und Fehlanreizen, die im System verborgen sind, ergab sich eine spezifisch ärztliche Sicht. Als besonders

Dem Versorgungsatlas ist zu entnehmen, dass die Versorgungsrate in Ballungszentren geringer ist als im ländlichen Bereich und mit der Zahl der niedergelassenen Orthopäden korreliert – offenbar, weil dort ein besseres Angebot der konservativen Behandlung gemacht werden kann.

problematisch sieht Roeder die Zunahme der administrativen Belastung, die wiederum der Patientenversorgung Geld entzieht. Das „Upcoding“ stellte er ebenso kritisch dar wie die medizinisch nicht vertretbare Verkürzung der Verweildauer und die sogenannte „blutige Entlassung“. Wenngleich Teilbereiche noch ungelöst sind, hält Roeder das DRG-System dennoch für ein Erfolgsprojekt. Die Ziele des Gesetzgebers seien weitgehend erreicht worden. Vor allem die Anreize zur Effizienzsteigerung hätten gewirkt. Im Kosten- und Qualitätswettbewerb sei aber eine gewisse Schwelle erreicht, die die Qualität der Leistungserbringung und Patientensicherheit in den Vordergrund brächte.

OP-Rate in Ballungszentren niedriger als auf dem Land

Dass die Ziele des DRG-Systems, nämlich Wirtschaftlichkeit, Effizienz, Verkürzung der Liegedauer und Reduktion der Klinikzahl zum Teil erreicht worden seien, konnte auch der Generalsekretär der DGOOC, Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, unterstreichen. Er hatte die Aufgabe, die Auswirkungen auf die medizinische Versorgung insbesondere in Orthopädie und Unfallchirurgie darzustellen. Niethard konnte anhand des Versorgungsatlas' der DGOOC belegen, dass das DRG-System ein Faktor unter mehreren ist, die die Versorgungssituation in O&U beeinflussen. Ebenso wichtig sind „systemimmanente“ Faktoren wie die Ausweitung und Diversifizierung der Versorgungsstrukturen und die sektorale Trennung der Versorgungsbereiche. Als Beispiel verwies

Niethard auf die rasch steigende Zahl der Wirbelsäulenoperationen. Demografischer Wandel und technologischer Fortschritt vermögen die seit 2005 beobachteten Anstiege nicht zu erklären. Dem Versorgungsatlas ist zu entnehmen, dass die Versorgungsrate in Ballungszentren geringer ist als im ländlichen Bereich und mit der Zahl der niedergelassenen Orthopäden korreliert – offenbar, weil dort ein besseres Angebot der konservativen Behandlung gemacht werden kann. Und dies, obwohl das Budget eines niedergelassenen Orthopäden nicht ausreicht, um einen chronisch schmerzgeplagten Wirbelsäulenpatienten auszubehandeln. Hier stehen 120 Euro pro Jahr für den Niedergelassenen gegen das circa 100-Fache für eine entsprechende stabilisierende Wirbelsäulenoperation in der Klinik.

Überangebot an neurochirurgischen Einrichtungen

Schließlich spielen wohl auch die Versorgungsstruktur und die Ärztedichte eine große Rolle. Die deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) hat in ihrem Strukturpapier die große Zahl von Neurochirurgen kritisiert, die derzeit in Praxis- und Belegkliniken („um die Ecke“) an der Versorgung von Wirbelsäulenpatienten teilnehmen und den größeren neurochirurgischen Kliniken Patienten entziehen. So heißt es: „Zurzeit droht ein Überangebot an neurochirurgischen Einrichtungen und damit eine Überversorgung. Anträge zur Aufnahme von weiteren neurochirurgischen Betten in den Krankenhausplan beruhen häufig auf

finanziellen Erwägungen des jeweiligen Krankenhauses und spiegeln keinen aktuellen Mehrbedarf wider.“

Dass derartige Unterschiede der Versorgungsstruktur und „finanzielle Erwägungen des Krankenhauses“ eine Rolle spielen, wird an der Grenze von Baden-Württemberg und Bayern klar: Die Versorgungsrate für dieselbe Wirbelsäulenerkrankung ist in Bayern mehr als sechsmal höher als in Baden-Württemberg. Bayern hat auch den bei weitem höchsten Anteil an Belegkliniken und Baden-Württemberg einen besonders niedrigen (siehe Editorial).

Wohin geht die Reise mit dem DRG-System?

Die abschließende Podiumsdiskussion zeigte, dass das DRG-System nach Meinung aller auch in der Orthopädie und Unfallchirurgie beträchtliche ökonomische Ressourcen freigesetzt hat. Derzeit erscheinen die Rationalisierungsreserven pro Krankenhaus allerdings ausgeschöpft. Die Zuschüsse für die Aufgaben der Universitätsklinik und deren in den Koalitionsvereinbarungen festgehaltener besonderer Bedarf ist ein erster Schritt in eine Modifikation des Systems. In der Diskussion wurde klar, dass es einiger Korrekturen bedarf. Wird es gelingen, die Qualität der Krankenhäuser besser abzubilden und die Vergütung danach auszurichten, wie dies einige Krankenkassen fordern? Dazu wurden erhebliche Zweifel angemeldet. Aus ärztlicher Sicht muss eine rein Erlös getriggerte Versorgungslandschaft verhindert werden. Angeboten werden kann eine Verbesserung durch strukturbildende Maßnahmen (zum Beispiel Zentren). Dennoch bedarf das DRG-System einer Überarbeitung, wie sie bereits im Frühjahr 2013 bei der Vorstellung des OECD-Berichtes gefordert wurde (siehe: „Die Hütte brennt“, OUMN 3/2013, Seite 246).

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär DGOOC / DGOOC

Fallpauschalierung

Anreize

- Dokumentation und Kodierung verbessern
- Verweildauer-Verkürzung (medizinisch vertretbar)
- auf Qualität fokussieren
- Stärken und Schwächen identifizieren → spezialisieren
- Wettbewerb annehmen

Fehlzanreize

- „Upcoding“
- „blutige Entlassung“
- Leistungseinschränkung innerhalb der Fallpauschale
- Durchführung nicht indizierter Prozeduren
- Fallsplitting
- Konzentration auf technisch-apparative Verfahren

Quelle: „Anreize und Fehlzanreize – Was hat das DRG-System verändert?“ – Vortrag von Prof. Dr. Norbert Roeder, Ärztlicher Direktor / Vorstandsvorsitzender, Universitätsklinikum Münster



Die Versorgung Schwerstverletzter stellt hohe Anforderungen an die behandelnden Unfallkliniken, die besondere Vorhaltungen an Diagnostik, Personal und Interdisziplinarität vorweisen müssen.

KOMMENTAR

Die neuen Heilverfahren der DGUV



Am 1. Januar 2014 ist bei den Neuen Heilverfahren der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) ein neuer Stand erreicht worden: Das neu eingeführte Schwerstverletztenverfahren (SAV) ist in Kraft getreten. Im Folgenden wird die Sicht des Bundesverbandes der D-Ärzte auf dieses neue Verfahren dargelegt.

Nach dem neuen Schwerstverletztenartenverfahren (SAV) haben Verletzungsartenverfahren (VAV)-Krankenhäuser eine Verlegungspflicht für Verletzungen aus dem Verletzungsartenkatalog, die unter Schwerstverletzungen fallen (fett gedruckt im derzeit gültigen VAV-Katalog). Dies trifft für alle Häuser zu, auch wenn sie einen Antrag auf die Beteiligung am SAV gestellt haben, der noch nicht abschließend überprüft ist. Bis Ende April 2014 sollen alle vorliegenden Anträge abschließend behandelt sein.

Entwicklung und Ursprung der Neuen Heilverfahren

Aus den Statistiken der DGUV geht hervor, dass sich die Zahl der melde-

pflichtigen Unfälle in den vergangenen 20 Jahren bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften halbiert hat und die der Unfallkassen der Öffentlichen Hand in etwa gleich geblieben ist. Dagegen haben sich die Entschädigungsleistungen im gleichen Zeitraum von 4,5 auf etwa neun Milliarden etwa verdoppelt (Quelle: www.dguv.de → Zahlen und Fakten).

In der Analyse hat es sich gezeigt, dass wenige, besonders schwere Verletzungen sehr hohe Entschädigungsleistungen nach sich ziehen, einschließlich hoher Behandlungs- und Rehabilitationskosten. Für diese Fälle hat die DGUV das SAV eingeführt: Sie sollen in hochspezialisierten Unfallkliniken mit besonderen Vorhaltungen an Diagnostik, Personal, Interdis-

ziplinarität und damit besten Therapiemöglichkeiten aller an der Unfallbehandlung beteiligten Spezialisten konzentriert werden. Nur die bestmögliche Therapie und Rehabilitation kann niedrige Folgekosten ermöglichen.

Grundmodell: TraumaNetzwerk DGU®

Den jetzigen Bestrebungen und Umsetzungen der DGUV war seit etwa 2005 die Entwicklung des TraumaNetzwerks DGU® mit der dreigliedrigen Konstellation der lokalen, regionalen und überregionalen Trauma-Zentren vorausgegangen, die auf dem Boden ähnlicher Qualifikationsmerkmale zertifiziert wurden und seit Jahren ein erfolgreiches Modell vorgaben. Die Ziele der DGU sind der Erhalt und

die Verbesserung der flächendeckenden Versorgungsqualität von Schwerverletzten, die Steigerung der Effizienz durch Nutzung vorhandener Ressourcen durch die Bildung von lokalen, regionalen und überregionalen TraumaZentrenDGU®. Die Ziele sind also vergleichbar. Es war aus diesem Grund naheliegend, das Grundmodell zu übernehmen und für die speziellen Anforderungen der DGUV abzuwandeln.

Daneben hatte sich bereits das Zusammengehen der wissenschaftlichen Gesellschaften DGU und DGOOC zur DGOU 2008 und die Weiterbildung des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie nach der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) von 2003 entwickelt. Auf der Basis des Neuen Facharztes wurde in den Gremien der wissenschaftlichen Gesellschaften in Abstimmung mit Vertretern der DGUV und der Berufsverbände (BVOU, BDD) in der Übergangsphase (Union DGOOC und DGU) ein tragfähiger Konsens für die notwendigen Weiterbildungsqualifikationen zum ambulant tätigen D-Arzt mit und ohne operative Tätigkeit und den stationär tätigen D-Ärzten im DAV-Krankenhaus, im VAV-Haus und im SAV-Haus gefunden.

H-Arzt nicht länger notwendig

Anhand der Behandlungszahlen wurde das Fortbestehen des H-Arztes nicht mehr als notwendig angesehen. Der H-Arzt hat keine Vorstellungspflicht beim D-Arzt, darf auch besondere Heilverfahren durchführen und muss deshalb über besondere unfallmedizinische Kenntnisse verfügen. Der Unfallbetrieb und der Hausarzt dürfen die Patienten allerdings nicht zum H-Arzt überweisen. Für die bisher als H-Arzt tätigen Kollegen wurde ab 1. Januar 2011 ein Überleitungsverfahren zur Qualifikation als D-Arzt ohne operative Tätigkeit eingerichtet, welches sächliche und personelle Anforderungen sowie die Behandlungszahl von 250 Neufällen (circa ein Patient pro Arbeitstag! – weniger macht keinen Sinn, alleine schon wegen des Verwaltungsaufwands) in einem Jahr oder gemittelt über drei Jahre an einem Praxisort zur Voraussetzung hat. Die Antragstellung ist bis zum Ende 2014 befristet. Das Verfahren läuft Ende 2015 aus. Die Zahl der H-Arzt-Fälle hat sich von 2009 von 307.548 auf 249.470 reduziert, die der H-Ärzte von 2.791 auf 2.472.

Aus den Regelungen zur Weiterbildungsqualifikation leiteten sich folgende Änderungen ab: Der ambulant tätige D-Arzt kann jetzt mit dem Neuen Facharzt für O&U schon nach sieben und nicht wie bisher mindestens acht Weiterbildungsjahren tätig werden, wenn er ein Jahr nach dem Facharzt für O&U an einem VAV-Haus ein Jahr beschäftigt war. Der operativ Tätige nach neun Jahren, wenn er die Spezielle Unfallchirurgie abgeschlossen hat und in einem VAV-Haus drei Jahre tätig war. Dies gilt auch für den jetzt im DAV-Krankenhaus organisatorisch selbstständig tätigen Speziellen Unfallchirurgen als Voraussetzung. Die Zahl der D-Arzt-Praxen stieg von 2009 mit 2.261 auf 2.595 in 2012, die der stationär tätigen D-Ärzte von 1.197 auf 1.227 im gleichen Zeitraum. Der Verlust an H-Ärzten und die Übergänge vom H-Arzt zum D-Arzt erklären diese Veränderungen. Insgesamt werden fast drei Millionen neue Fälle pro Jahr behandelt. Die Zahl der D-Arztberichte ist derzeit deutlich steigend, was allerdings zum Großteil auf die Verpflichtung zur Neuanfertigung von D-Arztberichten bei Vorstellungen vom H- und D-Arzt beim stationären D-Arzt zurückzuführen ist.

Für das VAV muss der D-Arzt nochmal drei Jahre zusätzliche Erfahrung in einer VAV-Klinik erworben haben. Für den im SAV beteiligten D-Arzt sind zusätzliche Qualifikationen in der Kindertraumatologie nach einem speziellen Katalog gefordert.

Dreistufiges stationäres Heilverfahren

Die neuen stationären Heilverfahren nehmen also diese Entwicklungen im Vorfeld der wissenschaftlichen Gesellschaften als Grundlage für die Versorgung ihrer Versicherten mit einem dreistufigen stationären Heilverfahren. Sie fordern zusätzlich Qualität sichernde Maßnahmen und Nachweise. Ausgehend von einer geforderten Fallzahl von 75 Schwerverletzten pro Jahr nach dem VAV-Katalog ist von einer ausreichenden Erfahrung und Übungshaltung seitens der DGUV die Mindestmenge festgelegt. Bis dato besteht noch Bestandsschutz für die VAV-Häuser, dieser läuft aber bei Neubesetzung des D-Arztes oder spätestens Ende 2018 aus. Dann werden die Anforderungen neu überprüft. Die Kliniken haben also noch etwas Zeit, sich auf sie einzustellen. Trotzdem rechnet man

anhand der jetzt vorliegenden Zahlen mit einer Reduktion der VAV-Häuser um mehr als die Hälfte. Die Zahl der VAV-Häuser hat sich bisher von 2010 bis 2012 von 621 auf 603 reduziert, die Zahl der behandelten Patienten hat dagegen von 63.853 auf 69.560 zugenommen.

Für die neu installierten SAV-Häuser wurden die Anforderungen noch höher geschraubt als für die Überregionalen TraumaZentren DGU®. So wird beispielsweise die Existenz einer Neurochirurgischen Abteilung mit 24-Stunden-Präsenz eines Arztes in der Klinik gefordert. Damit haben nicht wenige Kliniken ein Problem. Die Anforderungen können auf der Homepage der DGUV detailliert nachgelesen werden. Bei der Überprüfung der Anforderungen in den Kliniken, die sich um das Verfahren beworben haben, wurden auch für jetzt schon beteiligte Kliniken Auflagen von der Prüfungskommission vergeben, die bis zur nächsten Überprüfung in 2019 erfüllt sein müssen.

Von der DGUV wird formuliert, dass alle Kliniken, die die Anforderungen erfüllen, zugelassen werden müssen, unabhängig von allen anderen Voraussetzungen.

Bisherige Versorgungsrealität darf nicht auf den Kopf gestellt werden

In Nordrhein-Westfalen sind die Zulassungsverfahren noch nicht alle abgeschlossen, so dass auch die Universitäten Köln, Bonn, Aachen und Düsseldorf noch in einem schwebenden Verfahren sind. Auch die Zahl der Operationen an Wirbelsäule und Becken und die Nähe zum Hubschrauberlandeplatz sind Diskussionspunkte. Hier ist die Entwicklung abzuwarten. Das Wort, dass bei Erfüllung der Kriterien die Beteiligung vergeben werden wird, muss überprüft werden. Die bisherige Versorgungsrealität darf nicht auf den Kopf gestellt werden. Gerade die Universitätskliniken halten hohe Vorhaltungen zur Maximalversorgung der Patienten bereit. Durch die Anforderungen der DGUV können die unfallchirurgischen Kliniken erheblich unter Druck geraten. Die Anforderungen sollten im Gegenteil zu einer Verbesserung der Versorgungsstrukturen beitragen, was ja auch in Einzelfällen an den Kliniken derzeit passiert, weil man zum SAV zugelassen werden oder das SAV behalten will.

Aus unserem Fach

Verlegungspflicht nach Verletzungsartenkatalog

Wesentlich ist die Verlegungspflicht der VAV-Häuser oder SAV-Häuser und der VAV-Häuser in die SAV-Häuser nach dem Verletzungsartenkatalog (nachzulesen auf der Website des bdd: www.bv-d-arzt.de). Von der DGUV werden Sanktionen vorgehalten bei Übergehen dieser Vorgaben, zum Beispiel also die Zurückweisung von Erlösanforderungen.

Derzeit müssen alle erstversorgenden Kliniken nach dem Verletzungsartenkatalog nach sichergestellter Transportfähigkeit verlegen, auch wenn das Anerkennungsverfahren noch nicht abgeschlossen ist. Diese Tatsache kann zu schwer nachvollziehbaren Situationen führen. Allerdings ist die Notfallversorgung zum Erhalt der lebenswichtigen Funktionen auch weiterhin bei entsprechender Kompetenz in jedem Krankenhaus möglich (Schädel-Hirn-Trauma, Bauch- oder Thoraxtrauma).

Das neue Verletzungsartenverfahren erlaubt den D-Häusern im Katalog durchaus auch die Primärversorgung von offenen Frakturen oder schweren Dislokationen von Frakturen und deren Erststabilisierung zum Beispiel mit Fixateur externe, verlangt dann aber die Verlegung nach Katalog.

Kontinuierliche Fortbildung

Neu in den Verfahren ist für alle Beteiligten die kontinuierliche Fortbildung mit Nachweis des Besuchs zweier UMEDs, einer Fortbildung in Gutachtertätigkeit, einer Fortbildung in Reha-Medizin- und Reha-Management- sowie einer Fortbil-

dung Kindertraumatologie innerhalb von fünf Jahren, die von der DGUV anerkannt sein muss.

Was kann man erwarten von den Regelungen für die Entwicklung der Krankenhäuser, die mit der DGUV vertraglich gebunden sind? Der Aufwand an struktureller und personeller Vorhaltung ist schon jetzt gestiegen, ohne dass eine Erlösverbesserung für die Krankenhäuser vorgesehen ist. Hier muss sich bald etwas ändern, sonst werden Akutversorger mit hohem unfallchirurgischen Patientenaufkommen versuchen, ihre orthopädisch/unfallchirurgischen Kliniken in Richtung Elektivchirurgie zu beeinflussen. Es haben sich schon jetzt Krankenhäuser entschieden, diese Anforderungen in Zukunft nicht mehr vorzuhalten und sich mehr dem elektiven Versorgungsbereich zuzuwenden.

Das ist verständlich und führt zu einer Konzentration derjenigen Krankenhäuser, die sich für die Unfallversorgung einsetzen und hierin eine Zukunft sehen. Vor allem in Ballungsgebieten und städtischen Regionen werden sich Akutkliniken herauskristallisieren, aber auch elektiv orientierte Häuser aussteigen. Auf dem Land lohnt sich eine Beteiligung wegen der hohen Vorhaltekosten und geringen Fallzahl kaum noch. Die flächendeckende, qualitativ hochwertige Versorgung, wie gewünscht, könnte in Gefahr geraten. Von der DGUV sind allerdings für diese Situationen schon Ausnahmeregelungen zugesagt.

Zur Sicherung kurzer Rettungs- und Transportzeiten müssen Netzwerke wie im TraumaNetz DGU® genutzt werden. Aber es müssen auch finanzielle Anreize

zur Sicherung der notwendigen Verletzungskette gemacht werden, wo Ausnahmen notwendig werden. Bisher sagt die DGUV das zu.

DGOU muss sich für Akutversorgung stark machen

An manchen Kliniken haben die hohen Anforderungen zweifelsohne auch tatsächliche Verbesserungen für die Versorgung schwer- und schwerstverletzter Patienten in den Kliniken herbeigeführt. Das stärkt auch die Position der an der Akutversorgung beteiligten Ärzte. Allerdings wird die Finanzierung dadurch nicht besser. An anderer Stelle wird die Versorgungsrealität noch nicht abgebildet. Hier besteht noch Handlungsbedarf. Die DGOU muss sich für die gute und aufwendige Akutversorgung stark machen.

Die Zusammenarbeit auf der klinischen und ambulanten Ebene muss besser werden. Das ist auch eine Anforderung der Neuen Heilverfahren, die die Rehabilitation sektorenübergreifend auf eine neue Ebene hebt. Regelmäßiger Austausch und Beratungen werden hoffentlich zu neuen Formen der (erlösunterstützten) Kommunikation führen. Nicht nur hierfür wird sich unser Verband weiter einsetzen.

Prof. Dr. Felix Bonnaire



Prof. Dr. Felix Bonnaire,
Präsident des Bundesverbandes der D-Ärzte



WEITERBILDUNG IN GROSSBRITANNIEN

Wettbewerb um freie Stellen

Der National Health Service (NHS) in Großbritannien ermöglichte als erstes Gesundheitssystem der Welt den Bürgern einen kostenfreien Zugang zum Gesundheitswesen. Die Weiterbildung zum Facharzt für O&U „auf der Insel“ ist hervorragend, die Stellen sind hart umkämpft, die Bezahlung im Anschluss ist moderat.

Das britische Gesundheitssystem

Der National Health Service (NHS) wurde am 5. Juli 1948 gegründet und war damit das weltweit erste Gesundheitssystem, das allen Bürgern eines Landes einen kostenfreien Zugang zu Ärzten im Krankenhaus und in Praxen, zu Optikern und Apothekern sowie zu Hebammen ermöglichte. Das aus vier Teilen (NHS England, NHS Wales, NHS Schottland und HSC Nordirland) bestehende staatliche System wird bis zum heutigen Tag aus Steuermitteln und nicht wie in Deutschland über Sozialversicherungen finanziert.

„Das britische Gesundheitssystem galt im internationalen Vergleich lange Zeit als Idealtyp eines staatlichen Gesundheitsdienstes (ein sogenanntes „Beveridge-System“). Dieses integrierte System

aus staatlicher Finanzplanung und weitgehend staatlicher Leistungserstellung befindet sich allerdings seit einiger Zeit im Übergang auf ein System regulierter Versorgungsmärkte. New Labour hat den öffentlichen Sektor insgesamt und die Rolle des Staates bei der Regulierung der Gesundheitsversorgung gemäß den Prinzipien des New Public Managements umgestaltet. Dies bedeutet zum einen die stärkere Nutzung von Märkten und Wettbewerb bei der Organisation öffentlicher Dienstleistungen und zum anderen die Regulierung des Marktwettbewerbs durch (quasi) staatliche Behörden. Sowohl die primäre Gesundheitsversorgung (Primary Care) als auch die fachärztliche Krankenversorgung (Secondary Care) sowie die persönlichen sozialen Dienste werden zunehmend wettbewerblich gestaltet (Anbieterpluralität,

Marktanreize). Der Marktwettbewerb wird staatlich reguliert und überwacht, um für alle Bürgerinnen und Bürger eine qualitativ hochwertige und kostengünstige Gesundheitsversorgung sicherzustellen“ [1].

„Zunächst legen das Finanzministerium und das Gesundheitsministerium in einem gemeinsamen Abkommen („Public Service Agreement“, PSA) quantifizierbare gesundheitspolitische Ziele fest, die in der nächsten Finanzplanungsperiode (drei Jahre) erreicht werden sollen“ [2, 3].

„Die Umsetzung der nationalen Gesundheitsziele und der nationalen Standards in Einrichtungen des NHS und des privaten Sektors wird von der Commission for Healthcare Audit and Inspection (kurz: „Healthcare Commission“) überprüft

Aus unserem Fach

► **Abb. 1.** Darüber hinaus sind alle Versorgungseinrichtungen des NHS dazu verpflichtet, die klinischen Standards durch ein System der internen Qualitätssicherung einzuhalten. Diese Umsetzung der klinischen Standards wird ebenfalls von der Healthcare Commission evaluiert. Diese Behörde bewertet die einzelnen Organisationen und Einrichtungen mit den Attributen exzellent („excellent“), gut („good“), angemessen („fair“) und schwach („weak“). Hoch bewertete NHS-Organisationen (zum Beispiel „NHS Trusts“ und „Primary Care Trusts“) erhalten einen größeren operativen und finanziellen Handlungsspielraum und können Stiftungsstatus beantragen.“ [1, 4, 5, 6]

Allen Bürgern steht der Weg zum Primary Care System offen, hierzu gehören das NHS Direct, die NHS Walk-in Centres, die General Practitioners (GP, Allgemeinmediziner), die Zahnärzte, die Optiker und die Apotheker. Der lokal dem Bürger zugeordnete GP fällt dann die Entscheidung über das Ob, Wie und Wo der Weiterversorgung des Patienten im sogenannten Secondary Care (Fachärzte im Krankenhaus). National und international wird das System wegen der teil-

weise langen Wartezeiten für Patienten, der staatlichen Monopolstellung (wenig Wettbewerb) und der zentralen Stellung der GPs diskutiert und auch kritisiert.

General Medical Council (GMC)

Aus dem Medical Act von 1858 entstanden und in den Jahren 1950, 1983 und 2012 novelliert, wurde die Kernaufgabe im Gründungsjahr des GMC wie folgt definiert: „It is expedient that Persons requiring Medical Aid should be enabled to distinguish qualified from unqualified Practitioners.“ Nicht beim GMC registrierte und befähigte Mediziner konnten seitdem Strafen bei Behandlung am Menschen (nicht am Tier) auferlegt werden. Das Register ist kostenpflichtig und wird bis zum heutigen Tag weitergeführt. Neben diesen Aufgaben wurden dem GMC noch folgende Aufgaben unterstellt:

- to protect, promote and maintain the health and safety of the public
- to regulate and set the standards for medical School in the UK
- responsibility for a licensing and revalidation system for all practising doctors in the UK

Demnach soll das GMC die Gesundheit und Sicherheit der Öffentlichkeit

schützen, fördern und erhalten sowie Standards für die medizinische Schule in Großbritannien setzen. Es ist verantwortlich für ein Lizenzierungs- und Revalidierungsregister, an dem alle praktizierenden Ärzte in Großbritannien teilnehmen müssen.

Struktur der Facharztausbildung

Studium

Im QS World University Ranking belegen die medizinischen Universitäten in London (Imperial College und UCL), Oxford und Cambridge regelmäßig Plätze unter den „Top Ten“. An vielen dieser „Elite“-Universitäten ist das Medizinstudium auf sechs Jahre verlängert worden (► **Tabelle 1**), um ein Studienjahr zu integrieren, in dem die jungen Studenten eine wissenschaftliche Arbeit ableisten (BSC). Ansonsten ist das sehr praxisbezogene Studium in eine Vorklinik (zwei Jahre) und in eine Klinikzeit (drei Jahre) untergliedert. Die Aufnahmekriterien sind individuell von den Universitäten festgelegt, wobei Schulnoten, Praktika und Schulprojekte regelmäßig in die Entscheidung mit einfließen. Die Studienplätze werden zu großen Teilen über ein Interview, zu circa zehn bis zwölf Prozent über

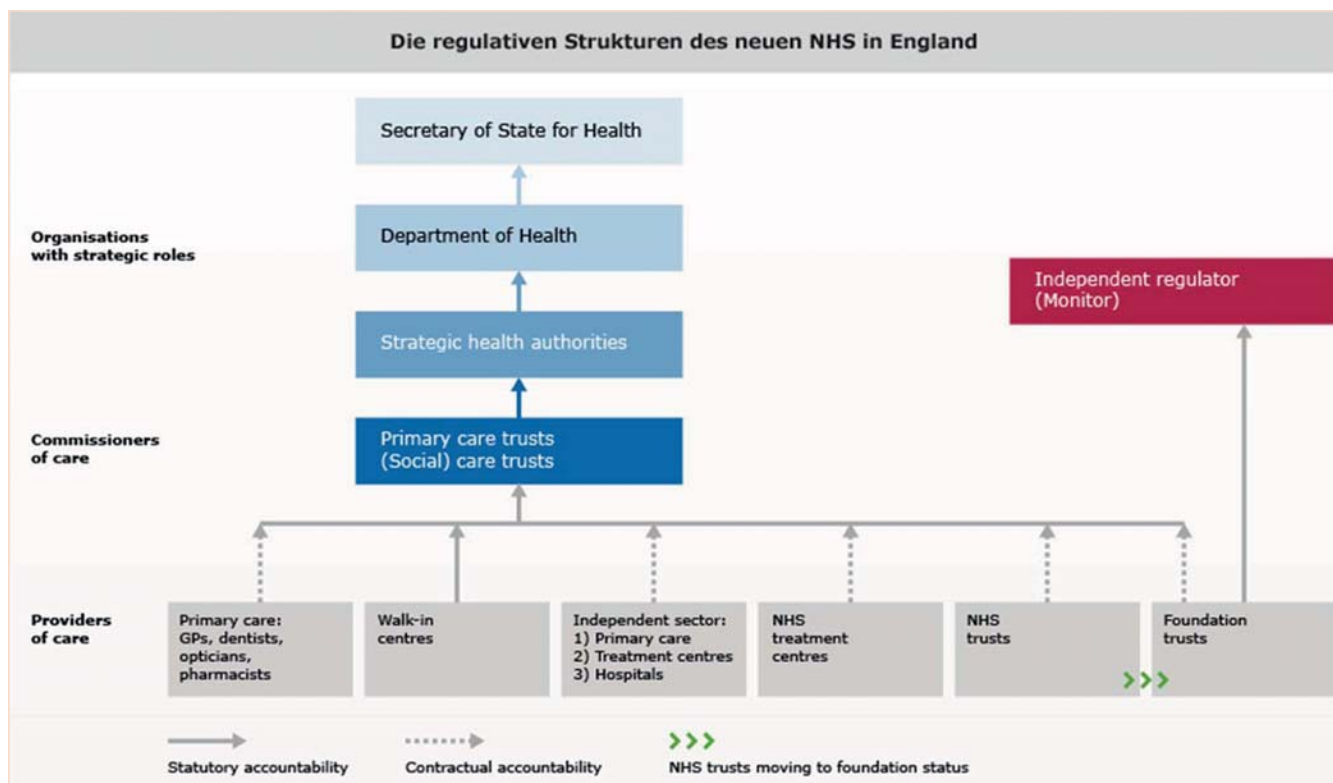


Abb. 1 Die regulativen Strukturen des neuen NHS in England (aus bpb, Bundeszentrale für politische Bildung)

Studium	Medizin
Dauer	5 Jahre (oder 6 Jahre)
Ort	32 medizinische Unis (Imperial College London, Cambridge, Oxford, UCL etc.)
Inhalt/Aufbau	Aufnahmetest nicht obligat (BMAT, UKCAT) 2 Jahre Vorklinik 3 bis 4 Jahre Klinik (BSC)
Gebühren	9.000 Pfund / Jahr

Tabelle 1 Zusammenfassung Medizinstudium

Core Surgical Training	Chirurgische Grundausbildung
Dauer	2 Jahre
Ort	Lehrkrankenhaus, Universität
Inhalt	ST1 und ST2 (CT1 & CT2) wunschfaktororientiert
Antrag	Internetbasierter Antrag, seit 2014 nationales Rekrutierungszentrum in London (vorher lokal an der Weiterbildungsstelle)
Gehalt	30002 + Überstunden (>40h/Woche)
Chancen	2.2: 1 im Jahr 2014 (Competition Ratio London 4:1) 1.9: 1 im Jahr 2013 2: 1 im Jahr 2012 3.7: 1 im Jahr 2011

Tabelle 3 Zusammenfassung Core Surgical Training

Foundation Training	Medizinische Grundausbildung
Dauer	2 Jahre
Ort	Lehrkrankenhaus, Universität
Inhalt	F1 Teilapprobation (Preregistration, GMC) 3x4 Monate (Chirurgie, Innere Medizin und Wahlfach) F2 Approbation (Registration, GMC) 3x4 Monate Wahlfächer
Antrag	Via Foundation Programm Verteilung nach Wunschfach
Gehalt pro Jahr	Jahr 1: 22 636 Pfund, Jahr 2: 28 076 Pfund

Tabelle 2 Zusammenfassung Foundation Training

Specialty Training	Facharztweiterbildung
Dauer	6 Jahre, Wechsel alle 6–12 Monate
Ort	Lehrkrankenhaus, Universität
Inhalt	ST3 und ST8 (ePortfolio, WBA's)
Antrag	Internetbasierter Antrag, seit 2014 im Umbau teils nationales Rekrutierungszentrum in Leeds und teilweise lokal an der Weiterbildungsstelle
Gehalt	37 176 Pfund + Überstunden bis 69 325 Pfund im letzten Jahr
Chancen	3.8: 1 im Jahr 2012

Tabelle 4 Zusammenfassung Specialty Training

einen Teil/Abschluss in einem naturwissenschaftlichen Studium (Biologie) oder über positive Diskrimination vergeben. Die Studiengebühren liegen bei 9.000 Pfund pro Jahr und obliegen zusätzlich dem Gestaltungsfreiraum der Universitäten. Einige elitäre Universitäten verlangen Aufnahmetests (BMAT, UKCAT). Nach den zwei Jahren Vorklinik durchwandern die Studenten in sechs Wochen alle medizinischen Fachrichtungen und legen dabei regelmäßige Tests ab.

Foundation Training

Nach dem Studium wird man automatisch in das Foundation Training Programm aufgenommen. Hier durchläuft der Arzt ein erstes streng reguliertes und kontrolliertes Trainingsprogramm (► **Tabelle 2**). In der F1 Periode von einem Jahr wechselt man zwischen Chirurgie, Innerer Medizin und einem Wahlfach. In dem darauffolgenden Jahr konzentriert man sich auf drei weitere Fächer, ist nach einer Prüfung im Register des GMC und hat ein Einkommen von circa 20.000 Pfund pro Jahr. Zu diesem vom NHS gezahlten Grundlohn kommen je nach Einsatzhäufigkeit noch 2.000 bis 8.000 Pfund pro Jahr für Dienste hinzu. Regelmäßige Fortbildungen und Com-

plete Workplace Based Assessments (WBAs, siehe unten) werden in einem elektronischen Logbuch (ePortfolio) dokumentiert und kontrolliert. Am Ende des Foundation Programms muss sich der Arzt entscheiden, ob er die Weiterbildung zum GP (drei Jahre), eine Weiterbildung in einem „schneidenden“ (acht Jahre) oder einem „nicht schneidenden“ Fach antritt.

Core Surgical Training

Wenn man sich als Arzt für ein „schneidendes Fach“ entschieden hat, muss man sich ab jetzt einem hohen kompetitiven Druck aussetzen. Insgesamt hat man nur zwei Chancen, sich um einen Weiterbildungsplatz zu bewerben. Hier zählt sehr, ob die Kandidatin oder der Kandidat eine wissenschaftliche Arbeit (BSC) während seiner Studienzeit durchgeführt hat, wie die vorrangegangenen Testate benotet wurden und schließlich, wie das Bewerbungsgespräch um die Stelle (Interview) läuft. Da die Ausbildungsstellen zentral koordiniert und begrenzt sind, bekommen 40 bis 100 Prozent der Kandidaten je nach Weiterbildungsort einen Platz. Abgelehnten Kollegen bleibt dann nur der Weg zum GP oder zum „nicht schneidenden“ Fach.

Seit dem Jahr 2014 gibt es ein zentrales Vergabezentrum in London. Hier werden die Interviews zentral durchgeführt. In den Jahren zuvor bewarb man sich direkt an den Weiterbildungsstätten. Die internetbasierte Bewerbung um ein solches Interview umfasst Daten zum beruflichen Lebenslauf, zu Testat-Ergebnissen, zu Referenzen und zu wissenschaftlichen Tätigkeiten (Publikationen, Poster, Präsentationen, Lehrtätigkeit). Die Competition Ratio beträgt für die einzelnen Regionen zwischen 0,9 (East Midlands South) und 3,9 (London) – das bedeutet, auf eine freie Stelle kommen zwischen 0,9 und 3,9 Bewerbungen. Insgesamt konnten im Jahr 2014 bei 1.370 Bewerbungen 615 Stellen vergeben werden (2,2:1). In den „beliebten“ Fächern wie Orthopädie & Unfallchirurgie sowie in den Jahren zuvor (► **Tabelle 3**) lagen die Verhältnisse noch ungünstiger für einen Weiterbildungsplatz. Inhaltlich durchläuft der Arzt in diesen zwei Jahren einen für ihn und seine Berufswünsche zugeschnittenen Weiterbildungspfad. Für die Orthopädie und Unfallchirurgie sollte er damit mindestens zwölf Monate in der Orthopädie/Unfallchirurgie und acht Monate in der Allgemeinchirurgie tätig sein.

Specialty Training

Aus unserem Fach

Nach erfolgreichem Absolvieren des CT1 und CT2 kann man sich um eine weiterführende Stelle als Trainee bewerben (► **Tabelle 4**). Die Bedingungen sind national gleich und man bewirbt sich, abhängig vom Fach, entweder direkt an der Weiterbildungsstelle oder über ein nationales Rekrutierungszentrum. Der Wettbewerb um Stellen wird nochmals schwieriger: Auf eine freie Stelle kommen im Schnitt 3,8 Bewerber. In bevorzugten Regionen kann dieses Verhältnis leicht 1 : 30 oder höher ausfallen.

Als Trainee für Unfallchirurgie und Orthopädie muss man Mitglied im Royal College of Surgeons werden (MRCS) – eine wichtige Bedingung, um an den jährlichen Testaten, den Annual Reviews of Competence Progression (ARCP), teilzunehmen. Jedem Trainee wird ein „Assigned Educational Supervisor“ (AES) zugeordnet. Dieser AES (Fortbildungsbeauftragter) plant und überprüft den Ausbildungsstand und den Fortgang der beruflichen Karriere. Er koordiniert und organisiert die Rotationen in der Unfallchirurgie und die Rotationen in der Orthopädie (Upperlimb, lowerlimb etc.). Der Trainee legt ihm wöchentlich das Logbuch (ePortfolio) vor, in dem alle Operationen und medizinischen Handlungen akribisch festgehalten werden. Der AES unterstützt seinen Trainee mit Beurteilungen, Bewertungen und zusätzlichem Unterricht. Zusätzlich begleitet ein Hochschultutor den Trainee (Local College Tutor, LCT). Seine Aufgabe besteht darin, ihn dabei zu unterstützen, die im Lehrplan festgelegten Kompetenzen zu erfüllen. Während der meist sechs- bis zwölfmonatigen Rotationen ist der Clinical Supervisor (Consultant Orthopaedic and Trauma Surgeon) für die Fort- und Weiterbildung zuständig. Er steht im Kontakt zum AES und LCT. Mit diesem Consultant (CS) macht er morgens die Stationsvisite, geht danach mit ihm in den OP (assistiert und operiert), um anschließend seine Patienten auf der Station zu betreuen. Da jeder Consultant

ein bestimmtes Fachgebiet abdeckt, wird der Trainee in allen Bereichen der O&U eingearbeitet. In dieser Zeit hält der CS regelmäßig „Complete Workplace Based Assessments“ (WBAs), also Tests, ab.

1. **Mini clinical evaluation exercise (Mini-CEX):** Evaluierung der klinischen Fähigkeiten (medizinische Gesprächsführung, Kommunikation, klinische Beurteilung des Befundes) eines Auszubildenden am Patienten.
2. **Case based discussion (CBD):** Im Rahmen einer förmlichen Patientenvorstellung werden Anamneseerhebung, Untersuchungstechniken, Diagnosekompetenzen und Fallmanagement besprochen und beurteilt.
3. **Directly Observed Procedural Skills (DOPS):** Beobachtung und Bewertung von intraoperativen Kompetenzen.
4. **Multi Source Feedback (MSF):** Diese sogenannte 360-Grad-Bewertung wird von Prüfern fremder Disziplinen anonym durchgeführt. Sie bewerten den Arzt mit einem Punktesystem für Benehmen und Verhalten.

Im fünften oder sechsten Jahr macht der Trainee eine Abschlussprüfung und erhält den Titel „Fellow of the Royal College of Surgeons“ und darf sich offiziell „Dr.“ nennen. Nach Abschluss des sechsten Jahres erhält er das Zertifikat (Certificate of Completion of Training) vom GMC (General Medical Council), mit dem er sich als Facharzt im GMC registrieren und sich um eine Consultant Position bewerben kann. Der deutsche Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie stellt das Äquivalent dar.

Zusammenfassung

Das sehr praktische und patientenorientierte Studium geht in ein bürokratisches und streng reguliertes System zur Facharztausbildung über. Der Wettbewerb ist sehr hoch, und die Verdienstmöglichkeiten im NHS sind überschaubar. Die Ausbildungsqualität ist dank der Struktur

hervorragend, durch die geplanten Rotationen wird das Spektrum der Orthopädie und Unfallchirurgie gut abgebildet. Es wird viel Wert auf Wissenschaft gelegt. Die Ausbildung leidet auch dort unter den Arbeitszeitrichtlinien (European Working Time Directive).

Dr. Klaus Ulrich Schlüter-Brust



Dr. Klaus Ulrich Schlüter-Brust, Chefarzt der Klinik für Allgemeine Orthopädie und Spezielle Orthopädische Chirurgie, Leiter des Endoprothetikzentrums am St. Franziskus-Hospital Köln

MEHR INFOS

www.surgeryrecruitment.nhs.uk

Dort finden Sie Informationen zum Core Surgical Training.

<http://specialtytraining.hee.nhs.uk/>

Dort finden Sie Kriterien und Tipps für die Bewerbung für das Specialty Training.

Literatur

- 1 Gerlinger, Thomas (2012): Die Regulierung des Gesundheitswesens in England
- 2 Baggott, Rob (2004): Health and Health Care in Britain. Third Edition, Houndsmill / New York
- 3 Baggott, Rob (2007): Understanding Health Policy, Bristol
- 4 King's Fund (2006): An independent Audit of the NHS under Labour (1997–2005). London, www.kingsfund.org.uk/publications/independent-audit-nhs-under-labour-1997-2005
- 5 Klein, Rudolf (2006): The new politics of the NHS. From creation to reinvention. Fifth Edition, Oxford/Seattle
- 6 Talbot-Smith, Alison/Pollock, Allyson M. (2006): The new NHS. A guide, Milton Park / New York



Manuellertherapeutische Versorgungsformen sind seit 1976 durch eine Zusatzweiterbildung „Manuelle Medizin“ in der Weiterbildungsordnung verankert. Das Ansinnen, die Ausbildungsinhalte auf europäischer Ebene zu normieren und damit aus der ärztlichen Ausbildung herauszulösen, könnte zum glatten Gegenteil führen, nämlich zu einem Wildwuchs bei osteopathischen Offerten an die Patienten.

REGULIERUNGSWAHN AUS BRÜSSEL

Nein zu einer europäisch genormten Osteopathie

Das europäische Komitee für Normung – CEN/CENELEC – berät derzeit über einen Entwurf einer europäischen Norm für die „Osteopathische Gesundheitsversorgung“. Die DGOU und die Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin wenden sich entschieden gegen eine solche Norm, die parallele Strukturen in der Krankenversorgung schaffen könnte.

Begrifflichkeiten wie „Osteopathie“, „osteopathische Medizin“ und „osteopathische Behandlung“ fehlt eine klare, weltweit akzeptierte Definition. Vielmehr werden sie von Land zu Land unterschiedlich gebraucht und reflektieren damit teilweise auch Differenzen in der Behandlung. Tatsache ist jedoch, dass sich diese Therapieform bei unseren Patienten aus verschiedenen Gründen außerordentlicher Nachfrage erfreut. Auch die gesetzlichen Kassen haben eine neue Satzungsleistung entdeckt: Im Rahmen der Heilpraktiker-Behandlung zahlen sie an ärztlichen und physiotherapeutischen Versorgungsstrukturen vorbei circa 360 Euro im Jahr pro Patient – ohne jede ernsthafte Qualitätssi-

cherung. Eine Summe, die mancher Orthopäde/Unfallchirurg gerne als Jahresbudget für seine Behandlung erzielen würde.

In den Ländern, in denen manualmedizinische Versorgungsstrukturen fehlen, hat die Weltgesundheitsorganisation die Osteopathie als komplementäre und alternative Medizin eingestuft. In Deutschland gibt es jedoch durch Ärzte und Physiotherapeuten ausreichende Versorgungsstrukturen hinsichtlich manualtherapeutischer Versorgungsformen. Aufbauend auf einer Facharztqualifikation ist die Zusatzweiterbildung „Manuelle Medizin“ seit 1976 in der Weiterbildungsordnung verankert. Diese hat inhaltlich und kon-

zeptionell große Schnittstellen mit der Osteopathie. Das entsprechende Kursbuch beinhaltet zahlreiche osteopathische Verfahren und Techniken.

Strukturierte curriculare Fortbildung für „Osteopathische Verfahren“ seit 2013

Auf Veranlassung der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM) hat der Vorstand der Bundesärztekammer 2009 durch seinen wissenschaftlichen Beirat die „Osteopathischen Verfahren“ wissenschaftlich bewertet. Diese Bewertung ist ein grundlegendes Papier, das die derzeit gültige Einordnung dieses Themas unter wissenschaftlichen und

In den Ländern, in denen manualmedizinische Versorgungsstrukturen fehlen, hat die Weltgesundheitsorganisation die Osteopathie als komplementäre und alternative Medizin eingestuft. In Deutschland gibt es jedoch durch Ärzte und Physiotherapeuten ausreichende Versorgungsstrukturen hinsichtlich manualtherapeutischer Versorgungsformen.

evidenzbasierten Gesichtspunkten vornimmt. Vor allem die parietalen osteopathischen Verfahren sind in Deutschland der kritisch rationalen Medizin und Standardversorgung zuzuordnen. Um diese Therapieform aufbauend auf der Manuellen Medizin noch besser in das ärztlich therapeutische Spektrum einzubringen, hat der Fortbildungssenat der Bundesärztekammer unter Mitbeteiligung einiger Landesärztekammern „Osteopathische Verfahren“ 2013 als strukturierte curriculare Fortbildung eingeführt. Mit den physiotherapeutischen Berufsverbänden wurde vereinbart, die delegierbaren Teile dieser Verfahren als „Osteopathische Therapie“ verordnen zu können, so wie sich „Manuelle Therapie“ als Zertifikatsposition lange bewährt hat. Ein Systemwechsel ist also nicht notwendig. So haben wir Ärzte zusammen mit den Physiotherapeuten als Kooperationspartner alles dafür getan, unseren Patienten diese Erweiterung der Manuellen Medizin zu Gute kommen zu lassen. Ein starkes Signal, das allen Versuchen, einen eigenen Facharzt für „Osteopathische Medizin“ oder einen osteopathischen Laienberuf außerhalb der bewährten Strukturen zu schaffen, einen qualitätsgesicherten Riegel vorschiebt.

Der Versuch, über Normung das Medizinsystem zu ändern

Umso erstaunter waren DGOU, DGMM und Bundesärztekammer, dass das europäische Komitee für Normung, CEN, auf Veranlassung eines Österreichischen Normungsinstitutes beantragt hat, „Osteopathische Gesundheitsversorgung“ als EU-Norm im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen zu verankern. Das CEN ist laut Wikipedia eine private, nicht gewinnorientierte Organisation, zum Teil über die Europäische Kommission finanziert, deren Mission es ist, die europäische Wirtschaft im globalen Handel zu fördern, das Wohlbefinden der Bürger zu gewährleisten und den Umweltschutz voranzutreiben. Das CEN hat das deutsche

DIN-Institut in Berlin gebeten, zu diesem Norm-Entwurf Stellung zu nehmen. Das Deutsche Institut für Normung (DIN) ist ein eingetragener Verein, der privatwirtschaftlich getragen wird, um sogenannten „interessierten Kreisen“ ein Forum zu bieten, im Konsensverfahren Normen zu erarbeiten. Es ist vor allem für technische Normierung tätig. Zunehmend normiert es auch Dienstleistungen im Gesundheitsbereich – ein neues Betätigungsfeld. Neben Homöopathen haben auch Chiropraktiker und Anwender traditioneller chinesischer Medizin (TCM) versucht, über die Normung das Medizinsystem in ihrem Sinne zu verändern. Auch Krankenschwestern aus dem Iran haben beim CEN eine Normierung ihrer Arbeit beantragt. Die bisher vom DIN bearbeitete Gesundheitsnorm 15224 als bereichsspezifische Norm des Qualitätsmanagements

AWMF GEGEN BRÜSSELER NORMIERUNGSBESTREBUNGEN

Mit deutlichen Worten wendet sich der Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlicher Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) gegen Normierungsvorhaben ärztlicher Dienstleistungen im Europäischen Komitee für Normung (CEN). Die von Rechtsanwalt Dr. Albrecht Wienke, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR), moderierte Expertenrunde forderte im Rahmen einer Fachtagung in Würzburg, den Bestrebungen des CEN wirksam entgegenzuwirken; dies gelte insbesondere für die vom CEN beabsichtigten Normierungen medizinischer Dienstleistungen auf europäischer Ebene. Solche Aktivitäten des CEN stünden nicht mit den Anforderungen des Deutschen Weiterbildungrechts in Einklang, betonte Rechtsanwältin Annabel Seeböhm, Leiterin des Brüsseler Büros der Bundesärztekammer. „Die Inhalte der Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern sind die rechtlich maßgebliche Grundlage für die ärztliche Berufsausübung in Deutschland und die Abgrenzung der ärztlichen Fachgebiete untereinander. Die Organisation des Gesundheitswesens und der medizinischen Versorgung liegt im Übrigen in der Verantwortung der einzelnen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union und muss von europaweiten Reglementierungen freigehalten werden“, fasste der Kölner Medizinrechtler Wienke das Meinungsbild des Arbeitskreises der AWMF zusammen.

Nach Auffassung von Prof. Dr. Rolf Kreienberg, dem Vorsitzenden der Leitlinienkommission der AWMF, hintertreiben solche europäischen Normen ohne wissenschaftliche Evidenz die Erarbeitung medizinisch-wissenschaftlicher Leitlinien unter der Federführung der AWMF. Nur diese nach dem Regelwerk der AWMF entwickelten medizinisch-wissenschaftlichen Leitlinien gewährleisten, dass die dabei notwendige Transparenz, Objektivität und Wissenschaftlichkeit vorliege. Diese Grundvoraussetzungen seien bei der Entwicklung von Normen durch das CEN nicht erkennbar.

Auch die Bundesärztekammer hatte sich bereits im März 2012 in einer Stellungnahme gegen die Normierung medizinischer Dienstleistungen auf europäischer Ebene durch das CEN ausgesprochen.

im Gesundheitswesen hat eine ganz andere Zielrichtung und Normsetzung, auch im Sinne der Patientenrechte. Diese Normung geht in Richtung Qualitätsmanagement. Daher waren DGOU und BÄK erstaunt, dass das Thema Osteopathie beim DIN-Institut schon seit circa drei Jahren bearbeitet wird, ohne dass DGOU, DGMM und andere wissenschaftliche Fachgesellschaften in irgendeiner Weise einbezogen wurden.

Dieser spezielle DIN-Normen-Ausschuss wird vornehmlich von nichtärztlichen „osteopathischen“ Organisationen gesteuert, die sich in Deutschland mit eigenen Ausbildungsinstituten stark machen, um an der ärztlichen und physiotherapeutischen Schiene vorbei einen eigenen osteopathischen Gesundheitsberuf zu schaffen. Man ist damit unzufrieden, dass nur Heilpraktiker nach vielen Stunden Fortbildung osteopathisch tätig sein können. Begründet wird dies mit einem angeblich immensen Bedarf an Therapeuten und einer Unterversorgung der Patienten. Auch philosophische und spirituelle Hintergründe spielen eine Rolle – so sei man dem Medizinsystem aufgrund eines holistischen Ansatzes weit überlegen.

Unstrukturiertes Ausbildungspapier

Die osteopathischen Ausbildungsakademien und -richtlinien sind in Deutschland so verschiedenartig gestaltet, dass man offenbar den österreichischen Versuch, über eine Norm eine Standardisierung zu erreichen, bereitwillig aufgenommen hat. Das beim DIN-Institut eingereichte Papier, das jetzt über Europa promotet wird, ist eine 4.800 Stunden umfassende „normierte“ Ausbildung, wobei eine Vielzahl von diagnostischen und therapeutischen Inhalten beschrieben sind, ohne dass eine Zuordnung zu diesen 4.800 Stunden erfolgt. Das Papier

über die Norm in einen eigenen Beruf mündet, der die insuffiziente Versorgung durch Ärzte und Krankengymnasten beseitigt.

Leider haben die Bundesärztekammer und unsere wissenschaftlichen Fachgesellschaften sehr spät von dieser Entwicklung erfahren, da sie vom Ausschuss nicht adäquat informiert wurden. Offensichtlich ist das Verfahren, mit dem das DIN-Institut „interessierte Kreise“ einlädt, völlig intransparent. Dies wird auch von anderen Normungs-Verfahren im Gesundheitsbereich berichtet. Offenbar gibt es verschiedene Interessengruppen,

ihre Gesundheitssysteme ausschließlich selber regeln. Das bedeutet, dass die Europäische Kommission Entscheidungen aus Deutschland nicht einfach aushebeln kann. Gemeinsam mit der Bundesärztekammer werden DGOU, DGMM, AWMF und UEMS diese Frage intensiv mit den politischen Gremien diskutieren. Erste Abstimmungen sind bereits erfolgt. Besonders die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) hat darauf hingewiesen, dass eine normierte Ausbildung in keinem Fall unseren hiesigen wissenschaftlichen Standards der Aus- und Weiterbildung genügt. Sie steht im Gegensatz zu unserer Weiterbildungsordnung, die durch die Kammern beschlossen wurden (siehe Kasten).

DGOU und DGMM werden dafür kämpfen, dass die europäische Normung von Gesundheitsberufen in Deutschland bewährte Systeme nicht aushebelt und parallele Welten in der Krankenversorgung schafft.

gleich mehr einer systematischen Aufzählung von Definitionen, unterscheidet nicht zwischen Aus-, Weiter- und Fortbildung und hat auch große Teile von Inhalten, die eigentlich in eine Berufsordnung gehören. Es besteht eine völlige Uneinigkeit in der osteopathischen Szene, ob Osteopathie Salutogenese behandelt oder Pathogenese – so auch in diesem Papier: Osteopathie sei „auf die Gesundheit des Patienten fokussiert, anstatt krankheitszentriert“ zu sein. Die Lösung dieser Frage hätte erhebliche Auswirkungen auf die sektoralen Vergütungssysteme. Leider haben die Kassen in ihren Satzungsleistungen dies bereits vordergründig vorweggenommen.

Auch eine Unterscheidung zwischen „Osteopathie“ und „osteopathischer Medizin“ wird nicht gemacht. Beide sind offenbar gleichwertig. Man glaubt, dass man durch 4.800 Stunden mit systematisch beschriebenen Inhalten auf angeblich evidenzbasierter und patientenorientierter Grundlage ein paralleles Ausbildungssystem schaffen kann, das

die versuchen, ihr eigenes Süppchen zu kochen. DGOU und DGMM haben sich daher in diese Diskussion eingeschaltet, um zu versuchen, dieses Normierungspapier zu verhindern. Dies ist bislang nicht gelungen.

Man hat uns nun aufgefordert, Ergänzungen zum Entwurf zu formulieren. Wir halten jedoch den Entwurf an sich für nicht sinnvoll und tragfähig, so dass wir eine generelle Ablehnung befürworten. Das DIN-Institut hat uns allerdings mitgeteilt, dass das Votum aus Deutschland einer Mehrheitsentscheidung im europäischen Kontext unterworfen ist. Das Papier könnte also auch ohne unsere Beteiligung beschlossen werden.

Lissabon-Vertrag könnte uns vor dieser Norm bewahren

Aus diesem Grund ist es nur möglich, über § 168 des Lissabon-Vertrages und über die politischen Gremien zu intervenieren. Im Lissabon-Vertrag ist festgeschrieben, dass die Mitgliedstaaten

Die generelle Kritik am DIN-Institut lautet, dass über diesen Weg auch die ärztliche Selbstverwaltung ausgehebelt würde. Eine berufliche Ausbildung kann nicht über eine DIN-Norm definiert werden. Es steht zu befürchten, dass bei Anerkennung dieser normierten Ausbildung weitere Gesundheitsberufe folgen und Geschmack an eigenen Curricula finden werden. Gemeinsam mit der Bundesärztekammer, den Landesärztekammern, der AWMF und der Union Européenne des Médecins Spécialisés (UEMS) werden wir deshalb als DGOU und DGMM dafür kämpfen, dass diese „Normung“ in Deutschland bewährte Systeme nicht aushebelt und parallele Welten in der Krankenversorgung schafft.

Dr. Matthias Psczolla



Dr. Matthias Psczolla,
Oberwesel, Beauftragter
der DGOU,
Präsident DGMM

Frühjahrstreffen in Lissabon



Am 25. und 26. April 2014 traf sich die Sektion Orthopädie-Traumatologie der Union Européenne des Médecins Spécialisés (UEMS) in Lissabon. Im Mittelpunkt der Gespräche standen das Europäische Examen und die Zusammenarbeit mit der European Federation of National Associations of Orthopedics and Traumatology (EFORT) für ein Europäisches Curriculum.

Die Anzahl der Kandidaten, darunter auch viele Nicht-Europäer, beim Europäischen Examen nehmen kontinuierlich zu. Jeweils circa 70 Prozent der Teilnehmer haben in den vergangenen Jahren die Prüfung bestanden; die niedrigsten Punktzahlen wurden in den Prüfungsbereichen „Spine“ und „Basics“ erreicht. Sehr positiv wirkt sich die Aufspaltung in schriftliches und mündliches Examen aus. Das schriftliche Examen, das auf

der klinischen Versorgung ausgewiesen werden sollen, damit Patienten sich EU-weit in anerkannten Zentren behandeln lassen können (lesen Sie dazu auch den nachfolgenden Beitrag: „Für eine EU-weite hochspezialisierte Gesundheitsversorgung“). Diese sogenannte Cross Border Healthcare soll dazu beitragen, die hochspezialisierte Medizin zu harmonisieren. Bei gesichertem Therapiestandard soll damit zugleich eine kosteneffektive Be-

zu erleichtern. Ziel ist es, Basics, Advance und Recertification einheitlich zu gestalten. Die 40 Seiten starke Ausarbeitung soll beim EFORT-Meeting in London verabschiedet und dann weiter verteilt werden. Im Oktober 2014 soll dann das Orthopädisch-Traumatologische Curriculum an den EU-Gesetzgeber weitergeleitet werden. Im weiteren Verlauf ist auch geplant, das Examen in der Obhut des European Board of Orthopaedics and Traumatology (EBOT) zu übernehmen und eine Kooperation der Boards von UEMS und EFORT zu verwirklichen. Die UEMS-Sektion wird den EFORT-Vorschlag auf ihrer September-Sitzung im Einzelnen durchgehen.

Die EFORT will die europaweite Harmonisierung der Facharztweiterbildung vorantreiben, um die Migration der Ärzte zu erleichtern.

elektronischem Wege im eigenen Land absolviert wird, fand zuletzt am 3. April 2014 mit 149 Teilnehmern statt. Die mündliche Prüfung, bei der detaillierte Kenntnisse in Diagnostik und Therapie abgefragt werden, ist jeweils in der ersten Oktoberwoche. Künftig soll der beste Jahresabsolvent mit einer Urkunde und 500 Euro Prämie ausgezeichnet werden. Ausführlich wurde die Idee diskutiert, einen dritten Teil „Professional Behaviour, Attitude and Skills“ einzurichten. Dies wurde sehr kontrovers und noch nicht abschließend diskutiert.

Der Präsident der Sektion berichtete, dass aufgrund einer Unschärfe in den Statuten die Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) in Person von Prof. Dr. Hans-Peter Bruch als Präsident das Recht beansprucht, in allen Sektionen die deutschen Vertreter zu nominieren. Wie schon in anderen Sektionen geschehen, hat auch der Präsident der Orthopädisch-Traumatologischen Sektion dieses Ansinnen zurückgewiesen.

In einer Europäischen Richtlinie zum „European Referent Network“ wurde festgelegt, dass europaweit Exzellenz-Zentren

handlung gesichert sein. Die Diskussion zeigte, dass diejenigen EU-Mitgliedstaaten, die über geringe Finanzmittel für den Gesundheitsbereich verfügen, kaum dazu in der Lage sein werden, Patienten grenzübergreifend in anderen Ländern behandeln zu lassen. Nicht auszuschließen ist, dass Kostenträger dies nutzen, um bei Schwierigkeiten in der Versorgung im eigenen Land ihren Versicherten andere Behandlungszentren vorzuschlagen. Konkret findet dies bereits zwischen Finnland und den Baltischen Staaten statt – im Baltikum gibt es keine Wartelisten, und die Behandlung ist zudem wesentlich preiswerter.

EFORT will Harmonisierung der Weiterbildung vorantreiben

Die Sektion hatte sich über mehrere Treffen mit den Minimal Requirements der Weiterbildung für Kapitel 6 befasst, welches dem Council zu eng gefasst war. Dr. Manuel Cassiano Neves berichtete als Repräsentant der EFORT, dass dort neue „Requirements for Professional Education“ ausgearbeitet wurden, um eine Harmonisierung in der Weiterbildung voranzutreiben und damit auch die Migration

Die Gründung eines Multidisciplinary Joint Committee für Ausbildung und experimentelle Arbeit (NASCE: Network of Accredited Clinical Skills Centres) am 4. April 2014 in Rom soll in ihrem weiteren Verlauf kritisch begleitet werden. Die Mitglieder der Sektion sind sich nicht sicher, ob diese Zertifizierung mit den hochgesteckten Vorgaben europaweit umzusetzen ist.

Zur Fortbildung der Ärzte mit abgeschlossener oder vor dem Ende stehender Facharztausbildung ist unter dem Stichwort EACCME (European Accreditation Council for Continuous Medical Education) berichtet worden, dass Fortbildungspunkte mit diesem Zertifikat in 20 europäischen Ländern anerkannt werden.

*Prof. Dr. Dr. Joachim Grifka
Dr. Dietrich Bornemann*

MEHR INFOS

Die Bedingungen für das Europäische Examen sind auf der Website der orthopädisch-traumatologischen Sektion der UEMS einsehbar:

www.uems-ortho.org → European Exam

EUROPÄISCHE REFERENZNETZWERKE

Für eine EU-weite hochspezialisierte Gesundheitsversorgung



Im Rahmen einer Tagung der Sektionen der Union Européenne des Médecins Spécialisés (UEMS) wurde die Planung hoch-spezialisierter Referenznetzwerke vorgestellt, die Ende 2015 realisiert werden sollen.

Die Richtlinie 2011/24/EU der Patientenrechte im grenzüberschreitenden Gesundheitswesen beinhaltet folgendes:

- Das Recht der Arztwahl durch die Patienten und die Kostenübernahme unter bestimmten Bedingungen für Gesundheitsleistungen, die durch öffentliche oder private Anbieter innerhalb der EU vorgehalten werden.
- Eine erhöhte Transparenz über Patientenrechte, Behandlungsoptionen und die Qualität und Sicherheitsstandards der Anbieter von Gesundheitsleistungen.
- Ein besonderer Fokus wird auf die Kooperation innerhalb der Mitgliedsstaaten gelegt. Das Ziel des Artikels 12 sind die Europäischen Referenznetzwerke (ERN). Darin ist festgelegt, die Entwicklung solcher Netzwerke zu unterstützen und darüber hinaus den Zugang zu hochspezialisierter Behandlung den Patienten zu ermöglichen, die unter bestimmten Erkrankungen leiden und für die bestimmte Bedingungen zutreffen:
 - seltene Erkrankungen
 - komplexe und kostenintensive Erkrankungen
 - Erkrankungen, die eine bestimmte Konzentration von Expertise erfordern

Bis zum Jahresende 2015 soll die Etablierung der Europäischen Referenznetzwerke

vollendet werden. Bis dahin müssen die bestimmten Erkrankungen festgelegt werden. Es müssen die Mitgliedsstaaten nach Zentren mit besonderer Expertise befragt und entsprechende Zentren visitiert werden. Es sollen Treffen mit den sogenannten Stakeholders (politische Institutionen, Kostenträger etc.) durchgeführt und eine Koordinierungsinstitution eingerichtet werden.

Kriterien und Bedingungen für Netzwerke

- Es muss das Wissen und die Expertise für Diagnostik, Follow-up und Behandlung der Patienten vorhanden sein mit einer entsprechenden Evidenz für ein gutes Outcome.
- Es muss ein multidisziplinärer Ansatz gewährleistet sein.
- Die Netzwerke müssen einen hohen Grad von Expertise vorweisen und die Befähigung haben, Leitlinien zu verfassen sowie Outcome-Kriterien und Qualitätskontrolle zu implementieren.
- Sie müssen international anerkannt wissenschaftlich tätig sein.
- Sie müssen Lehr- und Ausbildungsaktivitäten organisieren.
- Sie müssen eng mit anderen Zentren gleicher Expertise und ebenso mit nationalen und internationalen Netzwerken zusammenarbeiten.

Gefördert werden soll eine kosteneffektive Nutzung von Ressourcen. Der Fokus liegt auf hochspezialisierter Gesundheitsversorgung und Behandlungsoptionen, die international wissenschaftlich anerkannt sind (Sicherheit, Nutzen und positiver klinischer Outcome).

Der zeitliche Rahmen sieht vor, dass der Aufruf für Netzwerke im ersten Quartal 2015 erfolgen wird und Ende 2015 mit der Einrichtung entsprechender Netzwerke gerechnet werden kann. Es gibt zur Zeit zwei Netzwerke als Pilotprojekte unter der Richtlinie 2011/24/EU:

- Netzwerk für pädiatrische onkologische Zentren, die sich mit seltenen soliden Tumoren beschäftigen.
- Netzwerk von komplexen neurologischen Erkrankungen – refraktörischer Epilepsie.

Prof. Dr. Hans-Jörg Oestern



Prof. Dr. Hans-Jörg Oestern, Chefarzt a. D. der Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Neurotraumatologie, Celle

Netzwerk für klinische Skills Zentren in Europa



Am 4. April 2014 fand in Rom das konstituierende Meeting des UEMS Netzwerkes für klinische Skills Zentren in Europa (NASCE) statt.

Prof. Vassillios Papalois (England), Präsident der Sektion Chirurgie der UEMS, und Prof. Anders Bergenfelz (Schweden), Leiter der Arbeitsgruppe, präsentierten die bisherigen Ergebnisse der AG. Diese war mit dem Ziel gegründet worden, Ärzte in Skills Zentren bei der Vertiefung ihrer Fähigkeiten im operativen Sektor zu unterstützen. Solche Skills Zentren basieren im Wesentlichen auf Simulationen, Virtual Reality und Teamtraining. Sie haben sich weltweit rasch entwickelt und werden in der klinischen Ausbildung von Medizinstudenten, Ärzten in der Weiterbildung und anderen Gesundheitsberufen eingesetzt. Die klinischen Skills Zentren unterscheiden sich im Hinblick auf Curriculum, Kompetenz, Equipment, Personal und Forschung.

Gegenwärtig existieren keine europäischen Standards für die Bewertung und Akkreditierung klinischer Skills Zentren. Die medizinische Weiterbildung und die Ausbildung verschiedener Berufe im Gesundheitswesen unterscheiden sich innerhalb Europas abhängig von der ökonomischen Entwicklung, der geografischen Lage und der Bevölkerungsstruktur.

Die Arbeitsgruppe zur Akkreditierung klinischer Skills Zentren in Europa ist eine Initiative des Multidisciplinary Joint Committee (MJC) und wendet sich an alle interessierten Sektionen der UEMS. Diese Initiative wird von folgenden UEMS-Sektionen getragen:

- Anästhesiologie
- Kardiologie
- Neurochirurgie
- Geburtshilfe und Gynäkologie
- Ophthalmologie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Chirurgie
- Urologie
- Gefäßchirurgie

Die Arbeitsgruppe hat einen Vorschlag zu Anforderungen für die Akkreditierung, den Prozess der Akkreditierung und ebenso für eine Satzung entwickelt. Das MJC wird die Akkreditierung der klinischen Skills Zentren begleiten, will aber ebenso eine wichtige Plattform für Forschung und Zusammenarbeit der klinischen Skills Zentren bereitstellen (Curriculum, Kurse, Fakultäten). Vorgesehen sind zwei Formate – zum einen multidisziplinär, zum anderen für eine einzelne Disziplin. Die Akkreditierung basiert auf der Bewertung von sechs Punkten:

- Führungsstruktur
- Verwaltungsebene
- Lehrer und Dozentenqualität
- Anforderungen an Auszubildende
- Schwerpunkte und Kompetenzen
- Forschung und Entwicklungsschwerpunkte

Grundlage für die Akkreditierung ist neben der schriftlichen Bewerbung eine Visitation von zwei Mitgliedern bereits akkreditierter Zentren. Die Gesamtkosten für die Akkreditierung belaufen sich auf 3.000 bis 5.000 Euro. Über den genauen Betrag wird noch diskutiert. Die akkreditierten Zentren müssen einen Jahresbeitrag in Höhe von 850 Euro für Verwaltungsarbeit und den Jahreskongress entrichten. Die Teilnahme am Kongress ist für Zentren verpflichtend. Am 11. und 12. April 2014 bestätigte das Council der UEMS das MJC offiziell. Der Name wurde ergänzt in MJC for Clinical Skills, Training and Assessment.

Existierendes Skills Zentrum

Dr. Emin Aksoy aus der Türkei (Istanbul) stellte die türkischen Erfahrungen eines sehr großen Skills Zentrums in Istanbul vor. Die Implementierung nahm 14 Monate in Anspruch. Das Institut heißt

Center of Advanced Simulation Education (CASE). Dort wurden bisher 1.300 Studenten und 3.000 Ärzte ausgebildet, es wird größtenteils vom Staat finanziert. Im Zentrum gibt es klinische Simulationslabors: u.a. eine Rettungswagen-simulation – dort werden sogar Straßen mit Schlaglöchern simuliert, so dass im Wageninneren sehr realitätsnahe Bewegungen entstehen. Es gibt weiterhin Simulationseinrichtungen für Paramedics, für Intensivstationen, einen Kreißsaal, für die meisten kardiologischen Prozeduren, Schockraum etc. Daneben wurden mehrere Tierlabore mit allen bildgebenden Verfahren eingerichtet, allein neun Plätze für laparoskopische und arthroskopische Chirurgie, Pathologie, Labors, Multimediaräume mit direktem Anschluss zu den Operationssälen zweier benachbarter Krankenhäuser. Insgesamt sind elf Mitarbeiter fest angestellt, daneben noch etliche als Zeitkräfte. Im laufenden Betrieb ist die Robotikabteilung finanziell am aufwendigsten.

Praktische Umsetzung

Für die Zentren, die bereits über eine entsprechende Infrastruktur verfügen und mit mindestens vier Mitarbeitern ausgestattet sind, ist eine Akkreditierung erreichbar. Die Entwicklung eines Zentrums ohne bereits vorliegende Infrastruktur und Personal ist aufwendig und teuer und muss sorgfältig und abgewogen entschieden werden. Es wird erwartet, dass im Laufe eines Jahres zehn bis 15 Zentren die Akkreditierung anstreben. In der Anfangsphase übernimmt das Sekretariat des Berufsverbandes der Deutschen Chirurgen (BDC) die administrative Betreuung.

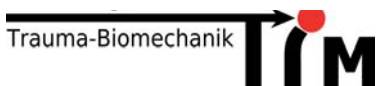
*Prof. Dr. Joachim Grifka
Prof. Dr. Hans-Jörg Oestern*



Aufgrund der demografischen Entwicklung werden die Verkehrsteilnehmer immer älter. Mit dieser Thematik beschäftigte sich das Symposium „Trauma-Biomechanik des älteren Verkehrsteilnehmers“.

FORSCHUNGSNETZWERK TIM

Plattform für interdisziplinäre biomechanische Forschung



Eine periprotese Femurschaftfraktur bei einer 91-jährigen Frau nach einem Sturz zu Hause ist völlig anders als eine Femurschaftfraktur bei einem 35-jährigen Mann nach einem Verkehrsunfall. Das Wissen über die verschiedenen biomechanischen Voraussetzungen bei der Entstehung von Verletzungen zu bündeln, um Prävention, Therapie und Nachbehandlung noch mehr verbessern zu können, ist das Anliegen des Forschungsnetzwerks **Trauma-BioMechanik – „TIM“**.

Die wissenschaftliche Entschlüsselung der Biomechanik der Verletzungsmechanismen und die daraus folgenden Konsequenzen in Prävention und Therapie sind ureigenste unfallchirurgisch/orthopädische Themen. Der Unfallchirurg/Orthopäde alleine wird dies ohne Hilfe von Ingenieuren, Biomechanikern, Medizininformatikern etc. nicht lösen können, und auch die produktivste Arbeitsgruppe kann nicht alle Verletzungsmechanismen für jede Verletzung des menschlichen Körpers untersuchen. Evidenz hinsichtlich der Biomechanik von Verletzungen ist meist schlecht erreichbar. Hat man ein wesentliches Ergebnis gefunden, das in

praxi eingesetzt werden könnte, fehlt es häufig an den Verbindungen zu Industrie und Politik, um dieses umzusetzen.

Diesem Umstand Rechnung tragend, wurde das Forschungsnetzwerk Trauma-Biomechanik gegründet. Das Forschungsnetzwerk versteht sich als Plattform für den Zusammenschluss von Partnern aus Forschung, Lehre, Behörden und der Industrie mit dem Ziel, gemeinschaftlich Wissen zu generieren, Synergien zu nutzen und die Prävention voranzutreiben. Aufgaben der Forschungsplattform sind die Bündelung und die Koordination von Aktivitäten und die Förderung einer fä-

cherübergreifenden Bearbeitung relevanter Themen. Zahlreiche Fragen der Trauma-Biomechanik sind vielschichtige Problemstellungen, die letztlich nur durch eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und durch die Zusammenarbeit verschiedener Arbeitsgruppen gelöst werden können.

Historie des Forschungsnetzwerks

Das Forschungsnetzwerk Trauma-BioMechanik (TIM, www.traumabiomechanik.net) wurde vom Partnership for Dummy Technology and Biomechanics (PDB, www.pdb-org.com), dem Universitätskli-

GRÜNDUNGSMITGLIEDER VON TIM ZUSAMMEN MIT DER PDB

- Am **Universitätsklinikum Regensburg** wird seit 1998 Unfallforschung in Kooperation mit der Audi AG betrieben. Die Biomechanik der Verletzungsentstehung im Realunfall steht hierbei im Fokus.
- Die **Ostbayerische Technische Hochschule** hat zusammen mit dem Universitätsklinikum Regensburg sehr erfolgreich biomechanische Fragestellungen bearbeitet und ist fester Partner der Universitätsklinik Regensburg.
- Das **Institut für Rechtsmedizin der LMU** erforscht Unfälle mit fatalem Ausgang und hinterlegt diese in einer Datenbank in Korrelation mit dem Unfallmechanismus.
- Die **Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt)** hat unter anderem die Aufgabe, die Sicherheit auf den Straßen zu verbessern.

nikum Regensburg, der Ostbayerischen Technischen Hochschule Regensburg, dem Institut für Rechtsmedizin der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) und der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) als interdisziplinäres, offenes Netzwerk gegründet. Ausschlaggebend war das Anliegen der PDB, die von der Autoindustrie (Audi, BMW, Daimler, Porsche, VW) getragen wird, in den Bereichen Dummy-Technologie, Simulation und Biomechanik Erfahrungen und Kompetenzen zu bündeln. Bislang besteht auf internationaler Ebene kaum ein einheitlicher Wissensstand über die Biomechanik von Verletzungen in Verkehrsunfällen, auch eine entsprechende Datenbank existiert nicht. Zudem erscheinen solche biomechanischen Forschungsvorhaben nur dann umfassend, wenn Kliniker, Biomechaniker und Rechtsmediziner zusammenarbeiten. Zu guter Letzt sollte eine solche Kooperation auch über Verbindungen zur Politik verfügen.

Der Fokus von TIM liegt aber nicht allein auf dem Verkehrsunfall. TIM versteht sich als Plattform für jegliche Forschung im Bereich der Verletzungsentstehung beim Menschen – begonnen bei der Außenbandruptur des Tennisspielers über die distale Bizepssehnenruptur des Bodybuilders/Bauarbeiters bis hin zu Femurschaftfrakturen und dem Polytrauma. Alle Bereiche der Trauma-Biomechanik – vom Sporttrauma bis hin zum Trauma des älteren Menschen – sind in dem Netzwerk abgebildet.

Zielsetzung von TIM

Das Ziel von TIM ist es, Kommunikationsstrukturen für den Bereich Trauma-Biomechanik zu schaffen, die Sektorengrenzen überschreiten und Mediziner, Biomechaniker, Ingenieure und staatliche Einrichtungen an einen Tisch bringen. Darüber hinaus können Forschungspro-

jekte initiiert, koordiniert und bei Bedarf auch Sponsoren gefunden werden.

Ein Wiki für die Wissenschaft

Ein Baustein hierfür ist das „TIM Wiki“, das – ähnlich Wikipedia – eine Informations- und Kollaborationsplattform darstellt. „TIM Wiki“ ist kostenfrei, steht jedoch exklusiv nur registrierten Forschern und Experten offen (Anmeldung via www.traumabiomechanik.net). Hervorzuheben für O&U ist der interdisziplinäre Ansatz: Nicht nur Mediziner und medizinische Biomechaniker tragen zum Wissensgewinn bei, auch Ingenieure und Unfallforscher sind beteiligt, so dass das Wiki einerseits einen interdisziplinären, andererseits durch die englische Sprache einen internationalen Informationsaustausch ermöglicht. „TIM Wiki“ beinhaltet mit 7.200 verzeichneten biomechanischen Papers und mehr als 700 sofort verfügbaren Abstracts eine umfassende Bibliothek. Für multizentrische Forschungsgruppen stehen abgeschlossene Bereiche zur Verfügung, so dass „TIM Wiki“ als sichere Kommunikationsplattform genutzt werden kann.

TIM für O&U

Besonders interessant für die DGOU ist – neben der multizentrischen O&U-Ver-netzung – der interdisziplinäre Aspekt des Netzwerks. So spielen bei Verkehrsunfällen neben den Verletzungen der verunfallten Person immer auch zusätzliche Parameter (zum Beispiel Fahrzeugkonfiguration, passive und aktive Schutzmechanismen, Straßenbeschaffenheit, Verkehrssituation und -leitung) eine Rolle. Zusätzliche Parameter sind auch bei Sportunfällen (zum Beispiel Beschaffenheit der Schuhe) und dem Sturz des älteren Menschen (etwa die Wohnungseinrichtung) zu finden, ohne dass diese bislang wissenschaftlich untersucht

wurden. TIM kann in all diesen Bereichen nicht nur eine Brücke zwischen den Forschungseinrichtungen, sondern eine interdisziplinäre, internationale Kommunikationsplattform zwischen Klinik, Forschung, Industrie und Politik sein.

Symposium Traumabiomechanik des älteren Verkehrsteilnehmers

Am 12. Februar 2014 fand in der BASt die TIM-Veranstaltung „Traumabiomechanik des älteren Verkehrsteilnehmers – Herausforderungen des demografischen Wandels“ statt. Beleuchtet wurden unter anderem moderne technische Möglichkeiten, die dabei helfen, Gefährdungen älterer Verkehrsteilnehmer zu minimieren. Im Alter verändert sich das Muster, nach dem Verletzungen entstehen. TIM beschäftigt sich intensiv mit der Entstehung dieser spezifischen Verletzungsmechanismen. Das Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur war mit Richard Damm, Referat Fahrzeugtechnik, vertreten. Im Rahmen des Symposiums wurden Untersuchungen, basierend auf aktuellen Unfalldaten, präsentiert, die Schwerpunkte der Verletzungen älterer Verkehrsteilnehmer im Unfallgeschehen aufzeigen. Es wurde erläutert, wie virtuelle Menschmodelle dazu beitragen können, die Besonderheiten älterer Verkehrsteilnehmer hinsichtlich traumabiomechanischer Fragestellungen zu untersuchen. Weiterhin gaben Vertreter der Fahrzeugindustrie einen Überblick der aktuell bereits verfügbaren technischen Lösungen, um ältere Fahrzeuginsassen bei einem Unfall besser zu schützen. Eine abschließende Podiumsdiskussion zeigte die Notwendigkeit der weiteren interdisziplinären Forschung auf.

Dr. Alexander Leis
TIM-Geschäftsführer

Dr. Antonio Ernstberger
OA am Universitätsklinikum Regensburg

Prof. Dr. Michael Nerlich
Vizepräsident DGU 2014

WEITERE INFOS

Die Vorträge des Symposiums „Traumabiomechanik des älteren Verkehrsteilnehmers“ finden Sie unter: wiki.traumabiomechanics.net. Zugangsbeantragung via Mail an info@traumabiomechanics.net



Rettungsstellen automatisch alarmieren: Dafür will die EU alle PKWs serienmäßig mit einem elektronischen Notrufsystem ausrüsten.

eCALL

Automatischer Notruf bei Crash

Unter dem Namen „eCall“ hat die EU-Kommission die Einführung eines automatischen Notruf- und Ortungssystems beschlossen. Neufahrzeuge sollen spätestens von 2018 an europaweit mit eCall ausgerüstet werden, um die Möglichkeiten einer schnellen Unfallrettung zu verbessern. Laut EU können dadurch jährlich 2.500 Menschenleben zusätzlich gerettet und die Zahl der im Straßenverkehr verletzten Personen deutlich verringert werden. Wie sinnvoll ist dieser Beschluss? Und welche kritischen Punkte sollten beachtet werden?

Die Bezeichnung „eCall“ steht als Abkürzung für „emergency call“ und soll zugleich verdeutlichen, dass der Notruf automatisch durch ein elektronisches System erfolgt. Dieses besteht aus einer Box mit Mobilfunkeinheit, einem GPS-Empfänger und einem Antennenanschluss. Wird ein mit eCall ausgestattetes Fahrzeug in einen Unfall verwickelt, stellt das System über das Mobilfunknetz eine Verbindung zur europaweiten Notrufnummer 112 her. Auslöser dieses automatischen Notrufs sind Crash-Sensoren, zum Beispiel der Airbag-Sensor. Auch manuell lässt sich ein Notruf mit eCall auslösen.

Die Positionsdaten des verunglückten Fahrzeugs werden mit Hilfe des Satellitennavigationssystems GNSS (Global Na-

vigation Satellite System) an die nächstgelegene Rettungsleitstelle übertragen. Diese soll dann versuchen, eine Sprechverbindung mit den Fahrzeuginsassen aufzunehmen, um genauere Informationen über die Schwere des Unfalls zu ermitteln. Für die Insassen ist es dadurch auch möglich, gegebenenfalls Entwarnung zu geben. Automatisch soll eCall Informationen zu Unfallzeitpunkt, Standort, Fahrzeugtyp und Fahrtrichtung an die Einsatzzentrale übertragen. Somit können Hilfeleistungen auch dann sofort eingeleitet werden, wenn ein Gespräch aufgrund schwerer Verletzungen nicht möglich ist. Zusätzlich könnten durch das Notrufsystem auch die notwendigen fahrzeugspezifischen Rettungsinformationen (zum Beispiel Daten der Rettungskarte) digital übertragen werden. Verpflichtend ist der

Einbau des Systems ab Oktober 2015 für alle neuen Modelle von Pkw und leichten Nutzfahrzeugen.

„Grundsätzlich eine sehr gute Idee“

Dr. Carl Haasper, Leiter der Sektion Prävention der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), hat die Diskussion um die Einführung des automatischen Notrufsystems seit Jahren aus Sicht der Fachmedizin verfolgt und begleitet. Er bewertet die europaweite Einführung von eCall zunächst einmal positiv: „Grundsätzlich ist das eine sehr gute Idee. Die Frage ist nur, mit welchem System man das Ganze umsetzt. Dieser Aspekt wird derzeit diskutiert, vor allem vor dem Hintergrund einer möglichen Kostenexplosion.“

Aus unserem Fach

Auch bei der konkreten Umsetzung sieht Haasper noch Klärungsbedarf, etwa beim Datenschutz. Der automatisierten Erfassung der Daten sollten von vornherein enge Grenzen gesetzt werden: „Man sollte darauf achten, dass das Ganze nicht zu einem Selbstläufer wird, der zu einer Überwachung der Autofahrer führt.“ Ein wesentlicher Aspekt liegt dabei in der strikten Beschränkung des Datenverkehrs auf ein konkretes Unfallgeschehen. Es müsse gewährleistet werden, dass eine Übermittlung von Inhalten „wirklich für den Notfall vorbehalten bleibt.“

Einfallstor für die permanente Überwachung?

Die in der EU erzielte Übereinkunft legt zwar fest, dass die übermittelten Daten ausschließlich im Rahmen von eCall verwendet werden. Viele Verbraucher befürchten dennoch, dass das System zu einem Einfallstor für die permanente Überwachung von Autofahrern und Fahrzeugen wird. Auch Horst Müller-Peters, Professor am Institut für Versicherungswesen der Fachhochschule Köln, hält in dieser Hinsicht Skepsis für angebracht. Er vermutet, dass viele kritische Aspekte des Notrufsystems erst in einigen Jahren auf die Agenda kommen werden: „Ich glaube, da muss erst Leidensdruck entstehen. Die Politik ist erst mal froh, wenn sie eCall überhaupt auf die Beine gestellt hat und durchsetzen konnte, was schwierig genug war.“

2013 hatte Müller-Peters unter dem Titel „Der vernetzte Autofahrer. Akzeptanz und Akzeptanzgrenzen von eCall, Werkstattvernetzung und Mehrwertdiensten im Automobilbereich“ eine umfassende Studie zum Themenkomplex veröffentlicht. Dort wurde deutlich, dass die Verbraucher der Einführung eines automatischen Notrufsystems grundsätzlich äußerst positiv gegenüberstehen, aber eben auch Befürchtungen hinsichtlich einer über das bloße Unfallgeschehen hinausgehenden Datenübermittlung hegen. Auch eine automatische Übertragung von Daten an Autohersteller und Werkstätten stößt überwiegend auf Ablehnung.

„Allerdings zeigt ein Auseinanderklaffen zwischen hohen datenschutzbezogenen Erwartungen einerseits und dem tatsächlichem Umgang mit daten-

sensiblen Diensten in verschiedensten Lebensbereichen andererseits, dass ein erheblicher Teil der Bevölkerung bereit ist, ein grundsätzliches Verlangen nach Anonymität zugunsten konkreter Vergünstigungen außer Acht zu lassen“, lautet ein Fazit der Studie. Müller-Peters betont in diesem Zusammenhang, dass es bei einem Autokauf den allermeisten Verbrauchern allein um das Fahrzeug ginge – und nicht um die damit gleichzeitig eingekauften Zusatzleistungen. „Das lässt sich mit vielen Beispielen aus anderen Bereichen – wie Druckerpatronen, Espressomaschinen oder App-Stores für Smartphones – vergleichen.“

„Wichtig ist, dass man ein einheitliches System hat“

Auch bei eCall sei deshalb nicht auszuschließen, dass ein Unfallwagen automatisch in die nächstgelegene Vertragswerkstatt abgeschleppt wird, wenn die Daten direkt an die Autohersteller übertragen werden. „Andere Marktteilnehmer wie zum Beispiel der ADAC mit seinem Pannendienst, die Versicherer oder die freien Werkstätten machen sich deshalb recht viel Sorgen, dass sie gar keinen Zugriff mehr kriegen“, sagt Müller-Peters. Er hält die Einführung von eCall grundsätzlich für sinnvoll, befürwortet aber nicht zuletzt vor dem Hintergrund drohender Teilmonopolisierungen auch aus Gründen des Wettbewerbs eine „gemeinsame Datenschnittstelle“. Dies könnte zumindest gewährleisten, dass die Fahrzeughalter eine freie Wahlmöglichkeit hätten, falls Daten an Pannendienste oder Werkstätten übermittelt würden.

An welchen Empfänger die Daten übertragen werden, ist auch für Haasper von essenzieller Bedeutung. Im Jahr 2010 wurde eCall in einem großangelegten Feldversuch erprobt. Haasper verweist darauf, dass damals der eCall-Vorreiter BMW die kompletten Datensätze erhielt. Am Feldversuch waren auch weitere Industriepartner wie IBM, Allianz Ortungs-Services, Deutsche Telekom und Dekra, der Telematik-Chipspezialist NXP sowie verschiedene europäische Automobilclubs beteiligt. Ausgewertet wurden die Testdaten durch die Server und Callcenter von IBM, Allianz OrtungsServices und BMW. „Die EU wünscht sich, dass die Daten direkt an die Rettungsleitstel-

len übermittelt werden und nicht an Hersteller oder Zulieferer, die dann ein Geschäft daraus machen – das wünsche ich mir auch“, erklärt Haasper. Nicht nur deshalb lautet eine seiner zentralen Forderungen: „Wichtig ist, dass man ein einheitliches System hat.“

Den konkreten Nutzen des Systems bewertet Haasper trotz vieler Bedenken für die gesamte EU als hoch. In Deutschland gebe es allerdings ein deutlich geringeres Verbesserungspotenzial als in vielen anderen Ländern: „Wir haben in Deutschland bereits ein sehr gutes Notfallrettungssystem, so dass es eher um Einzelfälle gehen wird. Vor allem betrifft dies ländliche Regionen, wo besonders nachts die Mortalitätsrate bei Unfällen hoch ist.“ In jedem Fall gehe es darum, sich um die Rettung jedes einzelnen Unfallopfers bestmöglich zu bemühen – denn schließlich zähle jedes einzelne Leben.

Miriam Buchmann-Alisch



Miriam Buchmann-Alisch ist Redakteurin bei der DGU.

ZUM WEITERLESEN

eCall: Time saved = lives saved

<http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/ecall-time-saved-lives-saved>

Studie der Fachhochschule Köln: „Der vernetzte Autofahrer. Akzeptanz und Akzeptanzgrenzen von eCall, Werkstattvernetzung und Mehrwertdiensten im Automobilbereich“:

www.f04.fh-koeln.de/imperia/md/content/hp-f04/ivw/publikationen/3_2013_mueller_peters_vernetztes_fahrzeug.pdf

UPDATE

Nach Redaktionsschluss hat der EU-Minister rat Ende Mai in seinem Gesetzentwurf zu eCall einige Bestimmungen zum Datenschutz nachgebessert und eine Fristverlängerung vorgeschlagen.



Fotos: Archiv Friedrichsheim



Das Friedrichsheim 1949 und heute

FRIEDRICHSHEIM FRANKFURT

Vom Krüppelheim zur Universitätsklinik

Die Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim im Frankfurt am Main feiert dieses Jahr ihr 100-jähriges Bestehen. Anlass, auf die Historie der Klinik zurückzublicken.

Eine Krüppelzählung des Orthopäden und Hochschullehrers Konrad Biesalski im Jahr 1906 offenbarte einen Notstand: „Wenn irgend etwas geeignet erscheint, die Existenzberechtigung und Notwendigkeit der Orthopädie als Spezialwissenschaft zu erweisen, so ist es die ungeheure Fülle des aus den Zahlen der Statistik hervorspringenden Krüppelends“, stellte Biesalski fest. Um etwas dagegen zu unternehmen, gründeten am 21. März 1909 engagierte Bürger mit hohem ideellen und finanziellen Einsatz den „Verein für Krüppelfürsorge für den Bezirk Wiesbaden/Frankfurt am Main“. Erste Vorsitzende des Vereins war Elisabeth König

aus Wiesbaden. Die Witwe des 1908 verstorbenen Industriellen Friedrich König schenkte dem Verein für den Bau einer „Krüppelanstalt“ ein sechs Morgen großes Grundstück in der Wiesbadener Roselstraße sowie 200.000 Mark.

Bürger wollten die „Krüppelanstalt“ nicht

Die Wiesbadener Bürger wehrten sich vehement gegen den Bau einer „Krüppelanstalt“. Sie befürchteten, diese könnte dem Ruf der Kurstadt Wiesbaden schaden. Der Frankfurter Oberbürgermeister Franz Adickes dagegen, der von Wiesba-

dens Ablehnung erfuhr, zeigte sich dem Projekt gegenüber sehr aufgeschlossen. Ein Grundstücktausch sollte das Problem lösen. 1912 stellte die Stadt Frankfurt dem Verein ein 15.000 Quadratmeter großes Grundstück am Schleusenweg – heute Marienburgstraße – zur Verfügung. Das Gelände war weit entfernt vom Stadtkern, jedoch in der Nähe des neuen Städtischen Krankenhauses, aus dem sich bald das Universitätsklinikum entwickelte. Bis zur Eröffnung der „Heil- und Erziehungsanstalt für Krüppelkinder des Regierungsbezirks Wiesbaden“ in Frankfurt am Main am 17. Oktober 1914 mit 80 bis 100 Betten gab es dort keine Institution,

Aus unserem Fach

DAS FRIEDRICHSHEIM HEUTE

Ärztliche Direktorin und Geschäftsführerin: Univ.-Prof. Dr. Andrea Meurer

Leistungsbereiche der Klinik:

- Orthopädie, Spezielle Orthopädische Chirurgie und Rheumaorthopädie
- Wirbelsäulenorthopädie
- Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
- Radiologie und Interventionelle Radiologie

die sich ausschließlich und auf breiter medizinischer Basis mit der Pflege und Heilung behinderter Menschen befasste. Die Architekten Jacobi (Wiesbaden) und Bühling (Mainz) hatten ihrem Entwurf den Namen „Friedrichsheim“, der bis heute erhalten geblieben ist, gegeben, um damit den verstorbenen Mann der Stifterin zu ehren. Am 17. Oktober 1914 wurde die Mitbenutzung durch die Universität vertraglich vereinbart. Die Klinik erhielt die Bezeichnung „Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim“. Ärztlicher Leiter wurde Prof. Karl Ludloff. Damit wurde in Frankfurt zum ersten Mal ein Lehrstuhlinhaber für Orthopädie gleichzeitig Leiter einer Klinik. Das Haus diente anfangs als Lazarett. Zunächst geriet seine Existenz aufgrund fehlender finanzieller Mittel in Bedrohung. Erst die Unterstützung des Wohlfahrtsministeriums sicherte den Fortbestand von Verein und Klinik.

Am 1. Oktober 1930 wurde Prof. Georg Hohmann auf den orthopädischen Lehrstuhl der Universität berufen und Ärztlicher Direktor des Friedrichsheims (bis 1946). Unter seiner Leitung konnte die Bettenanzahl von 160 auf 210 gesteigert werden. Die Poliklinik und die Laborräume wurden erweitert, die Röntgenabteilung vergrößert. Mit wissenschaftlichen Arbeiten erreichte die Klinik weltweiten Ruf. Dadurch überstand das Friedrichsheim zunächst relativ unbeschadet die nationalsozialistische Herrschaft. Die Luftangriffe auf Frankfurt am Main im Zweiten Weltkrieg jedoch zerstörten große Teile der Johann Wolfgang Goethe-Universität. Das Friedrichsheim brannte bis auf die Grundmauern aus.

Wiederaufbau nach dem 2. Weltkrieg

Nach Kriegsende standen Verein und Klinikleitung vor fast unlösbaren Problemen. Nur durch den unermüdlichen Einsatz des Kommissarischen Vorsitzenden des Vereins Dr. August Oswalt, des Ober-

verwaltungsdirektors a.D. Karl Hofacker und des kommissarischen ärztlichen Leiters Dr. Harald Mosebach gelang es, die Klinikarbeit aufrecht zu erhalten und den Wiederaufbau der Klinik in die Wege zu leiten. Am 14. Oktober 1947 war Richtfest, im Jahre 1950 standen bereits wieder 210 Betten zur Verfügung. Im Jahre 1951 wurde Prof. Dr. Eduard Güntz ärztlicher Leiter der Klinik. 1952 gab die Universität Frankfurt Mittel zum Ausbau der Klinik und zur Einrichtung des Hörsaals. Damit wurde die Klinik wieder eine Stätte für Lehre und Forschung. Der Wiederaufbau des Friedrichsheims war im selben Jahr abgeschlossen.

In den darauffolgenden Jahren entwickelte sich das Gebiet der medizinischen, vor allem der operativen Orthopädie rasant weiter, so dass die baulichen Gegebenheiten in keiner Weise Schritt halten konnten. Schon Prof. Güntz plädierte für eine Erneuerung der Klinik mit der Errichtung eines moderneren Operationstraktes, doch erst seinem Nachfolger Prof. Wolfgang Heipertz, Ordinarius für Orthopädie und ärztlicher Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim (1969 bis 1991), gelang es, die Klinik zu modernisieren. Bereits in den 60er Jahren erforderte die Spezialisierung der Klinik die Entstehung von Fachbereichen.

Rasante Entwicklung der Klinik

Zu Beginn der 70er Jahre wurde deutlich, dass der Klinikbetrieb in der Rechtsform eines eingetragenen Vereins nicht mehr zeitgemäß zu führen war. Deshalb beschloss der Verein Friedrichsheim im Dezember 1973, seine Arbeit einer Stiftung zu übertragen. Das hessische Innenministerium genehmigte die Umwandlung im November 1974. Der Verein selbst blieb als Förderverein der Stiftung bestehen. So war das Jahr 1974 für die Klinik mit ihren 300 Betten von besonderer Bedeutung. Mit der Überführung in die Zuständigkeit des Hessischen Sozialminis-

ters waren die Voraussetzungen für die Erstellung des dringend benötigten OP-Neubaus geschaffen. Nach dreijähriger Bauzeit wurde der Neubau 1981 eingeweiht. In diesem wurden Operationssäle, Poliklinik, Röntgenabteilung und Laborräume untergebracht. Im Sommer 1989 erfolgte eine Erweiterung der Klinik um einen weiteren Therapieneubau.

Nachfolger von Prof. Dr. Heipertz wurde Anfang 1992 Prof. Dr. Ludwig Zichner. Im Mai 1992 wurde er als Ordinarius und Ärztlicher Direktor des Friedrichsheims berufen. Er leitete es bis zu seiner Emeritierung im März 2007. In dieser Phase wurde das Friedrichsheim um die heutigen Bettenhäuser sowie die dort integrierte Poliklinik erweitert. Weiterhin konnte unter Prof. Dr. Zichner die Bildgebung im Friedrichsheim um einen Kernspintomografen und einen Computertomografen erweitert werden. Auf sein Bestreben hin wurde das Deutsche Orthopädische Geschichts- und Forschungsmuseum nach Frankfurt transferiert und 1998 in den ehemaligen Räumen der Ergotherapie für Contergangeschädigte Patienten eingeweiht (lesen Sie dazu: „Schätze im Verborgenen“, OU Mitteilungen und Nachrichten, Ausgabe 3/2012, S. 312 ff.). Zum 1. Januar 2007 wurden die Klinik sowie die Schule für Physiotherapie mit allen Einrichtungen, Ausstattungen und dem Personal aus der Stiftung in die „Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim gGmbH“ übergeleitet. Heute ist das Friedrichsheim ein Haus der Schwerpunktversorgung (siehe Kasten). Seit März 2009 ist Univ.-Prof. Dr. Andrea Meurer, Chefärztin der Klinik für Spezielle Orthopädie und Orthopädische Chirurgie an der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim, Ärztliche Direktorin und Geschäftsführerin – eine von nur zwei Inhaberinnen eines orthopädischen Lehrstuhls bundesweit.

Dr. Annette Heller



Dr. Annette Heller ist Ärztin für Anästhesie, Intensiv- und Schmerzmedizin und Presseferentin an der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim.



Orthopädische Maßschuhe halten nicht ewig. Nach welchen Kriterien neue Maßschuhe verordnet werden können, hat der Beratungsausschuss der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) für das Orthopädie-Schuhtechnik-Handwerk in einer Stellungnahme aufgelistet.

ORTHOPÄDIE-SCHUHTECHNIK

Stellungnahme zur Funktionsdauer und Haltbarkeit orthopädischer Maßschuhe

Wie lange halten orthopädische Maßschuhe? In nachfolgender Stellungnahme listet der Beratungsausschuss der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) für das Orthopädie-Schuhtechnik-Handwerk unter der Leitung von Prof. Dr. Bernhard Greitemann die Faktoren auf, die bei dieser Frage zu berücksichtigen sind.

Mobilität ist die Grundlage für die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie für die Integration ins Arbeitsleben. Orthopädische Schuhe nach Maß haben dabei die Aufgabe, die Steh- und Gehfähigkeit von Patienten zu erhalten, zu verbessern oder wiederzuerlangen. Die Regelungen über Indikation, Verordnung, Ausführung, Abnahme und Bereitstellung von Wechselversorgungen finden sich

- im Bundesgesetzblatt,
- im Bundesversorgungsgesetz,
- in Regelungen der deutschen gesetzlichen Unfallversicherungen,
- in Hilfsmittelrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) sowie
- in unzähligen Verträgen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern auf regionaler und überregionaler Ebene.

Auf Grund der bestehenden Rechtsunsicherheit wurde an den Beratungsausschuss die Bitte herangetragen, eine aktuelle Übersicht der gültigen Regelungen

zu erstellen und Empfehlungen für deren bedarfsgerechte Anwendung zu geben. Im Jahre 2007 hat der Beratungsausschuss im Rahmen der Fortschreibung der Produktgruppe 31 „Schuhe“ des Hilfsmittelverzeichnisses (HMV) zu dieser Thematik letztmalig Stellung genommen.

Funktionelle Aufgaben von orthopädischen Hilfsmitteln

Laut Hilfsmittelrichtlinie des GBA vom 21. Dezember 2011 ergibt sich

die Notwendigkeit für die Verordnung von Hilfsmitteln (konkrete Indikation) nicht allein aus der Diagnose. Unter Gesamtbeurteilung (ICF) der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen), der noch verbliebenen Aktivitäten und einer störungsbildabhängigen Diagnostik sind der Bedarf, die Fähigkeit zur Nutzung, die Prognose und das Ziel einer Hilfsmittelversorgung auf der Grundlage realistischer,

für die Versicherte oder den Versicherten alltagsrelevanter Anforderungen zu ermitteln. Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für das angestrebte Behandlungsziel zu berücksichtigen.

Alle orthopädischen Hilfsmittel haben somit eine **funktionelle Aufgabe** zu erfüllen. Die produktspezifischen Eigenschaften und somit die Funktionsfähigkeit ändern sich mit der Trageintensität und der Lebensdauer der verwendeten Materialien. Dies trifft insbesondere auf Hilfsmittel zu, die durch Hautkontakt und Witterungseinflüsse einer so hohen Belastung ausgesetzt sind wie orthopädische Schuhe. Die Erwartungen an ihre Haltbarkeit und Tragedauer sind sehr unterschiedlich und führen oftmals zu Unklarheiten bezüglich Garantie, Kulanz, Haftung, Verschleiß (krankheitsbedingt, normaler bzw. übermäßiger Verschleiß), Reparatur, orthopädische Korrektur, Teilerneuerung oder Ersatz durch Neuan-

Aus unserem Fach

fertigung und Bereitstellung einer Wechselversorgung. Kostenträger erwarten naturgemäß eine möglichst hohe Lebensdauer, Patienten erwarten indes einen hohen Komfort bei möglichst geringem Gewicht und ansprechender Optik, Ärzte und Therapeuten erwarten einen echten funktionellen Zugewinn.

Lebensdauer

Jede Patientenversorgung hat ihre Aufgabenstellung und ist individuell zu betrachten. Faktoren, die Einfluss auf die Lebensdauer der Orthopädischen Maßschuhe haben, sind:

- Indikation, Erkrankungsbild, Schweregrad der Erkrankung, Ausmaß der Fehlstellung oder des Funktionsdefizites, der Mobilitätsgrad, Aktivitätseinschränkungen
- das private Umfeld (Wohnung, Hobbies, Sport, gesellschaftliche Verpflichtungen),
- das berufliche Lebensumfeld sowie
- Alter und Körpergewicht der Patienten, die tägliche Laufstrecke, Körperhygiene sowie äußere Einflüsse wie Feuchtigkeit, Schmutz und Schuhpflege.

Zudem ist die Anzahl der zur Verfügung stehenden Wechselpaare zu berücksichtigen, damit Schuhe auslüften können und die Polstermaterialien Zeit bekommen, sich vom Körperdruck zu erholen. Die sogenannte Rückstellfähigkeit muss wirken können. Passform und Funktion sind regelmäßig etwa alle sechs bis zwölf Monate zu überprüfen. Der Gesamteindruck entscheidet, ob das Hilfsmittel noch seinen Zweck erfüllt, ob eine Teilerneuerung ausreicht oder ein verändertes Versorgungskonzept indiziert ist. Der Ermessensspielraum der verordnenden Ärzte bewegt sich zwischen Anwendung der Durchschnittsregel und der Bedarfsregel.

Regelungen zur Tragedauer

Die Versorgung mit Hilfsmitteln und Ersatzleistungen ist im Bundesversorgungsgesetz (Orthopädieverordnung – OrthV) sowie in der Produktgruppe 31 des Hilfsmittelverzeichnis geregelt. In der sogenannten Grundausstattung stehen den Patienten für den Straßengebrauch zwei Paar Schuhe (je ein Paar als Erstversorgung und Wechselpaar)

zur Verfügung. Eine Wechselversorgung führt nicht zu einer Doppeltversorgung. Jedes dieser Paare kann nach zwei Jahren erneuert werden, das heißt für den Neuanpruch ist das Lieferdatum des vorletzten Paares entscheidend. Für orthopädische Haus-, Bade- und Sportschuhe gilt eine Tragedauer von vier Jahren, eine Wechselversorgung ist nicht vorgesehen (Ausnahme: die Hausschuhe werden mehr genutzt als die Straßenschuhe und auf ein Wechselpaar Straßenschuhe wird verzichtet). Für diese Regelungen gibt es jedoch keine wissenschaftliche Evidenz. (Regelversorgung lt. PG 31: *„Der fertige Schuh muss aufgrund seiner Materialbeschaffenheit und Verarbeitung während des durchschnittlichen Gebrauchszeitraums seine Hilfsmittelleigenschaft beibehalten.“*)

Ausnahmetatbestände

Der verordnende Facharzt darf bei nachvollziehbaren Gründen von dieser an durchschnittlichen Trageerwartungen orientierten Regelversorgung abweichen. Beispiel: Bei geringer Laufleistung und sehr gutem Zustand der Schuhe kann die zumutbare Trageerwartung länger als zwei Jahre betragen, bei erheblichem Verschleiß durch hohe Laufleistung, hohes Körpergewicht, starken Schweißfuß oder veränderter Indikationsstellung kann vorzeitiger Ersatz oder eine Reparatur, eine Teilerneuerung oder eine Anpassung erforderlich werden. Auch bei erheblicher Veränderung des Körpervolumens zum Beispiel bei lymphatischer Störungen oder erheblicher Gewichtsreduzierung kann vorzeitiger Bedarf festgestellt werden, weil die Passform nicht mehr gegeben ist. Gleiches gilt bei Wachstum oder wenn sich die Diagnose verändert bzw. erweitert hat, zum Beispiel bei Zustand nach Trauma, nach Operation oder bei zusätzlicher Erkrankung.

Funktionsverlust von Hilfsmitteln

Der Verschleißprozess ist schleichend und nicht ausschließlich in Zeit oder Kilometer Laufleistung zu bemessen. Entscheidend ist, ob Form und Funktion noch gegeben sind bzw. wieder hergestellt werden können, um das ursprüngliche oder das aktuelle Therapieziel zu erreichen. Neben dem subjektiven Patientenempfinden soll der objektive Vergleich von Soll- und Istzustand Aufschluss geben.

Kriterien für notwendige Erneuerung sind vor allem:

- mangelnde Führung des Fußes bei Ausweiten (Austreten) des Schaftes,
- Aushärten des Schaftes durch Schweiß usw.,
- mangelnde Fersenführung bei Formverlust der Hinterkappe,
- wenn der Schutz des Fußes vor Verletzungen nicht mehr gegeben ist,
- wenn die Abrollfunktion nicht mehr hergestellt werden kann,
- wenn die orthopädischen Elemente irreparable Biegefalten aufweisen,
- bei erheblichem Formverlust des Schuhs,
- wenn eine Reparatur oder Korrektur unwirtschaftlich ist.

Eine Reparatur oder Korrektur ist dann als wirtschaftlich anzusehen, wenn die voraussichtliche Trageerwartung anschließend mindestens sechs Monate beträgt. Das betrifft insbesondere die im Kasten aufgeführten Arbeiten. Alle anderen Arbeiten haben keine Positionsnummer und müssen individuell kalkuliert und beantragt werden. Verbindliche Abrechnungspositionen vermissen wir insbesondere bei Mittelfußrollen, Ballenrollen, Schuhrauhhöhungen und diabetisadaptierten Ersatzfußbettungen

Reparaturen / Korrekturen

Laut Produktgruppe 31 des Hilfsmittelverzeichnis erstreckt sich der Anspruch des Versicherten sich nicht nur auf

„die Erstversorgung mit orthopädischen Maßschuhen, sondern auch auf deren Änderung, Instandsetzung (Reparaturen) und die gegebenenfalls notwendige Ersatzbeschaffung. Instandsetzungsarbeiten am orthopädischen Maßschuh können notwendig werden, um den therapeutischen Nutzen des Schuhs weiter zu erhalten. Diese Instandsetzungsarbeiten werden außerhalb der Gewährleistungspflicht dann von der GKV übernommen, wenn sie technisch möglich und wirtschaftlicher sind als eine Ersatzbeschaffung von einem (neuen) orthopädischen Maßschuh. Bei der Beurteilung einer Ersatzbeschaffung ist eine Einzelfallentscheidung zu treffen, die der Lebensweise des Versicherten, seiner Konstitution, der Art und der Beschaffenheit des orthopädischen Maßschuhs Rechnung trägt. Modetrends und kosmetische Wünsche finden keine Berücksichtigung. Reparaturen aufgrund

WIRTSCHAFTLICHE REPARATUREN

Schuhbodenversteifung	Pos.: 31.03.05.1000
Ersatzfußbettungen	Pos.: 31.03.05.2000
Neue Vorfuß- und / oder Fersenpolster	Pos.: 31.03.05.2001
Neue Lederdecksohle im Schuh	Pos.: 31.03.05.2002
Neues Lederfutter am Schaft und an der Lasche	Pos.: 31.03.05.2003
Neues Lammfellfutter	Pos.: 31.03.05.2000
Neues Entlastungspolster im Schaft	Pos.: 31.03.05.2000
Schmetterlingsrolle mit Weichpolsterung der Mittelfußköpfchen	Pos.: 31.03.05.4000
Verkürzungsausgleich im Sohlenbereich je Zentimeter	Pos.: 31.03.05.4001

der normalen Abnutzung, zum Beispiel an Absatz und Laufsohle, gehen – ebenso wie Reparaturkosten für normale Schuhe – zu Lasten des Versicherten. Dies gilt auch für den Ersatz von Schnürsenkeln.“

Die Träger orthopädischer Schuhe haben somit allgemein übliche Verschleißreparaturen wie die Erneuerung des Absatzflecks oder des Sohlenprofils selbst zu veranlassen und selbst zu bezahlen. Für einen übermäßigen, krankheitsbedingten Verschleiß jedoch hat dann ein Kostenträger aufzukommen, wenn die Funktion des Hilfsmittels wieder hergestellt und die Tragedauer der Schuhe auf die durchschnittliche Trageerwartung oder darüber hinaus verlängert wird. Beispiele: Ausgleich des übermäßigen Sohlenverschleißes bei Lähmungspatienten oder Erneuerung der Klettverschlüsse bei nachlassendem Halt. Medizinische Elemente wie Schaftpolster (Pos. 31.05.05.3003) oder Fußbettungen (Position 31.05.05.2000) können ebenfalls bei Bedarf auf ärztliche Verordnung ausgetauscht bzw. erneuert werden. Für einige weitere Anpassungsarbeiten existieren Abrechnungspositionen: So kann beispielsweise bei Metatarsalgien eine Schmetterlingsrolle (Position 31.05.05.4000) nachträglich angebracht oder erneuert werden. Bei Veränderungen der Beinlänge ist dies ebenfalls möglich (Pos. 31.05.05.4001).

Anders verhält es sich beispielsweise bei statischen Insuffizienzen. Bei starken X- oder O-Beinen sowie bei starken Knickfuß- oder Klumpfuß-tendenzen kommt es zu erheblichen Stauchungen des medialen oder des lateralen Schuhrandes. Der Lotaufbau wird beim Tragen zerstört, was wiederum zum Verschleiß der Stabilisierungskappen führt. Ein frühzeitiger Neuaufbau könnte die Lebensdauer der Hilfsmittel spürbar verlängern. Hier wird dringend eine entsprechende Abrech-

nungsziffer gefordert. Auch für Ballen- und Mittelfußrollen wird dringend eine Abrechnungsposition gefordert. Hier ließe sich mit relativ wenig Aufwand die Funktionsdauer deutlich erhöhen.

Hygiene

Die Materialverwendung ist im Medizinproduktegesetz sowie in den Ausführungsbestimmungen der Produktgruppe 31 „Schuhe“ geregelt. Zum Einsatz kommen ausschließlich auf Hautverträglichkeit geprüfte Materialien. Eine wissenschaftliche Evidenz zur Tragedauer in Bezug auf die hygienische Zumutbarkeit gibt es nicht. Vielmehr ist die individuelle Situation insbesondere bei multimorbiden Patienten zu berücksichtigen: Allergien, Keime, die sich im Schuh festsetzen, Inkontinenz, der Einfluss von Crèmes und Hautsalben auf das Schuhfutter und die Schuhverklebung sowie die Auswirkungen von Fußschweiß. Die größte Schweißbelastung geht hierbei von der Fußsohle aus und findet sich entsprechend in der Bettung. Diese kann bei Notwendigkeit ausgetauscht (Pos. 31.05.05.2000) oder mit einer frischen Decksohle (Pos. 31.05.05.2002) versehen werden. Für beides existieren Abrechnungspositionen. Der Austausch von Futterledern im Schaft ist (trotz Abrechnungspositionen) nur theoretisch denkbar.

Fotodokumentation

Zum Beweis dafür, dass die orthopädischen Schuhe verschlissen sind, wird von einigen Kostenträgern eine Fotodokumentation gefordert. Ob dies ein geeignetes Mittel ist, um den Zustand der wesentlichen Funktionselemente zu überprüfen, muss kritisch hinterfragt werden. Diese Zusatzleistungen binden zeitliche und finanzielle Ressourcen und untermauern mangelndes Vertrauen

gegenüber den Fachärzten. Diese Fotos können lediglich aufzeigen, ob

- die Schuhe getragen wurden,
- sie Gefalten haben,
- ein Sohlenabrieb vorliegt und
- ob sie mehr oder weniger gründlich gepflegt wurden.

Eine objektive Beobachtung des Patienten durch den Arzt in Verbindung mit dem im Gespräch festgestellten subjektivem Eindruck des Patienten und des Patientenumfeldes kann indes aufzeigen, ob die Passform und Funktion des Schuhwerks noch gewährleistet ist bzw. wiederhergestellt werden kann. Eine Erneuerung oder Teilerneuerung sollte zum richtigen Zeitpunkt erfolgen, also noch vor dem vollständigen Funktionsverlust des bestehenden Hilfsmittels. Nur so haben Patienten die Möglichkeit, unterbrechungsfrei ihre Mobilität zu behalten.

Fazit

Die Lebensdauer von orthopädischen Hilfsmitteln ist von den individuellen Umständen des Patienten abhängig zu machen. Dabei spielen Faktoren wie Hygiene und die Materialbeschaffenheit in Bezug auf die Funktionsfähigkeit des Hilfsmittels eine große Rolle. Für die übergeordnete Festlegung von Tragedauern gibt es keine wissenschaftliche Evidenz. Vielmehr ist im Einzelfall zu entscheiden, ob und wann eine Reparatur, eine Korrektur oder gar eine Neuankfertigung von orthopädischem Schuhwerk indiziert ist.

Frank Schievink
Werner Dierolf
Dr. Manfred Franzen
Prof. Dr. Bernhard Greitemann
Hermann Perick
Dr. Hartmut Stinus
Jürgen Stumpf
Prof. Dr. Markus Walther



Prof. Dr. Bernhard Greitemann leitet den Beratungsausschuss der DGOOC für das Orthopädie-Schuhtechnik-Handwerk.

Intensiver Gedankenaustausch



Am 17. und 18. Januar fand in Frankfurt / Mörfelden der 13. VLOU (Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen)-Workshop statt. Auch dieser Workshop war mit über 240 Teilnehmern wieder ausgebucht.

Auf der Agenda des 13. VLOU-Workshops standen: Klinikstrukturen und -management, Versorgungskonzepte, Ermächtigungen und Sektorengrenzen, Nachwuchs – To get the Best of the Best, DRG-System und Krankenhausfinanzierung sowie juristische Fragen. Das Grundsatzzreferat hatte zum Thema: „Gut sein, wenn's darauf ankommt – Kompetenz in Regeneration“.

Im Forum A wurden Strukturen und Konzepte – Generalisten, Spezialisten, Chefarztwesen, Consulting System – erläutert. Im Forum B ging es um verschiedene Beteiligungsmodelle für leitende Ärzte. Dr. Gerhard M. Sontheimer, Geschäftsführer der Klinik in Kassel GmbH, zeigte Wege für die Chefarztrekrutierung auf. Dieser Beitrag war insofern besonders wertvoll, da Sontheimer auf interessante und humorvolle Weise die besondere Ambivalenz zwischen Geschäftsführung und Chefarzt aufzeigte. In einem weiteren Vortrag stellte Werner Fleischer dar, wie sich ein Chefarzt bei Konflikten verhalten und gegen sinnlose Forderungen zur Wehr setzen kann.

Forum C drehte sich um juristische Themen, für die wir wieder Rechtsanwalt Dr. Jörn Hülsemann und Rechtsanwalt Norbert H. Müller gewinnen konnten. Es ging einerseits um Drogen und Sucht, zum anderen um juristische Aspekte aus dem Bereich Kündigung, Urlaubs- und Krankheitsregelungen im Klinikalltag. Dr. Thomas Kuhlmann, Leiter der Psychosomatischen Klinik Bergisch Gladbach, referierte über: „Drogen bei Ärzten als komplexes, tabuisiertes und risikobehaftetes Problem“.

Anschließend wurde Prof. Dr. Tilman Mischkowsky für seine langjährige Tätigkeit im VLU und im VLOU geehrt. Als Gründungsmitglied des VLU hat er maßgeblich dazu beigetragen, die Interessen

der leitenden Ärzte in unserem Fach zu vertreten, was er später als VLOU-Vorstandsmitglied weiterführte.

Das Highlight des ersten Tages war der Vortrag von Prof. Hans Eberspächer, der Tipps und Tricks vermittelte, mit denen es gelingen kann, die Balance zwischen stressigem Berufsalltag und nötiger Regeneration zu finden. Das letzte Forum am ersten Veranstaltungstag beschäftigte sich mit Ermächtigungen und Sektorengrenzen. Dr. Andreas Gassen berichtete über die KV-Ermächtigung und deren Chancen, Michael Brenke von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) sprach über die spezialfachärztliche Versorgung.

Am anschließenden Abendessen nahmen 120 Kollegen teil. Dieses abendliche Treffen ist ebenso wie die mittlerweile verlängerten Pausen zwischen den verschiedenen Foren das I-Tüpfelchen, da man dabei ausreichend Zeit hat, mit Gleichgesinnten und „Gleich-Betroffenen“ aktuelle Themen zu diskutieren.

Das erste Forum am Samstag beschäftigte sich mit dem Thema Nachwuchs. Dr. Kai Fehske als Kollege in der Ausbildung gab einen Einblick in die Strukturen und Abläufe seiner Zeit als Assistenzarzt und beleuchtete die Frage, was sich Assistenten heute wünschen. Prof. Almut Tempka informierte anschließend über die neue Weiterbildungsordnung und zeigte auf, welche Punkte der bisherigen WBO dringend modifiziert werden müssten. Im Anschluss folgten drei Vorträge von ausländischen Kollegen oder Kolleginnen, die im Ausland tätig sind, in denen sie die verschiedenen Ausbildungsmodelle vorstellten. Den Anfang machte Prof. Stefan Nehrer, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Orthopädie (ÖGO) und Dekan der Fakultät für Gesundheit und Medizin an der Donau Universität Krems.

Danach stellte Prof. Jan Verhaar, Chefarzt und Leiter der Orthopädie an der Universität Erasmus MC in Rotterdam, das niederländische Modell vor. Zum Abschluss berichtete Dr. Ulrich Schlüter-Brust über seine Tätigkeit in Großbritannien.

Das letzte Forum beschäftigte sich mit dem DRG-System und der Krankenhausfinanzierung. Dr. Regina Klakow-Franck berichtete über Steuerungsmodelle in O&U. Dominik Franz, Medizincontrolling an der Universitätsklinik Münster, gab Auskunft über die Weiterentwicklung des DRG-Systems am Beispiel der Revisionsendoprothetik. Marc Michel, Firma Brehm, referierte darüber, welche Auswirkungen die drehende Preisspirale auf die Zusammenarbeit mit der Industrie hat, und André Sonntag, Krankenhausberatung Jüngerkes & Schlüter, beschloss den diesjährigen Workshop mit einem Bericht über die Landesbasisfallwerte.

Die Resonanz der Teilnehmer auf dem diesjährigen Workshop war wieder ausgesprochen positiv. Nachdem der Workshop nun dreimal in Mörfelden stattgefunden hat, ist es an der Zeit, sich umzuorientieren. Der kommende Workshop wird am 16./17. Januar 2015 im Crowne Plaza Hotel Nähe Kurfürstendamm in Berlin stattfinden. Wir würden uns sehr freuen, wenn wir Sie dort im nächsten Jahr begrüßen dürften.

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller



Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, 1. VLOU-Vorsitzender

INITIATIVE 93

33. Fort- und Weiterbildungskurs



Vom 7. bis 9. März 2014 fand im Mathias-Spital in Rheine der 33. Fort- und Weiterbildungskurs der Initiative '93 Technische Orthopädie statt. Zu den Modulen 2 und 4 „Amputationschirurgie, Prothesenversorgung, Schuhtechnik und Kompressionstherapie“ fanden sich 25 Teilnehmer ein. Am Ende der Kursreihe steht das Zertifikat Technische Orthopädie als besonderer Qualifikationsnachweis.

Der Kurs stieß auf interdisziplinäres Interesse. Somit waren neben einer großen Anzahl von Ärzten (O&U vor allem aus dem Bereich Rehabilitation und aus Berufsgenossenschaftlichen Kliniken sowie Akutkliniken) auch Orthopädie-Techniker und Orthopädie-Schuhtechniker zugegen. Die verschiedenen Kursteilnehmer brachten sehr unterschiedliche Voraussetzungen mit. Dr. Armin Koller (Mathias-Spital in Rheine) hatte die wissenschaftliche Leitung und moderierte gemeinsam mit Prof. Dr. Greitemann (RehaKlinikum Bad Rothenfelde, Klinik Münsterland, 1. Vorsitzender der VTO) das umfangreiche Programm. Dieses gliederte sich in vier Blöcke: „Amputation und Prothetik untere Extremität“, „Amputation, Prothetik, Rehabilitation“, „Fuß und Orthopädie-schuhtechnik“ und „Orthopädie-Schuhtechnik und Kompressionstherapie“. Insgesamt 20 Referenten mit jeweils hoher Kompetenz in den Bereichen Patientenversorgung, Orthopädiertechnik, Orthopädie-Schuhtechnik, Forschung und Entwicklung, Biomechanik oder Aspekte des Medizinrechtes hielten informative Vorträge.

Amputation und Prothetik untere Extremität

Der Block „Amputation und Prothetik untere Extremität“ fand am ersten Kurstag statt. Anatomisch sortiert erfolgte die detaillierte hochqualifizierte Darstellung der Amputationsverfahren auf unterschiedlichen Niveaus mit reichlich illustrativem Bildmaterial. Man merkte den Referenten das hohe Fachwissen und die für sie erreichte Routine in den speziellen Operationsverfahren deutlich an. Äquivalent strukturiert und fachlich versiert stellten sie die prothetische Versorgung auf den verschiedenen Amputationsniveaus dar. Den krönenden Abschluss

bildete der Workshop Prothetik. Zwischen den jeweiligen Vorträgen sowie im Workshop wurde rege und teilweise auch kontrovers diskutiert. Schnell wurde klar: Eine enge Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte und Techniker im Team ist für eine optimale Versorgung des Patienten notwendig.

Amputation, Prothetik, Rehabilitation

Der Block „Amputation, Prothetik, Rehabilitation“ beschäftigte sich eindrucksvoll vor allem mit Problemfällen wie „Der komplizierte Stumpf“ oder „Versorgungsfehlern“, aber auch mit Amputation und Prothetik im Bereich der oberen Extremität sowie mit funktionsverbessernden Eingriffen. Der Hand- und unfallchirurgische Kollege PD Dr. Langer zeigte beeindruckende Bilder und Zeichnungen aus seinem Klinikalltag. Den Abschluss bildete neben einer Einführung in die „Ergotherapie der oberen Extremität nach Amputation“ ein Workshop „Prothetik obere Extremität“. Auch hier blieb genügend Raum für inspirierende Diskussionen.

Fuß und Orthopädie-schuhtechnik

Im Block „Fuß und Orthopädie-Schuhtechnik“ wurde gut ausgearbeitetes medizinisches Fachwissen zum Thema Amputationstechniken am Fuß, der diabetische und der rheumatische Fuß präsentiert. Zudem wurde Beeindruckendes der möglichen Silikonversorgung nach Fußamputationen hinsichtlich Kosmetik und Funktionalität gezeigt. Abgerundet wurde der informative Block von der Vorstellung mikroprozessorgesteuerter Kniegelenke und einem sehr anschaulichen Vortrag über die Ganganalyse bei Kindern von Dr. Wühr.

Orthopädie-Schuhtechnik und Kompressionstherapie

Der vierte und letzte Block zum Thema „Orthopädie-Schuhtechnik und Kompressionstherapie“ begann mit wissenswerten und unerwartet spannenden Aspekten der gesetzlichen Grundlagen der Schuhtechnik. Danach wurden die komplexen Themen Einlagenversorgung, Schuhzurichtung, Maßschuhversorgung und medizinische Kompressionstherapie sehr übersichtlich strukturiert vermittelt.

Zusammenfassend sei gesagt, dass dieser Kurs einzigartig ist in der Komplexität der Zusammenstellung von Wissensinhalten im Bereich der Technischen Orthopädie. Sowohl seitens der Techniker als auch der Ärzte bestand eine sehr hohe Praxisrelevanz. In keinem anderen Kurs werden die medizinischen konservativen und operativen Aspekte sowie die orthopädietechnischen Versorgungsmöglichkeiten interdisziplinär und mit so hohem Fachwissen und dennoch kompakt beleuchtet. Trotz der äußersten Heterogenität unserer Gruppe mit sehr unterschiedlichen Voraussetzungen kamen alle auf ihre Kosten und fuhren mit einem neuen Wissensschatz wieder nach Hause.

Dr. Melanie Horter



Dr. Melanie Horter, Oberärztin, Kinderorthopädie, Deformitätenrekonstruktion und Fußchirurgie, Uni Münster

Einladung nach Düsseldorf

Vom 17. bis 20. September finden in Düsseldorf der 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, die 28. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie und die 24. wissenschaftliche Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie statt.

Sehr geehrte Damen und Herren, liebe Kolleginnen und Kollegen,

die thematischen und organisatorischen Vorbereitungen für die gemeinsame Ausrichtung des 42. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), der 28. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) und der 24. wissenschaftlichen Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) sind weitgehend abgeschlossen. Wir laden Sie daher vom 17. bis 20. September ganz herzlich nach Düsseldorf ein!

Die Themenschwerpunkte: „Bewegung“, „Gender“, „Ideen und Visionen“ sowie „Transition“ bieten einen breiten Raum für interdisziplinären Gedankenaustausch und Vertiefung spezifischer Kenntnisse auf dem Gebiet der entzündlichen Systemerkrankungen sowohl am muskuloskeletalen System als auch generalisiert.

Die DGORh hat auch in diesem Jahr wieder eine große Plenarsitzung organisiert: „Die biologikarefraktäre Synovialitis – rebellisches Gelenk?“, deren Besuch sich sicher lohnen wird. Zusätzlich werden unter der Schirmherrschaft der orthopädischen Rheumatologie fünf ausgedehnte wissenschaftliche Sitzungen abgehalten, welche sowohl die operativen als auch

konservativ-rehabilitative Schwerpunkte behandeln. Entsprechend eines Hauptmottos des Kongresses – Bewegung – stellen wir zudem den Sport in den Fokus des Interesses. Ein weiteres, großes Anliegen von uns besteht darin, die Notwendigkeit der Interdisziplinarität in der Behandlung von „Rheumapatienten“ darzustellen. Hierzu gibt vor allem die Sitzung „Schnittstellenmanagement“ wertvolle Impulse.

Über die kulturellen Highlights der Metropole Düsseldorf sind Sie sicher ohnehin bestens informiert. Hotelkapazität ist ausreichend vorhanden, und wir würden uns freuen, Sie als Orthopäden und Unfallchirurgen zum deutschen Rheumatologen-Kongress begrüßen zu dürfen. Mit den besten kollegialen Grüßen bis dahin, Ihre



Prof. Dr. Stefan Rehart



Dr. Christine Seyfert



Prof. Dr. Stefan Rehart,
Frankfurt, Präsident der
DGORh



Dr. Christine Seyfert,
Chemnitz, DGORh-
Kongresspräsidentin
2014





Zum Ärger der Krankenhäuser sucht der Medizinische Dienst der Krankenkassen regelmäßig nach Abrechnungsfehlern.

ABRECHNUNGSPRÜFUNGEN



Ärztliche Therapiefreiheit versus MDK-Kontrollen

Die Abrechnungsprüfungen durch Krankenkassen und Medizinische Dienste der Krankenkassen (MDK) führen immer wieder zu Konflikten mit den Krankenhäusern und den dort behandelnden Ärzten und beschäftigen seit geraumer Zeit Politik und Rechtsprechung.

Die in den vergangenen Jahren erheblich zunehmenden Versuche der Krankenkassen, die Notwendigkeit eines stationären Aufenthaltes der Patienten zu Gunsten einer ambulanten Behandlung oder Operation gänzlich in Frage zu stellen und/oder jedenfalls die Dauer eines stationären Aufenthaltes unter die untere Grenzverweildauer zu „drücken“, stellen ein mittlerweile allseits bekanntes und gleichsam für alle Beteiligten unangenehmes Problem dar. Grundsätzlich sind die Gesetzlichen Krankenkassen berechtigt und verpflichtet, nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 2. Alt. des Fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) „bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen.“ Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, zuletzt mit Urteil vom 16. Mai 2013 – B 3

KR 32/12 R) berechtigt dies die Krankenkassen jedoch nicht zu routinemäßigen Abfragen mit dem Ziel einer Kostenreduzierung. Es ist daher in vielen Fällen schon fraglich, inwiefern eine prüfungsrelevante „Auffälligkeit“ vorliegt, wenn der stationäre Aufenthalt der unteren Grenzverweildauer entspricht.

Grenzverweildauer kennzeichnet den regelhaften Behandlungszeitraum

Die Tatsache, dass ein Versicherter innerhalb der vorgesehenen Grenzverweildauer im Krankenhaus behandelt wird, kann nach Maßgabe des BSG allein grundsätzlich keine Auffälligkeit im dargestellten Sinne begründen. Denn bei Krankenhausaufenthalten innerhalb der Grenzverweildauer handelt es sich nach dem Verständnis des DRG-Systems um Regelbe-

handlungszeiträume. Dies gilt auch dann, wenn eine Krankenhausbehandlung an der unteren Grenzverweildauer durchgeführt worden ist und für die Krankenkasse ein besonderer wirtschaftlicher Anreiz zur Prüfung besteht. (Trotz medizinisch korrekter Leistungserbringung können die Krankenkassen zum Teil Abschläge von weit über 50 Prozent des vorgesehenen DRG-Entgelts realisieren.) Ob derartig hohe Abschläge beim Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer grundsätzlich sinnvoll sind oder eher Anlass für Fehlentwicklungen im DRG-System bieten – wie das BSG meint –, mögen die Vertragspartner des § 17b Abs 2 KHG überdenken.

Gegen einen „Anfangsverdacht“ und damit gegen eine Auffälligkeit der Krankenhausabrechnung spricht das immer wieder vorgetragene Argument des MDK

Pauschale Aufenthaltsdauern bei bestimmten operativen Eingriffen gibt es in der Medizin nicht. Daher ist auch ein pauschales Rechtfertigungsverlangen der Krankenkassen gegenüber den behandelnden Ärzten, man habe die untere Grenzverweildauer überschritten, unzulässig.

oder der Krankenkassen, es handle sich um eine planbare Operation und Gründe für deren Nichtdurchführung am Aufnahmetag seien nicht ersichtlich. Die Tatsache, dass gerade nicht auf eine Auffälligkeit im Einzelfall abgestellt wird, macht deutlich, dass mit diesen Vorhalten „ins Blaue hinein“ argumentiert wird und gerade keine spezifische Auffälligkeit vorliegt. Derartig ungezielte und nicht durch Rechnungsauffälligkeiten gekennzeichnete Abrechnungsprüfungen wollte der Gesetzgeber gerade vermeiden (vgl. Bundestags-Drucksache 16/3100 S 171) – sie sind unzulässig.

Beurteilung fachärztlicher Leistungen erfordert fachärztlichen Sachverstand

Grundsätzlich ist der MDK gesetzlich berechtigt, bei Vorliegen spezifischer Auffälligkeiten die medizinische Notwendigkeit stationärer Leistungen zu beurteilen. Inwiefern die Prüfung von fachärztlichen Behandlungen auch durch einen entsprechenden Facharzt des MDK zu erfolgen hat, ist in erster Linie eine medizinisch-ärztliche, keine zwingend rechtliche Voraussetzung. Es erscheint jedoch naheliegend, dass die Frage, ob nach fachärztlichem Standard eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegt, auch den fachärztlichen Kenntnisstand des MDK-Prüfers voraussetzt. Unabhängig von der Frage, wer die Abrechnungsprüfung vornimmt, erscheint jedoch in jedem Fall die retrospektive Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit des stationären Aufenthalts problematisch.

Der behandelnde Arzt trägt die volle und in der Regel primäre zivilrechtliche und strafrechtliche Verantwortung für die Versorgung des Patienten und entscheidet nach § 39 SGB V („nach Prüfung durch das Krankenhaus“) über Erforderlichkeit und Dauer der stationären Behandlung. Er – und nicht der MDK oder der Sachbearbeiter der jeweiligen Krankenkasse oder der Controller des Krankenhauses – trägt auch das Risiko der Haftung für Be-

handlungsfehler. Ob und wie lange eine stationäre Behandlung im konkreten Einzelfall erforderlich ist, hängt immer von der ex-ante-Einschätzung des behandelnden Arztes auf dem Boden der aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse und unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Einzelfalles ab und kann nicht retrospektiv beurteilt bzw. verneint werden, nur weil sich ein möglicherweise bestehendes Risiko tatsächlich nicht verwirklicht hat.

Tägliche Dokumentation ist zu empfehlen

Es ist daher in jedem Fall anzuraten, die Behandlung nach dem erforderlichen Facharztstandard und unter Beachtung etwaig hierzu bestehender medizinischer Leitlinien durchzuführen. Die Grenzverweildauer als abrechnungsrelevanter Faktor hat dabei die ärztliche Entscheidung über die stationäre Behandlungsbedürftigkeit grundsätzlich nicht zu beeinflussen. Um Vergütungseinbußen nach Abrechnungsprüfungen zu verhindern, empfiehlt es sich, die Gründe für die Entscheidung zur stationären (Weiter-) Behandlung täglich zu dokumentieren. Auch wenn es einem Patienten nach einem operativen Eingriff gut geht oder sich keine grundsätzlich bestehenden Risiken eines Eingriffs verwirklicht haben, bedeutet dies nicht automatisch, dass der Patient aus der stationären Behandlung entlassen werden müsste. Erst wenn sich nach der individuellen Einschätzung aller Gesamtumstände (zum Beispiel Krankheitsbild, Nebendiagnosen, Alter, Allgemeinzustand, häusliches Umfeld, Wetterlage, regionale Versorgungsstruktur und Notfalleinrichtungen am Wohnort des Patienten etc.) der verantwortliche Arzt in Absprache mit dem Patienten dazu ein abschließendes Bild gemacht hat und den Patienten für „entlassungsreif“ hält, darf die Entlassung des Patienten in die ambulante Weiterbehandlung erfolgen. Auch für diese Überleitung ist der behandelnde Arzt mitverantwortlich. Pauschale Aufenthaltsdauern bei

bestimmten operativen Eingriffen gibt es in der Medizin nicht. Daher ist auch ein pauschales Rechtfertigungsverlangen der Krankenkassen gegenüber den behandelnden Ärzten, man habe die untere Grenzverweildauer überschritten, unzulässig. Nur wenn die Krankenkassen oder die Medizinischen Dienste konkrete einzelfallbezogene Auffälligkeiten rügen, rechtfertigt sich überhaupt eine solche Anfrage. Ohne eine solche Spezifikation sollte man pauschale Anfragen von Krankenkassen oder Medizinischer Dienste als unzulässig zurückweisen. Ist eine Anfrage der gesetzlichen Intention nach ausreichend spezifiziert und durch benannte Auffälligkeiten konkretisiert, muss der behandelnde Arzt seine Entscheidung für oder gegen eine stationäre Behandlung oder eine bestimmte Behandlungsdauer auf Basis der aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse begründen.

Neues Krankenhausfinanzierungsgesetz soll Konflikt zwischen Krankenhäusern und -kassen entspannen

Möglicherweise besteht jedoch Anlass zur Hoffnung, dass sich die Diskussion um die Abrechnungsprüfungen bald entspannen wird: Der Bundestag hat am 14. Juni 2013 einige Neuerungen im Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) beschlossen, die zur Beilegung der Konflikte zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen führen sollen. Mit der Gesetzesänderung wurden der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft beauftragt, die nähere Ausgestaltung des Prüfverfahrens für die Einzelfallprüfung durch den MDK vorzunehmen. Zudem sollen zur Klärung von Abrechnungstreitigkeiten bis zu einem Wert von 2.000 Euro künftig neu zu etablierende Schlichtungsausschüsse angerufen werden, um langwierige Klageverfahren zu vermeiden.

Dr. Albrecht Wienke



Rechtsanwalt Dr. Albrecht Wienke ist Fachanwalt für Medizinrecht.
Kontakt: AWienke@Kanzlei-WBK.de



Praxisinhabern in einer Gemeinschaftspraxis flattert möglicherweise ein Gewerbesteuerbescheid in den Briefkasten.

GEMEINSAME BERUFSAUSÜBUNG



Zweimal in der Falle

Viele Ärzte streben danach, ihren Beruf gemeinsam mit Kollegen auszuüben. Die Vorteile liegen im wechselseitigen fachlichen Austausch, man kann sich gegenseitig vertreten und rentabler wirtschaften. Der Gesetzgeber gewährt der gemeinsamen Berufsausübung im Bereich des Vertragsarztwesens sogar einen Honorarzuschlag. Dennoch ist die gemeinsame Berufsausübung von überbordenden steuerlichen und sozialversicherungsrechtlichen Friktionen erschüttert, die den Traum einer gedeihlichen Zusammenarbeit zerstören (können).

Mit der Neufassung des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) zum 1. Oktober 2013 ist das bislang für Arztpraxen geltende Verbot der arztgruppenübergreifenden Anstellung von Ärzten abgeschafft worden. Damit werden wie bereits durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz die Möglichkeiten der Anstellung von (fachfremden) Ärzten erweitert und Arztpraxen den Medizinischen Versorgungszentren gleichgestellt. Demnächst können also zum Beispiel Pathologen als angestellte Ärzte in einer chirurgischen oder orthopädischen Praxis arbeiten.

Steuerrechtliche Friktionen

Grundsätzlich ist auch bei der Anstellung von Ärzten das Gebot der persönlichen

Leistungserbringungspflicht nach § 32 der Ärzte-Zulassungsverordnung zu beachten. Dies bedeutet zwar nicht, dass der Arzt jede Leistung höchstpersönlich erbringen muss. Sie erfordert vom Praxisinhaber aber immer, dass er bei Inanspruchnahme – gerade fachfremder – ärztlicher Mitarbeiter leitend und eigenverantwortlich tätig wird. Hat er fachfremde Ärzte angestellt, ist dies höchst zweifelhaft, da der Praxisinhaber nicht über die gleiche fachliche Qualifikation wie seine Angestellten verfügt. § 15 Abs. 1 BMV-Ä sieht für solche Fälle vor, dass die persönliche Leistungserbringung des angestellten Arztes dem Praxisinhaber zugerechnet wird.

Daraus ergeben sich erhebliche steuerliche Konsequenzen. Denn die persön-

liche Leistungserbringung ist eines der wesentlichen Merkmale freiberuflicher Tätigkeit. Dies ist bei angestellten Ärzten fraglich. Einige Finanzgerichte haben daher bereits in der Vergangenheit eine Gewerbesteuerpflicht des anstellenden Praxisinhabers angenommen, wenn der angestellte Arzt allein und eigenverantwortlich über die medizinische Versorgung der Patienten entscheidet. Vor diesem Hintergrund werden Stimmen laut, die vor einer Gewerbesteuerpflicht der Praxisinhaber insbesondere in der Gemeinschaftspraxis warnen. Auch in Zweigpraxen können angestellte Ärzte vom Praxisinhaber nicht ausreichend überwacht werden. Die Einkünfte der gesamten Gemeinschaftspraxis unterlägen damit der Gewerbesteuerpflicht.

Sozialversicherungsrechtliche Friktionen

Zu einem bösen Erwachen kann es auch kommen, wenn Sozialversicherungsabgaben nachträglich erhoben werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn der in die Gemeinschaftspraxis aufgenommene (Junior)-Partner gar kein Gesellschafter, sondern eigentlich angestellter Arzt ist. Die Sozialversicherungsbehörden hinterfragen solche verkappten Anstellungsverhältnisse zunehmend. Kann weder durch den zu Grunde liegenden Gesellschaftsvertrag noch durch die tatsächliche Handhabung im Praxisbetrieb nachgewiesen werden, dass der Juniorpartner ein eigenes Unternehmerrisiko

der Mitunternehmerinitiative und des Mitunternehmerrisikos erfüllt, also am Erfolg oder Misserfolg des Unternehmens teilgehabt hätte. Das volle Mitunternehmerrisiko von Gesellschaftern einer GbR sei im Regelfall dadurch gekennzeichnet, dass das Unternehmen im Innenverhältnis auf gemeinsame Rechnung und Gefahr der einzelnen Gesellschafter geführt werde. Der Gesellschafter müsse daher nicht nur am laufenden Unternehmenserfolg beteiligt sein; er hätte darüber hinaus im Falle der Beendigung des Gesellschaftsverhältnisses entsprechend seines Gewinnanteils einen Anspruch auf den Zuwachs der stillen Reserven (Goodwill) einschließlich des Zuwachses

ten ihre Leistungen nicht einem freiberuflichen Geschehen zugeordnet werden. Dies gelte dann für die Gemeinschaftspraxis insgesamt, da aus § 15 Abs. 3 Nr. 1 des Einkommensteuergesetzes eine Abfärbung der gewerbsteuerlichen Tätigkeit auf die Gesamteinkünfte der Gemeinschaftspraxis folge.

Schlussfolgerungen

Die Tätigkeit einer ärztlichen Gemeinschaftspraxis kann nach dem Urteil des Finanzgerichts Düsseldorf aufgrund der Abfärbewirkung des § 15 Abs. 3 Nr. 1 des Einkommensteuergesetzes in vollem Umfang als Gewerbebetrieb anzusehen sein, wenn einer zivilrechtlich als Gesellschafterin in die GbR aufgenommenen Ärztin – aufgrund der fehlenden Beteiligung am Gewinn und an den stillen Reserven – nicht die Stellung einer Mitunternehmerin zukommt. Dies gilt insbesondere dann, wenn die aufgenommene Ärztin eigenverantwortlich und ohne Überwachung und persönliche Mitwirkung der übrigen Gesellschafter tätig oder als fachfremde Ärztin angestellt wird.

Für alle kooperationswilligen Ärzte bedeutet dies, dass nur echte Mitunternehmerschaften, bei denen sowohl ein Mitunternehmerrisiko als auch eine Mitunternehmerinitiative übernommen und gelebt wird, den steuerlichen und sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen genügen. Besonders bei sogenannten Null-Beteiligungen oder verkappten Anstellungsverhältnissen drohen nach der Rechtsprechung der Finanz- und Sozialgerichte restriktive Konsequenzen, welche zu erheblichen nachträglichen wirtschaftlichen Belastungen führen können. Bei der Gestaltung und der Ausübung gemeinsamer beruflicher Tätigkeit sind daher die steuerlichen und sozialversicherungsrechtlichen Maßgaben sorgfältig zu berücksichtigen.

Dr. Albrecht Wienke



Rechtsanwalt Dr. Albrecht Wienke ist Fachanwalt für Medizinrecht.
Kontakt: AWienke@Kanzlei-WBK.de

Nur echte Mitunternehmerschaften, bei denen sowohl ein Mitunternehmerrisiko als auch eine Mitunternehmerinitiative übernommen und gelebt wird, genügen den Anforderungen des Steuer- und Sozialversicherungsrechts. Besonders bei sogenannten Null-Beteiligungen oder verkappten Anstellungsverhältnissen drohen teure Konsequenzen.

trägt, können die Sozialversicherungsbehörden von der Gemeinschaftspraxis als Arbeitgeber die auf das „Gehalt“ des Juniorpartners zu berechnenden Sozialversicherungsbeiträge für die vergangenen vier Jahren nachfordern. Ein Rückgriff auf den vermeintlichen Juniorpartner ist nur im Rahmen einer Weiterbeschäftigung und nur rückwirkend für die letzten drei Monate möglich.

Keine Mitunternehmerschaft trotz Gemeinschaftspraxis

Eine ähnliche, wenn auch weitaus komplexere Situation lag einer Entscheidung des Finanzgerichts Düsseldorf vom 19. September 2013 zu Grunde. Auch dort hatten zwei in einer Gemeinschaftspraxis tätige Ärzte eine weitere Kollegin in die Gemeinschaftspraxis aufgenommen. Die neue Kollegin wurde zunächst weder am materiellen Wert der Gemeinschaftspraxis noch am Goodwill beteiligt. Sie vereinbarte eine vom Honorarumsatz der Kollegin abhängige Gewinnzuteilung. Das Finanzgericht erkannte zwar an, dass die Kollegin zivilrechtlich Gesellschafterin der dreigliedrigen Gemeinschaftspraxis geworden war. Steuerrechtlich sei sie jedoch nicht als Mitunternehmerin der Gesellschaft anzusehen. Das wäre sie nur dann gewesen, wenn sie die Merkmale

an dem Firmenwert. Wenn aber – wie hier – der Gewinn der Gesellschafterin ausschließlich vom selbstgetätigten Umsatz abhängt und daher eine Teilnahme nur am Misserfolg, nicht aber am Erfolg und den Gewinnchancen der gesamten GbR bestehe, läge steuerrechtlich keine Mitunternehmerschaft vor.

Die Umstände einer fehlenden Mitunternehmerschaft würden sich – ähnlich wie bei der verkappten Anstellung von Juniorpartnern oder der Anstellung fachfremder Ärzte – auch auf die Einordnung der Einkünfte der Gemeinschaftspraxis auswirken: Insoweit sei nämlich davon auszugehen, dass sämtliche Einkünfte der Gemeinschaftspraxis der Gewerbesteuer unterliegen. Freiberuflich werde ein Arzt nur dann tätig, wenn er aufgrund eigener Fachkenntnisse leitend und eigenverantwortlich seinen Beruf ausübe. Dies setze voraus, dass die persönliche Teilnahme des Berufsträgers an der praktischen Arbeit in ausreichendem Umfang gewährleistet werde. Die Ausführung jedes einzelnen Auftrages müsse dem Steuerpflichtigen selbst, also den Praxisinhabern und nicht ihrer Mitarbeiterin, zuzurechnen sein. Obwohl die junge Kollegin Patienten ohne Überwachung und persönliche Mitwirkung der beiden anderen Kollegen behandelt habe, könn-



Auch Orthopäden und Unfallchirurgen können kreativ werben

Die Anpreisung der eigenen Person und der angebotenen Leistung ist für Gewerbetreibende der freien Wirtschaft eine Selbstverständlichkeit. Ärzte konnten bislang nur neidisch zuschauen. Ihre vergleichsweise zaghaften Versuche der Selbstdarstellung wurden von Standesgerichten streng geahndet. Seit Jahren jedoch lockert sich

das Verständnis für das ärztliche Werberecht bei den Kammern und den Gerichten zunehmend. Und doch haben sich in der Vergangenheit eine Fülle von unterschiedlichen Entscheidungen herausgebildet, die große Verwirrung nicht nur bei den Ärzten stiften.

Vom Werbeverbot zum Werberecht

Fakt ist, dass sich im Laufe der Jahre das allgemein geltende WerbeVERBOT zu einem WerbeRECHT gewandelt hat. In der Vergangenheit hat das Werbeverbot nicht dazu geführt, dass Werbung nicht stattfindet, vielmehr hat es zu einem „Wettbewerb zur Kreation von Umgehungstatbeständen“ angeregt. Bereits im 19. Jahrhundert waren beispielsweise Einladungen der Ärzte an die örtlichen Hebammen für luxuriöse Abendessen an der Tagesordnung. Bei diesen Anlässen wurden dann unter dem Kuchenteller größere Geldscheine platziert, die von den Damen diskret in die Handtasche gesteckt und dann mit der Zuweisung von Patientinnen an den Meistbietenden erwidert wurden.

Ausgangspunkt dieser Entwicklung vom Werbeverbot zum Werberecht war die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts zur Zulässigkeit der Apothekenwerbung [1]. Zahlreiche weitere Entscheidungen des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte [2] und des Bundesverfassungsgerichts [3] haben das verfassungsrechtlich geschützte Werberecht des Arztes verfestigt. Heute kann bereits von einer ständigen Rechtsprechung gesprochen werden, die das Werberecht der Ärzte liberalisiert hat. Was demnach als zulässige Werbung betrachtet werden kann, beurteilt sich nach der Ansicht der Gerichte nicht mehr „nach

dem Empfinden der möglicherweise allzu konservativen Standeskreise, sondern nach der Auffassung der Allgemeinheit als eigentlichem Adressaten“. Infolgedessen ist es einem Arzt unbenommen, in angemessener Weise auf seine Leistungen hinzuweisen und ein vorhandenes, an ihn herangetragen Informationsinteresse zu befriedigen. Nur die berufswidrige Werbung kann hiernach unzulässig sein. „Es ist insbesondere unzulässig, von neuartigen Werbeträgern automatisch auf die Gefährdung schutzwürdiger Gemeinwohlbelange und damit auf die Unzulässigkeit der Werbung insgesamt zu schließen [4].

Doch was bedeutet dies im Einzelnen?

Ärztliche Werbemaßnahmen müssen der Überprüfung anhand der jeweiligen Berufsordnungen der Landesärztekammern in den einzelnen Bundesländern, welche wiederum an die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer (MBO) angelehnt sind, Stand halten. Weiterhin müssen sie das Heilmittelwerbegesetz (HWG) und das Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) beachten.

Berufsrechtliche Vorgaben

Berufsrechtliche Vorgaben geben die Berufsordnungen der Landesärztekammern der einzelnen Bundesländer vor, welche sich an der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer orientieren. In §27 Abs.1 MBO ist festgelegt, dass durch

die Vorschrift ein Patientenschutz durch sachgerechte und angemessene Information gewährleistet und eine Kommerzialisierung des Arztberufes vermieden werden soll. Auf dieser Grundlage sind Ärzten sachliche berufsbezogene Informationen gestattet (§27 Abs.2 MBO), hingegen berufswidrige Werbung ist untersagt (§27 Abs.3 S.1 MBO).

Nur berufswidrige Werbung ist verboten

Früher wurde zum Teil bereits allein aufgrund des vom Arzt gewählten Werbeträgers angenommen, dass eine berufswidrige Werbung vorliegt. Dies ist heute so nicht mehr haltbar. Das Bundesverfassungsgericht [5] hat ausgeführt: „Aus dem Werbeträger unmittelbar auf eine Gefährdung eines Gemeinwohlbelangs wie der Gesundheit der Bevölkerung oder mittelbar auf einen Schwund des Vertrauens der Öffentlichkeit in die berufliche Integrität des Arztes [...] zu schließen, ist schwer möglich, solange sich die Werbemittel im Rahmen des Üblichen bewegen. Nur übertriebene oder marktschreierische Werbung, die auf eine Vernachlässigung der Pflichten hindeuten könnte, soll vermieden werden.“

Denkbare Werbeträger sind damit auch: Werbeplakate, Flyer, Zeitschriften, Litfasssäulen, U-Bahnen, Straßenbahnen oder Busse. Selbst ein Einkaufswagen ist hiernach zulässig, [6] denn eine Berufswidrigkeit lässt sich nicht allein damit begründen,

dass ein an sich zulässiger Werbeträger im „kommerziellen Raum“ eines Supermarktes eingesetzt wird.

Berufswidrig, was ist das?

Was als berufswidrig zu verstehen ist, regelt nunmehr insbesondere §27 Abs.3 S.2 ff. MBO. Hier heißt es: „Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung.“

Anpreisende Werbung

Unter anpreisender Werbung ist eine gesteigerte Form der Werbung zu sehen, insbesondere eine solche mit reißerischen und marktschreierischen Mitteln. Diese kann schon dann vorliegen, wenn die Informationen für den Patienten als Adressaten inhaltlich überhaupt nichts aussagen oder jedenfalls keinen objektiv nachprüfbaren Inhalt haben. Aber auch Informationen, deren Inhalt ganz oder teilweise objektiv nachprüfbar ist, können aufgrund ihrer reklamehaften Übertreibung anpreisend sein. [7]

Das Bundesverfassungsgericht hat in einem richtungweisenden Beschluss [8] zwei Urteile von bayrischen Berufsgewichtungen aufgehoben, in denen der Chefarzt einer Münchner Privatklinik wegen allzu marktschreierischer Selbstdarstellung zu einer Geldbuße verurteilt worden war. Der auf Eingriffe an der Wirbelsäule spezialisierte, in München niedergelassene Mediziner schaltete 2003 in der Tagespresse einen Zeitungsartikel sowie zwei Werbeanzeigen, die über seine ärztliche Tätigkeit, insbesondere seine minimalinvasiven Eingriffe berichteten. Den Presseartikel hatte eine Journalistin nach einem Interview mit dem Beschwerdeführer verfasst, die Werbeanzeigen ließ er über eine Werbeagentur erstellen, um so mit maximalem Getöse für seine minimalinvasiven Eingriffe werben zu lassen.

Die Berufsgerichte beanstandeten insbesondere die folgenden Formulierungen, welche über halbe Zeitungsseiten hinweg verbreitet wurden: „... Weil er die unangefochtene Nr.1 für Bandscheibenvorfälle sei.“ / „... mit einer sensationellen Erfolgsquote.“ Auch die Werbung mit Aussagen wie: „Oft sind die Patienten bereits im Rollstuhl oder vom Kortison schwer gezeichnet, haben lange Leidenswege hinter sich. Wenn sie dann am Tag nach der OP gesund und munter

auf ihren Beinen stehen, mich glücklich anstrahlen und mit der Assistentin ein Tänzchen wagen, dann sind das bewegendste Momente,“ sahen die Gerichte als berufswidrig an. Weiterhin wurde die Operationsmethode mit Superlativen beworben: „Die sanfteste Bandscheibenoperation der Welt ist ein ärztliches Spitzenprodukt, made in Bogenhausen.“ Der Arzt als Koryphäe dargestellt, welcher: „Wann immer er (der Pionier für minimalinvasive Eingriffe) bei einem Wirbelsäulenkongress seine Techniken und seine Erfolge schildert, erntet er von

Es ist einem Arzt unbenommen, in angemessener Weise auf seine Leistungen hinzuweisen und ein an ihn herangetragenes Informationsinteresse zu befriedigen.

Fachkollegen stehende Ovationen.“ Es wurde mit Aussagen wie: „Der Applaus gilt dem Gesamtkunstwerk zugunsten der Patienten. Er [...] führt Eingriffe nicht nur mit behutsamen Fingern aus – er hat genial anmutende Operationsprogramme selbst entwickelt und realisiert alltägliche Wunder mit feinen Mini-Instrumenten, die speziell für ihn hergestellt werden,“ geschwärmt.

Gegen seine Verurteilungen durch das Berufs- sowie das Landesoberverwaltungsgericht für Heilberufe hatte der Arzt Verfassungsbeschwerden eingelegt. Die Bundesärztekammer verteidigte in einer Stellungnahme an das Bundesgericht die Urteile: Die Artikel müssten als anpreisende und damit standes- bzw. berufswidrige Werbung eines Arztes betrachtet werden. Dies sahen die Richter aus Karlsruhe jedoch anders. Zwar müsse einer unerwünschten Kommerzialisierung des Arztberufes vorgebeugt werden: Medizinische Notwendigkeiten und nicht ökonomische Erfolgskriterien hätten im Vordergrund ärztlicher Berufsausübung und auch der Werbung hierfür zu stehen. Aber nicht jede, sondern lediglich die berufswidrige Werbung sei verboten. Die Verfassungsrichter bemängelten, dass die beiden Tatsachengerichte bloß einzelne Passagen herausgegriffen und diese nicht im Kontext mit dem ganzen Inhalt „grundrechtsfreundlich“ ausgelegt hätten. Beschrieben werde nämlich der Erfolg neuer Operationsmethoden und der schonende Umgang mit dem Patienten. Die Texte leisteten weder einer unerwünschten Kommerzialisierung des

Arztberufes Vorschub noch beeinträchtigen sie das Vertrauen der Bevölkerung in den ärztlichen Berufsstand. Außerdem werde die Persönlichkeit des Arztes gezeigt, der an der Stimmungslage seiner Patienten teilhabe: „Insoweit ist die beschriebene Werbung auch Image- und Sympathiewerbung.“ Gewonnene Sympathie könne zu dem häufig emotional geprägten Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient beitragen. Aus der Werbewirksamkeit eines Textes folge noch nicht, dass dieser als „reißerisch“ zu qualifizieren sei. Das Bundesverfassungs-

gericht hat bereits mehrfach herausgestellt, dass der Werbeeinfluss als solcher nicht zu einem Verbot führen kann [9]. Dem Arzt müsse grundsätzlich gestattet sein, sein Bild in der Öffentlichkeit positiv zeichnen zu dürfen. Die Karlsruher Verfassungsrichter stellten als Ergebnis fest, dass die Urteile das Grundrecht des Arztes aus Artikel 12 (Berufsfreiheit) verletzt haben – der Fall müsse daher in erster Instanz neu verhandelt werden.

Vergleichende Werbung

Nach §6 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) ist vergleichende Werbung jede Werbung, die unmittelbar oder mittelbar einen Mitbewerber oder die von einem Mitbewerber angebotenen Waren oder Dienstleistungen erkennbar macht. Nach §6 Abs.2 UWG ist zwar nur die unlautere vergleichende Werbung wettbewerbswidrig. Das ärztliche Berufsrecht verbietet den Ärzten hingegen jegliche vergleichende Werbung §27 Abs.3 MBO.

Irreführende Werbung

Das Verbot von irreführender Werbung gilt nach den Vorschriften des UWG ohnehin und wäre somit als höherrangiges Recht von Ärzten zu beachten. Es ist darüber hinaus auch in den standesrechtlichen Vorschriften verankert und konkretisiert hier den Begriff der „Berufswidrigkeit“ entsprechend. Eine irreführende Werbung liegt hiernach vor, wenn unwahre oder zur Täuschung geeignete Angaben über die Person, Vorbildung, Befähigung oder Erfolge gemacht werden. Unter Angaben sind dabei objektiv

richtige und nachprüfbar Aussagen des Werbenden zu verstehen. Täuschung bedeutet das Hervorrufen einer falschen, der Wirklichkeit nicht entsprechenden Vorstellung. Ausreichend ist, wenn die Angabe über die geschäftlichen Verhältnisse geeignet ist, die Umworbenen in die Irre zu führen. Ein tatsächliches Eintreten einer Täuschung der Verkehrskreise ist nicht notwendig.

Die Aufzählung in §27 MBO ist nicht abschließend, was durch den Begriff „insbesondere“ zum Ausdruck kommt, weshalb es noch weitere, von der Rechtsprechung entwickelte Kategorien unlauterer Werbung in diesem Zusammenhang gibt. Dazu zählen zum Beispiel die unzumutbare Belästigung (vgl. §7 UWG) oder die getarnte Werbung (beispielsweise Trennung von redaktionellem Beitrag und Anzeige) und die gefühlsbetonte Werbung.

Fremdwerbung: Der böse Schein genügt bereits

Insbesondere auch im Bereich der Fremdwerbung, welche nach §27 Abs.3 Satz per definitionem für fremde gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit unzulässig ist, kommt es häufig zu Unklarheiten und Auslegungsschwierigkeiten. Das Bundesverfassungsgericht hat hierzu im Juni 2011 [10] im Zusammenhang mit einer Zahnarztwerbung, in welcher die Herstellerfirma eines vom Zahnarzt eingesetzten Tomografen genannt wurde, folgendes entschieden: „Eine solche Einschränkung des Werberhaltens ist gerechtfertigt, denn Fremdwerbung vermittelt den Anschein, der Zahnarzt werbe für die andere Firma, weil er hiervon finanzielle Vorteile habe. Auf diese Weise kann der Eindruck erweckt werden, die Gesundheitsinteressen der Patienten seien für den Arzt nur von zweitrangiger Bedeutung, was auch geeignet ist, langfristig das Vertrauen in den Arztberuf zu untergraben [...]. Dass die Angabe des Herstellers einen eigenen Informationswert für mögliche Patienten haben und die Nennung insofern rechtfertigen könnte, ist weder ersichtlich noch vom Beschwerdeführer nachvollziehbar dargelegt worden.“

Den Bundesverfassungsrichtern genügt also bereits der „böse Schein“, um Zweifel an der ärztlichen Integrität zu wecken. Zum Anderen halten sie im Hin-

blick auf andere Zahnärzte und Ärzte, die die Werbung in Augenschein nehmen könnten, einen Werbeeffect durchaus für denkbar, der von Arzt und Hersteller insofern einkalkuliert sein könne.

Wartezimmer TV

Unzulässige Fremdwerbung im Sinne des §27 Abs.3 S.4 MBO ist jedenfalls gegeben, wenn der Arzt beispielsweise über allgemeine Gesundheits- und Patienteninformationen hinaus in seinem Wartezimmer mittels eines TV-Werbespots für umliegende Gewerbetreibende schaltet. Dies wird damit begründet, dass die Patienten davon ausgehen, dass der Arzt diesen Hersteller bevorzuge und ihm diesbezüglich vertrauen. Dadurch entsteht, nach Meinung der Gerichte, ein unzulässiger Werbeeffect [11].

Werbung mit fachlichen Veröffentlichungen

Hingegen dürfen Ärzte in sämtlichen Medien an aufklärenden Beiträgen mitwirken. Fachliche Darstellungen gelten nicht als Werbemaßnahmen, selbst dann nicht, wenn diese sich objektiv auf den Wettbewerb auswirken. Dabei ist es grundsätzlich unerheblich, ob die Veröffentlichung in einer Fachzeitschrift oder auch in für medizinische Laien zugänglichen Zeitungen oder ähnliches mit breiter Öffentlichkeit erfolgt. Auch Artikel in „Stern“ und „Bild der Frau“ sind grundsätzlich nicht zu beanstanden [12]. Auch darf in einer Zeitschrift [13] über den Einsatz von Robotern bei Hüftoperationen berichtet und hierbei die Tätigkeit verschiedener Operateure in Wort und Bild dargestellt werden. Die in dem Artikel genannten Ärzte müssen sich für einen solchen Bericht kein Überprüfungsrecht vorbehalten. Dies gilt auch, wenn der Artikel mit „reißerischen Formulierungen“ beginnt und die Abläufe der Operation in nicht ausschließlich sachlicher Weise dargestellt werden. [14]

Irreführende Praxisbezeichnung

Im Bereich der Irreführung kommt es häufig zu Entscheidungen, die sich mit der Praxisbezeichnung des Arztes beschäftigen. Das Obergerverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg hat mit Beschluss vom 14. Juli 2010 entschieden, dass die Bezeichnung Zahnklinik irreführend ist, da sie bei potenziell Interessierten

suggeriert, dass hier eine vollstationäre Behandlung geboten wird, wie sie auch in Universitätskliniken oder Krankenhäusern mit einer Abteilung für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie angeboten wird. Da in dem zu entscheidenden Fall die betriebene „Zahnklinik B.“ keine stationäre Behandlung anbot, erweist sich nach der Auffassung des Gerichts die Werbung aus der Sicht der angesprochenen Verkehrskreise als irreführend, da der Verkehrskreis den Begriff der „Klinik“ gleichbedeutend mit dem des Krankenhauses verwendet [15].

Verbotstatbestände des Heilmittelwerbegesetzes

Aus §27 Abs.3 S.3 MBO ergibt sich ein Hinweis auf die Verbote des Heilmittelwerbegesetzes (HWG). Das HWG geht als Bundesgesetz dem berufsrechtlichen Satzungsrecht der Landesärztekammern vor. Ein Verstoß gegen Vorschriften des HWG stellt daher immer zugleich auch einen Verstoß gegen das Verbot der berufswidrigen Werbung dar. Die Werbeverbote des HWG gelten, anders als die berufsrechtlichen Vorschriften der Berufsordnungen, nicht nur für Ärztinnen und Ärzte oder einen anderen näher bestimmbar Kreis von Gewerbetreibenden, sondern für sämtliche Werbung treibende Personen.

Das HWG findet nach §1 Abs.1 HWG zunächst einmal auf die Werbung für Arzneimittel und Medizinprodukte Anwendung, aber unter anderem auch auf Mittel, Verfahren und Behandlungen, soweit sich die Werbeaussage auf die Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden und krankhaften Beschwerden bei Menschen bezieht.

Unter Krankheit ist dabei jede, also auch nur eine unerhebliche oder vorübergehende Störung der normalen Beschaffenheit oder der normalen Tätigkeit des Körpers, die geheilt werden kann, zu verstehen. Leiden werden definiert als langdauernde Krankheiten und nicht heilbare Störungen. Unter Körperschäden sind angeborene oder erworbene, typischerweise nicht behebbare Veränderungen des Körpers zu verstehen.

Heilmittelwerbung, die sich auf andere Mittel, Verfahren, Behandlungen bezieht, insbesondere kosmetische Mittel, ist

nicht stets aufgrund des HWG verboten. Das Verbot setzt vielmehr voraus, dass sich die Werbeaussage auch hier auf die Erkennung, Beseitigung oder Linderung von unter anderem Körperschäden oder krankhaften Beschwerden bezieht.

Auch Schönheitsoperationen fallen unter das HWG

Im Hinblick auf den Anwendungsbereich des HWG hat das Landgericht Frankfurt/Oder [16] im Zusammenhang mit Schönheitsoperationen und Botulinumtoxin-Injektionen ausgeführt, dass von einer gesundheits- bzw. krankheitsbezogenen Werbung auch auszugehen sei, soweit es beispielsweise um die Absaugung unerwünschter Fettpolster oder chirurgische Veränderung der Brust gehe, da die Gesundheit und körperliche Unversehrtheit gleichermaßen bei medizinisch indizierten Eingriffen, wie bei Schönheitsoperationen, beeinträchtigt werden könnten. Unter Körperschaden und Leiden sind deshalb sowohl objektive Abweichungen von der normalen körperlichen Beschaffenheit zu verstehen als auch lediglich subjektiv empfundene Abweichungen, die mit einem körperlichen Eingriff bzw. körperlich wirkenden Verfahren behandelt/korrigiert werden sollen. Dass auch rein ästhetische Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit und damit unter den Schutzzweck des HWG fallen, bestätigt der Verweis in § 1 Abs. 2 HWG auf § 4 und § 5 Abs. 1 Nr. 4 des Lebensmittel- und Bedarfsgegenstandsgesetzes (LMBG). Das HWG findet danach unter anderem auch Anwendung auf kosmetische Mittel, die äußerlich am Menschen zur Beeinflussung des Aussehens angewendet werden, sowie auf Gegenstände, die zur Körperpflege bestimmt sind.

Art der Werbung und Adressat entscheidend

Dies allerdings nur, soweit es um sogenannte Produktwerbung, also beispielsweise die Anpreisung bestimmter Medikamente und bestimmter Behandlungsmethoden geht. Nicht einschlägig ist das HWG bei der bloßen sogenannten Unternehmenswerbung, bei der die Imagepflege und die Darstellung der Arztpraxis im Vordergrund stehen. Zur Begründung eines solchen angreifbaren Produktbezuges bedarf es vielmehr konkreter Hinweise auf spezifische Produkte, die so gewichtig sind, dass im Rahmen

einer wertenden Gesamtbetrachtung jedenfalls ein Schwerpunkt der Werbung auch die Bewerbung des konkreten Produkts darstellt.

Hinsichtlich der Zulässigkeit von Werbemaßnahmen unterscheidet das HWG ferner zwischen der Werbung innerhalb und außerhalb der Fachkreise (sogenannte Publikumswerbung). Letztere unterliegt strengeren Beschränkungen. Außerhalb der Fachkreise darf für verschreibungspflichtige Arzneimittel beispielsweise überhaupt nicht geworben werden, § 10 Abs. 1 HWG.

Schließlich wurden im Rahmen des im Herbst 2012 in Kraft getretenen Zweiten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften [17], welches der Umsetzung europarechtlicher Vorgaben diene, auch zahlreiche Vorschriften des HWG geändert und gelockert.

Vorher / Nachher-Bilder

So wurde das Verbot der Werbung in Berufskleidung aufgehoben. Weiterhin wurde das früher bestehende Verbot bestimmter bildlicher Darstellungen, welches § 11 Abs. 1 S. 1 Nr. 5a, b und c HWG normierte, gelockert und in einen Verbotstatbestand (§ 11 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 n.F.) zusammengefasst. Eine „bildliche Darstellung, die Veränderungen des menschlichen Körpers aufgrund von Krankheiten oder Schädigungen oder die Wirkung eines Arzneimittels im menschlichen Körper oder in Körperteilen verwendet“, ist nur noch dann verboten, wenn sie „in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise“ geschieht. Für die Praxis bedeutet dies, dass nach dieser Maßgabe nun ausdrücklich mit Vorher-Nachher-Bildern geworben werden darf.

Ausgenommen hiervon sind allerdings operative plastisch-chirurgische Eingriffe, für die § 11 Abs. 1 S. 3 HWG gilt, welche eine Werbung mit der Wirkung eines operativ plastisch-chirurgischen Eingriffs durch vergleichende Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach dem Eingriff verbietet.

Werbung mit bekannten Namen oder Krankengeschichten

Auch in Sachen empfehlende Werbung wurde das HWG gelockert. Die Novel-

lierung des § 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 HWG begrenzt zwar nach wie vor das Werben mit anderen, bekannten Namen. Durch die Neufassung des Heilmittelwerbegesetzes soll jedoch nur noch die Irreführungsgefahr durch die wissenschaftlichen Autoritäten bzw. andere als Experten angesehenen Personen und die hiermit verbundene mögliche Aufwertung des Produktes oder der Leistung untersagt sein.

Gelockert wurde auch die Darstellung von Krankengeschichten. Sie bleibt nur dann verboten, wenn diese in missbräuchlicher, abstoßender oder irreführender Weise erfolgt oder durch eine ausführliche Beschreibung oder Darstellung zu einer falschen Selbstdiagnose verleiten kann.

Neue Wege der Werbung für die Praxis

Durch die Lockerung der berufs- wie werberechtlichen Vorschriften ergeben sich für die Ärzteschaft mithin völlig neue Wege in Sachen Werbung. Einige Fachgruppen haben dies bereits erkannt und setzen die ihnen zur Verfügung stehenden Mittel progressiv um. Insbesondere in hart umkämpften Fachbereichen wie der Plastischen Chirurgie wird nicht nur auf althergebrachtes Empfehlungsmarketing durch Kollegen oder wissenschaftliche Expertisen gesetzt. Vielmehr wird dort die gesamte Klaviatur der Werbung gespielt. So finden sich im ästhetischen Bereich auch solche Kollegen, welche vielleicht keine herausragende Anerkennung im Kollegenkreis besitzen, sich jedoch bereits durch verstärkte Werbung hervorgetan und so einen großen Bekanntheitsgrad erreicht haben. Um in diesen Bereichen konkurrieren zu können, ist es wichtig und erforderlich, auch die sozialen Netzwerke und die unterschiedlichen Bewertungsportale in sein Marketingkonzept einzubinden, da immer mehr Patienten das Internet bei der Arztwahl zu Rate ziehen. Die Nutzung derselben ist, so lange dies rechtskonform geschieht, weder berufsrechtlich noch ethisch zu beanstanden. Vielmehr stellen die sogenannten Social Media eine relativ kostengünstige Werbeform dar, sofern sie regelmäßig betreut und gepflegt werden.

Arztbewertungsportale beispielsweise kann man als absoluten Trend im Gesundheitsmarkt bezeichnen. Eine aktuelle Befragung des Instituts für betriebs-

wirtschaftliche Analysen, Beratung und Strategie-Entwicklung (IFABS) kommt zu dem Ergebnis, dass nur fünf Prozent der Ärzte schon einmal Arztbewertungsportale nach der eigenen Praxis durchsucht haben. Von den Patienten haben jedoch mit 87 Prozent die weit überwiegende Mehrheit schon mindestens einmal ein Bewertungsportal genutzt [18].

Auch Couponportale haben die medizinische Heilbehandlung als Markt entdeckt. In letzter Zeit sehen sich nicht nur ästhetisch tätige Kollegen, sondern auch Orthopäden und Unfallchirurgen immer öfter mit Anzeigen auf Schnäppchenplattformen durch Heilpraktiker konfrontiert, die Leistungen anbieten, die in ihr Fachgebiet eingreifen. So gibt es eine Vielzahl von Angeboten, welche beispielhaft lauten:

Mit einer circa 60-minütigen Behandlung im Bereich der Osteopathie und Chiropraktik erstellt die erfahrene Heilpraktikerin XY eine Erstanamnese und führt eine fachspezifische Untersuchung durch, um Verspannungen oder Funktionsstörungen aufzuspüren.

■ **60 Minuten Osteopathische/chiropraktische Behandlung inklusive Untersuchung und Erstanamnese für eine Person für 39,90 statt 140 Euro**

Die Bewerbung von Erstuntersuchungen und Behandlungen für weniger als ein Drittel des angeblichen Normalpreises dürfte nach dem Stand der derzeitigen Rechtsprechung als anpreisend qualifiziert werden, da nicht die fachliche Information im Vordergrund steht, sondern die Anzeige bewusst darauf abzielt, Patienten anzusprechen und zu veranlassen, die beworbenen Leistungen gerade beim Inserenten nachzufragen, indem die angebotenen Behandlungen marktschreierisch und insbesondere im Vergleich zu sogenannten Mondpreisen angeboten werden. Darüber hinaus würde die Angabe eines Pauschalpreises für die Behandlung in jedem Fall gegen die GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) verstoßen, würde sie von einem Arzt abgegeben werden.

Eine der GOÄ vergleichbaren Gebührenordnung, die Pauschalhonorare ausschließt, haben die Heilpraktiker jedoch leider nicht. Zwar gibt es eine Heilpraktikergebührenordnung (GebÜH), diese jedoch sieht das Heilpraktikerhonorar

als zwischen den Parteien frei verhandelbar an. Da jedoch sowohl HWG als auch UWG für den Heilpraktiker als Gewerbetreibenden gelten, ist davon auszugehen, dass die Werbung auf einem Onlineportal nicht nur standeswidrig, sondern auch wettbewerbswidrig nach §3, §4 Nr. 11, bzw. §5, §7, §8 und §11 UWG ist, was im jeweiligen Einzelfall unter Berücksichtigung des Verbraucherschutzes zu überprüfen ist.

Zusammenfassung

In der Rechtsprechung ist in den letzten Jahren ein Wandel vom Werbeverbot zum Werberecht für Ärzte erkennbar. Alle Werbeträger, wie zum Beispiel Praxisschild, Briefbogen, Rezeptvordrucke, Internetpräsentationen, Anzeigen etc. werden grundsätzlich gleich behandelt. Rundfunk- und Fernsehwerbung ist ebenfalls erlaubt. Zudem dürfen neben den nach der Weiterbildungsordnung erworbenen Qualifikationen auch sonstige öffentlich-rechtliche Qualifikationen, Tätigkeitsschwerpunkte und organisatorische Hinweise angegeben werden, wenn diese nicht nur gelegentlich ausgeübt werden. Fest steht somit, dass im Lichte der neuesten Rechtsprechung und der entsprechenden Auslegung speziell der Vorschriften des HWG die Werbung für Ärzte immer weitere Möglichkeiten erfährt.

Insbesondere im World Wide Web können sich Patienten einen Überblick über die Leistungen einer Praxis beschaffen. Gerade die Informationen zu den Bewertungen der Freundlichkeit des Praxisteams oder den Wartezeiten sind dem Patient besonders wichtig. Hieraus zieht er überdies auch Rückschlüsse auf die Behandlungsqualität. Das mag zwar nicht logisch sein, doch der Patient lässt sich genau durch diese Faktoren von einer Empfehlung leiten.

Werbung sollte daher wenig Fachliches wiedergeben, sondern eher die menschliche Seite betonen. Ob man sich allerdings gut beraten und aufgehoben fühlt, beeinflusst eben auch nicht unwesentlich den Heilungserfolg bzw. den Zufriedenheitsfaktor.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass es viele Möglichkeiten gibt, sich in den rechtlich zulässigen Grenzen des gelockerten Werberechts zu bewegen. Solange eine Werbung nicht berufswid-

rig erscheint, ist sie als zulässig anzusehen. Zur Beurteilung der Zulässigkeit von Werbemaßnahmen sollte man immer im Hinterkopf haben, dass diese nicht anpreisend, irreführend und vergleichend sein dürfen. Vielfach hilft auch das Bauchgefühl bei der Bewertung. Solange die einzelnen Kammern hierzu aber keine einheitliche Linie entwickeln, bleibt es bei der Notwendigkeit, sich im Falle einer Ahndung vehement und mit fachkundiger Hilfe dagegen zur Wehr zu setzen.

Cornelia Sauerbier



Cornelia Sauerbier,
Rechtsanwältin bei
LYCK & PÄTZOLD
Medizinanwälte,
Homburg.
Kontakt: kanzlei@
medizinanwaelte.de

Literatur

- 1 Bundesverfassungsgericht in NJW 1996, Seite 3067
- 2 Europäischer Gerichtshof für Menschenrechte in MedR 2003, Seite 290
- 3 Bundesverfassungsgericht in NJW 2002, Seite 3091; und in NJW 2003, Seite 879
- 4 Bundesgerichtshof in NJW 2001, Seite 1791
- 5 Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 18.02.2002, Az.: 1 BvR 1644/01
- 6 Verwaltungsgericht [VG] Minden, Urteil vom 14.01.2009, Az: 7 K 39/08
- 7 so die Bundesärztekammer in ihren Auslegungsgrundsätzen zu §§27ff MBO vom 10.09.2002 Irre
- 8 1 BvR 191/05
- 9 vgl. BVerfG, Beschluss der 2. Kammer des Ersten Senats, NJW 2001, S.2788 (2790)
- 10 Bundesverfassungsgericht Beschluss vom 01.06.2011, 1 BvR 233/10
- 11 Verwaltungsgericht Münster Urteil vom 20.05.1998 – 6 K 3821/97; Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 26.08.2003, 1 BvR 1003/02
- 12 vgl. Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 11.02.1992, 1 BvR 1531/90.
- 13 Focus Ausgabe 2/1999 S.107
- 14 OLG München Ur. Vom 19.10.2000 – 29 U 2664/00
- 15 Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg, 14.07.2010 – 91 HB 1.08
- 16 LG Frankfurt/Oder Urteil vom 08.05.2003 – 32 O 43/03
- 17 16. AMG-Novelle
- 18 Quelle: IFABS, April 2012, Umfrage zu Bewertungsportalen, Nutzerverhalten und -zufriedenheit

Namen

Personalia



Prof. Dr. Philipp Drees hat die W3-Professur für Orthopädie und Rheumaorthopädie der Universitätsmedizin Mainz übernommen. Damit einher geht die Leitung der Orthopädie und Rheumaorthopädie. Gleichzeitig ist er stellvertretender Zentrumsdirektor.



PD Dr. Birgit Lohberger, Leiterin des Forschungslabors der Universitätsklinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie in Graz, wurde am 7. Mai 2014 im Fach Theoretisch-Experimentelle Orthopädie mit der Habilitationsschrift „Zelluläre und molekulare Physiologie von Weichteilsarkomen“ habilitiert.



PD Dr. Thomas Dreher hat seine Habilitation zum Thema „Die biomechanischen Veränderungen im Kurz- und Langzeitverlauf nach Mehretagenkorrektur zur Behandlung von Gangstörungen bei Kindern mit spastischer Diparese“ an der Universität Heidelberg im April 2014 erfolgreich abgeschlossen.



Dr. Olaf Meyer ist rückwirkend zum 1. Januar 2014 zum Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie im Vivantes Klinikum Berlin-Hellersdorf ernannt worden. Er hat die orthopädisch-unfallchirurgische Abteilung zuvor bereits ein Jahr geleitet. Im Juli 2013 ist die Klinik neu gegründet worden. Anfang 2013 hatte Meyer vom DRK Klinikum Berlin-Köpenick zu Vivantes gewechselt.



Prof. Dr. Philip Kasten ist zum 1. Juni 2014 vom Orthopädisch-Unfallchirurgischen Centrum der Carl-Gustav Carus Universität Dresden in das Orthopädisch-Chirurgische Centrum Tübingen mit dem Schwerpunkt Schulter-/Ellenbogenchirurgie und Endoprothetik gewechselt.



Dr. Michael Metzner ist neuer Chefarzt des Zentrums für Unfallchirurgie und Orthopädie am HELIOS Vogtland-Klinikum Plauen. Er tritt damit die Nachfolge von Dr. Wolfgang Merbold an. Bis zu seinem Wechsel nach Plauen war Dr. Michael Metzner seit 2008 Oberarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhaus Berlin.



Prof. Dr. Markus Kröber ist neuer Chefarzt der Abteilung für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie an der Asklepios Klinik Altona in Hamburg. Nach seiner Ausbildung in Berlin und Heidelberg folgte die Habilitation in Heidelberg. Anschließend wechselte er ins Ausland und verbrachte insgesamt zehn Jahre in den USA und der Schweiz, wo er die letzten vier Jahre als leitender Arzt in Luzern tätig war.



Dr. Holger Herzing ist neuer Chefarzt der Abteilung Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie im Krankenhaus Lauf der Krankenhäuser Nürnberger Land GmbH. Zuletzt war er 13 Jahre als Chefarzt der Allgemein- und Unfallchirurgie im Kreis Krankenhaus St. Anna in Höchstädt an der Aisch tätig.



Dr. Stefan Lakemeier, geschäftsführender Oberarzt und Sektionsleiter Wirbelsäule der Abteilung Orthopädie der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie der Universitätsmedizin Göttingen, hat sich habilitiert. Im Rahmen seiner Arbeit beschäftigte er sich mit „Zelluläre(n) Prozesse(n) bei degenerativen Sehnen- und Bänderkrankungen“.



PD Dr. Ralf Oheim, Funktionsoberarzt der Sektion für Unfallchirurgie am Uniklinikum Schleswig-Holstein sowie Oberarzt im Institut für Osteologie und Biomechanik des Unklinikums Hamburg-Eppendorf, habilitierte zum Thema: „Großtiermodelle humaner Knochenmasserverlustsyndrome – Bestandsaufnahme, Weiterentwicklung und skelettale Charakterisierung klinirelevanter Schafmodelle“.



PD Dr. Patric Raiss, Oberarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie am Uniklinikum Heidelberg, hat das Habilitationsverfahren zum Thema Schulterendoprothetik an der Universität Heidelberg abgeschlossen und die Venia legendi für das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie erhalten.



Dr. Herbert Röhrig, bisher Leiter des Schwerpunktes Gelenkchirurgie an der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Bonn, ist seit 1. Juni 2014 neuer Chefarzt der Abteilung für Orthopädie und Unfallchirurgie am Bethlehem Krankenhaus Stolberg (Lehrkrankenhaus RWTH Aachen).



Dr. Andreas Hermann Rucker ist neuer Chefarzt der Unfall- und Wiederherstellungschirurgie der Imland-Klinik in Rendsburg. Rucker war zuletzt als Leitender Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor an der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf tätig. Er tritt die Nachfolge von Dr. Arthur Friedrich an.



Prof. Dr. Felix Walcher ist neuer Direktor der Klinik für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Magdeburg. Zuvor war er als Leitender Oberarzt der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt am Main tätig. Walcher tritt als W3 Professor die Nachfolge von Herrn Prof. Winckler an.

STELLUNGSWECHSEL?

Gibt es auch an Ihrer Klinik einen Chefarztwechsel? Sind Sie kürzlich zum Professor ernannt worden? Haben Sie oder hat sich einer Ihrer Kollegen habilitiert? Dann freuen wir uns über eine Nachricht unter: office@dgou.de. Bitte geben Sie dabei den vollständigen Titel, Namen und Vornamen sowie die Klinik und – bei einer Habilitation – den Titel der Arbeit an. Wir benötigen außerdem eine hochauflösende Portraitaufnahme. Vielen Dank!

Wir gratulieren...



Zum 80. Geburtstag

... Prof. Dr. Alfred Berger, Isernhagen
 ... Dr. Helmut Blankenburg, Höchberg
 ... Dr. Eberhard Bottler, Rendsburg
 ... Dr. Dieter Gölkel, Hof
 ... Dr. Klaus Henning, Schneverdingen
 ... Dr. Sandor Kecskés, Berlin
 ... Prof. Dr. Günther Mayer, Greifswald

Zum 85. Geburtstag

... Dr. Willi Assmann, Neu-Isenburg
 ... Dr. Alfred Gmel, Berlin
 ... Prof. Dr. Heinz-Edzard Köhnlein, Landsberg am Lech
 ... Dr. Richard Kratzert, Dossenheim
 ... Dr. Günter Mertin, Münster
 ... Dr. Peter Scholz, Solingen
 ... Dr. Rudolf Stilz, Bergen

Zum 90. Geburtstag

... Univ.-Prof. Dr. Dr. Siegfried Borelli, München
 ... Dr. Egon Busack, Köln
 ... Dr. Otto Guldenberg, Bonn
 ... Dr. Alexander Kirgis, Günzburg
 ... Dr. Heinz Wischmann, Bad Nauheim



Für sein Lebenswerk ehrte die Deutsche Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (DGPW) Herrn Prof. Jürgen Probst (Mitte) – hier mit seinem Laudator Prof. Axel Ekkernkamp (l.) und DGPW Präsident PD Dr. Eike-Eric Scheller (r.) – mit der Karl-Schuchardt-Büste.

LAUDATIO

Ein Leben voller Superlative

Im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie wurde Prof. Dr. Jürgen Probst mit der Karl-Schuchardt-Büste geehrt. Prof. Dr. Axel Ekkernkamp, Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer des Unfallkrankenhauses Berlin und Professor für Unfallchirurgie an der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, hielt die Laudatio.

Prof. Jürgen Probst wurde am 19. Januar 1927 in Hannover geboren, besuchte dort die Schule und das Gymnasium. 1943 wurde er Flakhelfer und 1944 Fahnenjunker im Braunschweigschen Infanterieregiment 17. Die geografische, historische und emotionale Nähe zu Hannover und Braunschweig sollte sein weiteres Leben prägen. Vater Probst war Kaufmann und ließ sich von dem Steuerberater und Wirtschaftsprüfer Lückhardt beraten, dieser hatte eine Tochter. Es handelte sich um Margot, mit der Jürgen Probst seit mehr als 55 Jahren glücklich verheiratet ist. Aus dieser Ehe resultieren drei Kinder und sieben Enkelkinder.

Jürgen Probst studierte zunächst Veterinärmedizin, Medizin und Naturwissenschaften an der Tierärztlichen Hochschule und an der Leibniz-Universität Hannover. Er wechselte dann nach Mainz und

schloss die Hochschulausbildung 1952 mit Staatsexamen, Approbation und Promotion ab. Es folgte eine gediegene, umfassende und ausgezeichnete Weiterbildung bei den Professoren Lob, Maurer und Schede. Schon Mitte der 50er Jahre ging es nach Murnau. Vorübergehend wechselte er an die Technische Universität München, wo er sich später auch habilitierte. Nach Jahren der Oberarztstätigkeit übernahm Herr Prof. Probst 1969 die Position des Ärztlichen Direktors der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau. Die Klinik nahm unter seiner Führung eine fantastische Entwicklung, was nicht ohne Auswirkungen auf die anderen Berufsgenossenschaftlichen Kliniken und auf die Welt der gesetzlichen Unfallversicherung geblieben ist.

Herr Prof. Dr. Jürgen Probst ist erwartungsgemäß und hoch verdiensterma-

ßen umfangreich geehrt worden, dies begann im 2. Weltkrieg. In seiner Wahlheimat im Freistaat Bayern erhielt er das Goldene Ehrenzeichen des Bayerischen Roten Kreuzes, der Freistaat verlieh ihm die Bayerische Staatsmedaille in Gold. Zwei Bundespräsidenten begleiteten seinen vorbildlichen, auf das Gemeinwohl zielenden Einsatz und verliehen Herrn Probst zunächst das Bundesverdienstkreuz am Bande, später das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse.

Neben Familie und berufsgenossenschaftlicher Welt hat Herr Probst seine Heimat besonders in zwei wissenschaftlichen Fachgesellschaften gefunden, nämlich der Deutschen Gesellschaft für Plastische und Wiederherstellungschirurgie (DGPW) und der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU). Er ist außerdem Ehren- oder korrespondierendes Mitglied in

mindestens zwölf nationalen und internationalen Wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Die DGPW wurde 1963 gegründet. 14 Jahre später übernahm Prof. Probst die Präsidentschaft. 2005 wurde er dann mit der Karl-Schuchardt-Medaille dieser Gesellschaft ausgezeichnet.

Treue zum Sanitätsdienst der Bundeswehr

Nach Gründung der Deutschen Bundeswehr nahm Herr Probst von 1963 bis 1987 aktiv an Wehrübungen teil, er ist Oberstarzt der Reserve. 2002 wurde er von der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie zum korrespondierenden Mitglied ernannt. Nur wenige Ärzte stehen emotional so nah und treu zum Sanitätsdienst der Deutschen Bundeswehr wie der Geehrte, was eine gelegentlich konstruktiv-kritische Begleitung der Entwicklungen keineswegs ausschließt. Der Sanitätsdienst, die Sanitätsoffiziere und die Deutsche Bundeswehr konnten sich seit 50 Jahren und können sich auch heute noch auf Herrn Prof. Probst verlassen. Ehemalige Mitarbeiter in Murnau haben bis heute den Visitenverlauf unter ihrem damaligen Chef verinnerlicht. Herr Probst analysierte die Visiten und die Visitentage und ordnete sie einer militärischen Schlacht zu. Niederlagen sollen glücklicherweise nur wenige vertreten gewesen sein.

Initiator der Georg-Friedrich-Ludwig-Stromeyer-Medaille

Man könnte Herrn Prof. Probst als Initiator der Georg-Friedrich-Ludwig-Stromeyer-Medaille würdigen. Er ist Vorsitzender des Kuratoriums und hatte die Idee zu diesem Preis. Im Mittelpunkt steht die Sensibilisierung der Medizinöffentlichkeit für Fachliteratur mit dem besonderen Bezug zur Unfall- und Wiederherstellungschirurgie. Zu beleuchten wäre der weit über die Chirurgie hinaus bekannte Medizingeschichtsforscher, der hoch anerkannte, teilweise gefürchtete Gutachter und vieles mehr.

Prof. Probst und die Wiedervereinigung

Was unter all seinen Aktivitäten könnte mit der größten Nachhaltigkeit verbunden sein? Wohl das große Glück, dass Herr Prof. Probst in den Tagen der Wie-

dervereinigung an entscheidender Stelle wirken konnte. Er wurde exakt 1989 zum zweiten Mal Generalsekretär der DGU. Unvergesslich ist allen das Hereinströmen, Hinzukommen, das erstmalige Dabeisein der unfallchirurgischen Kollegen aus der damals noch existierenden DDR in den Räumen des ICC, wenige Tage nach Öffnung der Mauer. Herr Prof. Probst war 62 Jahre alt, seit 20 Jahren Ärztlicher Direktor der BG-Klinik Murnau, neuer und hochmotivierter Gene-

Prof. Probst verfügte zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung über eine Machtfülle, mit der er, seinem Naturell und seinem Intellekt entsprechend, vorsichtig, aber zielstrebig und uneingeschränkt positiv umgegangen ist.

ralsekretär der DGU mit Strahlkraft in nationale und regionale Fachgesellschaften, in die Bayerische Landes- und in die Bundesärztekammer. Schon 18 Jahre lang war er Beratender Arzt des Landesverbandes Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Die jüngeren unter den Lesern mögen sich schwer tun in der Beurteilung der Bedeutung dieser „Ehrenämter“; sie können aber gewiss sein, dass Herr Prof. Probst zum Zeitpunkt der deutschen Wiedervereinigung über eine Machtfülle verfügt hat, mit der er, seinem Naturell und seinem Intellekt entsprechend, vorsichtig, aber zielstrebig und uneingeschränkt positiv umgegangen ist.

Im Gegensatz zu vielen anderen, besonders nicht-chirurgischen Fachgesellschaften wurden die Kolleginnen und Kollegen aus den neuen Bundesländern rasch in die DGU integriert. Probst selbst bereiste unermüdlich die noch existierende DDR, führte unzählige Gespräche mit Bezirks- und Kreisärzten, wurde in Ministerien und Regierungspräsidien vorstellig, um der präklinischen, klinischen und rehabilitativen Unfall- und Wiederherstellungschirurgie Strukturen und Rahmenbedingungen zu geben.

Jürgen Probst war bis 1999 der Beratende Arzt des größeren gewordenen Landesverbandes Bayern und Sachsen der gewerblichen Berufsgenossenschaften. Er erfand die Dresdner Unfalltagung. Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, heute die DGUV, eröffnete

eine Akademie in Dresden, Berater des Hauptverbandes war Prof. Jürgen Probst.

Die Geschicke der DGU in einer Hand

Während Ende der 80er, Anfang der 90er Jahre die Verhältnisse in vielen wissenschaftlichen Fachgesellschaften chaotisch waren, zog im Präsidium der DGU eine Person die Fäden. Zu keinem Zeitpunkt bestand ein Zweifel daran, wer die Geschicke der DGU in der Hand hielt.

Dies war keineswegs selbstverständlich, Persönlichkeiten wie Siegfried Weller, Günter Hierholzer, Harald Tscherne, Leonhard Schweiberer gehörten dem Gremium an, die Rolle von Jürgen Probst war unantastbar.

In der zweiten Hälfte der 90er Jahre kam die Diskussion auf, ob wir in Deutschland das international favorisierte Konzept des Orthopaedic Surgeon übernehmen sollten, verbunden mit einer Zusammenführung von Unfallchirurgie und Orthopädie. 2008 war es so weit: Unter der Präsidentschaft von Prof. Dr. Axel Ekkernkamp und Prof. Dr. Joachim Grifka erblickte die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie im alt-ehrwürdigen Langenbeck-Virchow-Haus in Berlin das Licht der Welt. Prof. Probst folgte der Bitte der Gründungspräsidenten, die erstmalige Verleihung einer Ehrenmitgliedschaft der DGOU anzunehmen.

Woran denkt man beim Aufrufen des Namens Jürgen Probst: an den Welfen und Bayern, an Disziplin, Ehrlichkeit, Verlässlichkeit, Einsatzfreude, Fleiß, Vorbild, Fürsorge für Viele, an Verbindlichkeit und Durchsetzungsfähigkeit. Natürlich ist er der beste Satzungskenner und Jurist unter all denjenigen, die nicht Jura studiert haben. Die Gremien der DGPW danken sehr herzlich für diese großartige Lebensleistung, die hier nur andeutungsweise gewürdigt werden kann.

Prof. Dr. Axel Ekkernkamp



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
der DGOOC: info@dgooc.de
der DGOU: office@dgou.de
der DGU: office@dgu-online.de

Foto: BVOU



Der BVOU-Vorstand (v. l. n. r.): DGOU-Generalsekretär Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Vizepräsident Helmut Mälzer, Prof. Dr. Alexander Beck, Vizepräsident Prof. Dr. Karl-Dieter Heller, Präsident Dr. Andreas Gassen, Dr. Angela Moewes, Vizepräsident Prof. Dr. Karsten E. Dreinhöfer, Dipl.-Med. Frank Schulz, Schatzmeister Dr. Helmut Weinhart

Weichenstellungen in jeder Hinsicht

Mitgliederversammlung des BVOU am 3. Mai 2014 in Baden-Baden

Joachim Stier

Eine Mitgliederversammlung unter dem Vorzeichen der Veränderung: Persönliche, namenstechnische und – hoffentlich bald auch positiv – in den Mitgliederzahlen. Die Änderung des Verbandsnamens war eine weichenstellende Entscheidung. Verkündet wurde das Ergebnis von Dr. Andreas Gassen, der als BVOU-Präsident eine persönliche Weichenstellung vorgenommen hat.

In eigener Sache

Seit März 2014 ist Dr. Andreas Gassen Vorstandsvorsitzender und Vorstand für fachärztliche Belange der Kassenzärztlichen Bundesvereinigung. Dies ist nicht nur eine persönliche Konsequenz, sondern hat auch eine für den Verband, weil beide Ämter sich nicht parallel erfüllen lassen: „Deshalb werde ich das Amt des BVOU-Präsidenten, was mir zugegebenermaßen schwer fällt, zum DKOU 2014 niederlegen. Wir werden Ihnen bis dahin eine neue Teamlösung präsentieren.“

In verbandseigener Sache

Nicht glatt geschliffen, sondern markanter ist der neue Name des BVOU: „Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie“ – das Kürzel bleibt. „Der neue Titel bereitet uns auf das Komende bestens vor: Umfassend muss er sein. Denn es gibt Interessen, die Versorgungslandschaft aufzubrechen. Dem wollen wir auch mit dem neuen Namen einen symbolischen Riegel verschieben. Mit dem neuen Namen dokumentieren wir, vorausschauend umfassend zuständig zu sein. Denn mit dem ‚Facharzt‘ im Titel könnten uns andere, politisch motiviert, als nur eine Gruppe von mehreren bezeichnen. Aber wir Fachärztinnen und Fachärzte sind im Gegenteil umfassend zuständig, wir Fachärzte sind verantwortlich und werden es bleiben – das meint ‚Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie‘“, erklärt Dr. Andreas Gassen. Befürchtungen, unter dem neuen Namen wolle sich der Verband nichtärzt-

lichen Berufsgruppen öffnen, sind mitnichten begründet – im Gegenteil.

Der Vorstand verband mit seinem angenommenen Vorschlag jedoch auch andere Aspekte: „Die Aktivitäten sollen und müssen auf die Gewinnung neuer und junger Mitglieder fokussiert werden. Die formale Hürde, dass sich künftige Mitglieder in einem Verband als Fachärzte nicht zu Hause fühlen, soll gesenkt werden“, so BVOU-Präsident Gassen. Dies schließt auch die Genderthematik ein. Und: „Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften, mit denen wir die Zusammenarbeit immer stärker verzahnen, verstehen sich seit jeher entsprechend umfassend – wir auch“, so Andreas Gassen abschließend.

Scharnierfunktion

BVOU-Vize Helmut Mälzer ist im geschäftsführenden Vorstand Mittelsmann zum Verbandsreferat „Orthopädische

Aus den Verbänden

MEHR LUFT IN DER UMSETZUNG IST GUT

Die Reform des EBM wird in zwei Stufen umgesetzt. Zuerst wird der Hausarzt-EBM zum 1. Januar 2015 umgesetzt. Im Anschluss wird an den fachärztlichen Kapiteln gearbeitet. Dies hat einen strategischen Vorteil: In umgekehrter Reihenfolge müssten die technischen Leistungen (TL) zeitnah abgewertet werden. Denn aufgrund der schlechten Finanzlage haben nahezu alle grundversorgenden Facharztgruppen – darunter auch die Orthopäden und Unfallchirurgen – einen Investitionsstau. Dies führt paradoxerweise zu einer Absenkung der TL – zu der die Selbstverwaltung dann verpflichtet ist. Doch das Vorziehen des hausärztlichen EBM entspannt die Situation. Denn jetzt ist es möglich, erstens noch ein Jahr auf dem aktuellen Stand zu verfahren und zweitens die Kopplung der TL-Anpassung an die Bearbeitung der EBM-Facharztkapitel zu koppeln. Jetzt kann durch Änderungen in der ärztlichen Leistung – was ohnehin das Ziel ist – gegengesteuert werden. Dies funktioniert aber nur, wenn dies gleichzeitig geschieht. Deshalb war es wichtig, die Anpassung der TL an den fachärztlichen EBM zu koppeln.

Es ist erklärtes Ziel der KBV, Leistungen aus dem MGV aus zu budgetieren, damit das Ziel fester Preise in Sicht kommt. Auch die Hausärzte haben dem im Grundsatz zugestimmt. Dies stimmt zuversichtlich, dass Ärzte übergreifend eine einheitliche Front bilden können.

Die letzten EBM-Reformen brachten den Orthopäden und Unfallchirurgen die unerfreuliche Erfahrung einer sich ständig verschlechternden Situation. So können in den Honorarverhandlungen Regelungen erreicht werden, die die Situation der Orthopäden und Unfallchirurgen verbessern. Stichwort PFG: Die Kassen zeigen sich offen – die PFG ist zu einer festen Größe geworden. Erfreulich auch: Die Orthopäden und Unfallchirurgen werden von den Kassen mittlerweile zu den relevanten versorgenden Fachgruppen gezählt – dies war früher anders.

Rheumatologie/Nichtoperative Orthopädie und Unfallchirurgie“. Zu Beginn der VSOU-Jahrestagung tagte in Baden-Baden erstmals gemeinsam das Referat und die Interessengemeinschaft Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie der wissenschaftlichen Fachgesellschaften. Helmut Mälzer unterstrich die wichtige Scharnierfunktion der Zusammenarbeit zwischen beiden Einrichtungen für die Orthopädie und Unfallchirurgie. Kraftvoll werde so das Konservative im Fach gestärkt und zukunftssicher gemacht.

Weißbuch gelandet

Prof. Dr. Karsten E. Dreinhöfer, BVOU-Vizepräsident, konnte verkünden, dass das Weißbuch Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie gelandet ist – es liegt den Vorständen und Präsidenten zum Review vor: „Nach entsprechenden Ergänzungen werden wir dieses Opus dann zum DKOU 2014 in gebundener Form vorlegen können“, so Karsten E. Dreinhöfer. Ausführlich nahm er zur Weiterbildungsordnung Stellung. Die letzten beiden Jahre wurden intensiv der Reform gewidmet. „Mit BVOU-Vorstandsmitglied Frank Schulz haben wir einen Vertreter von uns in dem dafür wichtigsten Organ, der STÄKO (Ständige Kommission der Bundesärztekammer), sitzen. Wir haben darüber hinaus im Rahmen der Fachgesellschaften auch mit Vertretern

der Chirurgen zusammengesessen. Ein interessanter Beschluss: Verzicht auf den Facharzt für Allgemeinchirurgie – so dass in Zukunft nur noch einen Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie und einen für Orthopädie und Unfallchirurgie geben wird.“

BVOU, DGOOC und DGU haben zusammen mit Vertretern der medizintechnischen und pharmazeutischen Industrie das WIK-Forum gegründet – WIK steht für ‚Wissenschaft, Industrie und Kommunikation‘. Es geht primär um die Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Verbänden in einer Compliance-korrekten Art und Weise.

Gebührenordnung für Ärzte

Im Mai hatte BVOU-Vizepräsident Prof. Karl-Dieter Heller in Sachen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) den Sturm schon quasi vorweggenommen, der unmittelbar vor dem 117. Deutschen Ärztetages Ende Mai in Düsseldorf losbrach: „Mehr Geld wird es eher nicht – darauf muss man sich wohl einstellen.“ Äußerungen von BÄK-Präsident Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery vor dem Ärztetag, die in dieser Richtung verstanden wurden, hatten zu schwerem Unmut geführt. Auf dem Ärztetag wendete die BÄK einige Mühe auf, die GOÄ in besserem Licht erscheinen zu lassen. Um die Dimension

einmal anzureißen: Von 1996 bis heute beträgt der Inflationsanstieg rund 38 Prozent. Es gibt, das liegt nahe, ein hartes Ringen zwischen BÄK und den privaten Versicherern.

DKOU: Aus- und Rückblick

Schatzmeister Dr. Helmut Weinhart konnte verkünden, dass zum DKOU 2014 BVOU-Mitglieder kostenlos teilnehmen können. Der Haushalt stehe stabil und trage dies. Rückblickend zum DKOU 2013 führte Prof. Karl-Dieter Heller noch einige Daten an: Die Quadratmeterzahlen vermieteter Flächen stieg an – in diesem Kielwasser hat sich auch die Einnahmesituation weiter verbessert. Teilgenommen haben mehr Kliniker, aus den Praxen sind konstante Teilnehmerzahlen zu vermelden. Der Anteil der Frauen unter den Besuchern steigt. 92 Prozent der Besucher kommen aus Deutschland. Der Austausch mit ausländischen Kollegen ist noch relativ gering – doch an einer Besserung wird gearbeitet: „Wir treiben die Internationalisierung voran.“ Gutes gibt es in Sachen Medieninteresse zu vermelden: 243 Journalisten waren auf dem Kongress; 500 haben gezielt gefragt. 3.181 Clippings standen am Ende – fast verdoppelt hat sich diese Zahl. Interessant ist aber die Reichweite, die sich rasant nach oben entwickelt hat: 187 Millionen erreichte Leser.

NEU IM BVOU-VORSTAND

Explizit war es der Wunsch des BVOU-Vorstands, die Unfallchirurgie in diesem Gremium besser abzubilden. Auf der Mitgliederversammlung wurde Prof. Dr. Alexander Beck, Würzburg, gewählt. Alexander Beck, gebürtiger Augsburgener, hat in seinen zehn Jahren an der Universität Ulm die Umstrukturierung zu O&U auf allen Ebenen mitgestaltet. Seit 2007 leitet er die Abteilung für O&U am Juliusspital in Würzburg. „Das ist mein eines Leben als Kliniker; ein anderes ist das des Ermächtigen – und ich kenne als solcher auch die niedergelassene Tätigkeit ganz gut.“ Prof. Beck ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft der Bayerischen Notärzte. Ein weiteres Steckenpferd ist das Gebiet der Sportmedizin/Sportverletzungen. Prof. Alexander Beck ist Verbandsarzt der Deutschen Nationalmannschaft der Freiwasser-Schwimmer. Vor seiner Wahl äußerte er: „Ich möchte all diese Tätigkeiten für Sie im BVOU nutzen zu können. Es ist ein wichtiges Signal.“ Mit seiner Wahl ist das Zeichen gesetzt.

Gute Arbeit an der Basis der Medizinstudierenden

Schatzmeister Helmut Weinhart hatte in Baden-Baden erneut auf die Altersstruktur der Mitglieder hingewiesen, deren hoher Altersdurchschnitt leider noch nicht durch jüngere Neumitglieder gesenkt wird. Wie dies geschehen kann, schilderte Dr. Angela Moewes, Vorstand des BVOU. Sie hat einen ihrer Vorstandsschwerpunkte im Interessengebiet hoffentlich künftiger Mitglieder: dem medizinischen Nachwuchs. Das bereits in Göttingen erfolgreiche Wahlfachprojekt wird jetzt auch in Bochum und in Greifswald angeboten. Demnächst könnte Münster folgen. Auch Infoabende zum Fach O&U

– einerseits für Studenten, andererseits für Kliniker – sind in der Überlegung, um für das Fach direkt zu werben. Erfreulich ist, dass sehr viele niedergelassene Orthopäden und Unfallchirurgen bereit sind, Famulaturen für Medizinstudierende einzurichten. Darüber hinaus ist für den diesjährigen DKOU geplant, neben dem Tag der Vorklinik auch einen Tag für Studierende einzurichten.

Blick auf die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung

BVOU-Vorstand Dipl.-Med. Frank Schulz befasste sich unter anderem mit der Ambulanten Spezialärztlichen Versorgung (ASV). Dieses Thema werde immer inte-

ressanter und müsse daher auch stärker ins Blickfeld des Verbandes rücken. „Den Facharztstatus, den die KBV durchgesetzt hat, müssen wir verteidigen – Facharztstandard ist zu niederschwellig – die Deutsche Krankenhausgesellschaft will den Status in den Standard ummünzen“, so Frank Schulz.



Joachim Stier, freier
Journalist, Aachen/Berlin



Fotos: Stier



Gut auf Kurs

Jahreshauptversammlung der BVOU-Sektion Orthopädische Rheumatologie in Baden-Baden

Joachim Stier

Die beiden ersten RhefOs (Rheumatologisch engagierte und fortgebildete Orthopäden) sind zertifiziert: Dr. Herman Uhlig, Lohfelden/Hessen, und Dr. Frank Ernst, Lübeck. Die Sektion Orthopädische Rheumatologie konnte gemeinsam mit BVOU-Vizepräsident Helmut Mälzer Hermann Uhlig die Urkunde im Rahmen der 3. Jahreshauptversammlung anlässlich des VSOU-Kongresses in Baden-Baden überreichen. Die Jahreshauptversammlung fand erneut in der Klinik Mittelbaden Baden-Baden Annaberg statt. Gastgeber war Prof. Dr. Marc Thomsen, der nun zwei Häuser leitet und seine Tätigkeit als Qualitätsnetzleiter ORh Baden an Dr. Malte Natalis aus Freiburg abgegeben hat. Einen herzlichen Dank an Marc Thomsen für sein Engagement und seine großartige Kooperation.

Das Grußwort zur diesjährigen Jahreshauptversammlung sprach Helmut Mälzer, der im BVOU Vorstand die Sektion und das Referat Orthopädische Rheumatologie/Nichtoperative Orthopädie und Unfallchirurgie betreut. „Wir können auf ein sehr erfolgreiches Jahr 2013 zurückblicken mit einem ebenso guten Start ins Jahr 2014. Unsere Kurse, über die ADO organisiert, finden weiterhin regen Zuspruch – sind sie doch Refugien, in denen das Nichtoperative Gebiet unseres Faches deutlich greifbar wird. Wer unsere Kurse besucht, der trägt zum Erhalt des nicht-operativen Teils bei. Beide, dieser Teil und der operative, sind zwei Seiten einer Medaille, der O&U“, führte Sektionsleiter Dr. Uwe Schwokowski aus. Seit Juni 2012 fanden 18 Kurse I statt mit jetzt zusam-

men 499 Teilnehmern; 13 Iler Kurse mit mehr als 330 Teilnehmern und in diesem Jahr der erste Iler Kurs mit 35 Teilnehmern. Wer die Kurse I bis III und zusätzliche Fortbildungsstunden absolviert hat, der kann den RhefO beantragen. Bei über 500 Teilnehmern an Zertifizierungs-Kursen ORh wird die Forderung an Kassen (Teilnahme an Strukturverträgen) und KBV/KV (Honorierung der Frühdiagnostik) über den BVOU und die Qualitätsnetz-Leiter vor Ort vehement erfolgen müssen: „Wir werden demonstrieren, was wir zu leisten in der Lage sind“, so Uwe Schwokowski.

Gestartet wurde auch das Modul der ORFAs – der orthopädisch-rheumatologischen Fachassistentinnen. Die Medizi-

nischen Fachangestellten (MFAs) in den OU-Praxen sollen fit gemacht werden für den orthopädisch-rheumatologischen Alltag. „Wir wollen sie als qualifiziertes und kompetentes Bindeglied zwischen Arzt und Patient etablieren und durch Delegation von vielen Tätigkeiten den Praxisablauf optimieren. Daraus resultiert ein Mehrwert für den Patienten, unsere MFAs und uns Ärzte!“, erläutert der Sektionsleiter.

Weiterlaufen wird auch das Programm „Ich bin dabei – den Bechterew übersehe ich nicht!“ Mit Ludwig Hammel, Geschäftsführer der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew, haben die Orthopäden und Unfallchirurgen einen wirklichen Partner gewonnen. Die Sektion ist dazu übergegangen, die Kurse an die ADO-Zert Kurse ORh anzudocken. Weitere Veranstaltungen in den Qualitätsnetzen der Länder sind erwünscht.



Erste RhefOs erhalten Zertifikat (v.l. n. r.): Dr. Uwe Schwokowski, Dr. Hermann Uhlig, BVOU-Vizepräsident Helmut Mälzer

„Die geben alles – wir auch! Wir kämpfen!“

Mit der geplanten Weiterbildung im Rücken wird es uns leichter fallen, die erforderliche klare Struktur nach außen zu dokumentieren. Unsere Botschaft ist: Wir leben dies schon – und das ist der entscheidende Punkt, der uns auch durch die Untiefen der Reform der WBO tragen wird.

Vieles können wir neben und unabhängig von der WBO anstoßen: Dass wir als nichtoperative Orthopäden und Unfallchirurgen auf gleicher Augenhöhe und Mächtigkeit wie die Operateure stehen werden. Wir haben eine spezielle orthopädische Chirurgie und Unfallchirurgie und wir brauchen als dritte Säule daneben die spezielle nichtoperative Orthopädie – und wir brauchen uns gegensei-

tig – nicht der eine auf Kosten des anderen!

Ein Wort zur Begrifflichkeit: Wir haben als vorhandene Struktur die ORh – sie ist die bereits etablierte und verankerte Zusatzweiterbildung. Diese wollen wir zu dem mutieren lassen, was wir wollen – den Schwerpunkt Konservative Orthopädie. Warum betone ich das so? Es gibt inner- und außerorthopädisch Kreise, denen das überhaupt nicht gefällt. Ich höre Sätze wie „Ich bin doch kein Rheumatologe, ich bin doch Orthopäde“. Ich weiß nicht, was das soll. Die ORh soll ja ein Vehikel sein, dies rasch für uns zu etablieren. Wenn wir andere Titel als ORh in der Weiterbildung etablieren wollen, dann sind wir 2025 noch nicht fertig. Wir brauchen

das Schiff nicht zu wechseln; wir können es auch nicht wechseln – es gibt keine Alternative. Hier einen Namensstreit vom Zaun zu brechen, kostet uns – den jungen (!) OUs – die Zukunft! Die internistischen Kollegen geben alles, dass wir den Namen Rheumatologe wieder abgeben. Die geben alles – wir auch. Das ist etwas ganz Kostbares, das dürfen wir nicht aufgeben. Und den Altvorderen unter uns sei gesagt: Der Titel ORh trifft uns im Alltag nicht – es ist ein vorerst politischer Begriff.

Prof. Dr. Wolfgang Rütter

BVOU-Referat Orthopädische Rheumatologie/Nicht-operative O&U

Rückenwind für Orthopäden und Unfallchirurgen

Durch die Initiativen des BVOU und der DGOU besteht die Chance, gemeinsam die konservative Orthopädie unter dem Dach der Orthopädischen Rheumatologie in Deutschland wieder zu stärken. Sowohl der BVOU hat mit dem Referat als auch die DGOU mit der Interessengemeinschaft Strukturen für die Stärkung

der Konservativen Orthopädie geschaffen, die jetzt mit Jahresbeginn die Kooperationsarbeit aufgenommen haben.

Denkt man diesen jetzt beschrittenen Weg zu Ende, dann bildet sich ein Kreis aus der (orthopädischen) Rheumatologie/konservativen Orthopädie um die Or-

thopädie und Unfallchirurgie. Früher hieß es „nach der OP ist vor der OP“ – heute hat die Operation den Stellenwert eines möglichen Endpunktes am Ende einer konservativ/orthopädisch-rheumatologischen Behandlungskaskade. Wir müssen die Gesamtheit unseres Faches abbilden und leben: Wir müssen diese ganzheit-

Aus den Verbänden

lichen Orthopäden und Unfallchirurgen – wenn wir es nicht schon sind – wieder werden.

Wir müssen unsere Kolleginnen und Kollegen wieder begeistern, sie davon überzeugen, ebenso mit Herzblut, wie wir es sind, dabei zu sein. Das geht nicht nur über die Abrechnung, sondern auch über die Zufriedenheit, Patienten intensiv zu behandeln. Dies wollen wir auf die Gesamtheit unseres Faches und unserer Patienten übertragen – auch wenn wir sie nicht rheumatologisch behandeln werden – es sei denn, wir deklarieren diese um, weil wir sagen können, auch die degenerativen Krankheitsbilder haben entzündliche Aspekte und gehören daher mit in diese Gruppe.

Die DGORh hat – parallel zu den sehr erfolgreich laufenden ADO-Zert ORh-Kursen für Niedergelassene – ein Curriculum für Orthopäden und Unfallchirurgen in Kliniken entwickelt. Denn in den Kliniken gibt es immer weniger Ermächtigte, die die Grundlagen in konservativer Orthopädie/Orthopädischer Rheumatologie vermitteln können. Diese empfindliche Lücke wollen wir mit dem DGORh-Curriculum schließen. Wer die Klinik verlässt, soll dies nicht als rheumatologisch Blinder tun, sondern dies als Wissen und praktisches Handwerkszeug mitnehmen.

Noch zur Weiterbildungsordnung: Wir haben die ORh-Zusatzweiterbildung insofern modifiziert, als dass im Sinne ei-

ner konservativen Stärkung operative Inhalte zurückgefahren wurden. Gleichwohl muss unsere wertvolle operative Expertise in der ORh erhalten bleiben. Deshalb wollen wir die operativen Zentren der ORh – circa 25 Zentren – besonders herausstellen und zertifizieren, um sie besonders in Deutschland hervorheben zu können – sie müssen und werden als Wurzel unserer Fachgesellschaft ORh erhalten bleiben.

*Prof. Dr. Stefan Rehart
Präsident der DGORh*

Aktion Orthofit 2014 „Zeigt her Eure Füße“

BVOU Geschäftsstelle



Das Kampagnen-Plakat für die Aktionswoche 2013

Liebe Mitglieder,

die bundesweite Aktionswoche Orthofit wird vom **17. bis 21. November 2014** zum fünften Mal stattfinden. Zu unserer großen Freude hat der Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe sich bereit erklärt, in diesem Jahr die Schirmherrschaft zu übernehmen.

Weitere Informationen folgen zeitnah im BVOU.NET sowie auf der Homepage der Aktion www.aktion-orthofit.de. Schauen

Sie doch auch mal auf unserer Facebook-Seite vorbei unter: www.facebook.com/AktionOrthofit

Machen Sie mit! Ihre Anmeldung nehmen wir ab sofort gern per E-Mail entgegen unter: info@aktion-orthofit.de und per Telefax unter (0 30) 797 444 45.

Wir danken Ihnen im Voraus für Ihre Unterstützung.

Auf Wiedersehen – bis bald!



Quelle: MEV

Der aktuelle Haftpflicht-Schadenfall

Olga Zöllner

Gegen Schadenersatzansprüche aus der ärztlichen Tätigkeit muss sich der Arzt gemäß §21 „Muster“-Berufsordnung hinreichend versichern. Bei unzureichendem Versicherungsschutz kann sogar das Ruhen der Approbation gemäß §6 BÄO angeordnet werden. Der betroffene Arzt haftet im Schadenfall bei unzureichender Absicherung mit seinem gesamten Privatvermögen.

Aufgabe des Berufs-Haftpflichtversicherers ist es zum einen, berechnete Schadenersatzansprüche des Patienten zu regulieren sowie zum anderen, unberechtigte, gegen den Arzt erhobene Vorwürfe abzuwehren. Besonders zu erwähnen ist

die aktuelle Entwicklung in der Schadenpraxis aufgrund der stetig steigenden Regulierungskosten für Schadenersatz-/Schmerzengeldansprüche, die Regressforderungen der Krankenkassen sowie nicht zuletzt das veränderte Anspruchsverhalten der Patienten.

Mit den nachstehenden Ausführungen wird ein Haftpflichtanspruch aus dem Fach Orthopädie in anonymisierter Form geschildert.

Im Auftrag der Betreuerin des Patienten meldete der Anwalt Schadenersatzansprüche gegenüber dem ein Jahr zuvor behandelnden Orthopäden und den da-

nach tätigen Ärzten und dem Krankenhaus an. Der Patient hatte sich in der Orthopädie-Praxis mit vermehrten primären Beschwerden im Bereich der unteren bis mittleren BWS (Brustwirbelsäule) vorgestellt. Eine Voruntersuchung des Patienten erfolgte sowohl klinisch als auch radiologisch vor der Behandlung. Klinisch zeigten sich keine neurologischen Ausfälle bei der Eingangsuntersuchung. Aufgrund einer muskulären Verspannung wurde eine Andullations-Therapie mit einer „hhp-Massageliege“ durchgeführt. Die Behandlung erfolgte nur in der empfohlenen Grundeinstellung und wurde aufgrund eines Einwandes des Patienten noch reduziert. Nach der Behandlung

Aus den Verbänden

hatte der Patient eine Schwäche in den Beinen und Schmerzen, sodass er nicht mehr stehen konnte. Wenig später entwickelte sich auch eine Schwäche in den Armen. Er wurde ins Krankenhaus gebracht, wo er unter der Diagnose einer höchstgradigen Tetraparese ab C5 mit Paraplegie der unteren Extremität bei Spondylodiszitis und epiduralem Abszess HWK 5/6 operativ versorgt wurde. Aufgrund der Bewegungseinschränkungen befindet sich der Patient im Pflegeheim.

Der Anwalt des Patienten machte den versicherten Orthopäden für den jetzigen Gesundheitszustand verantwortlich. Auf seinen Antrag hin wurde ein Schlichtungsverfahren durchgeführt.

Die zu erwartenden Aufwendungen (für Heilbehandlungskosten, Schmerzensgeld, Haushaltsführung und erhebliche Pflegekosten) konnten vom Versicherer nur überschlägig geschätzt werden. Schließlich wurde auch bei der Abwägung der Reserve die noch offene Haftungsfrage berücksichtigt und seitens des Risikoträgers zunächst eine Reserve in Höhe von einer Million Euro gebildet. In diesem Fall bestand die Gefahr einer Querschnitts-

Daher wurde eine Reserve von zunächst nur pauschal einer Million Euro als angemessen angesehen. Eine höhere Reserve ist bei ungünstigem Verlauf noch im Rahmen des Möglichen.

Zwischenzeitlich liegt das Gutachten von der Schlichtungsstelle vor, welches den behandelnden Orthopäden entlastet. Ein Kommissionsentscheid bei der Schlichtungsstelle kann aber von der Gegenseite noch beantragt werden.

Während des laufenden Schlichtungsverfahrens ist, wie in einem Prozess, die Verjährung gehemmt. Auch bei einem für den Arzt entlastenden Ausgang des Schlichtungsverfahrens kann die Gegenseite noch Klage gegen diesen einreichen, da das Ergebnis des Schlichtungsverfahrens weder für den Anspruchsteller/Patienten noch für den Arzt bindend ist.

Anhand der Schadenschilderung wird deutlich, dass die Haftpflichtversicherer nach Anmeldung eines eventuellen Schadensfalls stets eine Rückstellung bilden, wobei die Höhe der Rückstellungen im Einzelfall noch deutlich höher ausfallen kann. Diese werden in der Höhe gebildet,

Der neue Rahmenvertrag für BVOU-Mitglieder sieht seit dem 31. Dezember 2013 eine pauschale Deckungssumme von zehn Millionen Euro für Personen-, Sach- und Vermögensschäden je Schadenfall vor.

lähmung. Dementsprechend hoch waren die Einzelpositionen zu werten. Je nach Umfang der Lähmung kann das Schmerzensgeld einen Betrag bis zu 500.000 Euro erreichen, bei den Pflegekosten sind die Verhältnisse im Einzelfall maßgeblich. Bei höchster Pflegestufe und Unterbringung im Heim können ohne weiteres monatlich mehr als 5.000 Euro anfallen, und zwar bis zum Lebensende. Für Heilbehandlungskosten können bei schlechtem Verlauf in Extremfällen eine Million Euro oder mehr zum Tragen kommen. Im konkreten Fall war die Einschätzung des Versicherers nach den vorliegenden Informationen nicht ganz so pessimistisch.

in der der Risikoträger glaubt, Aufwendungen zur Erledigung des Schadenfalls vornehmen zu müssen. Die Höhe der Rückstellungen wird unter Berücksichtigung der neuen Erkenntnisse im Laufe des Verfahrens (zum Beispiel neue Gutachten, Bescheide der Schlichtungsstelle, Gerichtsentscheidungen etc.) je nach Bedarf – nach oben oder nach unten – entsprechend angepasst.

Daher sieht der neue Rahmenvertrag für BVOU-Mitglieder seit dem 31. Dezember 2013 nur noch eine pauschale Deckungssumme von zehn Millionen Euro für Personen-, Sach- und Vermögensschäden je

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.: (0 40) 35 91 4-285
o.zoellner@funk-gruppe.de
www.funk-gruppe.de

Schadenfall vor. Weder der BVOU noch die Funk Gruppe als Versicherungsmakler des Verbandes möchten sich zukünftig einmal dem Vorwurf ausgesetzt sehen, zur Abdeckung der Risiken aus der Berufsausübung nicht ausreichend hohe Deckungssummen zur Verfügung gestellt zu haben.

Dem Rahmenvertrag zur Berufs-Haftpflichtversicherung liegt ein exzellentes Bedingungsnetzwerk zu Grunde. Über dessen Details und Highlights informieren Sie sich auf Wunsch bei den Spezialisten der Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH, die Sie im Auftrag des BVOU beraten. Nutzen Sie die Möglichkeit einer individuellen, unverbindlichen Beratung und Ermittlung des Versicherungsbedarfes.



Olga Zöllner,
Kontakt: o.zoellner@
funk-gruppe.de



AVIS

Vom Kleinwagen über einen Kombi bis hin zur Luxus-Limousine ist für jeden Geschmack etwas dabei.

20%
Rabatt



ESTREL
BERLIN

Seit mehr als 16 Jahren entführt „Stars in Concert“, Berlins Kultshow, das Publikum in die glitzernde Welt des Showbusiness.

30%
Rabatt



bis zu
20%
Rabatt

Ob PC und Drucker für zu Hause, Laptop für unterwegs: der HP-Store hat immer das richtige Produkt für Sie.



LANDS' END

15%
Rabatt

Kleidung von Lands' End ist anders. Besser. Hochwertiger. Wir legen Wert auf höchste Qualität, erstklassige Verarbeitung und raffinierte Details.

Alle Angebot finden Sie unter www.bvou.net | Login über SSL | Service | Angebote

Aus den Verbänden

Neue Mitglieder

Priv.-Doz. Dr. med. Erhan **Basad** · Heidelberg
 Prof. Dr. med. Roland **Becker** · Brandenburg
 Dr. med. Boris-George **Böttenberg** · Köln
 Guiseppa **Broccoli** · Hannover
 John **Dronsella** · Berlin
 Dr. med. Christian **Fischer** · Heidelberg
 Julia **Förster** · Dresden
 Dr. med. Sebastian Felix **Girg** · Butzbach
 Ali Ekber **Gürel** · Minden
 Nina **Jäger** · Neuss
 Prof. Dr. med. Georgios **Matziolis** · Eisenberg

Martin **Naujok** · Mannheim
 Dr. med. Guido **Pape** · Heidelberg
 Dr. med. Claudia **Reuther** · Tegernsee
 Dr. med. Christoph **Rimasch** · Haldensleben
 Kim **Roth** · Berlin
 Anne **Scharnholz** · Cottbus
 Dr. med. Ulf **Schlierenkämper** · Köln
 Dr. med. Nikolaus **Siemssen** · Hamburg
 Guido **Viereck** · Frankfurt
 Sophie Viktoria **Winter** · Soest
 Dr. med. Christine **Wolff** · Hamburg

Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken

Baden-Württemberg

Bezirk Baden-Baden: **Dr. med. Uwe de Jager** aus Freudenstadt wurde wieder zum Bezirksvorsitzenden gewählt, sein Stellvertreter bleibt **Dr. med. Michael Kraemer** aus Baden-Baden.

Bezirk Karlsruhe: **Dr. med. Johannes Flechtenmacher** aus Karlsruhe wurde wieder als Bezirksvorsitzender gewählt. Als sein Stellvertreter wurde **Dr. med. Wolf-Bernd Esswein** aus Ettlingen gewählt. Er ist Nachfolger von **Dr. med. Stefan Paganini** aus Ettlingen.

Bezirk Mannheim: **Dr. med. Thomas Rupp** aus Mannheim wurde wieder zum Bezirksvorsitzenden gewählt, sein Stellvertreter ist **Dr. med. Ulrich Werland** aus Mannheim. Er ist Nachfolger von **Dr. med. Matthias Spengler-Fabian** aus Mannheim.

Bremen

Bezirk Bremerhaven: **Dr. med. Jürgen Roehl** aus Bremerhaven wurde zum neuen Bezirksvorsitzenden gewählt. Als neuer Stellvertreter wurde **Dr. med. Martin Bartsch** aus Bremerhaven gewählt, er ist der Nachfolger von **Wolfgang Rau** aus Bremerhaven.

Nordrhein

Bezirk Essen: **Dr. med. Andreas Helfenstein** aus Essen wurde zum neuen Bezirksvorsitzenden gewählt, als Stellvertreter wurde **Dr. med. Gerhard Schöppe** aus Essen gewählt.



Intensive Arbeit in den wissenschaftlichen Sitzungen, ...



... Arbeitskreisen, Workshops und Diskussionsrunden ...



... wurden durch ein herrliches Panorama auf der Zugspitze beim Gesellschaftsabend belohnt.

Aus der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie

Dr. Doris Maier

Die Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegie (DMGP) blickt nun auf eine knapp dreijährige Mitarbeit in der DGOU als Sektion zurück. Seit dem Beitritt hat sich die Vernetzung mit O&U als absolut sinnvoll erwiesen und hat dem Fachgebiet der Paraplegiologie nicht nur einen größeren Bekanntheitsgrad, sondern auch Sensibilität für die Spezifität des Themas in den übrigen Fachbereichen und diesbezüglich fruchtbare Zusammenarbeiten beschert.

Ganz unter diesem Motto beteiligte sich die DMGP auch im vergangenen Jahr am Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin und organisierte für den Tag der Sektionen eine Sitzung zur immer noch sehr unklaren und kontrovers diskutierten Thematik des „Problems der Osteoporose bei Querschnittlähmung“. Die Sitzung wurde interessiert angenommen, wobei sich insbesondere durch die Mitwirkung der Sektion Osteologie (DGOOC) durch

einen grundlegenden Vortrag des Sektionsleiters Prof. Dr. Andreas Roth eine erfreuliche Interdisziplinarität ergab. Als Ergebnis wird es auch in der Zukunft eine Zusammenarbeit zwischen beiden Sektionen zu dieser Thematik geben.

Auch für das laufende Jahr ist wieder eine Sitzung der DMGP auf dem DKOU geplant. In diesem Jahr soll das Schwerpunktthema „Die tetraplegische Hand“ behandelt und neben den konservativ re-

habilitativen Möglichkeiten insbesondere auch die teilweise äußerst komplexen Tetrahand-chirurgischen Verfahren und deren Ergebnisse diskutiert werden.

Leitlinienprojekt

Ein die DMGP intensiv beschäftigendes und forderndes Thema ist die zwingend notwendige Herausgabe einer umfassenden Leitlinie zum Thema Querschnittlähmung. Nach dem Aufbau einer Leitlinienkerngruppe wurden aufgrund der extremen Vielschichtigkeit in der Behandlung einer Querschnittlähmung zu den Hauptthemen Expertenkreise gegründet, in denen diese Schwerpunkte ausgearbeitet werden. Die Unterstützung der DGOU ist hierbei sehr hilfreich. Des Weiteren besteht eine Zusammenarbeit mit der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Bereits in diesem Jahr sollen die Schwerpunktthemen Spastik, Neurourologie, Initialbehandlung, Osteoporose, Depression und Schmerz fertig ausgearbeitet sein. Aufgrund der Heterogenität der Thematik „Querschnittlähmung“ und der vielfach noch fehlenden Evidenzgrundlagen hat man sich vorerst auf einen S1-Level für die Leitlinie geeinigt.

Hauptaufgabe der Leitlinie wird es sein, Standards in der Behandlung von Menschen mit einer akuten oder chronischen Querschnittlähmung allumfassend aufzulegen, um so die Behandlungsqualität interdisziplinär auch für die Zukunft zu sichern. Dies erscheint uns als der einzige Weg, das hohe Niveau der deutschen Paraplegiologie auch in der Diskussion gegenüber Kostenträgern zu sichern und in einer führenden Rolle auch international zu verankern.

Internationale Kooperationen

Diesbezüglich pflegt die DMGP schon seit vielen Jahren eine intensive Zusammenarbeit mit der International Spinal Cord Society (ISCoS) und konnte diese weiter vertiefen. Hervorzuheben ist hierbei das so genannte „e-learning-program“, ein international zugängliches, webbasiertes Fortbildungstool für Ärzte, Wissenschaftler, Therapeuten und Pfleger, in dessen sehr aufwändiger Erarbeitung sich viele Experten aus dem Kreis der DMGP nachhaltig engagieren. Besonders erfreulich ist die Berufung von Diana Sigrüst-Nix aus Nottwil in das Educational

Board der ISCoS. PD Dr. Rainer Abel, Bayreuth, derzeit 1. Vorsitzender der DMGP, ist seit längerem Vice President Europe, und Dr. Yorck Kalke, Ulm, vertritt weiterhin die Interessen der DMGP in der ISCoS als Delegierter und ist damit Mitglied des Councils.

Die Gruppe der Menschen mit einer Querschnittlähmung zeichnet insbesondere eine große Heterogenität aus. Gerade das macht wissenschaftliches Arbeiten extrem schwer, teilweise unmöglich. Hier bedarf es internationaler Vernetzung, insbesondere auch auf europäischer Ebene. Aus diesem Grund bemüht sich die DMGP weiter um die Annäherung an die entsprechenden Fachgesellschaften und konnte zu dem bestehenden Kreis aus Italien, Frankreich, Dänemark und Großbritannien, Belgien und die Niederlande hinzugewinnen. Letztendlich sollen diese Kooperationen in der Bildung eines strukturierten europäischen Netzwerkes münden.

Wissenschaftliche Tätigkeit

Der Arbeitskreis „EMSCI“ der DMGP lebt diese internationale Zusammenarbeit mittlerweile sehr fruchtbar. Die durch das EMSCI-Netzwerk geschaffene gleichnamige Datenbank erfreut sich mittlerweile höchster internationaler Anerkennung und garantiert die meisten grundlegenden und vor allen Dingen klinischen Studien zum Thema Querschnittlähmung.

Diverse Arbeiten wurden auch 2013/14 bereits publiziert, andere Projekte sind noch am Laufen. Über das Netzwerk ist mittlerweile ein sehr intensiver Kontakt zu diversen wissenschaftlichen Gruppen der USA und Kanadas entstanden, insbesondere mit der Organisation „SCOPE“ (Spinal Cord Outcomes Partnership Endeavor) unter der Leitung von Prof. John Steeves, Vancouver, Kanada.

Verankerung der Initialbehandlung

Ein besonderes Anliegen der DMGP ist die Standardisierung der Initialbehandlung von Patienten mit Querschnittlähmung und als Sektion der DGOU hier insbesondere der traumatisch bedingten Querschnittlähmung. Das Traumanetzwerk der DGOU hat sich im Besonderen um die Strukturierung und systematische Qualitätsverbesserung der Traumaversorgung in Deutschland verdient ge-

macht. Als Sektion in der DGOU ist die DMGP prädestiniert, innerhalb der entwickelten Strukturen auch die fachgerechte Versorgung sowohl der verletzten Wirbelsäule als auch der konsekutiven Schädigung des Rückenmarks zu implementieren und hier ihren Beitrag zu leisten. Erste Gespräche haben stattgefunden, eine Intensivierung und Strukturierung der Zusammenarbeit ist ein großes Ziel. Für die Paraplegiologie erhofft man sich daraus auch den mittel- bis langfristigen Gewinn wichtiger Daten aus dem Bereich der Initialbehandlung, welche hohe Bedeutung für die Neuroregenerationsforschung und der sich daraus ergebenden klinischen Forschung haben.

DMGP-Jahrestagung

Die 26. Jahrestagung der DMGP fand im vergangenen Jahr in der Zeit vom 5. bis 8. Juni unter der wissenschaftlichen Leitung von Frau Dr. Maier in Murnau statt. Rund 600 Teilnehmer beschäftigten sich in wissenschaftlichen Sitzungen, Arbeitskreissitzungen, Workshops, Lunch-Symposien und im Rahmen der Industrieausstellung mit dem Schwerpunktthema „Neue Technologien! Neue Perspektiven!? Neue Ergebnisse?“ und konnten vor allen Dingen aus dem Bereich der Rehabilitationstechnik teils realisierte, aber auch visionäre Entwicklungen bestaunen. Insbesondere der Festvortrag von Prof. Dr. Patrick van der Smagt von der TU München bot außerordentliche Einblicke. Insgesamt beschäftigte man sich interdisziplinär in den wissenschaftlichen Beiträgen und regen Diskussionen vor allem mit der Frage „Was haben wir bis heute erreicht?“ und gab dadurch richtunggebende Impulse für die weitere wissenschaftliche Betätigung, aber auch für die klinische Arbeit.

Die diesjährige 27. Jahrestagung unter dem Motto „Geht nicht, gibt's nicht! Herausforderungen moderner Querschnittmedizin“ fand vom 1. bis 4. Juni 2014 in Bad Staffelstein, Kloster Banzin, unter der Präsidentschaft von PD Dr. Rainer Abel statt.

„Panta rhei“ – Alles fließt

Satzungsgemäß beendete Dr. Doris Maier zum 31. Dezember 2013 den zweijährigen 1. Vorsitz in der Gesellschaft, um in das Amt der Pastpräsidentin zu wechseln. Der bisher 2. Vorsitzende PD Dr.

Aus den Verbänden

Rainer Abel, Bayreuth, übernahm damit ab 1. Januar 2014 die Führung der DMGP. Somit setzt sich der aktuelle Vorstand der DMGP wie folgt zusammen:

1. Vorsitzender:

PD Dr. Rainer Abel, Bayreuth

2. Vorsitzende:

Dr. Marion Saur, Hessisch-Lichtenau

Pastpräsidentin:

Dr. Doris Maier, Murnau

1. Schriftführerin:

Dipl.-Psych. Martina Neikes, Hamburg

2. Schriftführerin:

Veronika Geng, Lobbach

Schatzmeister:

PD Dr. Wolfgang Diederichs, Berlin

Die Vertretung der DMGP in der DGOU hat weiterhin Dr. Doris Maier als Delegierte inne.

Mit Bedauern verabschiedete die Gesellschaft ihr langjähriges, verdientes Mitglied Prof. Dr. Hans-Peter Kaps, Chefarzt der Abteilung für Querschnittgelähmte an der BGU Tübingen, aus der aktiven Mit-

arbeit in den wohlverdienten Ruhestand. Wir möchten uns an dieser Stelle bei Prof. Kaps für seine fachliche Unterstützung und vor allen Dingen auch langjährige Vertretung der Querschnittthematik in der DGOOC bedanken. Die Verantwortung für die Abteilung für Querschnittgelähmte, Technische Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen übernahm unser langjähriges Mitglied PD Dr. Andreas Badke, der sich vor allen Dingen auch in der Expertengruppe für das Leitlinienthema „Initialbehandlung“ der DMGP engagiert.

Ein besonderer Dank gilt allen Mitgliedern der DMGP aus den unterschiedlichsten, in der Paraplegiologie arbeitenden Berufsgruppen. Alle leisten durch ihr Engagement in der DMGP einen wesentlichen Beitrag für die Weiterentwicklung einer strukturierten, allumfassenden Behandlung, viele von ihnen durch besondere Aktivität in diversen, auch internationalen Gremien Herausragendes in Klinik und Forschung. Insbesondere

der aktive Erhalt der Interdisziplinarität bedarf der Anerkennung und des Dankes.



Dr. Doris Maier leitet das Zentrum für Rückenmarkverletzte an der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau.

MEHR INFOS

Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegie:
www.dmgp.de

European Multicenter Study about Spinal Cord Injury:
www.emsci.org/publications
www.dmgp.de → **Arbeitskreise** → **EMSCI**

DMGP-Kongress 2014:
www.dmgp-kongress.de

I like O und U!
www.facebook.de/dgou.ev



Der Vorstand der AGA

Jahresbericht 2014 der AGA

Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie



Prof. Dr. Helmut Lill, Dr. Elmar Herbst

Am 28. März 2014 trafen sich der AGA-Vorstand und die AGA-Komitee-Vorsitzenden zu einem Meeting in Schloss Greifensee bei Zürich, um sich untereinander abzustimmen. Die Komiteevorsitzenden berichteten über die Aktivitäten des Komitees und konnten sich mit dem Vorstand und den Vorsitzenden der anderen Komitees austauschen.

AGA-VORSTAND

Dr. Matthias Flury (Präsident)
Schulthess Klinik, Zürich, Schweiz

Prof. Dr. Peter Angele (Vizepräsident)
Sporthopaedicum und Universitätsklinikum, Regensburg

Prof. Dr. Helmut Lill (Sekretär)
Diakoniekrankenhaus Friederikenstift, Hannover

Dr. Christoph Lampert (Kassierer)
Orthopädie am Rosenberg, St. Gallen, Schweiz

Beisitzer

PD Dr. Jens Agneskircher
Sportsclinic Germany – Eilenriedeklinik, Hannover

Prof. Dr. Roland Becker
Städtisches Klinikum, Brandenburg

PD Dr. Michael Dienst
Orthopädische Chirurgie, München

Dr. Florian Dirisamer
Orthopädie & Sportchirurgie, Linz, Österreich

Dr. Philipp Heuberger
Krankenhaus der barmherzigen Schwestern, Wien, Österreich

PD Dr. Michael Hirschmann
Kantonsspital Baselland, Bruderholz, Schweiz

Dr. Christian Hoser
Sportsclinic Austria, Innsbruck, Österreich

Prof. Dr. Philipp Niemeyer
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Freiburg

Schriftleiter der Zeitschrift Arthroskopie

Prof. Dr. Andreas B. Imhoff
Klinikum rechts der Isar der Technischen Universität, München

AGA-Studenten

Vor zweieinhalb Jahren haben sich ausgehend von einer kleinen Gruppe gelenkchirurgisch interessierter Studenten der Technischen Universität und der Ludwig-Maximilians-Universität München die

Aus den Verbänden

ZAHLEN

AGA-Mitglieder gesamt
(Stand Mai 2014): 3.980

Qualifikationen:

AGA-Instrukteure
(auch Arthroskopeur (AGA)):
zertifizierte Ausbilder 363

Arthroskopeur (AGA):
zertifizierte Ausbildung absolviert 147

AGA-Studenten formiert. Mittlerweile ist diese Gruppe auf 304 Mitglieder in Deutschland, Österreich, der Schweiz und Tschechien angewachsen, wobei sich allein im vergangenen Jahr die Mitgliederzahl fast verdoppelt hat. Den Mitgliedern soll bereits vor dem Berufseinstieg ermöglicht werden, ihr gelenkchirurgisches Wissen und ihre diagnostischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu vertiefen. Des Weiteren können die AGA-Studenten erste wertvolle Erfahrungen mit dem Arthroskop und dem chirurgischen Instrumentarium sammeln. Kurse, Famulaturen und Hospitationen bieten ihnen einen größtmöglichen Erfahrungsaustausch mit Gleichgesinnten und AGA-Instrukteuren. Zudem erhalten die Mitglieder regelmäßig kostenlosen Zutritt zu begehrten und interessanten Veranstaltungen rund um das Thema Arthroskopie und Gelenkchirurgie, etwa zum AGA Students Day, zu Kongressen, Kursen, Symposien, der AGA Summer School und der AGA Advanced School.

Die Mitgliedschaft bei den AGA-Studenten ist beitragsfrei. Zusätzlich bietet die Facebook-Gruppe „AGA-Students“ in regelmäßigen Abständen interessante Informationen und dient als Kommunikationsplattform.

AGA Summer School

Am 4. und 5. Juli 2014 findet in Basel die 3. AGA Summer School statt. Ähnlich wie bei der Summer School in München und Freiburg werden auch in Basel Studenten die Möglichkeit erhalten, Vorträge zu gelenkchirurgisch relevanten Krankheitsbil-

Die AGA-Komitees	Vorsitz
Education	PD Dr. Hermann Anetzberger, München
Ellenbogen-Hand	PD Dr. Stefan Greiner, Regensburg
Fuß und Sprunggelenk	Dr. Tomas Buchhorn, Straubing
Gewebe	Prof. Dr. Wolfgang Hackl, Innsbruck
Hüfte	PD Dr. Michael Dienst, München
IFK	Prof. Dr. Jagodzinski, Hannover
Knie	PD Dr. Thore Zantop, Straubing
Knie-Arthrose/Gelenkerhalt	Prof. Dr. Stefan Hinterwimmer, München
Knorpel	Prof. Dr. Matthias Steinwachs, Zürich
Kommunikation/Mitglieder	Dr. Sepp Braun, München
Qualitätsmanagement	PD Dr. Florian Elser, Augsburg
Research	Prof. Dr. Wolf Petersen, Berlin
Schulter	Prof. Dr. Markus Scheibel, Berlin
Standespolitik	PD Dr. Ralf Müller-Rath, Neuss
Trauma	Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch, Hamburg

den inklusive deren Diagnostik und Therapiemöglichkeiten zu hören. Neben dem theoretischen Teil wird es auch wieder einen praktischen Part mit Untersuchungs- und Arthroskopiekursen geben. Renommierete Dozenten und Instrukteure sorgen dafür, dass jeder Teilnehmer größtmöglich vom Angebot profitieren wird.

AGA Advanced School

Erstmals fand im Januar 2014 die AGA Advanced School in München statt. Sie ist eine Fortsetzung der AGA Summer School und soll bereits Bekanntes vertiefen. Ausgeloste Teilnehmer der Summer School haben dabei die einmalige Chance, erste kleine operative Eingriffe unter Anleitung von Instrukteuren an anatomischen Präparaten durchzuführen.

AGA-Kongress 2014

Der 31. AGA-Kongress findet vom 18. bis 20. September 2014 in Innsbruck statt. Kongresspräsidenten sind Prof. Dr. Christian Fink und Dr. Christian Hoser. Die AGA hat sich zum Ziel gesetzt, dort einen Bogen zu spannen von den anatomischen Grundlagen zu innovativem chirurgischem Vorgehen, von der Phy-

siotherapie bis hin zum klinischen Outcome. Neben Instruktionkursen, Workshops und freien Vorträgen soll auch eine große Anzahl an Live-OPs Impulse für die Behandlung der Patienten setzen. Mehr Informationen finden Sie unter: www.aga-kongress.info

Students Day

Im Rahmen des AGA Kongresses wird auch der Students Day stattfinden. Es wird in diesem Jahr ein etwas anderes Programm geben als gewohnt. Neben der Arthroskopie werden wir vermehrt auf wissenschaftliches Arbeiten eingehen. Namhafte Referenten werden Vorträge zu forschungsspezifischen Themen abhalten. Die Studenten werden auch die Möglichkeit haben, ihre Forschungsarbeit bzw. Doktorarbeit zu präsentieren.



Prof. Dr. Helmut Lill, Hannover, ist Sekretär der AGA. **Kontakt:** info@aga-online.de



Das Geschäftsstellen-Team O&U ist komplett

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Prof. Dr. Reinhard Hoffmann

Die DGOU wächst und mit ihr das Aufgabenspektrum. Als DGU und DGOOC in das Langenbeck-Virchow-Haus einzogen, waren es noch vier Mitarbeiter. Jetzt sind es 13, die den Gesamtbereich der DGOU verwalten und gestalten.

Auf dem Bild sehen Sie Ihre Ansprechpartner:

(hintere Reihe, v.l.n.r.)

Gerald Schulz

Mitgliederverwaltung und Finanzen

Jana Ehrhardt-Joswig

Redaktion OUMN

Susanne Lehnert

Mitgliederverwaltung und Finanzen

Nora Friebe

Geschäftsstelle

Sabrina Weigl

Assistenz Online-Redaktion

Miriam Buchmann-Alisch

Redaktion/Online-Kommunikation

Joachim Arndt

Geschäftsstelle

(vordere Reihe, v.l.n.r.)

Michaela Melzer

WIK-Forum Geschäftsstelle

Susanne Herda

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

Bettina Müller

Geschäftsstelle

Daniela Nagorka

Geschäftsstelle

Tinja Heinlein-Müller

Geschäftsstelle

Elke Leopold

EPRD-Geschäftsstelle

Ein Team, das für die Generalsekretäre, für die Präsidenten und natürlich auch für Sie als Mitglieder unermüdlich tätig ist. Die Generalsekretäre bedanken sich für die hervorragende Zusammenarbeit, die kaum mehr zwischen O und U unterscheidet.

KONTAKT

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

Straße des 17. Juni 106 – 108

10623 Berlin

Tel.: +49 (0)30 – 340 60 36 00

E-Mail: office@dgou.de

www.dgou.de

Auf der Website finden Sie die Kontaktdaten der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unter „Über uns“ → „Geschäftsstelle“



Beim DVSE-Jahreskongress (v. li. n. re.): Prof. Markus Rickert, Kongress-Präsident, Prof. Per Olerud, Prof. Ulrich Brunner



Prof. Dr. Ulrich Brunner, Präsident der DVSE, bei seiner Kongressansprache

Jahresbericht der DVSE 2013/2014



Prof. Dr. Ulrich H. Brunner

Ziele der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) sind die Förderung von Erkenntnissen und Fähigkeiten im Bereich der Schulter- und Ellenbogenchirurgie und damit die Förderung von Forschung und Lehre und in diesem Sinne die Förderung der Versorgungsqualität und Patientensicherheit. Wir sind inzwischen eine der größten Organisationsgesellschaften in diesem Bereich.

21. Jahreskongress der DVSE 2014

Der 21. Jahreskongress der DVSE fand vom 3. bis 5. April in den Rhein-Main-Hallen in Wiesbaden statt. Hervorragend vorbereitet und durchgeführt von Prof. Markus Rickert und seinem Team verzeichneten wir über 500 Besucher und 36 Aussteller. In über 160 wissenschaftlichen Beiträgen, in vier Instruktionkursen zu den rheumatischen Erkrankungen, zu Untersuchungstechniken am Ellenbogen, zur Bildgebung an der Schulter bzw. zu Ellenbogenverletzungen im Wachstumsalter, im Physiotherapie- und OP-Pflegeseminar und in zahlreichen Workshops waren die ganze Breite und Tiefe der aktuellen Versorgung und Forschung im deutschsprachigen Raum abgebildet.

Die internationale Einbindung spiegelt sich durch die diesjährigen Ehrengäste, die auch zu neuen korrespondierenden Mitgliedern der Gesellschaft ernannt

wurden: Dr. Rohit Kulkarni, Newport, UK, der aktuelle Präsident der britischen Gesellschaft für Schulter- und Ellenbogenchirurgie, der mit seinem Vortrag zur Wissenschaftsmedizin, zu Evidenz und Guidelines und zum Training eines Schulter- und Ellenbogenspezialisten das wichtige Thema der Qualitätsoffensive getroffen hat. Die Professoren Per Olerud, Stockholm/Schweden, und Francois Sirveaux, Nancy/Frankreich, sind durch ihre evidenzbasierten Arbeiten zur Oberarmkopffrakturversorgung mit Rekonstruktion bzw. Prothese von besonderer Bedeutung für uns. Prof. Roger van Rieth, Antwerpen/Niederlande, steht für die Bedeutung der Ellenbogenchirurgie in unserer Gesellschaft. Ehrengast des Präsidenten war Prof. Louis Bigliani, New York. Er hat sich besonders gefreut, dass den Perthes-Preis in diesem Jahr Prof. Steinert aus Würzburg für seine Arbeit über die Bedeutung der Stammzellen in der Bursa subacromialis erhalten hat. AGA und GOTS gestalteten Gastsymposien.

1. deutsch-argentinischer Kongress für Schulter- und Ellenbogenchirurgie 2014, Mendoza / Argentinien

Die Zusammenarbeit mit den südamerikanischen Schulter- und Ellenbogenchirurgen, insbesondere mit der argentinischen Gesellschaft, gipfelte im ersten deutsch-argentinischen Kongress für

Schulter- und Ellenbogenchirurgie, der vom 27. bis 28. März im Kongresszentrum in Mendoza sowie am 29. März mit einem Kadaver-Workshop in der Universität von Cuyo stattfand. Dies war der erste Kongress einer nationalen europäischen Gesellschaft auf lateinamerikanischen Boden. Zehn hervorragende Repräsentanten der DVSE und zwölf der argentinischen Gesellschaft gestalteten ein umfassendes Programm, das Gäste unter anderem aus Argentinien, Chile, Uruguay und Brasilien beeindruckte. Insbesondere im Bereich der Schulterprothetik kann Europa, hier besonders die DVSE, mit wichtigen Beiträgen vorangehen. Geplant sind der 2. deutsch-argentinische Kongress in Deutschland in drei Jahren sowie der dritte im Rahmen des internationalen Schulter- und Ellenbogenkongresses 2019 in Buenos Aires.

Kongressbeiträge, Seminare und Kooperation mit anderen Fachgesellschaften

Die DVSE hat auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin vom 22. bis 25. Oktober 2013 sieben Symposien und Seminare organisiert und zehn Veranstaltungen zertifiziert. Symposien der DVSE fanden unter anderem auf der NOUV-Tagung (Hamburg, 13. bis 15. Juni 2013), auf der GOTS-Jahrestagung (Mannheim,

14. bis 15. Juni 2013, „Update Schulter im Sport“), auf dem 30. Jahreskongress der AGA (Wiesbaden, 19. bis 21. September 2013, „Komplikationen und deren Management“) sowie auf dem 15. Europäischen Kongress für Trauma- und Notfallmedizin (Frankfurt, 24. bis 27. Mai 2014, „Versorgung von Ellenbogenverletzungen und deren Folgen“) statt. Die DVSE ist Mitveranstalter des DGOOC-Kurses Schulter (Langenbeck-Virchow-Haus, 24. bis 26. April 2014) sowie des Kurses für Schulterchirurgie der AE (Berlin, August 2013, sowie Stuttgart, 4. bis 5. Juli 2014). Neu und in Vorbereitung ist ein Hands-on-Masterkurs zu Verletzungen der oberen Extremität zusammen mit der AO (voraussichtlich Frühjahr 2015).

Publikationen der DVSE

Die OBEX als unser Vereinsorgan wird im Herbst dieses Jahres erneut einen Antrag auf Listung stellen. Die Chancen zur Aufnahme stehen gut. In der Ausgabe

8/2013 von „Der Orthopäde“ wurde ein Themenheft zur Schulterendoprothetik und in Ausgabe 3/2014 zu Sportverletzungen an der Schulter herausgegeben. Die Inhalte der jährlich stattfindenden Instruktionkurse werden in einem einheitlichen Format als Nachschlage-Bibliothek auf unserer Homepage erscheinen.

Preise und Stipendien

Der Perthes-Preis (Grundlagenforschung 3.000 Euro) ging in diesem Jahr an Prof. Dr. André Steinert, Würzburg, für die exzellente Arbeit „Bursa subacromialis – bridge reservoir of mesenchymal stem cells in the shoulder“. Der Jochen Loehr-Preis (3.000 Euro, innovative klinische Forschung) ging zu gleichen Teilen an Dr. Julia Wolke, Berlin (Influence of bony defects on the clinical preoperative condition of anterior inferior shoulder instability), und an Dr. Philipp Moroder, Salzburg (Anterior shoulder instability associated with an inherent deficiency of the bony

glenoid concavity). Der Ellenbogen-Wissenschaftspreis (3.000 Euro, Firma Medartis) ging an Dr. Kilian Wegmann, Köln (Sequence of the Essex – Lopresti lesion – high speed video documentation and kinematic analysis). Das nationale DVSE-Reise-Fellowship geht an Dr. Clemens Horst, Aachen, und an Dr. Bilal Farouk El-Zayat, Marburg. Dr. Sebastian Siebenlist, München, erhielt das DVSE-Ellenbogenfellowship (Graham King, London, Ontario, Canada, Tornier). Der Bestpaper-Preis 2014 (3.000 Euro und Reisefellowship zur SECEC Istanbul) geht an Prof. Dr. Dennis Liem (Tendon morphology after rotator cuff-repair – comparison of single versus double row-repair in a sheep-model). Prof. Liem wird seinen Beitrag in Istanbul gegenüber den anderen nationalen Bestpaper-Preisträgern verteidigen. Für 2015 wird zusätzlich wieder der Alwin-Jäger-Videopreis sowie eine Forschungsförderung (10.000 Euro, Firma Arthrex) ausgeschrieben. Das Reisestipendium der lateinamerikanischen Gesellschaft

KOMMISSIONEN DER DVSE

Kommission Research and Development (PD Dr. M. Tauber, München): Derzeit laufen vier prospektive, multizentrische Studien zur anterioren Schulterluxation, zur AC-Gelenkssprengung, zur primären Scapuladyskinesie und zur Bedeutung der reversen Hill-Sachs-Läsion bei hinterer Schulterinstabilität. In Vorbereitung sind Studien zur Claviculaschafffraktur, zur Osteosynthese am proximalen Humerus und zur Bizepsnodose versus Tenotomie.

Leitlinien und Begutachtung (Prof. Dr. L. Lehmann, Karlsruhe): Die Leitlinie Rotatorenmanschettenläsion (S2E) wird im Laufe des Jahres vervollständigt, im Anschluss ist die Neuauflage der Leitlinie zur primär traumatischen Schulterluxation geplant. Dr. Beikert (Murnau) wird sich um die Neuauflage der Richtlinien zur Begutachtung kümmern.

Kommunikation (Prof. Dr. Dennis Liem, Münster): Neben der Weiterentwicklung der Homepage (PD Dr. Dirk Böhm) ist die DVSE nun auf Facebook und Twitter erreichbar. Es wurde eine Mitgliederbefragung zu Themen wie OBEX, Verbesserung der Kommunikation und zu Fortbildung durchgeführt.

Kommission und Fortbildung Zertifikat (PD Dr. P. Raiß, Heidelberg): Um das Zertifikat Schulter- und Ellenbogenchirurgie leichter zu erreichen, wurden die praktischen Ellenbogeninhalte neu strukturiert. Ein Curriculum zum strukturierten Erwerb des Zertifikates ist in Vorbereitung. In Wiesbaden konnten wir acht neue Träger des Zertifikates für Schulter- und Ellenbogenchirurgie, das wirklich schwierig zu erreichen ist, auszeichnen. Ein Zertifikat Ellenbogenchirurgie öffnet sich auch für Chirurgen, die von der Hand her kommen. Zusätzlich werden spezielle Ausbildungszentren für Ellenbogenchirurgie angeboten.

Kommission junges Forum (Judith Hodl, Mannheim): Das junge Forum konnte sowohl in Würzburg 2013 als auch in Wiesbaden 2014 eigene studentische Sitzungen, Workshops zu Stammzellen und regenerativer Medizin, zur Wissenschaftsanleitung sowie eine multizentrische Studie zur Ausbildungsqualität organisieren.

Kommission Ellenbogen (Prof. Dr. L. Müller, Köln, Prof. Dr. P. Kasten, Dresden, Dr. Sven Lichtenberg, Heidelberg): Unter der Ägide der Ellenbogenkommission wurden zwei Multicenter-Studien aufgelegt, die deutschen Ellenbogenkurse koordiniert sowie das EB Zertifikat eingeführt.

Kommission Prothesenregister (Dr. P. Magosch, Heidelberg, Dr. K. Burkart, Köln): Durch den Reverse Day in Würzburg konnte die Zahl der am Prothesenregister teilnehmenden Kliniken auf über 40 gesteigert werden. Für den Kongress in Mannheim 2015 ist ein „Stemless-Day“ geplant. Das Ellenbogen-Prothesenregister wird im Herbst 2014 online gehen.

Kommission Rehabilitation (Dr. Frieder Mauch M.A., Stuttgart): Erstes Ziel der neuen interdisziplinären Kommission ist die Konsensfindung zum Thema „Postoperative Rehabilitation nach Rekonstruktion der Rotatorenmanschette“, Erstellung von Therapiestandards für die Rehabilitation und Prävention von Schulter- und Ellenbogenerkrankungen.

Kommission Qualität (Prof. Dr. U. Brunner, Agatharied, Prof. Dr. F. Gohlke, Neustadt, Prof. Dr. M. Scheibel, Berlin, PD Dr. A. Hedtmann, Hamburg, Prof. Dr. P. Habermeyer, Heidelberg): Die Entwicklung eines Prädikates „Deutsches Schulter- und Ellenbogenzentrum“ wurde in Wiesbaden vorgestellt. Derzeit läuft eine juristische Prüfung, im nächsten Schritt ist eine Diskussion innerhalb der DVSE geplant.

Aus den Verbänden

für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (SLAHOC) nach Europa steht nun unter der Patronage der DVSE und wird im November erneut zwei Stipendiaten in die deutschsprachigen Zentren führen.

Innere Struktur der DVSE

Prof. Dr. U. Irlenbusch, Arnstadt, ist zurückgetreten. Wir danken ihm von ganzen Herzen für seine aktive Unterstützung der DVSE. Als Nachfolger wurde Prof. Dr. Lars Müller zum zweiten stellvertretenden Vorsitzenden gewählt. Dies stärkt insbesondere den Schwerpunkt der Ellenbogenchirurgie innerhalb der DVSE.

Die Förderpartnerschaft mit der Industrie konnte weiter ausgebaut werden, gleichzeitig wurden Compliance-Regeln für die Gesellschaft und die aktiven Mitglieder

definiert. Durch die Beitragserhöhung für die arrivierten Mitglieder bei deutlichem Preisvorteil für in Ausbildung Befindliche konnte so auch der wirtschaftliche Erfolg der Gesellschaft gesichert werden.

Ausblick 2015

Unser 22. Jahreskongress wird vom 25. bis 27. Juni in Mannheim stattfinden, vorbereitet und organisiert von Prof. Dr. Lars Lehmann, Karlsruhe, und Dr. Sven Lichtenberg, Heidelberg.

Zusammenfassend zeigt dieser Bericht wieder die dynamische und positive Entwicklung unserer Gesellschaft, die auch im europäischen Ranking eine beachtliche Stellung einnimmt. Ich danke allen, die sich hier in vorbildlicher Weise eingebracht haben.



Prof. Dr. Ulrich Hermann Brunner, Präsident der DVSE

DVSE IM NETZ

www.dvse.info



Folgen Sie uns auf Facebook:

www.facebook.com/dvse1?fref=ts

Neue Mitglieder

Beckmann, Gerrit Dr. med. · Tauranga (Neuseeland)
Behrens, Martin · Rostock
Berlin, Clara · Lübeck
Brand, Susanne Dr. med. · Saalfeld
Brück, Simon Dr. med. · Ennepetal
Donath, Tobias Dr. · Köln
Effner, Rainer Dr. med. · Reichersbeuern
Festerling, Martin Dr. med. · Bad Tölz
Fraitzl, Christian Priv. Doz. Dr. med. · Ulm
Friedrich, David Dr. med. · Sauerlach OT Altkirchen
Genzel, Christian · Kaarst
Grothues-Spork, Matthias Dr. med. · Berlin
Henning, Jörg Dr. med. · Lahnstein
Höper, Carsten · Bad Zwischenahn

Hyderabad, Wael · Aachen
Jaklitsch, Thomas Dr. med. · Berlin
Knapp, Bastian · Hamburg
Kohfeldt, Verena · Fürth
Korff, Sebastian Dr. med. · Heidelberg
Krüger, Christine · Rostock
Krukenberg, Anna · Berlin
Marinkovic, Samuel · Berlin
Mau-Möller, Anett · Rostock
Modrejewski, Christian · Hannover
Nittinger, Michael Dr. med. · Berlin
Nöding, Robert · Augsburg
Noltze, Achim Dr. med. · Bad Schönborn
Paffe, Andrea Dr. med. · Stuttgart
Pfaud, Sebastian · Regenstein
Rungweber, Thomas Dr. med. · Düsseldorf

Schauf, Gunnar Dr. med. · Remscheid
Schellhöh, Patrick · Westerstede
Schibur, Stephanie Dr. med. · Leipzig
Sedovs, Nikolajs · Aurich
Soneriu, Maria-Draga Dr. med. · Hohe Börde OT Irxleben
Stollhof, Laura Dr. med. · Tübingen
Terheggen, Ute Dr. med. · Köln
Trede, Kai Dr. med. · Kleve
Triebel, Till Dr. med. · Offenbach
Troullinakis, Michail · Hamburg
Urschel, Christian Dr. med. · Hirschaid
VTO - Vereinigung Techn. Orthopädie, Sektion der DGOOC · Bad Rothenfelde
Zippelius, Timo · Berlin

Das Endoprothesenregister Deutschland als Erfolgsmodell

Prof. Dr. Joachim Hassenpflug

Mit einer regen Teilnahme am Aufbau des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD) tragen Krankenhäuser und Ärzte seit dessen Gründung Ende 2010 wesentlich zu einer weiteren Verbesserung der Aufklärung und Beratung ihrer Patienten bei. Seit Jahresanfang 2014 steht das EPRD allen Krankenhäusern in Deutschland zur Teilnahme offen, und die Zahl der angemeldeten Kliniken und der gemeldeten Operationen steigt seither mit großer Dynamik. Inzwischen haben sich 300 Kliniken angemeldet, und rund 25.000 Operationen einschließlich der implantierten Prothesenkomponenten wurden dokumentiert.

Das EPRD liefert zuverlässige und übergreifende Fakten zur Patientensicherheit. Bereits in der Einführungsphase hat das System seine Praxistauglichkeit gezeigt. Schon jetzt umfasst die Produktdatenbank, die von der Industrie laufend aktualisiert wird und bis auf wenige Ausnahmen alle in Deutschland vertretenen Hersteller einschließt, mehr als 38.000 Einträge. Die hohe Granularität der Klassifikation und Beschreibung ist weltweit einmalig.

Im Register werden die mit Barcode-Technologie erfassten Implantatdaten mit Auszügen aus den Abrechnungsdaten der Kostenträger unter Beachtung höchster Datenschutzvorgaben zusammengeführt. Die Standzeit der Endoprothesen zwischen Einbau und gegebenenfalls notwendiger Wechseloperation wird als wesentliches Merkmal der Ergebnisqualität zur Beschreibung der realen Versorgungssituation mit hoher externer Validität ermittelt. Die Gründe für Wechseloperationen werden erfasst und analysiert. Ziel des Registers ist es, alle der jährlich rund 400.000 Eingriffe im Bereich der Endoprothetik zu erfassen.

Das Konzept der Einbindung aller Beteiligten mit ihrer hohen fachlichen Kompetenz in den Aufbau des Registers hat sich



Bildquelle: AOK

bewährt. Als gemeinnützige GmbH und 100-prozentige Tochter der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) ist das EPRD neutral und unabhängig ausschließlich wissenschaftlichen Grundsätzen verpflichtet.

Jede teilnehmende Klinik erhält eine Rückmeldung über den weiteren Verlauf ihrer eigenen Endoprothesen. Die Patienten von teilnehmenden Abteilungen erhalten einen Implantatpass des EPRD, der den aktuellen gesetzlichen Anforderungen entspricht und der auch nach Verlust jederzeit leicht neu erstellt werden kann. Nachdem eine freiwillige Teilnahme für den Aufbau des Registers überaus positive Möglichkeiten zur gemeinsamen Gestaltung eröffnet hat, kann langfristig eine verpflichtende Teilnahme helfen, die Vollständigkeit der Erhebung bei weiteren Krankenhäusern und Krankenkassen auszubauen. Die Teilnahme am EPRD wird künftig ein Qualitätsmerkmal für eine Krankenhausabteilung sein, das von Patienten und einweisenden Ärzten nachgefragt werden wird.

Beispiele aus dem Ausland zeigen, dass Register die Revisionsraten erheblich ver-

ringern können. In Schweden, Finnland, Island und Norwegen wurden bereits in den 1970er und 1980er Jahren Endoprothesenregister gegründet. In der Folge ist die Wahrscheinlichkeit für Revisionen in diesen Ländern um bis zu zehn Prozent gesunken, in Schweden fiel die Rate sogar auf etwa die Hälfte des Ausgangswertes. Eine Verringerung der Revisionsrate um nur ein Prozent – ein Ziel, das nach internationalen Erfahrungen kurzfristig erreichbar sein sollte – würde ein Kostensenkungspotenzial von mehr als vier Millionen Euro pro Jahr bedeuten. Für den Aufbau von weiteren Implantatregistern zum Beispiel für Schulter-, Ellenbogen- und Sprunggelenke kann die Struktur des EPRD als funktionierendes Modell herangezogen werden.



Prof. Dr. Joachim Hassenpflug, Geschäftsführer des EPRD



Fotos: DLR



Zu Gast im TiergartenTower: Prof. Dr. Gromnica-Ihle, Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga (DLR), und Ursula Faubel, Geschäftsführerin der Deutschen Rheuma-Liga. Bei dem Gespräch betonten sie, dass die DLR sich bei der Stärkung der konservativen O&U einbringen will.

Die Deutsche Rheuma-Liga zu Gast

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard

Die Zusammenarbeit zwischen der DGOOC und der Deutschen Rheuma-Liga ist seit Jahren gut, das Verständnis füreinander ist stetig gewachsen. Die Deutsche Rheuma-Liga vertritt immerhin 260.000 Patienten, von denen weit über die Hälfte dem Formenkreis des „degenerativen Rheumatismus“ zuzuordnen sind, also nach orthopädischem Denkschema unter Verschleißprozessen leiden, die mit dem Begriff Rheuma nicht viel zu tun haben. Diese unterschiedliche Interpretation des Begriffes Rheuma zwischen Orthopäden und internistischen Rheumatologen ist zwar zwischen den Fachgesellschaften streitig, aber für die Kooperation mit der Rheuma-Liga nur marginal von Bedeutung.

Seit Jahren wird der Patiententag im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie gemeinsam mit der Deutschen Rheuma-Liga organisiert und ist ein großer Erfolg. Um die Nachhaltigkeit der Zusammenarbeit zu unterstreichen, ist die Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga, Frau Prof. Dr. Gromnica-Ihle, im Gesamtvorstand der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie

und Orthopädischen Chirurgie mit Sitz und Stimme vertreten.

Um die gemeinsame Arbeit zu intensivieren, hat man sich im Februar zu einem Gespräch im TiergartenTower in Berlin zusammengefunden. Dabei waren die Fachgesellschaften durch Prof. Rehart, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie, Prof. Rütter, Vertreter der Orthopädischen Rheumatologie in der Rheuma-Liga, den Generalsekretär der DGOOC, Prof. Niethard, und die Deutsche Rheuma-Liga durch die Präsidentin Frau Prof. Gromnica-Ihle und die Geschäftsführerin Frau Faubel vertreten. Im Vordergrund des Gesprächs standen die Bemühungen der Fachgesellschaft und des Berufsverbandes um eine Stärkung der konservativen Orthopädie. Dies ist auch für die Deutsche Rheuma-Liga von höchstem Interesse, wie es sich aus den zahlreichen Anfragen ablesen lässt, die bei der Deutschen Rheuma-Liga zu diesem Thema eingehen. Von Seiten der Fachgesellschaften wurden die Initiativen zur Weiterentwicklung der Musterweiterbildungsordnung bis hin zur Sicherung der ausreichenden

Vergütung der niedergelassenen Orthopäden (und Unfallchirurgen) dargestellt.

Unterschiedliche Definition des Begriffes „Rheumatologie“

Bedauerlicherweise sind diese Felder zwischen der orthopädischen Rheumatologie und der internistischen Rheumatologie nicht konfliktfrei. Dies ist nach wie vor der unterschiedlichen Definition des Begriffes „Rheumatologie“ geschuldet, die in Deutschland deutlich zwischen den entzündlich bedingten bzw. den degenerativ bedingten System- und Gelenkerkrankungen unterscheidet, während dies nach europäischer Auffassung unter einem Begriff subsummiert wird. Die letztere Version vertritt verständlicherweise auch die Deutsche Rheuma-Liga, da die Patienten in der Regel mit diesen definitorischen Schwierigkeiten wenig anzufangen wissen und andererseits die Deutsche Rheuma-Liga zur Mehrzahl aus Patienten mit „degenerativem Hintergrund“ besteht.

Die Bemühungen beider Seiten, die Konflikte abzubauen, haben in 2008 und

Aus den Verbänden

2012 zu Spitzengesprächen von Orthopädie und Rheumatologie und internistischer Rheumatologie geführt. Die auch in den Mitteilungen veröffentlichten Gesprächsergebnisse waren vielversprechend, wurden aber bereits kurz nach der Veröffentlichung durch den Berufsverband der Rheumatologen immer wieder in Frage gestellt. Ein Gespräch zwischen dem Generalsekretär der DGOOC, Prof. Niethard, und der Generalsekretärin der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, DGRh, Frau Dr. Rautenstrauch, hat im Januar zu neuen Ansätzen für ein Spitzengespräch geführt. Dies musste zunächst einmal aufgeschoben werden, da ein von der AOK, MED1 und dem BVOU geschlossener Strukturvertrag in Baden-Württemberg von Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und des Berufsverbandes für Rheumatologie massiv attackiert wurde. Die Angriffe gingen bis hin zu einem Schreiben an den Bundesgesundheitsminister. Die sich daraus ergebenden Konfliktzonen waren zum Zeitpunkt des Gespräches mit der Deutschen Rheuma-Liga nicht bekannt, könnten aber dazu führen, dass der Deutschen Rheuma-Liga eine Vermittlerrolle bei zukünftigen Vereinbarungen zukommt.

Für die Stärkung der konservativen O&U

Die Deutsche Rheuma-Liga will sich jedenfalls bei der Stärkung der konserva-

tiven Orthopädie (und Unfallchirurgie) einbringen. Dies gilt auch für die Unterstützung einer konservativen Versorgung im stationären Bereich. Auch der Rheuma-Liga ist bekannt, dass viele Patienten mit funktionellem Handicap oder chronischen Schmerzzuständen im Rahmen des DRG-Systems nicht mehr „kostendeckend“ im Krankenhaus versorgt werden können. Es bedarf daher auch einer konzertierten Aktion im politischen Raum, um die konservativen Inhalte des Faches zu stärken, zumal gerade von Seiten der Politik vielfach über zu häufige Operationen geklagt wird. Da die entzündlich-rheumatischen Erkrankungen dank der Biologika ebenfalls kaum mehr stationär behandelt werden, ergibt sich für die internistische und orthopädische Rheumatologie ein gleichgelagertes Problem. Niethard hat daher angeregt, gemeinsame, von einem orthopädischen und internistischen Rheumatologen geleitete Abteilungen ins Gespräch zu bringen (Tandemmodell). Dies könnte insbesondere für Universitätskliniken oder Kliniken der Maximalversorgung von Interesse sein.

Das Beste für den Patienten

Als Interessenvertreter der Patienten stellt für die Deutsche Rheuma-Liga die Sicherheit der Patienten zunehmend ein zentrales Thema dar. Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopä-

dische Chirurgie hat im Gespräch darauf hingewiesen, dass durch ihre Initiativen mit dem Endoprothesenregister und EndoCert (zertifizierte Endoprothesenzentren) wichtige Grundsteine für die Qualitätssicherung im Fach gelegt wurden. Weitere Initiativen, vor allem auf dem Gebiet der Versorgung chronisch Wirbelsäulenerkrankter, sind in Arbeit. Dabei wird auf eine konstruktive Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie und der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft gesetzt.

Um dieses Thema zu befördern, soll der Schwerpunkt des Patiententages beim DKOU 2014 auf dem Gebiet der Wirbelsäulenerkrankungen liegen. Dieses Modell hat sich bewährt, um auch in der Öffentlichkeit das gemeinsame Anliegen von Fachgesellschaft, Berufsverband und Deutscher Rheuma-Liga zu unterstreichen: das Beste für den Patienten.



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär der DGOU/DGOOC

Jahresbericht des Arbeitskreises Manuelle Medizin

Reinhard Deinfelder

Im vergangenen Jahr fand im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin ein Symposium zur Stellung der Halswirbelsäule und zu verschiedenen Behandlungszugängen und -ansätzen statt. Die Veranstaltung in Berlin war gut besucht. Zwischen den einzelnen Seminaren konnten die unterschiedlichsten Herangehensweisen klargestellt werden. Der Vortrag von Herrn Dr. Coehnen über die

Anatomie und Physiologie des craniocervicalen Übergangs war der Höhepunkt dieser Veranstaltung. In diesem Jahr findet kein Symposium im Rahmen des DKOU statt.

Herr Dr. Locher wird sich aus dem Arbeitskreis zurückziehen, deshalb sollen Neuwahlen erfolgen. Es stehen folgende Nachfolger zu Verfügung: Herr Dr. Sven Schemel und Herr Reinhard Deinfelder.



Reinhard Deinfelder, Donzdorf

Kinderorthopädie in Bonn links und rechts des Rheins



Prof. Dr. Robert Rödl

Die 28. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie (VKO) fand unter der Leitung von PD Dr. Urs von Deimling und Dr. Kyrill Mladenov vom 13. bis 15. März 2014 in Bonn statt. In der Bundeskunsthalle versammelten sich links des Rheins knapp 500 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Deutschland, Österreich und der Schweiz zur diesjährigen Jahrestagung. Rechts des Rheins fanden in der Kinderklinik St. Augustin der Precourse und die klinische Visite statt.

Fulminanter Auftakt

Mit dem Precourse „Die wachsende Wirbelsäule“ startete die Tagung am 13. März fulminant. 190 Teilnehmer beschäftigten sich mit diesem Kernthema der Kinderorthopädie, was nicht zuletzt an dem diesjährigen Ehrengast lag, Prof. John Anthony Herring, langjähriger Leiter des Texas Scottish Rite Hospital for Children. Die Spezialisten für die kindliche Wirbelsäule diskutierten hier insbesondere die modernen Instrumentationssysteme wie VEPTR, andere expandierbare Systeme, Shilla, Cast-Methoden, aber auch Grundlagen wie die embryonale Entwicklung der Wirbelsäule oder die bildgebende Diagnostik. Der ganztägige Precourse stellte ein im Rahmen der VKO-Jahrestagungen

neues Format dar. Zugleich präsentierte sich der 2012 gegründete Arbeitskreis „Die wachsende Wirbelsäule“ erstmals.

Wie schon in den vergangenen Jahren erfreute sich der Workshop „Vom Rezept zur Orthese“ größter Beliebtheit wegen seiner Praxisorientierung. Durch die starke Nachfrage war der Kurs schon früh ausgebucht. Am Freitag fand auch die traditionelle klinische Visite in der Asklepios Klinik Sankt Augustin statt. In zwei Gruppen konnten 20 Teilnehmer das interessante fachliche Spektrum der Abteilung kennenlernen und in reger Diskussion mögliche Behandlungsalternativen diskutieren.

Spannungsfeld der Interdisziplinarität

Im Spannungsfeld der Interdisziplinarität wurde die Tagung am Mittag in der Bundeskunsthalle durch den Geschäftsführer der Klinik, Franz Hafner, den Ordinarius der Orthopädischen Universitätsklinik Bonn, Prof. Wirtz, und den Kongresspräsidenten PD Dr. von Deimling eröffnet. Neben der Freude auf den bevorstehenden Kongress schwang in den Reden die Besorgnis mit, dass nach wie vor das DRG-System bei der Abbildung von Leistungen an Kindern große Schwächen hat,

was besondere Probleme für Kliniken mit sich bringt, die rein auf die Behandlung von Kindern ausgerichtet sind.

Traditionell eröffneten die Gastgeber dann das wissenschaftliche Programm. Sie präsentierten die Kinderorthopädie im interdisziplinären Spannungsfeld. An komplexen Krankheitsbildern wie der Vacterl Assoziation, der CRMO, NF1 und malignen Lymphomen des Kindesalters wurde gezeigt, wie Interdisziplinarität gelebt werden kann.

Aber nicht nur die Behandlung von Erkrankungen wird durch gelebte interdisziplinäre Zusammenarbeit optimal für den Patienten gestaltet, auch eine interdisziplinäre präoperative Abklärung wie beispielsweise bei Skoliose-Operationen ist entscheidend für Qualität und Sicherheit der Behandlung, wie Dr. Ivo aus St. Augustin in seinem Vortrag hervorhob.

Den Abschluss dieser Sitzung bildete die Audiovisionsschau von Dr. Klaus Vedder über seine Arbeit am Tadra-Projekt in Tibet, die natürlich mit zahlreichen Reisen in dieses Land verbunden ist. Das Tadra-Projekt ist ein privat getragenes Kinderdorf-Projekt mit zwei Standorten im Osten Tibets. Mehr als fünfhundert Kin-



Prof. Dr. Reinhard Graf erhielt für sein Lebenswerk die VKO-Ehrenmedaille.



Dr. Kyrill Mladenov (l.) und PD Dr. Urs von Deimling (r.) leiteten die 28. VKO-Jahrestagung.

Foto: VKO

ÜBER TADRA



Informationen über das Tadra-Projekt, in dem tibetische Waisen und Halbwaisen eine Schul- und Berufsausbildung bekommen, finden Sie im Internet unter: www.tadra.de

der und Jugendliche – Waisen und Halbwaisen – wachsen dort auf und erhalten eine qualifizierte Schul- und Berufsausbildung. Neben den Berichten über diese Arbeit beeindruckte Klaus Vedder mit seinen fantastischen Bildern dieses faszinierenden Landes und seiner Bewohner.

Die Nachmittagssitzung beschäftigte sich mit schwierigen Themenkreisen der Kinderorthopädie wie unterwünschten Behandlungsergebnissen und dem Torsions-Mal-Alignment. Die traditionellen Sitzungen „How to treat“ regten wie immer zu lebhafter Diskussion und intensivem Austausch an. Den Abschluss des ersten Tages bildeten kinderorthopädische Probleme in der Dritten Welt mit eindrucksvollen und nachdenklich stimmenden Vorträgen über die Schwierigkeiten der Versorgung bei limitierten Mitteln, aber auch über die Erfolge, die unter diesen Umständen dennoch möglich und sichtbar werden.

Der Gesellschaftsabend fand in der Redoute in Bad Godesberg statt; sicher eines der schönsten Gebäude Bonn, welches auch gerne für Hochzeiten und kulturelle Veranstaltungen gewählt wird. Für Unterhaltung sorgten die „Temporal Twins“, eine internationale Jazz-Band.

VKO-Ehrenmedaille für Prof. Reinald Graf und Prof. John Anthony Herring

Dr. Melanie Horter aus Münster und Dr. Farr aus Wien berichteten über ihre

Erfahrungen als Reisestipendiaten der VKO. In einem heiteren und kurzweiligen Vortrag wurden die Eindrücke von den einzelnen Stationen St. Petersburg, Genf, Münster, Birmingham und Wien geschildert. Prof. Dr. Reinald Graf wurde für sein Lebenswerk und die bahnbrechende Bedeutung der Hüftsonografie die Ehrenmedaille der Vereinigung verliehen.

John Anthony Herring eröffnete den zweiten Tag mit einem Festvortrag. Mit eindrucksvollen Bildern und Beispielen schaffte er es, seine lebenslange Beschäftigung mit dem Morbus Perthes packend zusammenzufassen. Insbesondere die Bedeutung der von ihm eingeführten „lateral pillar classification“ wurde in ihrer Entwicklung und bis zur Bewertung unter Einbeziehung kernspintomografischer Befunde erläutert. Im Anschluss wurden ihm das Zertifikat und die Ehrenmedaille der Vereinigung für Kinderorthopädie verliehen.

Dem Festvortrag folgte die Verleihung des Wissenschaftspreises, der diesmal an A. S. Spiro et al. (Hamburg) für seine Arbeit „Surgical correction of severe congenital kyphosis through a single posterior approach“ ging.

Das wissenschaftliche Programm des Samstags beschäftigte sich dann mit den kinderorthopädischen Kernthemen Hüfte, Neuroorthopädie, Fuß, Unterschenkel und Wirbelsäule.

Im Anschluss an den Kongress wurde der Posterpreis an Dr. Vogt aus Münster für die Arbeit „Ergebnisse der modifizierten Acetabuloplastik nach Dega bei kongenitaler Hüftluxation/-dysplasie mit Fokus auf die interne und externe Stabilisierung“ verliehen. Den besten Vortrag hielt Dr. Hösel aus Aschau aus dem Chiemgau; Thema: „Fasern des spastischen Gastrocnemius verlängern sich nicht durch Unterschenkelorthesen“.

Breites Spektrum kinderorthopädischer Erkrankungen

Die 28. Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie zeigte das breite Spektrum kinderorthopädischer Erkrankungen und insbesondere die hohe Expertise bei vielen seltenen Krankheitsbildern. Sie zeigte auch, mit welchem Engagement im deutschsprachigen Raum sich dieser Aufgabe gewidmet wird.

Zwei Tage voller anregender Diskussionen, intensiver Gespräche und wissenschaftlich hervorragender Arbeiten motivierten und begeisterten erneut alle Teilnehmer, sich auf dem Gebiet der Kinderorthopädie weiter zu engagieren.

Die Vereinigung für Kinderorthopädie und alle Teilnehmer der 28. Jahrestagung möchten sich ganz herzlich bei PD Dr. Urs von Deimling und Dr. Kyrill Mladenow für die hervorragende Organisation bedanken. Der Schwerpunkt „Wachsende Wirbelsäule“ und der Festvortrag von Prof. Herring setzten ganz besondere Akzente, die allen unvergesslich bleiben werden.

Schon jetzt freuen wir uns auf die nächste Jahrestagung der Vereinigung für Kinderorthopädie, die vom 24. bis 25. April 2014 unter der Leitung von Prof. Dr. Andrea Meurer und Dr. Manfred Weisz in Frankfurt stattfinden wird – Motto „Guiding Growth“ mit Frau Prof. Deborah Eastwood als Festrednerin.



Prof. Dr. Robert Rödl,
1. Vorsitzender der VKO

EndoCert – Aktueller Stand

Dr. Holger Haas, Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier

Für zahlreiche Bereiche der Medizin ist der positive Effekt einer Zentrenbildung auf das Behandlungsergebnis belegt. Dies gilt insbesondere auch für die Endoprothetik. Vor dem Hintergrund der zum Teil vehement geführten Auseinandersetzung um die Behandlungsqualität und die Operationszahlen in Deutschland leistet die von der DGOOC initiierte Qualitätsoffensive mit den Bausteinen des Endoprothesenregisters Deutschland (EPRD) und der Zertifizierung von EndoProthetik-Zentren einen wesentlichen Beitrag zur Sicherstellung der hohen Qualität der Patientenversorgung und zu einer Versachlichung der Diskussion.

Demnächst 360 zertifizierte Zentren

Die Möglichkeit zur Zertifizierung als EndoProthetikzentrum besteht nun seit anderthalb Jahren. Dabei ist das Verfahren auf ein außerordentlich hohes Interesse bei den Anbietern von Endoprothetikleistungen und bei der Fachöffentlichkeit gestoßen. Zum 30. April 2014 waren bereits 140 Zentren zertifiziert, und 222 Verfahren zur Erstzertifizierung liefen bzw. standen kurz vor dem Abschluss, so dass in Kürze von circa 360 zertifizierten Endoprothetikzentren in Deutschland ausgegangen werden kann. Bei einem Drittel der zertifizierten Einrichtungen handelt es sich um EndoProthetik-Zentren der Maximalversorgung, zwei Drittel sind EndoProthetikzentren.

Verglichen mit Zentren aus dem onkologischen Bereich wird die positive Entwicklung besonders deutlich: In den im Jahre 2003 eingeführten Brustkrebszentren werden circa 71 Prozent der aufgetretenen Brustkrebsfälle in 216 Zentren versorgt. Für den Darmkrebs liegt der Anteil bei 35 Prozent der Fälle, die in 256 Zentren versorgt werden (Stand 30. Juni 2013). Bereits nach 18 Monaten Laufzeit des EndoCert-Verfahrens werden bereits jetzt von den rund 430.000 endoprothetischen Eingriffen pro Jahr in Deutschland rund 154.000 und somit ebenfalls circa 35 Prozent in EndoProthetikzentren erbracht. Bei Fortsetzung dieser Entwicklung ist zum Jahresende damit zu rech-

nen, dass rund 50 Prozent aller endoprothetischen Versorgungen an zertifizierten Zentren durchgeführt werden.

Langfristige Überprüfung der Standzeiten

Im Mittelpunkt der Anforderungen zur Zertifizierung steht der mit allen Berufsgruppen abgestimmte Behandlungspfad, der patientenorientiert die Prozesse transparent und überprüfbar macht. Daneben müssen Vorgaben zu Qualität der Stützprozesse und Struktur erfüllt werden. Ergänzend werden Operateur-spezifische Fallzahlen vorausgesetzt. Durch

die verbindliche Teilnahme zertifizierter Zentren am EPRD ist sichergestellt, dass die operierten Fälle für eine langfristige Überwachung der Standzeiten erfasst werden.

Kritik bezüglich der Anforderungen und des Verfahrens selber wird durch die zuständige Zertifizierungskommission aufgegriffen, geprüft und in zukünftige Versionen der Anforderungsbögen eingearbeitet. So hat die Kommission bereits zum 1. Januar 2014 eine überarbeitete Version für EndoProthetikzentren und EndoProthetikZentren der Maximalversorgung herausgegeben.



Abb. Verteilung der zertifizierten EndoProthetikzentren in Deutschland

Aus den Verbänden

In der Zukunft wird die Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik als Sektion der DGOUC verbindlich in die fortlaufende Qualifizierung der Hauptoperateure in Fragen der Endoprothetik eingebunden, indem eine verpflichtende Teilnahme an AE Kursen vorausgesetzt wird. An der Ausgestaltung eines entsprechenden Programms und der Festlegung der detaillierten Vorgaben wird derzeit gearbeitet.

EndoCert im Ausland

Interesse am Verfahren besteht auch im Ausland: Eine Klinik in Luxemburg ist

bereits im Rahmen eines Pilotprojekts zertifiziert, Anmeldungen zum Verfahren liegen aus der Schweiz und Österreich vor. Unterschiedliche gesetzliche Regelungen und Strukturen in diesen Ländern setzen eine Anpassung der Anforderungen voraus. Auch in diesem Zusammenhang zeigt sich der wesentliche Vorteil des EndoCert-Verfahrens: Es lebt von Impulsen der eigenen Fachgesellschaft. So werden übertriebene Formalitäten vermieden, ohne die qualitätsbezogene Trennschärfe der Zertifizierung zu verwässern.



Dr. Holger Haas,
Vorsitzender der
Zertifizierungs-
kommission EndoCert
der DGOUC **Kontakt:**
h.haas@gk-bonn.de

Neue Mitglieder

Folgende Personen haben einen Antrag auf Mitgliedschaft in der DGOUC gestellt. Laut Satzung der DGOUC § 5 Abs. 2 können Einsprüche gegen die Aufnahme bis zu vier Wochen nach der Bekanntgabe (in den O+U Mitteilungen und Nachrichten) mit eingehender schriftlicher Begründung beim Generalsekretär geltend gemacht werden.

Belaid, Mohamed Amar · Rotenburg (Wümme)
Brand, Dr. med. Susanne · Saalfeld
Dau, Peter Borwin Jonny · Hanau
Elabdullah, Dr. Abdullah · Erwitte
Festerling, Dr. med. Martin · Bad Tölz

Flies, Anne · Berlin
Fraitzl, PD Dr. med. Christian · Ulm
Heger, Dr. med. Tobias · Holzgerlingen
Helwig, Prof. Dr. med. Peter · Freiburg im Breisgau
Hufeland, Dr. med. Martin · Düsseldorf
Knöschke, Dr. med. Diana · Berlin
Kukuk, Philip · Düsseldorf
Lein, Silke · Renningen
Mann, Dr. med. Pete · Meerbusch
Popp, Dr. med. Dominik · Stegaurach
Schmalzl, Jonas · Ochsenfurt
Schminke, Dr. med. Lisa · Frankfurt am Main
Schulz, Dr. med. · Matthias, Berlin
Ying, Dr. med. Shaobin · Köln

Vollständigkeit als Qualitätsmerkmal

Identifizierung von Schwerstverletzten via Krankenhaus-Routinedaten

Dr. Antonio Ernstberger, Prof. Dr. Rolf Lefering, Dr. Dominik Franz

Eine Klinik erfasst nach bestem Wissen und Gewissen schwerstverletzte Patienten im TraumaRegister DGU® (TR) und erhält mit dem TraumaRegister-Jahresbericht eine detaillierte Darstellung der Leistung des eigenen Hauses bezüglich der Behandlung schwerstverletzter Patienten – von Behandlungsqualität bis Kostenschätzer. Der TR-Jahresbericht dient vielen Kliniken nicht nur zur Qualitätskontrolle, sondern auch als Diskussionsgrundlage mit den Verwaltungen. Ist aber der reale Aufwand der Klinik tatsächlich korrekt wiedergegeben? Findet jeder schwerstverletzte Patient, welcher von der Klinik therapiert wird, auch Eingang in das TR und damit in die Diskussion?

Die Qualität einer Registerstudie wird unter anderem definiert durch

- **Vollständigkeit** der dokumentierten Fälle (alle einzuschließenden Fälle sind erfasst)
- **Vollständigkeit** der dokumentierten Daten (alle erforderlichen Daten wurden dokumentiert)
- **Richtigkeit** der dokumentierten Daten (das Dokumentierte entspricht der Realität)

Mehrere TR-Studien konnten zeigen, dass die Vollständigkeit und Richtigkeit im TR sehr gut mit der Versorgungsrealität korrelieren. Weiterhin kann ein TraumaZentrum darauf verweisen, dass im unabhängigen Re-Audit-Verfahren eine Validierung der Datensätze durch eine Kontrolle der Vollständigkeit und Richtigkeit von repräsentativen Stichprobenfällen durchgeführt wird.

Validität der Vollständigkeit

Im TR werden die Diagnosen eines Schwerstverletzten mit der Abbreviated Injury Scale (AIS) erfasst, einem international anerkannten System zur Erfassung der Schwere von Verletzungen. Aufgrund einer nicht ausreichenden inhaltlichen Übereinstimmung von AIS und ICD-Kodierung war es bisher nicht möglich, eine sichere Validierung der Vollständigkeit der

klinikspezifischen Daten für das TR auf der Basis von Krankenhaus-Routinedaten durchzuführen. Auch die „Polytrauma-Definition“ des G-DRG-Systems liefert keine valide Grundlage zur Ermittlung der Vollständigkeit der Daten für das TR, da hierbei vorrangig der Behandlungsaufwand im Mittelpunkt steht und klinische Scoring-Systeme wie zum Beispiel der ISS oder NISS nicht berücksichtigt werden.

Eine Klinik hat daher keine Sicherheit bezüglich der Vollständigkeit der eigenen schwerstverletzten Patienten im TR, auch wenn innerhalb der Klinik mit einem akribisch ausgeklügelten Erfassungssystem für Schwerstverletzte das Risiko für eine systemische Schwäche und dementsprechend für eine zu geringe Dokumentation von Schwerstverletzten minimiert wird. Als Beispiel darf das „isolierte“ Schädel-Hirn-Trauma oder die „isolierte“ Mittelgesichtsfraktur ins Feld geführt werden, welche sich im Nachhinein als Polytrauma herausstellen, mit hohem Aufwand von unfallchirurgischen Kliniken therapiert werden und dennoch gegebenenfalls nicht im TR dokumentiert sind.

Letztlich ist aufgrund dieser Umstände zu fordern, dass das TraumaRegister DGU® auch eine Validierung der Vollständigkeit durchführen sollte, damit die diesbezügliche Leistung einer Klinik tatsächlich korrekt abgebildet werden kann.

TraumaRegister DGU®

Das TraumaRegister DGU® genießt national wie international höchstes Ansehen bezüglich der Evaluation schwerstverletzter Patienten. Aktuell werden pro Jahr über 25 wissenschaftliche Publikationen mit einem kumulierten Impact-Factor von mehr als 45 publiziert. Nicht nur für die einzelne Klinik bezüglich der Erfassung der eigenen Leistung, sondern auch für das TR bezüglich der Abschätzung der Inzidenz des schweren Traumas in Deutschland im Zuge der Versorgungsforschung ist es sinnvoll, eine Validierung

der Vollständigkeit durchführen zu können. International gab es bereits mehrere Versuche, aus Diagnoseschlüsseln bzw. Diagnosegruppierungen (zum Beispiel ICD bzw. DRG) diverse Scoringssysteme (zum Beispiel die AIS oder den Injury Severity Score [ISS]) abzubilden. Letztlich boten diese Versuche jedoch keine hinreichende Genauigkeit. Während einige Verletzungen sich gut zuordnen lassen, fehlt bei vielen Verletzungen im ICD-System der wichtige Schweregrad.

Der Arbeitskreis § 21

Der Notwendigkeit folgend, eine Validitätsprüfung der Vollständigkeit im TR durchzuführen und vor dem Hintergrund, dass es bisherigen Arbeitsgruppen nicht gelungen war, aus ICD und/oder DRG-Daten eine korrekte Wiedergabe von Scoringssystemen zu generieren, wurde der AK § 21 gegründet. Unter Führung von Prof. Lefering, IFOM Köln, Dr. Franz, DRG-Research-Group Münster, und Dr. Ernstberger, Uniklinikum Regensburg, sollte mit Unterstützung der DGU ein hinreichend genauer Schätzer für die Vollständigkeit der TR-Daten entwickelt werden.

Neuer Ansatz – standardisierte Krankenhaus-Routinedaten gemäß Datenformat nach § 21 Krankenhaus-entgeltgesetz (§ 21-Daten)

Anders als bei anderen Arbeitsgruppen wurden nicht nur ICD-Diagnosen in die Auswertung eingeschlossen. In Deutschland wird in jeder Klinik der standardisierte und anonymisierte § 21 Datensatz generiert, welcher neben ICD-Diagnosen auch detaillierte Angaben zu den Leistungsinhalten der Behandlung (OPS-Kodes) und zu weiteren wichtigen Stammdaten der Patienten, wie zum Beispiel die Dauer der maschinellen Beatmung, Informationen zu Liegedauer, Intensivpflichtigkeit, Transfusionen u.v.m. enthält. Mit Hilfe dieses für jede Klinik vorliegenden Datensatzes sollte eine Identifizierung der tatsächlichen Anzahl von schwerst-

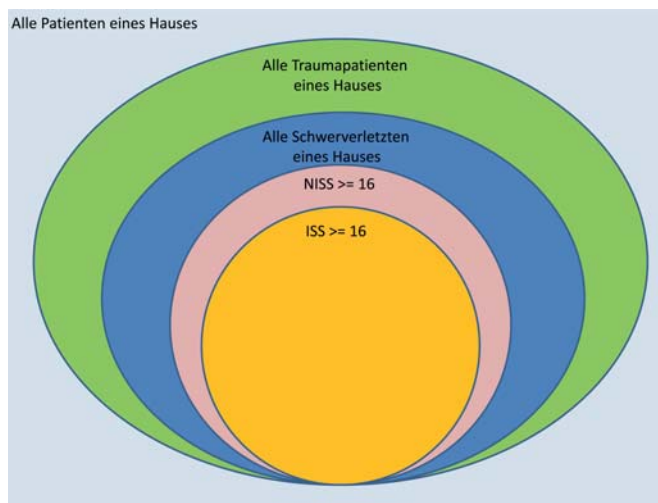


Abb. 1 Schematische Darstellung der Patienten eines Hauses

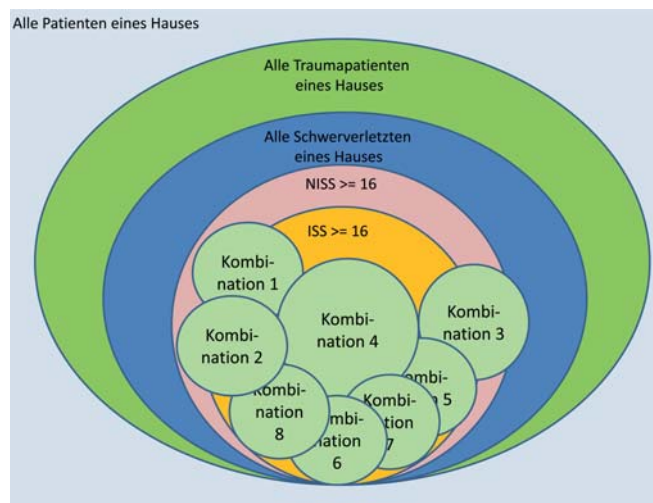


Abb. 2 Schematische Darstellung der Trefferquote der Kombinationen bezüglich der Schwerverletzten eines Hauses

verletzten Patienten einer Klinik entwickelt werden.

Angaben zu ISS- oder NISS-Scores sind nicht im §21-Datensatz enthalten. Aus diesem Grunde wurden aus den §21 Datensatz-Variablen über 60 Variablen-Kombinationen/Abfragen entwickelt, die einen Schwerverletzten im Sinne des TR beschreiben könnten. Als Schwellenwert wurde hierbei ein NISS von ≥ 16 festgelegt. Die Definition „NISS ≥ 16 “ wurde für dieses Projekt unter anderem wegen der internationalen Empfehlung für Traumaregister in Europa (Ringdahl et al. 2008) gewählt.

Hierbei war es nicht das Ziel, mit genau einer Definition, einer bestimmten Kombination aus dem §21 Datensatz alle schwerstverletzten Patienten zu finden. Vielmehr sollten aus verschiedenen Variablen-Kombinationen und deren Verknüpfung diese schwerstverletzten Patienten identifiziert werden. Die **Abb. 1** zeigt schematisch die Patienten einer Klinik, die **Abb. 2** die schematische Trefferquote von Variablen-Kombinationen.

Der §21 Datensatz eines überregionalen TraumaZentrums, dessen Daten zugleich im TR vorlagen, wurde für einen Zeitraum von fünf Jahren mit den Variablen-Kombinationen untersucht. Zur Prüfung der Übereinstimmung von Fällen im §21 Datensatz und dem TR-Datensatz wurden die Fälle anhand der Variablen Patientenalter, Einlieferungsdatum, Entlassda-

tum und Geschlecht zugeordnet. Patienten, die im TR enthalten waren (NISS ≥ 16), aber nicht über den §21-Datensatz gefunden wurden, dienten zur Schärfung der Abfragen. Patienten, die nicht im TR enthalten waren, aber über den §21-Datensatz gefunden wurden, wurden anhand der Originaldaten des TraumaZentrums untersucht und abgeklärt.

Zwischenergebnis

Es zeigte sich eine gute Übereinstimmung der gefundenen Fälle im §21-Datensatz mit dem Inhalt des TR. Mit den aktuellen Variablen-Kombinationen ist es möglich, über 70 Prozent der NISS ≥ 16 Patienten und 80 Prozent der ISS ≥ 16 Patienten, die im TraumaRegister der Studienklinik enthalten sind, korrekt zu identifizieren. Mit Hilfe der aktuellen Variablen-Kombinationen ist es zwar nicht möglich, exakt alle NISS 16+ Fälle zu identifizieren, aber es ist bereits heute möglich, einen hinreichend genauen Schätzer für die Gesamtzahl der schwerstverletzten Patienten eines Hauses über den §21 Datensatz zu generieren.

Ausblick

Obwohl bereits heute ein guter Schätzer für die Gesamtzahl von schwerstverletzten Patienten (vergleichbar mit NISS/ISS ≥ 16) auf der Basis von Krankenhaus-Routinedaten vorliegt, ist es das Ziel der Arbeitsgruppe, die Abfragen noch weiter zu schärfen, um die Identifizierung

noch genauer gestalten zu können. Diese Schärfung der Abfragen soll bis Herbst 2014 abgeschlossen sein. Hierauf soll eine Validierung mit §21-Datensätzen aus weiteren Kliniken durchgeführt werden. Zeigen sich die Abfragen erneut als korrekt und treffend, kann künftig eine Überprüfung der Vollzähligkeit angeboten werden. Dieses wäre ein weiterer wichtiger Schritt in Richtung auf qualitativ hochwertige Daten im Register.

Zusammenfassung

Eine Validitätsprüfung für die Vollzähligkeit der Fälle im TraumaRegister DGU® ist bisher nicht auf der Basis von Krankenhaus-Routinedaten möglich. Ziel der Studie ist es, aus den Krankenhaus-Routinedaten gemäß §21 Datensatz schwerstverletzte Patienten zu identifizieren und eine Validitätsprüfung der Vollzähligkeit der im TR erfassten Patienten zu ermöglichen. Es konnte bis heute ein guter Schätzer für die Anzahl schwerstverletzter Patienten einer Klinik geschaffen werden, der aktuell noch weiter geschärft und validiert wird.



Dr. Antonio Ernstberger, Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie, Uniklinikum Regensburg. **Kontakt:** toni.ernstberger@ukr.de

Neue Organisationsstruktur im TraumaNetzwerk DGU®

Prof. Steffen Ruchholtz, Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Prof. Dr. Johannes Sturm

Hintergrund

Zur Entwicklung und Gestaltung des Projektes TraumaNetzwerk DGU® wurde unter der Präsidentschaft von Prof. Dr. Andreas Wentzensen im Jahre 2006 der Arbeitskreis zur Umsetzung des Weißbuchs und TraumaNetzwerk (AKUT) der DGU gegründet. Die Mitglieder dieses Arbeitskreises wurden durch den damaligen Generalsekretär der DGU, Prof. Dr. Hartmut Siebert, benannt und setzten sich aus Vertretern unterschiedlicher Kliniken aus dem universitären und nicht universitären Bereich zusammen. Als Sprecher wurde damals Prof. Dr. Steffen Ruchholtz gewählt.

Dieser Arbeitskreis bzw. eine daraus entstandene Lenkungsgruppe war im Wesentlichen mit der Entwicklung des Gesamtkonzeptes TraumaNetzwerk DGU® und mit der ursprünglichen Erstellung bzw. späteren Revision des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung der DGU beauftragt. Diesem medizinisch-wissenschaft-

lichen Fachgremium wurden dann weitere Gremien und Dienstleister beigestellt, um den Gesamtprozess der Entwicklung der Traumanetzwerke in Deutschland voranzutreiben. Zu diesen Organisationen gehören die Firma DIOcert GmbH, die die Auditierung und Zertifizierung der Kliniken betreut, die Geschäftsstelle AKUT in Marburg, welche ein wesentliches organisatorisches Bindeglied zwischen dem AKUT und den eingebundenen Gremien darstellt, sowie die Stelle für Qualitätssicherung im TraumaRegister DGU® der AUC und der Beirat TraumaNetzwerk DGU® aus Vertretern unterschiedlicher medizinischer Fachgesellschaften und öffentlicher Organisationen.

Mit zunehmender Abdeckung der Bundesrepublik Deutschland sowie einiger angrenzender europäischer Nachbarstaaten mit dem TraumaNetzwerk DGU® ist sowohl der organisatorische, aber auch wissenschaftliche Aufwand in der Betreuung des Projektes in den letzten Jahren deutlich gestiegen.

Reorganisation im TraumaNetzwerk DGU®

Um das Projekt TraumaNetzwerk DGU® über eine längere Zeit zu begleiten, wurde vom Präsidium der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) der Ausschuss TraumaNetzwerk DGU® ins Leben gerufen. Die Einrichtung dieses Ausschusses wurde auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie 2013 in der Mitgliederversammlung verabschiedet. Hauptaufgabe des Ausschusses TraumaNetzwerk DGU® ist die Gestaltung von Perspektiven und Visionen im Projekt TraumaNetzwerk DGU®. Die wesentlichen Kooperationspartner im Bereich der Zertifizierung und Qualitätssicherung bleiben die gleichen (► **Abb. 1**).

Der Ausschuss TraumaNetzwerk DGU® berät das Präsidium der DGU im Thema der Etablierung von Traumanetzwerken in Europa. Des Weiteren ist der Ausschuss TraumaNetzwerk DGU® beauftragt mit:

- der Weiterentwicklung des Weißbuchs Schwerverletztenversorgung DGU
- den Gesamtabläufen im TraumaNetzwerk DGU®
- den Auditierungs- und Zertifizierungsabläufen
- der politischen und allgemeinen Öffentlichkeitsarbeit
- der Verbindung zum Beirat TraumaNetzwerk DGU®
- der Entwicklung im internationalen Bereich (betreffend Schwerverletztenversorgung)

Die Mitglieder des Ausschusses setzen sich neben dem Vorsitzenden und dem stellvertretenden Vorsitzenden aus dem Generalsekretär der DGU, dem Leiter des AKUT (siehe unten), dem Geschäftsführer der AUC sowie Vertretern aus den Traumanetzwerken und der Sektion NIS zusammen (► **Abb. 2**).

Aus Mitgliedern des Ausschusses TraumaNetzwerk DGU® wird der Arbeitskreis

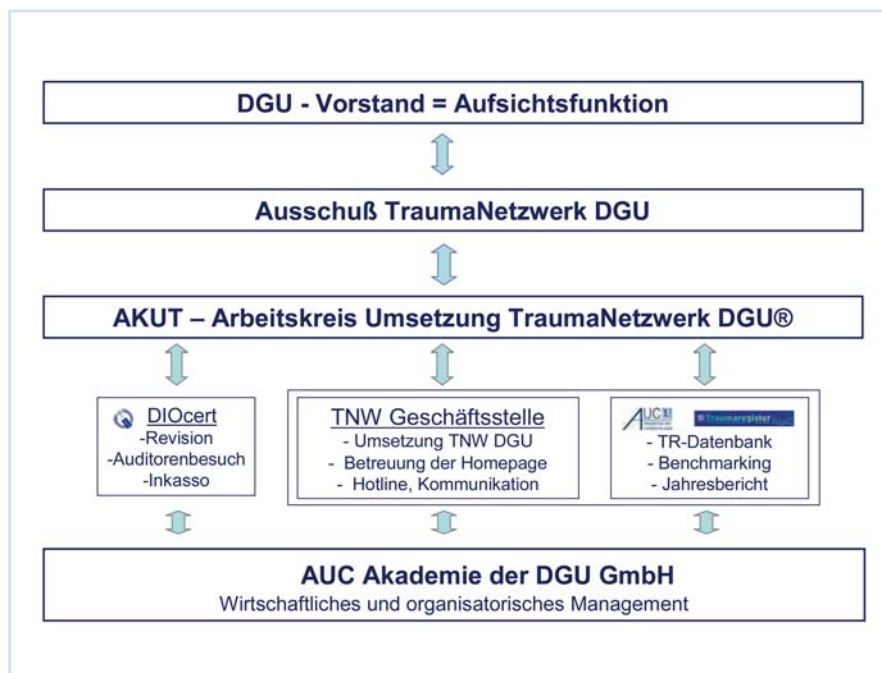


Abb.1 Organigramm TraumaNetzwerk DGU®

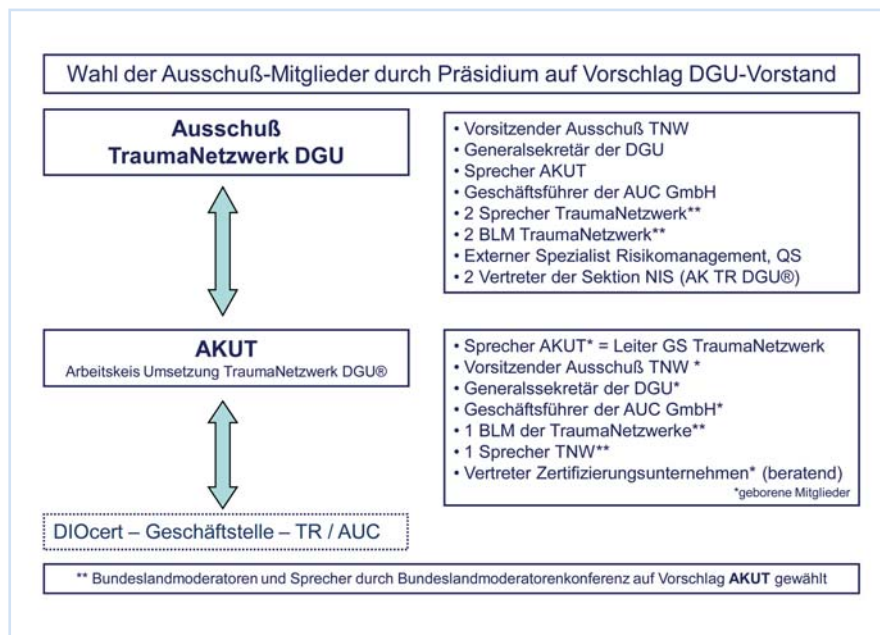


Abb. 2 Organigramm TraumaNetzwerk DGU® – Besetzung der Organe

Umsetzung TraumaNetzwerk AKUT gestellt. Er bildet sich aus einer begrenzten Anzahl von Teilnehmern des Ausschusses TraumaNetzwerk, um bei dringenden Fragestellungen unmittelbar handlungsfähig zu sein (► Abb. 2). AKUT gestaltet die Belange des Projektes durch monatliche Telefonkonferenzen. Die wesentliche Aufgabe besteht in der kontinuierlichen Entwicklung der Traumanetzwerke in folgenden Punkten:

- Auslegung des Weißbuchs Schwer- verletztenversorgung

- Fachberatung von Kliniken und weiteren Interessensverbänden
- Betrachtung der Detailabläufe: zum Beispiel Klärung zur Einstufung einzelner Kliniken, Abstimmung und Unterstützung bei der Zertifizierung von Traumanetzwerken

Die beiden vorwiegend wissenschaftlich-medizinischen Fachgremien Ausschuss TraumaNetzwerk DGU® und AKUT üben Einfluss in der Gestaltung des TNW auch weiterhin über die direkte

Zusammenarbeit mit der Firma DIOcert, der Geschäftsstelle AKUT und im Bereich Qualitätssicherung TraumaRegister DGU® über die entsprechende Stelle in der AUC aus.

Während es sich bei der Firma DIOcert um ein eigenständiges Unternehmen handelt, sind die Geschäftsstelle AKUT und die Stelle für Qualitätssicherung im TraumaRegister DGU® direkt der AUC zugeordnet, die das wirtschaftliche und organisatorische Management der Etablierung der Traumanetzwerke begleitet.

Um vor allem mit der unfallchirurgisch relevanten Öffentlichkeit vernetzt zu sein, wird auch in Zukunft der Beirat TraumaNetzwerk eng in die Entscheidungen des Ausschusses und von AKUT eingebunden sein.



Prof. Dr. Steffen Ruchholtz, Sprecher des Arbeitskreises Umsetzung Weißbuch/ TraumaNetzwerk DGU® (AKUT)

MEHR INFOS

Geschäftsstelle TraumaNetzwerk DGU®

E-Mail: akut@au-online.de

Telefon: (0 64 21) 5 86 22 37

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.

Aigner, René Dr.med. · Marburg

Beek, Judith Simone Bergisch · Gladbach

Brzezinka, Andreas Dr.med. · Bonn

Fensky, Florian · Hamburg

Fischer, Christian Dr.med. · Karlsruhe

Fischer, Dietmar Manfred Dr.med. · Staig

Jäger, Maximilian · Hückelhoven

Junghanns, Andreas · Trossingen

Kämmer, Daniel Dr.med. · Eschweiler

Krempec, Marian · Göttingen

Kunze, Maik · Dresden

Maier, Gerrit Dr.med. · Bad Nauheim

Oberthür, Swantje · Göttingen

Ritter, Ulrich Christoph Dr.med. · Leverkusen

Schäfer, Frank Peter · Zürich

Urschel, Christian Dr.med. · Hirschaid

Wallraff, Regina · Aachen

Wittich, Jochen Bernd Dr.med. · Bobingen

Wuschek, Mario Dr.med. · Wolgast

Für Sie gelesen



MDK Bayern
**Der Medizinische
Behandlungsfehler**
Ecomed Medizin, 2013
189 Seiten
24,99 Euro

Handliche Darstellung der Rechtslage

Das Patientenrechtegesetz (20. Februar 2013) hat bereits geltendes Recht aus dem BGB und Rechtsfortbildung aus sogenanntem Richterrecht kodifizierend normiert, nicht eigentlich aber neuartiges Recht gesetzt. Doch ist demselben (und den seither zahlreich verfassten Kommentaren) eindeutig zu entnehmen, dass im Interesse der Patientensicherheit eine intensivierte Wahrnehmung dieses Rechts durch Patienten (und deren Kostenträger) beabsichtigt ist. Insoweit entsteht der nicht falsche Eindruck eines Arztpflichtengesetzes. Der vorgelegte Ratgeber macht es sich zum Anliegen, diese zwischen Patient und Arzt nunmehr gegebene Situation für alle Beteiligten, zu denen auch Krankenkassen und deren MDK gehören (!), in spezifisch ausgerichteten Beiträgen handlich darzustel-

len. Es muss damit gerechnet werden, dass Patienten und deren Anwälte hieraus eine Besserstellung ihrer Rechtsposition beziehen werden. Für den ärztlichen Leser erfüllt die klar, flüssig und nachvollziehbare Bearbeitung zwei Funktionen: Eine für die tägliche Praxis hilfreiche Zusammenfassung seiner unausweichlichen Einbindung in das Recht sowie der Verhaltens- bzw. Anwendungspraxis der Gegenseite. In diesem Zusammenhang verdient die Tätigkeit der Gutachterkommissionen der Ärztekammern besondere Beachtung. Das Patientenrechtegesetz ist im Wortlaut abgedruckt, ein erläuternder Kommentar dazu beigefügt. Die aufmerksame Befassung mit diesem Gesetz sei allen Ärzten dringend nahegelegt.

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau



Krämer · Matussek ·
Theodoridis
**Bandscheibenbedingte
Erkrankungen:
Ursachen, Diagnose,
Behandlung, Vor-
beugung, Begutachtung**
Thieme Verlag, 6. Aufl.
2013, 408 Seiten mit
504 Abb., 149,99 Euro

Verständnis für die Bandscheibe

Die vorliegende Auflage wurde grundlegend überarbeitet und aktualisiert. Neu aufgenommen wurden die Zusammenhänge zwischen Wirbelsäule und Psyche, aber auch Schmerzentstehung und -chronifizierung. Wie bisher gliedert sich das Buch in Epidemiologie, allgemeine Anatomie, Physiologie und Biomechanik. Es behandelt zunächst nicht-degenerative Bandscheibenerkrankungen, Diskosen, bevor – für das vereinigte orthopädisch-unfallchirurgische Fachgebiet unabdingbare Voraussetzung – die Traumatologie abgehandelt wird. Für das Verständnis bandscheibenbedingter Erkrankungen sind Schmerzentstehung und Chronifizierung besonders wichtig. Dieses Kapitel stammt aus der Feder der derzeitigen IGOST-Präsidentin Claudia Schott. In weiteren Kapiteln werden die

speziellen Erkrankungsformen an Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule dargestellt. Ein besonders wichtiges Kapitel widmet sich dem Spontanverlauf bandscheibenbedingter Erkrankungen. Entsprechend der Behandlungsempfehlungen und Leitlinien beim unspezifischen Rückenschmerz werden als Therapieoptionen die Rückenschule und das Bewegungstraining sowie Möglichkeiten und Grenzen sportlicher Betätigung dargestellt, bevor abschließend zur Begutachtung der Wirbelsäule Stellung bezogen wird. Wer Verständnis entwickeln will für Erkrankungen der menschlichen Bandscheiben und darauf seine diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten gründen will, dem sei diese Neuaufnahme wärmstens empfohlen.

Dr. Hartmut Gaulrapp, München



Wirth · Mutschler · Kohn ·
Pohlenmann
**Praxis der Orthopädie
und Unfallchirurgie**
Thieme Verlag, 3. Aufl.
2014, 1.144 Seiten
199,99 Euro

Neues Standardwerk für O&U

Die Herausgeber der früheren bewährten Standardwerke „Praxis der Orthopädie“ und „Praxis der Unfallchirurgie“ haben sich zusammen getan und ein neues Buch geschaffen, das das gesamte Gebiet O&U abdeckt. Mittlerweile liegt die dritte, vollständig überarbeitete Auflage vor. Das Buch zeigt wieder einmal den enormen Umfang des neuen Fachgebietes. Bei sehr präziser und komprimierter Präsentation der Themen kommt es auf etwas über 1.100 gut lesbare Seiten und bietet eine hervorragende und nunmehr lückenlose Darstellung des Gebietes. Auch die Menge und Auswahl der durchgehend sehr guten Abbildungen ist optimal angepasst. Je nach Interessenlage findet man durch die jeweils an die einzelnen Kapitel angehängten

Literaturangaben Anregung zur weiteren Vertiefung. Alles in allem handelt es sich inzwischen um ein Standardwerk, das die für den neuen Facharzt relevanten Themen zusammenfasst. Es ist nicht nur zur Prüfungsvorbereitung zu empfehlen, sondern bietet mit dem Einschluss benachbarter Disziplinen auch dem Erfahrenen interessante Lektüre. Kleiner Schönheitsfehler am Rande: Mir sind über 100 Mini-Schreibfehler (Rechtschreibung, Grammatik, Trennung, Fremdwörter) aufgefallen. Das scheint mir selbst für ein medizinisches Fachbuch etwas viel – aber so verbleibt wenigstens noch ein kleines Optimierungspotenzial für die zweifellos kommenden weiteren Auflagen!

Prof. Dr. Jobst-Henner Kühne, München



Krüger
Orthopädie für Hausärzte
Verlag Hans Huber
Bern, 2013
39,95 Euro

Brücke zwischen Hausärzten und Orthopäden

Hausärzte und Orthopäden haben viele Gemeinsamkeiten. Beide begleiten ihre Patienten ein Leben lang. Doch bei Diagnostik und Behandlung scheiden sich die Geister oft. An dieser Stelle will das Buch eine Brücke bauen. Das Schwergewicht liegt auf der Diagnostik, beginnend mit den seltenen orthopädischen Notfällen, die nicht zum Alltag des Hausarztes zählen. Das Kapitel, das sich dann der hausärztlichen Therapie widmet, bleibt allerdings oberflächlich. So fehlt beispielsweise eine bebilderte Anleitung zum Gipsen mit den heute üblichen Gipsersatzstoffen, etwa für den Total Contact Cast für den Diabetesfuß. Dieses Thema wird nicht ansatzweise erwähnt, dabei wäre es ein Musterbeispiel für die Zusammenarbeit zwischen orthopädischer Klinik

und Hausarzt. Auch die ambulante Wundbehandlung darf der Hausarzt nicht einfach der ambulanten Pflegekraft überlassen. Die Technische Orthopädie mit allen Hilfsmitteln muss mit fünf Seiten vorlieb nehmen. Der Rezensent vermisst Hinweise auf Literatur, die auf Spezialgebiete eingeht und die auch einem Hausarzt zu empfehlen ist. Abbildungs- und Literaturverzeichnisse fehlen. Insgesamt hinterlässt das Buch einen zweispältigen Eindruck. Einerseits bietet es hervorragende Übersicht über die orthopädische und orthopädisch-chirurgische Diagnostik und Indikationsstellung. Andererseits tun sich jedoch gerade dort, wo der Hausarzt gefordert ist, orthopädische Hand anzulegen, Lücken auf.

Prof. Dr. René Baumgartner, Zumikon/Schweiz



Schwenk · Markgraf
Marketing für niedergelassene Ärzte – Grenzen und Chancen
Expert Verlag, 2013
139 Seiten
29,80 Euro

Das Unternehmen Arztpraxis

Arztpraxen werden zunehmend zu Dienstleistungsunternehmen und die Patienten zu Kunden. Dieses Buch aus der Feder zweier Unternehmensberater gibt eine Einführung in das Marketing für das Unternehmen Arztpraxis. Zunächst werden Begriffe wie Dienstleistung und Marketing erläutert und der Weg vom Studium in die Niederlassung beschrieben. Es folgen Überlegungen zur gesundheitspolitischen Lage und zu weiteren Gesundheitsfeldern wie Vorsorgeuntersuchungen, Prophylaxe- und IGeL-Angeboten. Auch auf die juristischen Rahmenbedingungen wie die Berufsordnung, das Gesetz gegen unlauteren Wettbewerb und das Heilmittelwerbegesetz gehen die Autoren kurz ein. Den Hauptteil des Buches stellt das sechste Kapitel dar, in dem die sechs Faktoren eines Marketingmix vorgestellt werden: Angebot, Preis, Standort und Vertrieb, Kommunikation, Corporate ID und Zufriedenheit. An diesem Punkt offenbart sich das spezifische Knowhow der Autoren. Trotz der hohen Informationsdichte hätte sich der Rezensent allerdings noch weitere und detailliertere Informationen speziell zum Thema Kosten-Nutzen-Analyse von Werbemaßnahmen gewünscht. Ebenso hilfreich wäre es gewesen, wenn Abwehrstrategien bei Negativkommunikation näher erläutert würden. Alles in allem handelt es sich um ein kurzes und gut lesbares Einführungsbuch, welches eine Reihe von nutzbringenden Gedanken zum Thema Praxismarketing enthält. Es verwundert nicht, dass externe Autoren aus dem Bereich Wirtschaft aus ihrer Sicht als Un-

ternehmensberater sich eine Praxis als Dienstleistungsunternehmen und folglich auch Patienten als Kunden vorstellen. Eine Diskussion dieser Grundannahme findet allerdings kaum statt, obwohl dies mindestens teilweise nicht dem Selbstverständnis einer Reihe von Praxisinhabern und Standesvertretern und auch nicht dem Standesrecht entspricht. Es wäre durchaus wünschenswert, wenn dies in späteren Auflagen aufgegriffen werden würde. Hauptmanko ist der Umstand, dass für viele Praxen die Gewinnung neuer Patienten und die Bestandspflege des bisherigen Patientenbestandes aus wirtschaftlichen Gründen aus dem Fokus gerückt sind. Eine Vielzahl von Leistungen wird in der Praxis (fast) nicht mehr vergütet. Führt ein Arzt sie dennoch aus, ist dies seinem medizinischen Selbstverständnis als Arzt geschuldet, der eben erst in zweiter Linie ein wirtschaftlich denkender Unternehmer ist. Betriebswirtschaftlich betrachtet bedeutet die Steigerung der Praxisleistungen und damit in Zusammenhang stehender Kosten für das Marketing ohne zusätzliche Einnahmen eine Minderung des betriebswirtschaftlichen Ergebnisses, ist also ökonomisch wenig sinnvoll. Für weitere Auflagen wäre in dieser Hinsicht eine grundlegende inhaltliche Überarbeitung zu empfehlen. Lesenswert ist das Buch dennoch, da ein Praxisinhaber zunehmend darauf angewiesen ist, außerhalb des GKV-Kataloges Einnahmen zu generieren. Überlegungen zum Praxismarketing sind deshalb absolut praxisrelevant.

Dr. Stephan Grüner, Köln

ERRATUM



In Ausgabe 2/2014 der OU Mitteilungen und Nachrichten hat der Fehlerteufel sein Unwesen getrieben. Auf Seite 216 ist unter der Überschrift „Schier unerschöpfliche Quelle von Einsichten“ eine Rezension des Buches „Der MR Trainer – Untere Extremität“ von Martin Breitenseher erschienen. Diese Rezension stammt allerdings aus der Feder von Prof. Dr. Jürgen Probst und nicht wie angegeben von Prof. Dr. Jobst-Henner Kühne. Die Redaktion bittet für dieses Versehen um Entschuldigung, insbesondere bei unseren hoch geschätzten Rezensenten Prof. Probst und Prof. Kühne.

Wissenschaftspreis 2014 der AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik



Die AE – Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik – schreibt den Wissenschaftspreis 2014 als Auszeichnung für eine innovative wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Endoprothetik aus. Der Preis ist mit

10.000 Euro

dotiert. Teilnahmeberechtigt sind Orthopäden und Unfallchirurgen und alle Mitglieder der AE und AE-ComGen. Eingereicht werden können ausschließlich Arbeiten, die in einem peer reviewed Journal

publiziert oder zur Publikation angenommen worden sind. Die Publikation darf nicht älter als ein Jahr sein. Es werden nur Arbeiten berücksichtigt, die nicht gleichzeitig für einen anderen Preis eingereicht oder bereits anderweitig ausgezeichnet worden sind. Die Arbeiten müssen in deutscher oder englischer Sprache abgefasst sein und in sechsfacher Ausfertigung bis zum **20. September 2014** bei der

*Geschäftsstelle der AE
Deutsche Gesellschaft für Endoprothetik e. V.
Oltmannsstraße 5
79100 Freiburg*

Tel.: (07 61) 45 64 76 66

www.ae-germany.com

eingegangen sein. Die eingereichten Arbeiten werden von einer unabhängigen Jury bewertet. Beim 16. AE-Kongress am 5./6. Dezember 2014 in Bonn sollte die/der Preisträger/in in einem Referat einen Überblick über die Arbeit geben. Der Rechtsweg ist ausgeschlossen.

Karl-Kärcher-Stiftungspreis 2014

Die 2012 in das Leben gerufene Karl Kärcher Stiftung schreibt erstmals den Karl Kärcher Stiftungspreis für Innovative Regenerative Forschung und Therapie bei muskuloskeletalen Erkrankungen oder Verletzungen aus. Der Preis ist mit

10.000 Euro

dotiert. Die Bewerbungsfrist endet am **31. August 2014**. Am Bewerbungsverfahren können alle teilnehmen, die am Studienort Deutschland eine innovative wissenschaftliche Fragestellung in der Behandlung muskuloskeletaler Erkrankungen und Verletzungen untersuchen. Dies können sowohl in vitro/in vivo und humane Studien sein. Klinische Studi-

en müssen von einer Ethikkommission genehmigt sein. Idealerweise sind Ergebnisse dieser Studie publiziert. Fünf Exemplare einer bis zu dreiseitigen Zusammenfassung in deutscher Sprache mit gegebenenfalls zugehörigen eigenen Publikationen sind dem formlosen Antrag beizufügen. Sind diese Forschungsergebnisse bereits anderweitig ausgezeichnet worden, wird der Antrag nicht berücksichtigt. Sind die Ergebnisse zum Zeitpunkt der Antragstellung bereits einem anderen Gremium vorgelegt und noch nicht entschieden, sind die entsprechenden Anträge der Karl Kärcher Stiftung mitzuteilen. Eine parallele Bewerbung bei einem anderen Gremium kann zum Ausschluss führen. Eine Erklärung hierzu muss dem Antrag beige-

fügt werden. Die Entscheidung über die Vergabe liegt allein bei der Stiftung. Ein einklagbarer Anspruch besteht nicht. Bei Fragen zur Ausschreibung kontaktieren Sie bitte:

*Theresienkrankenhaus Mannheim
Abteilung Unfallchirurgie und
orthopädische Chirurgie
Prof. Dr. Gerald Zimmermann
Chefarzt*

*Apl. Professor der Universität Heidelberg
Bassermannstr. 1
68165 Mannheim*

Tel.: (06 21) 4 24 44 35

Sek.uch@Theresienkrankenhaus.de



Alwin-Jäger Videopreis 2015 der DVSE e. V.

Die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) e.V., Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), vergibt erneut den Alwin-Jäger Preis in Höhe von

2.500 Euro

für einen kommentierten Videobeitrag zu Innovationen im Bereich der arthros-

kopischen Schulter- und Ellenbogenchirurgie. Dieser Videobeitrag inklusive Audiokommentar sollte zum Zeitpunkt der Einreichung noch nicht publiziert sein, noch keinen vorherigen Preis verliehen bekommen haben, fünf bis sieben Minuten lang und nach wissenschaftlichen Kriterien einer „Technical Note“ gegliedert sein. Bitte richten Sie Bewerbungen für 2015 (drei DVDs inklusive kurzer einseitiger Zusammenfassung in Textform) bis zum **31. Januar 2015** an:

*Prof. Dr. Ulrich Brunner
Krankenhaus Agatharied
Norbert Kerker-Platz
83734 Hausham
E-Mail: brunner@khagatharied.de
sekretariat@dvse.info*

Die Preisverleihung erfolgt anlässlich der Jahrestagung der DVSE 2015.

Best-Paper Preis 2015 der DVSE e. V.

Die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) e.V., Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), vergibt erneut den Best-Paper Preis in Höhe von

3.000 Euro

Die Deadline zum Einreichen der Abstracts entspricht der Deadline für den DVSE Kongress 2015. Der Gewinner dieses Preises, der auf der Jahrestagung 2015 gewählt wird, wird seine wissenschaftliche Arbeit als Repräsentant der DVSE auf dem Jahreskongress der Europäischen Schulter- und Ellenbogengesellschaft (SECEC/ESSSE) in der Sitzung der Nationalgesellschaften präsentieren. Die

Reise wird finanziell von der DVSE unterstützt.

*Prof. Dr. Ulrich Brunner
Krankenhaus Agatharied
Norbert Kerker-Platz
83734 Hausham
E-Mail: brunner@khagatharied.de
sekretariat@dvse.info*

Ellenbogen Wissenschaftspreis 2015 der DVSE e. V.

Die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) e.V., Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), vergibt erneut den Ellenbogen Wissenschaftspreis (gesponsert von der Firma medartis) in Höhe von

3.000 Euro

für eine innovative Arbeit auf dem Gebiet der Ellenbogenchirurgie. Teilnahmebe-

rechtigt sind Orthopäden und Unfallchirurgen; die Jury kann in Ausnahmefällen auch Angehörige anderer Berufsgruppen zulassen. Es können nur Arbeiten vorgelegt werden, welche noch nicht prämiert oder nicht vor dem 31. Januar 2015 publiziert wurden. Der Umfang sollte den einer üblichen Originalpublikation (30 Seiten mit Abbildungen) nicht überschreiten. Es wird gebeten, die Arbeit in deutscher oder englischer Sprache in elektronischer Form bis zum **31. Januar 2015** an den Präsidenten der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie zu senden:

*Prof. Dr. Ulrich Brunner
Krankenhaus Agatharied
Norbert Kerker-Platz
83734 Hausham
E-Mail: brunner@khagatharied.de
sekretariat@dvse.info*

Die Preisverleihung erfolgt anlässlich der Jahrestagung der DVSE 2015.



Forschungsförderung 2015 der DVSE e. V.

Die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) e.V., Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), vergibt erneut die Forschungsförderung (gesponsert von der Firma Artrex) in Höhe von

10.000 Euro

Ziel der Ausschreibung ist die Förderung und Unterstützung eines klinisch orientierten, bevorzugt multizentrischen Forschungsprojektes über Diagnostik, Prävention oder Behandlung von Erkrankungen, Verletzungsfolgen oder Verletzungen des Schulter- oder Ellenbogengelenkes. Voraussetzung für eine Bewerbung ist die Mitgliedschaft in der DVSE. Es wird gebeten, die Bewerbung in deutscher oder englischer Sprache in elektronischer Form bis zum **31. Januar**

2015 an den Präsidenten der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie zu senden:

*Prof. Dr. Ulrich Brunner
Krankenhaus Agatharied
Norbert Kerkel-Platz
83734 Hausham
E-Mail: brunner@khagatharied.de
sekretariat@dvse.info*



Jochen-Löhr Preis 2015 der DVSE e. V.

Die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) e.V., Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), vergibt erneut den Jochen Loehr Preis in Höhe von

3.000 Euro

für eine innovative klinische Arbeit aus dem Gebiet der Schulter- und Ellenbo-

genchirurgie. Teilnahmeberechtigt sind Orthopäden und Unfallchirurgen; die Jury kann in Ausnahmefällen auch Angehörige anderer Berufsgruppen zulassen. Es können nur Arbeiten vorgelegt werden, welche noch nicht prämiert oder nicht vor dem 31. Januar 2015 publiziert wurden. Der Umfang sollte den einer üblichen Originalpublikation (30 Seiten mit Abbildungen) nicht überschreiten. Es wird gebeten, die Arbeit in deutscher oder englischer Sprache in elektronischer Form bis zum **31. Januar 2015** an den

Präsidenten der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie zu senden:

*Prof. Dr. Ulrich Brunner
Krankenhaus Agatharied
Norbert Kerkel-Platz
83734 Hausham
E-Mail: brunner@khagatharied.de
sekretariat@dvse.info*

Die Preisverleihung erfolgt anlässlich der Jahrestagung der DVSE 2015.



Perthes Preis 2015 der DVSE e. V.

Die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) e.V., Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), vergibt erneut den Perthes Preis in Höhe von

3.000 Euro

für eine innovative experimentelle Arbeit oder eine Arbeit aus der Grundlagenforschung aus dem Gebiet der Schulter- und

Ellenbogenchirurgie. Teilnahmeberechtigt sind Orthopäden und Unfallchirurgen; die Jury kann in Ausnahmefällen auch Angehörige anderer Berufsgruppen zulassen. Es können nur Arbeiten vorgelegt werden, welche noch nicht prämiert oder nicht vor dem 31. Januar 2015 publiziert wurden. Der Umfang sollte den einer üblichen Originalpublikation (30 Seiten mit Abbildungen) nicht überschreiten. Es wird gebeten, die Arbeit in deutscher oder englischer Sprache in elektronischer Form (PDF oder Word-Dokument) bis zum **31. Januar 2015** an den

Präsidenten der Deutschen Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie zu senden:

*Prof. Dr. Ulrich Brunner
Krankenhaus Agatharied
Norbert Kerkel-Platz
83734 Hausham
E-Mail: brunner@khagatharied.de
sekretariat@dvse.info*

Die Preisverleihung erfolgt anlässlich der Jahrestagung der DVSE 2015.



Ellenbogen-Fellowship 2015 der DVSE e. V.

Die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) e.V., Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), schreibt zum dritten Mal das Ellenbogen Fellowship aus. Das Fellowship beinhaltet einen fünfwöchigen ununterbrochenen Aufenthalt bei Prof. Graham King, London Ontario, Kanada, Upper Limb Centre, Western University. Der Fellow wird im Observer-Status an den wöchentlichen OP-Tagen von Prof. Graham King, den Sprechstunden, Visiten und täglichen klinischen Konferenzen teilnehmen sowie bei den Partnern, Prof. Ken Faber und Dr. George Athwal, klinisch operativ eingesetzt. Der Fellow sollte in der wöchentlichen wissenschaftlichen Fortbildung einen Vortrag zu einem ellenbogen-

spezifischen Thema halten. In Absprache mit dem Ellenbogenkomitee der DVSE wird ein wissenschaftliches Projekt in Zusammenarbeit mit Prof. King geplant. Das Fellowship wird von der Firma Tornier mit

3.000 Euro

unterstützt. Voraussetzung für die Bewerbung sind die Mitgliedschaft in der DVSE, ein vertieftes Interesse an Erkrankungen und Behandlungen des Ellenbogengelenks, der Nachweis wissenschaftlicher Leistungen sowie ein Alter unter dem 40. Lebensjahr. Die Western University in London Ontario ist eine der führenden kanadischen Universitäten auf halbem Weg zwischen Toronto und Detroit sowie zwischen dem Huron- und dem Erisee gelegen. Prof. Graham J. W. King zählt mit seinen klinisch wissen-

schaftlichen Themen zu den weltweit führenden Experten der Chirurgie des Ellbogengelenks und ist Entwickler os-teosynthetischer und prothetischer Implantate für Ellenbogengelenkspathologien. Schwerpunkte seiner Arbeiten liegen auf den ligamentären Verletzungen des Ellenbogengelenks, der (navigierten) Ellenbogenprothetik sowie den traumatischen Verletzungen des Radiuskopfes. Bewerbungsschluss ist der **31. Januar 2015**. Die Bewerbung einschließlich Lebenslauf, OP-Katalog, Nachweis der wissenschaftlichen Aktivitäten und Motivationsschreiben ist bitte zu richten an:

*Universitätsklinik Köln
Unfall-, Hand- und Ellenbogenchirurgie
Herrn Univ.-Prof. Dr. Lars Peter Müller
Kerpener Str. 62
50937 Köln*

Reisestipendium 2015 der DVSE e. V.

Die Deutsche Vereinigung für Schulter- und Ellenbogenchirurgie (DVSE) e.V., Sektion der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) sowie der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU), schreibt ein jährliches Reisestipendium gefördert von der Firma medi aus. Im Rahmen dieses Stipendiums wird eine zweiwöchige Studienreise zu deutschen Zentren der Schulter- und Ellenbogenchirurgie für zwei Kandidaten mit insgesamt

4.000 Euro

unterstützt. Voraussetzung für eine Bewerbung von Assistenzärzten/-innen in der Ausbildung zum Orthopäden oder Unfallchirurgen sind ein vertieftes Interesse an den Erkrankungen und Behandlungen des Schulter- und Ellenbogengelenkes sowie eine schriftliche Befürwortung der Bewerbung durch den Leiter der Klinik. Bewerbungen sollten mit Lebenslauf und Darstellung des beruflichen

Werdeganges bis zum **31. Januar 2015** eingereicht werden bei:

*PD Dr. Andreas Werner
Argon Orthopädie + Sporttraumatologie
Hamburg
Große Bleichen 5
20354 Hamburg
E-Mail: werner1516@aol.com*





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.

Veranstaltern sind wir bei der Zertifizierung Ihrer Fortbildungskurse über die jeweilige Landesärztekammer sowie bei der Veröffentlichung über unsere Medien behilflich.



Anmeldungen sind jetzt auch über die ADO-APP und direkt auf der Homepage möglich unter www.institut-ado.de

Facharztvorbereitungskurse Berlin FAB Termine 2014						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Facharztvorbereitungskurs	24.11.-29.11.2014	Dr. med. Thilo John, Prof. Dr. Michael Wich, PD Dr. Stephan Tohtz	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	590 € ¹ 790 € ²	47

Rheuma-Zertifizierungskurse I / II / III in 2014 (im Anschluss Morbus Bechterew)						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Rostock	Kurs II Frühbehandlung	30.08.2014	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Kurs I: 100 € ¹ 130 € ²	7
Meerbusch	Kurs III Behandlung rh. Erkrankungen	12.-13.09.2014				17
Berlin	Kurs III Behandlung rh. Erkrankungen	31.10.-1.11.2014			Kurs II 130 € ¹ 150 € ²	
Berlin	Kurs I Zertifizierungskurs 1	30.10.2014				
Leipzig	Kurs II Frühbehandlung	06.12.2014			Kurs III 200 € ¹ 250 € ²	
Stuttgart	Kurs II Frühbehandlung	11.10.2014				

ORFA – Orthopädisch-rheumatologische Fachassistentin – Berufsbegleitender Fortbildungs-Lehrgang für Arzthelferinnen und MFA						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Modul 4	06.09.2014	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Modul 1 + 7 50 € ¹ (Praxisinhaber) 75 € ²	
	Modul 5	15.11.2014				
	Modul 6	17.01.2015				
	Modul 7	04.02.2015			Modul 2 – 6 150 € ¹ (Praxisinhaber) 175 € ²	

4. Kindertraumatologie-Kurs für den D-Arzt in Berlin						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Kindertraumatologie	12.-13.12.2014	Prof. Wich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	190 € ¹ 240 € ²	9

¹ BVOU-Mitglieder, ² Nichtmitglieder, ³ BVOU/DGOU/DGOOC-Mitglieder

Service / Fort- und Weiterbildung

Manuelle Medizin						
Im Rahmen der Weiterbildung zum Orthopäden / Unfallchirurgen in Kooperation mit der MWE, technische und theoretische Grundlagen in Form von Workshops						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Manuelle Medizin	31.10.-01.11.2014	folgt	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Grundkurs Manuelle Medizin: 300 € ³ 370 € ² Sonderkurs: 220 € ¹ 260 € ²	24

Röntgenaktualisierungskurs						
Berlin	DKOU – Röntgen update	30.10.2014	Dr. T. Abt	ADO	130 € ¹ 150 € ²	9

Basiskurs „Physikalische Therapie“						
Bad Füssing	Basiskurs Physikalische Therapie	17.10-18.10.2014	Prof. Kladny, Prof. Beyer, Dr. Conrad	ADO	450 € ¹ 500 € ²	

Morbus Bechterew „Den Morbus überseh ich nicht“						
Anlässlich des 33. Geburtstages der Deutschen Vereinigung Morbus Bechterew wurde eine Initiative zur Früherkennung der axialen Spondyloarthritis und der ankylosierenden Spondylitis ins Leben gerufen. 33 bundesweite Veranstaltungen der BVOU-Sektion Orthopädische Rheumatologie sollen der aktuellen Diagnosestellung auf die Sprünge helfen – zehn Jahre bis der Morbus Bechterew erkannt wird, sind viel zu viel.						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
siehe Rheumakurse	Morbus Bechterew	die Kurse finden im Anschluss an die Rheumazerertifizierungskurse statt	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	kostenlos	

Kinesio Taping Kurse 2014						
Diese Kursreihe ist in zwei Module aufgebaut, Obere- und Untere Extremitäten und auch für Arzthelferinnen geeignet.						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Aachen	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	19.-20.09.2014	Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	190 € ¹ 230 € ²	7 16 16
Aachen	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS/BWS	17.-18.10.2014			Crashkurs 120 €	17
Berlin	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	07.-08.11.2014				17
Aachen	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	28.-29.11.2014				17
Berlin	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS/BWS	05.-06.12.2014				17

¹ BVOU-Mitglieder, ² Nichtmitglieder, ³ BVOU/DGOU/DGOOC-Mitglieder

Service / Fort- und Weiterbildung

3D/4D Wirbelsäulenvermessung und 4D motion Kurs Termine 2014						
3D/4D Messverfahren ist ein zusätzlicher diagnostischer Baustein bei der Patientenuntersuchung, komplementiert wird dies durch das neue Seminar der dynamischen Wirbelsäulenvermessung 4D-motion						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Fulda	4D-motion	27.09.2014	Dr. Jahn	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de in Kooperation mit Intermed-Forum e.V.	3D/4D: 150 € ¹	9
					200 € ²	9
					4D motion: 150 € ¹	9
					200 € ²	9
Berlin	3D/4D Wirbelsäulenvermessung	01.11.2014			inkl. Handouts und Verpflegung	9
Fulda	4D-motion	08.11.2014				9

ADO Kooperationen						
Muskelfunktionsdiagnostik 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
DKOU Berlin				Akademie Deutscher Orthopäden	125 €	
Berlin	Muskelfunktionsdiagnostik	30.10.2014	Dr. Meichsner	Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	125 €	8

Sonographiekurse Hamburg Termine 2014/2015						
Ultraschallkurse Bewegungsorgane, Sonographiekurse gemäß § 6 KBV-Richtlinien und zertifiziert von DEGUM, DGOOC, ADO, HÄK, BLÄK						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Grundkurs Bewegungsorgane	12.-14.09.2014	Dr. Betthäuser	Schulterzentrum Maurepasstr. 95, 24558 Hamburg Frau Habermann Tel.: 04193/ 959966 sono-kurse@t-online.de www.Schulter-Zentrum.com	auf Anfrage	31
	Aufbaukurs Bewegungsorgane	07.-09.11.2014				31
	Abschlusskurs Bewegungsorgane	23.-24.08.2014				21
	Abschlusskurs Bewegungsorgane	22.-23.08.2015				21
	Grund- u. Aufbaukurs Säuglingshüfte	16.-18.01.2015				42
	Abschlusskurs Säuglingshüfte	18.-19.10.2014				16

MRT-Kurse in Stuttgart Termine 2014						
Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Sportklinik Stuttgart	Differentialdiagnose in der MRT	10.-11.10.2014	Dr. med. Frieder Mauch	Sportklinik Stuttgart, Dr. med. Frieder Mauch Sekretariat Frau Schneider Taubenheimstr. 8 70372 Stuttgart Tel.: 0711/5535-111, Fax: 0711/5535-188, www.sportklinik-stuttgart.de	Pro Kurs: 320 €	16
	Zusammenfassung und Vertiefung an Fallbeispielen	14.-15.11.2014			alle 5 Kurse: 1450 €	16
					CME gesamt 80	

¹ BVOU-Mitglieder, ² Nichtmitglieder

Service / Fort- und Weiterbildung

Sonographiekurse Dortmund Termine 2014

Sonographiekurse der Säuglingshüfte nach Graf

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Akademie Dortmund	Abschlusskurs	15.11.2014	Dr. H.D. Mathhiessen DEGUM-und DGOOC-Seminarleiter Prof. Dr. B. D. Katthagen	Akademie Dortmund Beurhausstr. 40 44137 Dortmund Frau Dorothee Grosse Tel.: 0231 953 20239 www.akademiedo.de	250 € zzgl. MwSt	n.n.

DGMSM Kurse Manuelle Medizin e. V. 2014

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
Boppard	Weiterbildung Manuelle Medizin „LBB1 Lenden-Becken-Bein“	25.-29.06.2014	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	
Boppard		10.-14.09.2014				
Bad Füssing		05.-09.11.2014				
Boppard		03.-07.12.2014				

GHBF Haltuns- und Bewegungsdiagnostik Termine 2014

Grundlagen der Propriozeption, Bewegungssteuerung, Haltungsanalyse, Craniomandibuläres System, binokularer Sehakt, vestibuläres System, sensomotorische, propriorezeptive Einlagen, statodynamische Messsysteme: Wirbelsäulenvermessung, EMG, Ganganalyse, Balancetests, etc.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Chiemsee	Kompaktkurs	27.-29.06.2014	Dr. Gregor Pfaff, Michael Kaune, Dr. Martina Götz	GHBF e.V., Haimhauserstr. 1, 80802 München, Tel: +49 89-330 370 53 / Fax: +49 89-330 371 31	455 € (GHBF Mitglieder 364 €) In der Gebühr enthalten sind Kursmaterial und Verpflegung.	
Taunus	Kompaktkurs	12.-14.09.2014				
Chiemsee	Kompaktkurs	14.-16.11.2014				

Dr. Karl-Sell-Ärztseminar (MWE) e. V. Manuelle Medizin Termine 2014

Zugangsvoraussetzung: Approbation als Arzt abgeschlossene Weiterbildung Chirotherapie / Manuelle Medizin.

Die MWE bietet in Zusammenarbeit mit der DAAO e. V. und dem Philadelphia College of Osteopathic Medicine eine osteopathische Fortbildung für Ärzte an.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Dresden	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 1)	12.-14.09.2014		Dr. Karl-Sell-Ärztseminar Neutrauchburg (MWE) e.V. Riedstr. 5 88316 Isny-Neutrauchburg Tel: 07562/9718-14 Fax: 07562/9718-22 email: falkowski@aerzte-seminar-mwe.de www.aerzte-seminar-mwe.de	auf Anfrage	
Dresden	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 2)	19.-21.09.2014				
Karlsruhe	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 1)	19.-21.09.2014				
Karlsruhe	Manuelle Medizin – Grundkurs I (Teil 2)	26.-28.09.2014				
Isny	Manuelle Medizin – Grundkurs I	17.-18.10.2014				
Damp	Manuelle Medizin – Grundkurs I	25.10.-01.11.2014				
Hannover	Manuelle Medizin – Grundkurs I	14.-20.11.2014				

Osteopathiekurse

Bad Iburg	Einführungskurs (Deutsch)	04.-06.09.2014
-----------	---------------------------	----------------

Service / Fort- und Weiterbildung

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	BVOU Mitglieder 295 €	39

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Termine 2014						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Frankfurt	AE-Masterkurs Hüfte	03.-04.07.2014	n.n.	Jelena Bindemann Projektleiterin Veranstaltungen Arbeitsgemeinschaft 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	250 €	19
Stuttgart	AE-Kurs Schulterchirurgie	04.-05.07.2014	Dr. Ambacher Prof. Dr. Fink Prof. Dr. Scheibel Prof. Dr. Brunner			
Berlin	AE-Kompaktkurs Zement und Zementiertechnik	04.09.2014	n.n.			
Berlin	AE-Kurs Komplexe Revisionseingriffe in der Knieendoprothetik	05.-06.09.2014	n.n.			
Hamburg	AE-Tutorial „Endoprothetik des Hüftgelenks“	06.-08.10.2014	n.n.			
Berlin	AE-Masterkurs Hüfte	10.-11.10.2014	n.n.			
Ofterschwang	AE-Kurs und AE-Masterkurs Knie	06.-08.11.2014	n.n.			
Chemnitz	AE-Kompaktkurs Zement und Zementiertechnik	21.11.2014	n.n.			
Bonn	16. AE-Kongress	05.-06.12.2014	n.n.			

Initiative '93 Technische Orthopädie 2014						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Magdeburg	Modul 1+3 Orthetik Kinderorthopädie, Neuroorthopädie und Querschnittslähmung, Rollstuhlversorgung	12.-14.09.2014	Prof. Dr. Ch. Lohmann	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 Tel. +43 (512) 504-22697 Fax: +43 (512) 504-22557 Frau Monika Brennsteiner Email: monika.brennsteiner@uki.at	Mitglieder DGOU und BVOU sowie Ärzte in Weiterbildung: 300 € Nicht- mitglieder: 400 €	n.n.
Dortmund	Modul 5 Refresher- und Prüfungskurs	28.-29.09.2014	Prof. Dr. Greitemann Herr Kokegei			n.n.
Innsbruck/ Österreich	Modul 6 Spezielle Amputationschirurgie	26.-27.09.2014	Dr. Landauer			n.n.

Service / Fort- und Weiterbildung

D. A. F Zertifikat Fußchirurgie 2014						
Jahresprogramm der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V.						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Augsburg	OP-Kurs Sehnenchirurgie	04./05.07.2014	Dr. Frank, M. Abbara-Czardybon, A. Prescher	Kongress- und MesseBüro Lentzsch GmbH Gartenstr. 29, 61352 Bad Homburg Tel.: +49 (0)6172-6796-0 Fax: +49 (0)6172-6796-26 info@kmb-lentzsch.de	Kursgebühr für Mitglieder D. A. F 380 € Kursgebühr für Nicht-Mitglieder 480 €	
Aachen	OP-Kurs Athrodesen	29./30.08.2014				
Bochum	OP-Kurs Rheumafuß	05./06.09.2014	n.n.			
Greifswald	OP-Kurs Vorfußchirurgie	19./20.09.2014	J. Lange			
Hannover	OP-Kurs Sehnenchirurgie	26./27.09.2014	C. Stukenborg-Colsman		Abschlusskurs Mitglieder D. A. F 330 €	
Münster	OP-Kurs Traumatologie	26./27.09.2014	S. Ochman			
Stuttgart	OP-Kurs Vorfußchirurgie	07./08.11.2014	M. Gabel, U. Gronwald		Abschlusskurs Nicht-Mitglieder 430 €	
München	Workshop Kinderfuß	14./15.11.2014	J. Hamel			
Wien	Workshop Kinderfuß	21./22.11.2014	R. Ganger			

MRT Kurse Erlangen 2014/2015						
Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Siemens AG Erlangen	Kurs 1 Obere Extremitäten	26.-27.09.2014	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: 320 € alle 5 Kurse: 1450 €	85
	Kurs 2 Wirbelsäule	14.-15.11.2014				
	Kurs 3 Untere Extremitäten	12.-13.12.2014				
	Kurs 4 Weichtel-, Knochen-, Geleigenkerkrankung	16.-17.01.2015				
	Kurs 5 Abschlusskurs, Fallbeispiele	20.-21.03.2015				

Sonographiekurse Berlin Dr. Mellerowicz Termine 2014						
Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Aufbaukurs Sonographie des Haltungs- und Bewegungsapparates	29.-31.08.14	Dr. Mellerowicz	Herrn PD Dr.med. Holger Mellerowicz Helios Kliniken Behring KKH Gimpelsteig 9 14165 Berlin www.helios-kliniken.de/ berlin-behring claudia.peter@helios-kliniken.de	auf Anfrage	n.n.
	Aufbaukurs Sonographie der Säuglingshüfte	20.-21.06.14				
	Abschlusskurs Sonographie der Säuglingshüfte	31.10.-01.11.14				
	Abschlusskurs Sonographie des Haltungs- und Bewegungsapparates	28.02.-01.03.14				
	Grundkurs Sonographie der Säuglingshüfte	26.-27.09.14				

DKOU-DIGEST Fachkunde ESWT						
Berlin	Fachkunde ESWT Modul 2/ Tendopathien der oberen Extremitäten	31.10.2014	Dr. Ringeisen Dr. Gleitz	ADO	BVOU-Mitglieder 330 € Nicht-Mitglieder 350 €	8
Berlin	Fachkunde ESWT Modul 4/ Knochen und Knorpel	01.11.2014	Dr. Ringeisen Dr. Gleitz	ADO	BVOU-Mitglieder 330 € Nicht-Mitglieder 350 €	8

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
Juli		
Hannover	ATLS-Providerkurs	05./06.07.2014
Koblenz	ATLS-In-house-Kurs	04./05.07.2014
Murnau	ATLS-Providerkurs	19./20.07.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	19./20.07.2014
München	ATLS-Providerkurs	26./27.07.2014
August		
München	ATLS-Providerkurs	02./03.08.2014
Köln	ATLS-Providerkurs	01./02.08.2014
Hamburg	ATLS-Providerkurs	08./09.08.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	09./10.08.2014
Köln	ATLS-Providerkurs	22./23.08.2014
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	23./24.08.2014
Berlin	ATLS-Providerkurs	23./24.08.2014
September		
Dresden	ATLS-Providerkurs	13./14.09.2014
Köln	ATLS-Providerkurs	19./20.09.2014
Hamburg	ATLS-In-house-Kurs	20./21.09.2014
München	ATLS-Providerkurs	27./28.09.2014
Koblenz	ATLS-In-house-Kurs	26./27.09.2014
Freiburg	ATLS-In-house-Kurs	26./27.09.2014
Oktober		
Ludwigshafen	ATLS-Providerkurs	11./12.10.2014
Köln	ATLS-Providerkurs	10./11.10.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	11./12.10.2014
Leipzig	ATLS-Providerkurs	17./18.10.2014
Murnau	ATLS-Providerkurs	18./19.10.2014
November		
Dresden	ATLS-Providerkurs	08./09.11.2014
Murnau	ATLS-Providerkurs	15./16.11.2014
Murnau	ATCN-Providerkurs	15.-17.11.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	15./16.11.2014
Leipzig	ATLS-Providerkurs	15./16.11.2014
Leipzig	ATLS-Providerkurs	21./22.11.2014
Köln	ATLS-Providerkurs	21./22.11.2014
Tübingen	ATLS-In-house-Kurs	22./23.11.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	29./30.11.2014
Bielefeld	ATLS-Providerkurs	29./30.11.2014

Service / Fort- und Weiterbildung

Dezember		
Ulm	ATLS-In-house-Kurs	06./07.12.2014
Hannover	ATLS-Providerkurs	06./07.12.2014
Ulm	ATLS-Providerkurs	13./14.12.2014
München	ATLS-Providerkurs	13./14.12.2014
Hamburg	ATLS-Providerkurs	12./13.12.2014

Service / Kleinanzeigen

Praxisabgabe

Norddeutschland.Konserv. Orthopädie (und Unfallchirurgie) m. Sportmed., Chiro-, Schmerzther.: Sehr attrakt. Privatpraxis sucht 1 oder 2 Nachfolger, Op-Möglichkeiten vor Ort gegeben. Bei Interesse fordern Sie ein ausführliches Exposé an unter

Chiffre: 21 14 31

Stellenangebot

Prosperierende große orthopädische, konservative Einzelpraxis mit Zweitpraxis sucht einen Weiterbildungsassistenten / Facharzt (m/w) für den Raum Niedersachsen zu sofort. Eine spätere Partnerschaft ist möglich.

Chiffre: 21 14 32