



Orthopädie und Unfallchirurgie

Mitteilungen und Nachrichten



DGOU



Oktober 2014



**Nationale Versorgungsleitlinie
Kreuzschmerz**

**Nutzenbewertung:
Arthroskopie bei
Gonarthrose**

**Preisfokussierung
in Deutschland**

DIE PRÄSIDENTEN 2014



Prof. Dr. Henning Windhagen
Präsident DGOOC, DGOU



Prof. Dr. Bertil Bouillon,
Präsident DGU,
stellv. Präsident DGOU



Prof. Dr. Johannes
Flechtenmacher,
Kongresspräsident BVOU

„Wissen schafft Vertrauen“

Das Motto des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie 2014, zu dem wir Sie ganz herzlich vom 28.-31.10.2014 nach Berlin einladen, heißt „Wissen schafft Vertrauen“. Wissen ist eine Grundvoraussetzung, um das Vertrauen unserer Patienten zu verdienen. Oberflächlichkeit oder rasche Information aus dem einen oder anderen Informationsportal im Internet reichen da nicht aus. Wissen muss man sich erarbeiten. In einer Zeit, in der die Halbwertszeit des Wissens in der Medizin fünf Jahre beträgt, ist das eine Herausforderung, der wir uns jeden Tag neu stellen müssen. Der Wissenschaftliche Kongress der Fachgesellschaften und des Berufsverbandes von Orthopädie und Unfallchirurgie ist eine ideale Plattform neues Wissen zu erfahren, auszutauschen und zu diskutieren.

Ohne Innovationen geht es nicht

Solch neues Wissen zur Behandlung von Krankheiten und Verletzungen wird heute von vielen nicht mehr als der Kernpunkt unserer Weiterentwicklung gesehen. Die hohen heutigen Standards durch herausragenden Wissenszuwachs aus der Vergangenheit, z.B. in der Arthroesebehandlung und Traumaversorgung, werden heute in Öffentlichkeit und Politik gerne als fast erreichtes Ziel angesehen. Hier werden dann für die Entwicklung der Zukunft nur noch Qualitätssicherung und Kosteneffektivitätsverbesserungen angestrebt. Der Begriff medizinische Innovation wird geschickt

mit als „zu teuer“ und „zu riskant“ verknüpft und erzeugt die entsprechende Unsicherheit beim Patienten. Die Kostenkontrolle bei Implantaten führt zu einem für das Gesundheitssystem günstigen Markt, bremst aber Investitionen für Innovationen gründlich aus. Unsere Patienten selber spüren die Entwicklung, ohne sich deren bewusst zu sein. Wie ein günstiges „Schnäppchen“ geht es um Kostenkontrolle im schicken Gewand ohne Notwendigkeit einer Verbesserung. Aber geht es ohne Innovationen, ohne neue Forschung, ohne neues Wissen und ohne Therapieentwicklungen? „Stillstand ist Rückschritt“ ... ist eine Lebensweisheit und getreu unserem Kongressmotto würden wir ohne Forschung, Innovationen und neues Wissen vor allem auch das Vertrauen unserer Patienten riskieren.

Halbierung der Mortalität

Durch die Forschung und den verantwortungsvollen Umgang mit den daraus gewonnenen Erkenntnissen steht uns heute ein breites Spektrum konservativer und operativer Behandlungsmethoden zur Verfügung. Präventionsprogramme bereits im Säuglingsalter haben die Zahl von Hüftgelenksdysplasien im Säuglingsalter drastisch gesenkt und dank innovativer Medikamente brauchen Rheumapatienten heute sehr viel seltener operative Eingriffe. Die Hüftgelenkserersatzoperation ist gemessen an dem Zugewinn an Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten eine der

erfolgreichsten Operationen. Durch moderne Konzepte der Frakturversorgung sind Zeiten, in denen Patienten Monate in Streckverbänden das Bett hüten mussten vorbei. Schwerstverletzte haben heute eine Überlebenswahrscheinlichkeit von 85 Prozent. Die Mortalität konnte in den vergangenen 20 Jahren durch intensive Forschung halbiert werden!

Meilensteine für Qualität und Sicherheit

Was wir weiterhin brauchen, sind Innovationen, die Fehlermöglichkeiten reduzieren und die Patientensicherheit erhöhen. Nach dem Vorbild der Luftfahrtsicherheit, sind hier Zentren und Register eine wesentliche Innovation. Das Traumanetzwerk verbunden mit dem Traumregister ist hierfür ein gutes Beispiel. Hier arbeiten Klinik-Netzwerke bei der Versorgung von Schwerverletzten zusammen, um jedes Unfallopfer schnellstmöglich und flächendeckend mit hoher Qualität zu versorgen. Deutschland ist hier der Vorreiter für europäische und internationale Entwicklungen. Die zertifizierten Endocert-Endoprothetikzentren und das Deutsche Endoprothesenregister sind weitere Meilensteine der letzten Jahre auf dem Weg zu mehr Qualität und Sicherheit. Ein neueres Projekt ist die Initiative Alterstraumazentrum. Solche Projekte verlangen große Anstrengungen in der Versorgungsforschung, um Sicherheit und Qualität in Zahlen ausdrücken zu können und vergleichbar zu machen – und um Vertrauen zu schaffen.

Patient ist kein Kunde

Neben dem Wissen und den Innovationen sucht der Patient aber auch unser Vertrauen. Medizin ist keine nüchterne Dienstleistung. Der Patient ist kein Kunde. Er ist ein kranker oder verletzter Mensch, der unsere Hilfe sucht. Der Patient wünscht sich immer noch, dass wir ihm zum richtigen Zeitpunkt die zu seiner Erkrankung bzw. Verletzung und seinem Lebensstil passende Behandlung vorschlagen. Hier sind wir als Arzt und im wahrsten Sinne des Wortes als Anwalt des Patienten gefragt. Natürlich wollen und sollen Patienten in die Entscheidungsfindung einbezogen werden – und trotzdem suchen sie häufig einen sehr persönlichen und empathischen Rat. Dieses ist auch eine wichtige Botschaft, die wir in der Aus-, Weiter- und Fortbildung unseres Nachwuchses vermitteln und vorleben sollten.

Erfolg beginnt im Kopf

Der Kongress wird am Dienstag, den 28.10.2014, mit dem Tag der Sektionen und Arbeitsgemeinschaften starten. Parallel starten die Seminare und Kurse. Im Rahmen der Kongresseröffnung wird Prof. Dr. phil. Hans-Dieter Hermann den Festvortrag halten. Er unterrichtet an der Deutschen Hochschule für Prävention und Gesundheitsmanagement in Saarbrücken, ist Mitinhaber der international arbeitenden „Coaching Competence Cooperation“ und seit 2004 der erste Sportpsychologe der Deutschen Fußball Nationalmannschaft, welche in diesem Jahr in Brasilien die Weltmeisterschaft gewonnen hat. Seine Festrede hat den Titel „Erfolg beginnt im Kopf“.

Wissenschaftliches Programm

Von Mittwoch bis Freitag haben wir gemeinsam mit vielen Aktiven in unseren Arbeitsgemeinschaften und Sektionen,

wie wir glauben, ein für Sie attraktives wissenschaftliches Programm zusammengestellt. Alle interessanten Aspekte der Orthopädie und Unfallchirurgie werden angesprochen werden. Einen besonderen Focus wollten wir in diesem Jahr auf die Themen Implantatinfektionen, die Herausforderungen des adipösen Patienten und die Berufspolitik setzen. Prof. Dr. Werner Zimmerli wird am Mittwoch die Pauwels Gedächtnisvorlesung halten. Thema sind die Implantat-assoziierten Infektionen. Seit 1979 war dieses Thema sein Forschungsschwerpunkt.

Ganz international

Wir freuen uns auch in diesem Jahr wieder viele internationale Teilnehmer begrüßen zu können. Wir werden in diesem Jahr in einem Saal während des gesamten Kongresszeitraums internationale Sitzungen veranstalten. Diese Sitzungen sind immer auf ein wichtiges Thema fokussiert, welches dann von nationalen und internationalen Experten in englischer Sprache diskutiert werden wird. Wir hoffen damit nicht nur das Interesse unserer Internationalen Teilnehmer geweckt zu haben, sondern laden zu diesen Sitzungen ausdrücklich auch alle nationalen Teilnehmer ein. Die Idee hinter den internationalen Sitzungen ist es, „über den Tellerrand hinauszublicken“ und „von Freunden zu lernen“.

Attraktives Rahmenprogramm

Da der DKOU 2014 in diesem Jahr in vielen Bundesländern parallel zu den Herbstferien stattfindet, haben wir versucht, ein attraktives Rahmenprogramm nicht nur für Erwachsene, sondern sehr bewusst auch für Kinder und Jugendliche zusammenzustellen. Für die „Kleinen“ im Alter von 0-12 Jahren wird die KIDS Betreuung am Kongresszentrum angeboten. Für die „Großen“ im Alter von 12-18 Jahren haben wir ein spezielles „Fe-

rienprogramm“ im Rahmenprogramm zusammengestellt. Es ist eine ideale Gelegenheit Berlin und die Umgebung während der Herbstferien auf spannende Art, gemeinsam mit anderen, kennenzulernen. Für alle Sportfreunde – oder die, die es noch werden wollen, findet am 30.10.2014 um 07.15 Uhr im Tiergarten der 1. DKOU Charity-Lauf über 5 km statt. Pate der Veranstaltung wird David Behre sein. 2007 verlor er bei einem Unfall beide Unterschenkel. Mit seinem Sprint zurück ins Leben wurde er mit der 400m Staffel Dritter der Paralympics in London 2012 und ist in diesem Jahr Europameister im 400m Lauf geworden.

Wir hoffen Ihr Interesse geweckt zu haben und würden uns freuen, Sie im Oktober in Berlin begrüßen zu können!

Ihre Präsidenten



Prof. Dr. Henning Windhagen
Präsident DGOOC, DGOU



Prof. Dr. Bertil Bouillon
Präsident DGU, Stellv. Präsident DGOU



Prof. Dr. Johannes Flechtenmacher
Kongresspräsident BVOU



480 **Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz:** Eine flächendeckende Umsetzung der Leitlinie ist bisher nicht erfolgt. Unter anderem deshalb, weil die Versorgungspfade neu gestaltet werden müssen.



500 **Nutzenbewertung: Arthroskopie bei Gonarthrose** Welche Rolle spielt die Arthroskopie bei der Therapie von Gonarthrose? Keine, da keine Nutzenbelege vorlägen, sagt das IQWiG in seinem Abschlussbericht.



502 **Preisfokussierung in Deutschland:** Kostet uns der anhaltende Kostendruck die Zukunft? Die Medizintechnik-Branche steht verstärkt im Fokus von Politik und Öffentlichkeit. Dabei schwächelt der MedTech-Standort Deutschland.

Editorial

„Wissen schafft Vertrauen“

Impressum

Nachrichten

Kurz und bündig

Zahl der Behandlungsfehler leicht rückläufig

Klinisches Management von Hämorrhagie und Gerinnungsstörung beim Schwerverletzten

Caspar Grim ist Mannschaftsarzt bei Jugendolympiade

Forschungsbericht zur Mengenentwicklung von Operationen im Krankenhaus: Datenlage muss transparent werden

Deutschlandweit erstes AltersTraumaZentrum DGU® zertifiziert

Neu: Managementforum – Aufbau eines AltersTraumaZentrum DGU®

AWMF-Positionspapier zur Evaluation der medizinischen Forschungsleistung

Aktionsbündnis Patientensicherheit schreibt Preis aus

Aus unserem Fach

461 UNFALLPRÄVENTION
Das P.A.R.T.Y. Programm **478**

468 NATIONALE VERSORGUNGS-
LEITLINIE KREUZSCHMERZ
Bleibt das Bielefelder Modell
singulär? **480**

KOMMENTAR ZUM BIELEFELDER
MODELL
Vorbild für die Behandlung von
Wirbelsäulenerkrankungen? **487**

470 DEUTSCHE WIRBELSÄULEN-
GESELLSCHAFT DWG
Qualität der Wirbelsäulentherapie
sichern **488**

NEUE BIOMATERIALIEN
Transregio 79 wird verlängert **492**

TELERADIOLOGIE UND
TELEKONSULTATION
Das Projekt TeleQualy **495**

Qualität und Sicherheit

474 INTERVIEW
One-fits-All-Methodenbericht
nicht mehr zeitgemäß **498**

475 NUTZENBEWERTUNG
Arthroskopie bei Gonarthrose **500**

Recht und Wirtschaft

476 PREISFOKUSSIERUNG IN
DEUTSCHLAND
Kostet uns der anhaltende
Kostendruck die Zukunft? **502**

KOMMENTAR ZU PREISFOKUSSIERUNG
Wie teuer darf Medizintechnik sein? **506**

MEDIZINPRODUKTERECHT
Konsequenzen aus den Änderungen
in der Medizinprodukte-
Betreiberverordnung **507**

Unterwegs

KONGRESS IN PERU
Auf der Arthroplastia in Peru **510**

BVOU		DGOU		DGU	
Rechtsschutz-Versicherung für Ärzte	519	Bericht der Sektion der GOTS – Sportorthopädie / Sporttraumatologie	527	Jahresbericht der AG Osteologie der DGU	543
Berichte aus den Landesverbänden des BVOU 2014	521	Bericht der AG Lehre der DGOU	528	Jahresbericht der Sektion Handchirurgie der DGU	544
Gesamtvorstandssitzung und Klausurtagung des BVOU in Berlin	523	Bericht der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V. 2013 / 2014	529	Bericht der Arbeitsgemeinschaft „Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie“ 2014	545
Laudatio Dr. Georg Holfelder	524	Bericht der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie, DGORh	531	Neue Mitglieder	546
Mit Stipendium zum Facharztvorbereitungskurs	526	Neue Mitglieder	534		
Neue Mitglieder	526				
Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken	526				
		DGOOC		VLOU	
		Alle Register ziehen	535	Über den Sinn der Qualitätssicherung mit Routinedaten	548
		EndoCert – eine erfolgreiche Entwicklung	537	Kostenloser Rechtsrat für die Mitglieder des VLOU e. V.	549
		Tätigkeitsbericht der Sektion Osteologie der DGOOC 2013 / 2014	538		
		Neue Mitglieder	539		
		Bericht der Sektion Technische Orthopädie und Orthopädie-Schuhtechnik 2014	540		
		Bericht Sektion Sportorthopädie – Sporttraumatologie der DGOOC	542		

Namen

Personalien	512
In eigener Sache	514
Wir gratulieren ...	514
GESICHTER AUS O UND U Klaus-Peter Günther, Hans Zwipp: O und U in einem universitären Zentrum	515
Nachruf für Prof. Dr. Hossein Towfigh	517

Für Sie gelesen

550

Für unsere Mitglieder

Service / Fort- und Weiterbildung	552
Kleinanzeigen	560
OU Medizin und Markt	562

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

Schriftleitung VLOU

Prof. Dr. med. Karl-Dieter Heller
Geschäftsstelle VLOU
Straße des 17. Juni 106–108
10623 Berlin
Tel.: (0 30) 340 60 36 60
Fax: (0 30) 340 60 36 61
E-Mail: info@vlou.de

Redaktion

Ines Landschek
Tel.: (0 30) 340 60 36 00
E-Mail: ines.landschek@snafu.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 31 630
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

L42 Media Solutions, Berlin

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

Vorstandsmitglied

Prof. Dr. med. Alexander Beck, Würzburg

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

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.

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.: (030) 340 60 36 00
Fax: (030) 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.: (030) 340 60 36 30
Fax: (030) 340 60 36 31
E-Mail: info@dgoc.de
www.dgoc.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



Verband leitender Orthopäden und
Unfallchirurgen Deutschland e.V.

Geschäftsführender Vorstand

1. Vorsitzender

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

2. Vorsitzender

Prof. Dr. med. Dietmar Pennig, Köln

Schatzmeister

Dr. med. Wilhelm Baur, Schwarzenbruck

Schriftführer

Dr. med. Walter Schäfer, Gummersbach

Geschäftsstelle des VLOU

Straße des 17. Juni 106–108
(Eingang Bachstraße)
10623 Berlin
Tel.: (030) 340 60 36 60
Fax: (030) 340 60 36 61
E-Mail: info@vloou.de
www.vloou.de

Kurz und bündig



Sonographie der Säuglingshüfte

Die erste Publikation über die Möglichkeit, eine Hüftluxation mit Ultraschall zu diagnostizieren, erfolgte 1980 und löste neben Erstaunen auch Gelächter aus; glichen doch die ersten Hüftsonogramme eher Schneegestöber auf Wetterkarten. Die kontinuierliche Weiterentwicklung der Methode über drei Jahrzehnte hinsichtlich Präzision und Aussagekraft führte zu einem völlig neu-

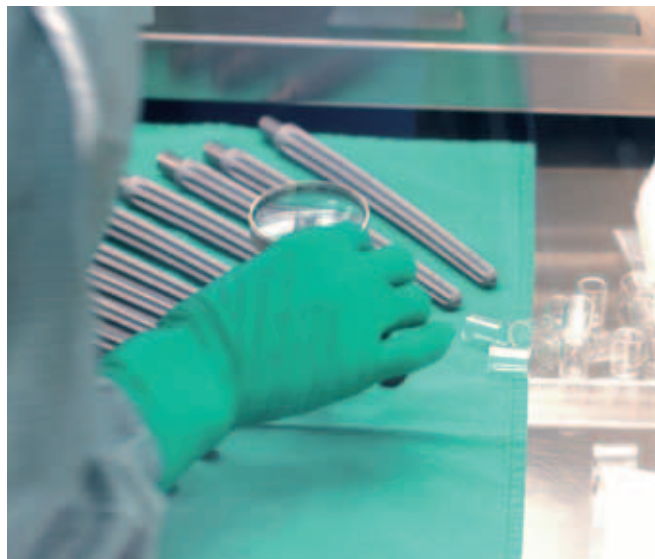
en Verständnis des Luxationsprozesses, aber auch der diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten. Die neue Broschüre kann man bei der KBV kostenlos herunterladen: www.kbv.de/html/themen_2856.php. (red)

DMP: G-BA nimmt Beratungen zu vier weiteren Erkrankungen auf

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) nimmt die Beratungen zu strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) für die chronischen Krankheiten rheumatoide Arthritis, chronische Herzinsuffizienz, Osteoporose und Rückenschmerz auf. Die Aufnahme der Beratungen hat aber nicht in jedem Fall zwangsläufig die Entwicklung eines strukturierten Behandlungsprogramms zur Folge. Die tatsächliche Umsetzung wird von den Ergebnissen der Beratungen zu den einzelnen Krankheiten sowie der jeweiligen Leitlinienrecherche abhängig sein. Deshalb hat der G-BA auch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit einer aktuellen Leitlinienrecherche zu allen vier Erkrankungen beauftragt. Es geht im Wesentlichen um im Gesetz vorgegebene Kriterien: Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungsqualität, der Verfügbarkeit evidenzbasierter Leitlinien u. a. Infos: www.g-ba.de. (red)

Verkehrsunfall: Auch die Seele leidet

Die Knochen heilen, doch das Gemüt leidet weiter: Ein Viertel aller bei einem Unfall schwer Verletzten hat psychische Folgeerkrankungen wie Angst, Depression oder eine Posttraumatische Belastungsstörung zu befürchten. Zu diesem Ergebnis kommt die Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt) mit einer aktuellen Untersuchung zu psychischen Folgen von Verkehrsunfällen. Die Einleitung gezielter Maßnahmen sollte demnach schon in der Unfallklinik beginnen. Mit einem eigens entwickelten Fragebogen sowie Patientenbefragungen und Auswertungen der Patientenakten ermittelte die BASt in Kooperation mit dem Institut für Forschung in der Operativen Medizin jene Faktoren, die zur Entwicklung einer psychischen Störung nach einem Verkehrsunfall beitragen können. Untersucht wurden über 200 Straßenverkehrsunfallopfer, die sich zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus befanden. Die Patienten wurden zu Beginn und nach sechs bis zwölf Monaten nach dem Unfall befragt. (red)



Zahl der Behandlungsfehler leicht rückläufig

Wird von Behandlungsfehlern gesprochen, drängen sich Bilder von der vergessenen Schere im Bauch oder dem verwechselten Bein bei einer Amputation auf. Wenn solche Fehler passieren, ist das Leid der Betroffenen oft sehr groß. Die Bundesärztekammer wies bei der Vorstellung der Behandlungsfehlerstatistik der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen aber darauf hin, dass diese Fehler äußerst selten sind.

Wie aus der Statistik hervorgeht, haben die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen im Jahr 2013 insgesamt 7.922 Entscheidungen zu mutmaßlichen Behandlungsfehlern getroffen. Damit ist die Zahl der Sachentscheidungen im Vergleich zum Vorjahr gestiegen, die Zahl der festgestellten Fehler ist jedoch rückläufig. So lag in 2.243 Fällen ein Behandlungsfehler vor (Vorjahr: 2.280). In 1.864 Fällen wurde ein Behandlungsfehler als Ursache für einen Gesundheitsschaden ermittelt, der einen Anspruch des Patienten auf Entschädigung begründete. Die häufigsten Diagnosen, die zu Fehlervorwürfen führten, waren wie in den Vorjahren Knie- und Hüftgelenkarthrosen sowie Unterschenkel- und Sprunggelenkfrakturen. Die bearbeiteten Fälle zeigen, dass Komplikationen oder unerwünschte Behandlungsergebnisse eine Fülle von Ursachen haben können.

Nicht mit Pfusch gleichzusetzen

„Mitunter lässt sich auch nicht umgehen, dass die Behandlung des Patienten mit belastenden Nebenwirkungen verbunden ist. Es gibt Fälle, da sind wir buchstäblich mit unserem Latein am Ende. Wenn es dann zu einem Behandlungsfehler kommt, ist er nicht selten Teil verschiedener unvermeidbarer Komplikationen“, sagte Dr. Andreas Crusius, Vorsitzender der Ständigen Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer. Er warnte davor, solche Fehler mit Ärztepfsch gleichzusetzen.

Quelle: BÄKground, August 2014



Klinisches Management von Hämorrhagie und Gerinnungsstörung beim Schwerverletzten

Auf dem European Congress of Trauma and Emergency Surgery (ECTES) und 2nd World Trauma Congress (WTC), der vom 25. bis 27. Mai 2014 in Frankfurt am Main stattfand, wurde eine Online-Umfrage „Klinisches Management von Hämorrhagie und Gerinnungsstörung beim Schwerverletzten“ durchgeführt.

Die Online-Umfrage zum Thema traumassozierte Koagulopathie und deren Therapie wurde von der Arbeitsgruppe um Prof. Marc Maegele (Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie, Krankenhaus Köln-Merheim, Institut für Forschung in der operativen Medizin – IFOM, UW/H) sowie von elf Studenten unterschiedlicher Semester der Fakultät für Gesundheit der Universität Witten/Herdecke durchgeführt. Sie fand während der drei Kongresstage unter den rund 1.540 Kongressdelegierten aus insgesamt 77 Ländern statt und bearbeitete die unterschiedlichen Infrastrukturen, klinischen Versorgungsstrategien und die Verfügbarkeit von Blut- und Gerinnungsprodukten, die bei einem akut blutenden schwerverletzten Patienten zur Anwendung kommen.

Webbasierter Fragebogen

Die Studenten führten die Umfrage mit einem webbasierten Fragebogen (lime survey) mittels Tablet-Computer (IPads) in den Ausstellerfluren und im Gastronomiebereich der Messe Frankfurt durch. Der aus 16 Fragen bestehende Fragebogen erhob soziodemographische Daten (Herkunft, Fachgebiet und Berufserfahrung sowie innerklinische Position), klinische Daten zur Anzahl und Art der Patientenversorgung (Anzahl an behandelten Traumapatienten pro Jahr, Anzahl an blutenden schwerverletzten Patienten) sowie die Art der Detektion und Möglichkeiten der Therapie (klinische und laborparametrische Standardtests sowie erweiterte Diagnostik wie viskoelastische Testmethoden). Zudem wurde nach einer Einschätzung der Gefährdung von Patienten unter kontinuierlicher Antikoagulan-

tientherapie und bei der Einnahme von „NOAC“ (new oral anti-coagulants) gefragt. Die Befragung schließt mit den Fragen nach Art und Verfügbarkeit von Blutprodukten und ergänzenden Hämostatika (Tranexamsäure, Fibrinogen, Einzelfaktorengabe) sowie der Etablierung eines Transfusionsprotokolls.

Auswertung

Unter den 1.540 Kongressteilnehmern konnten 446 vollständig ausgefüllte Fragebögen (29%) von Teilnehmern aus 67 unterschiedlichen Ländern erhoben werden. Die überwiegende Mehrheit der Teilnehmer gab an, als Allgemeinchirurg (36,1%) oder Unfallchirurg (44,5%) in Universitätskliniken und bei überregionalen Versorgern (level I) (70%) oder in regionalen Traumazentren (level II) (19%) zu arbeiten. Die am häufigsten genannten Parameter für eine zeitnahe Detektion und Verlaufskontrolle einer Gerinnungsstörung eines blutenden Patienten waren die klinische Beurteilung (über 80%) sowie laborparametrische Standard-Gerinnungsparameter (74,6%), gefolgt von Bildgebung (FAST, CT) (65,9%). Fibrinogen als Laborparameter (46,5%), erweiterte Gerinnungstests (31,1%) sowie die Peritoneallavage (5,3%) werden erwartungsgemäß seltener verwendet. Etwa 30% der Befragten gaben an, viskoelastische Testmethoden (TEG, ROTEM) zur Detektion einer Gerinnungsstörung zu verwenden. Die überwiegende Anzahl an Traumazentren (69%) hat auf internationalen Leitlinien basierende Massentransfusionsprotokolle implementiert. Von den Befragten gaben 89% an, dass insbesondere die orale Antikoagulantientherapie mit „NOACs“ und Plättcheninhibitoren eine zunehmende Bedrohung für schwerverletzte Patienten darstellt.

Die vollständigen Ergebnisse der Umfrage werden voraussichtlich im European Journal of Trauma and Emergency Surgery (EJTES – official journal of ESTES) publiziert werden.

ECTES

Der jährlich in Kooperation stattfindende ECTES & WTC ist als internationaler Fachkongress in englischer Sprache bekannt und vereint thematisch Polytraumaversorgung und notfallchirurgische Eingriffe, Chirurgische Intensivmedizin, orthopädische Verletzungen und Chirurgie, sowie Militär- und Katastrophenmedizin. Diesjähriger Tagungspräsident des ECTES war Prof. Ingo Marzi (Frankfurt). Ihm und seinem Team möchten wir für die freundliche Hilfe und Bereitschaft herzlich danken; außerdem Dank an alle teilnehmenden Helfer für ihre Unterstützung!

www.ectes2014.org

Dr. med. Arne Driessen ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM) der Universität Witten Herdecke.

Kontakt: driessena@kliniken-koeln.de



Casper Grim ist Mannschaftsarzt bei Jugendolympiade

Zum zweiten Mal ist der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. Casper Grim aus Osnabrück als leitender Mannschaftsarzt ins deutsche Team bei den Olympischen Jugendspielen berufen worden.

Dr. Casper Grim war bereits 2010 bei der Premiere der Olympischen Jugendspiele in Singapur als leitender Mannschaftsarzt des deutschen Teams dabei. Die zweite Jugendolympiade findet vom 16. bis 28. August 2014 im chinesischen Nanjing statt. Für die medizinische Versorgung der 83 Sportler und 46 Betreuer, die Deutschland entsendet, ist Casper Grim mit einer Kollegin und zwei Physiotherapeuten zuständig. „Ich empfinde es als große Auszeichnung, dass ich erneut in das Team berufen worden bin. Darüber freue ich mich sehr“, sagt Grim.

Grims Aufgabenspektrum als Mannschaftsarzt lässt sich in zwei Bereiche aufteilen. „Zum einen sind wir für die komplette medizinische und medizin-organisatorische Versorgung der Athleten und des Betreuerteams verantwortlich. Unsere Aufteilung in orthopädisch-unfallchirurgische Probleme, die meinen Schwerpunkt bilden, und internistische Probleme, um die sich meine Kollegin Verena Freiburger kümmert, macht nicht nur inhaltlich Sinn, wenn man eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleisten will.“

Zum anderen haben die Betreuer es mit teils sehr jungen Athleten zu tun, die teilweise nicht international reise- und wett-kampferfahren sind. Daher gehört auch eine allgemein fürsorgliche Betreuung der Athleten dazu. Und aufgrund des subtropischen Klimas in Nanjing müssen alle Sportler besonders darauf achten, große Mengen Flüssigkeit zu trinken und durch die vielen Klimaanlage nicht krank zu werden. „Am besten läuft es, wenn wir nichts zu tun haben. Das bedeutet nämlich, dass dann alle gesund sind“, sagt Grim.

Miriam Buchmann-Alisch

Der vollständige Beitrag unter:

<http://www.dgou.de/news/gesichter-aus-o-und-u>

Forschungsbericht zur Mengenentwicklung von Operationen im Krankenhaus: Datenlage muss transparent werden

Vor zwei Jahren hatte die Bundesregierung die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den GKV-Spitzenverband gebeten, ein Gutachten zur Erklärung für den Anstieg der Fallzahlen in deutschen Krankenhäusern in Auftrag zu geben.

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU) erachtet das vor zwei Jahren von der Bundesregierung beauftragte und jetzt am 10. Juli 2014 veröffentlichte Gutachten „Forschungsbericht zur Mengenentwicklung“, das sich mit steigenden Operationszahlen im Krankenhaus beschäftigt, als einen weiteren wichtigen Schritt zur besseren Analyse des im Umbruch befindlichen medizinischen Versorgungssystems. Der Bericht zeigt: Die Fallzahlen bei operativen Eingriffen steigen stetig. Der Bericht lässt jedoch aufgrund fehlender Daten, insbesondere bei der Trennung der sektoralen Vergütung, keine Schlussfolgerungen über unnötige Operationen oder Eingriffe aus wirtschaftlichen Gründen zu.

Die DGOU fordert ein Miteinander der Akteure im Gesundheitswesens statt gegenseitige Schuldzuweisungen. Das beinhaltet vor allem, dass die Informationshoheit der Krankenkassen über die QRS-Daten (Qualitätssicherung mit Routinedaten) aufgelöst wird, damit die Datenlage transparent und eine Evaluation operativer Eingriffe überhaupt möglich wird.

Weniger Endoprothesen

Der Anstieg der Operationen geht laut Gutachten zu 50 Prozent auf muskuloskelettale Erkrankungen und Erkrankungen des Kreislaufsystems zurück. Bemerkenswert dabei allerdings ist, dass im Begutachtungszeitraum zwischen 2007 und 2012 die Fallzahlen für endoprothetische Versorgungen an Hüfte und Knie, anders als aus demografischen Gründen erwartet, zurückgegangen sind. In der Wirbelsäulenchirurgie hingegen ist ein Anstieg der Operationen im beobachteten Zeitraum festzustellen. Schon seit Jahren sehen die DGOU und die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie diesen Anstieg sehr kritisch. „Der Fehler dafür liegt im System“, sagt Professor Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär der DGOU. „Früher wurde das Krankenhaus nach Verweiltagen der Patienten bezahlt, also stieg die Verweildauer der Patienten im Krankenhaus. Heute wird nach Fallpauschalen bezahlt, also steigen die Operationszahlen. Die Kliniken im Wettbewerb passen sich an“, so Niethard.

Susanne Herda

Die vollständige Pressemitteilung vom 14. Juli 2014 unter: www.dgeou.de/presse/pressemitteilungen



Foto: Robert Kneschke_Fotolia.com

Deutschlandweit erstes AltersTraumaZentrum DGU® zertifiziert



Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) hat deutschlandweit das erste Klinikum als AltersTraumaZentrum DGU® zertifiziert. „Mit dem Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg wurde eine Klinik ausgezeichnet, die mit der Behandlungseinheit CURA (Caritas Unfallmedizin Regensburg Alterstraumatologie) einen Versorgungsschwerpunkt speziell für ältere Unfallverletzte bereithält“, erklärt DGU-Präsident Prof. Bertil Bouillon.

Ziel des Zertifizierungsverfahrens AltersTraumaZentrum DGU® ist es, die Frakturversorgung mit individuell abgestimmten altersspezifischen Behandlungsprozessen zu optimieren. Damit wird der Heilungsprozess älterer Menschen noch besser unterstützt.

„Der demografische Wandel erfordert ein Umdenken in der medizinischen Akutversorgung geriatrischer Patienten. Daher stellt das Zertifizierungsverfahren AltersTraumaZentrum DGU® die medizinischen und sozialen Bedürfnisse unserer älteren Verletzten in den Vordergrund“, sagt Bouillon. Die besonders ausgestattete Station am Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg richtet sich speziell nach den Bedürfnissen älterer Patienten mit Knochenbrüchen oder anderen Verletzungen. Ein Team aus Unfallchirurgen, Altersmedizinern, Pflegekräften und Rehabilitationsspezialisten arbeitet Hand in Hand, um die Patienten möglichst schnell wieder zurück in die vertraute Umgebung zu bringen.

Nach der erfolgreichen Zertifizierung zum AltersTraumaZentrum DGU® wird die alterstraumatologische Station der Klinik für Unfallmedizin unter der Leitung von Professor Michael Nerlich am 30. Juli 2014 offiziell eröffnet.

Das Zertifizierungsverfahren „AltersTraumaZentrum DGU®“ bescheinigt die Umsetzung von Anforderungen an eine optimale Zusammenarbeit des interdisziplinären Behandlungsteams sowie die Qualität und Sicherheit der Behandlungsabläufe. Für die Patienten bedeutet dies eine individuell angepasste, strukturierte rehabilitative medizinische Betreuung. Herausgebende Stelle des Zertifizierungsverfahrens ist die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V.. Das Zertifikat wird durch die akkreditierte Zertifizierungsstelle „CERT iQ“ im Rahmen eines umfangreichen unabhängigen Verfahrens erteilt.

Miriam Buchmann-Alisch

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN:

AltersTraumaZentrum DGU: www.alterstraumazentrum-dgu.de
Caritas-Krankenhaus St. Josef in Regensburg: www.caritasstjosef.de

Neu: Managementforum – Aufbau eines AltersTraumaZentrum DGU®

Das neu entwickelte Seminar bietet interessierten Kliniken einen praktischen Einblick in den Aufbau eines Alterstraumazentrums (AltersTraumaZentrum DGU®). Erfahrene Referenten und Experten stellen aktuelle Entwicklungen und Erfahrungen der Auditierung von Pilotkliniken und den ersten Zertifizierungen vor.

Das neue kostenfreie Seminar AltersTraumaZentrum DGU® richtet sich an Geschäftsführer, ärztliche Leiter, Unfallchirurgen und Geriater, Medizincontroller, Mitarbeiter im Qualitätsma-

nagement, Risikomanager und Pflegedienstleitungen / Pflegedirektoren sowie an Fachpflegepersonal.

Es wird um eine verbindliche schriftliche Anmeldung bis spätestens 2 Wochen vor der Veranstaltung gebeten. Nach erfolgreicher Teilnahme erhalten die Teilnehmer/innen eine Bestätigung.

Inhalte:

- Strukturen eines Alterstraumazentrums (Organigramm, Geschäftsordnung)
- Erstellung und Umsetzung von Behandlungspfaden (SOP)
- Geriatrische Assessments
- Interdisziplinarität und interprofessionelle Zusammenarbeit
- Kommunikation und Visiten
- Vorteile eines Alterstraumazentrums
- Wirtschaftlichkeit und Personalbedarfsplanung
- Umgang mit Kennzahlen
- AltersTraumaRegister DGU®
- Zertifizierungsvorbereitung

TERMINE

17.09.2014 in Düsseldorf
01.10.2014 in München
30.10.2014 in Berlin auf DKOU 2014

AWMF-Positionspapier zur Evaluation der medizinischen Forschungsleistung

Die Evaluation medizinischer Forschungsleistung ist eine zentrale Voraussetzung für die gezielte Weiterentwicklung von Fakultäten, Forschungsschwerpunkten, Instituten bzw. Kliniken sowie Wissenschaftlerkarrieren. Sie basiert aber vielfach auf unklaren Zielvorstellungen und fragwürdigen Methoden und kann zu Fehlsteuerungen führen.

Ziel des AWMF-Papiers ist eine Positionsbestimmung der wissenschaftlichen Medizin gegenüber den Zielen, Methoden und Konsequenzen ihrer Evaluation. Im Rahmen des Berliner Forums der AWMF vom 18.10.2013 wurden von internationalen Experten Befunde zur Methodik der Evaluation medizinischer Forschungsleistung referiert, von Vertretern relevanter Wissenschaftsorganisationen diskutiert und in drei Adhoc-Schreibgruppen in einen Textentwurf gefasst. Dieser wurde mehrfach in der AWMF-Kommission für Leistungsevaluation in Forschung und Lehre sowie im AWMF-Präsidium diskutiert und in der vorliegenden finalen Fassung konsentiert.

Ergebnisse: Die AWMF empfiehlt eine Veränderung des Systems der Bewertung medizinischer Forschungsleistungen. Evaluationen sollten Universitätsmedizin eine a priori klar definierte und kommunizierte Zielsetzung besitzen und neben summativen auch formative Elemente enthalten. Neben sinnvollen aber nur in längeren Intervallen praktikablen informierten Statistik, peer reviews können auch objektive Indikatoren zur Evaluation eingesetzt werden. Die Verwendung des Journal Impact Factors zur Bewertung einzelner Publikationen oder ihrer Autoren wird dabei abgelehnt. Der wissenschaftliche „Impact“ erfordert vielmehr eine multidimensionale Sozialmedizin und Beurteilung, in der z. B. normierte Zitationsraten wissenschaftlicher Versorgungsforschung, Publikationen ebenso Berücksichtigung finden wie andere Formen der Rezeption in Fachwelt und Öffentlichkeit sowie Tätigkeiten im Bereich Tübingen, Tübingen, der Wissenschaftsorganisation, -synthese und -kommunikation. Daneben werden Vorschläge zu einer differenzierten Bewertung von Drittmiteleinwerbung und Nachwuchsförderung gemacht.

Folgerungen: Mit den konkreten Empfehlungen des vorliegenden Positionspapiers legt die AWMF den Fakultäten, Ministerien und Organisationen der Forschungsförderung eine Weiterentwicklung der Evaluationspraxis medizinischer Forschungsleistungen nahe.

Christoph Herrmann-Lingen, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Göttingen, et.al.

Gekürzt aus German Medical Science 2014, Vol. 12, ISSN 1612-3174

Aktionsbündnis Patientensicherheit schreibt Preis aus

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) vergibt 2015 zum zweiten Mal den Deutschen Preis für Patientensicherheit. Die mit 19.500 Euro dotierte Auszeichnung richtet sich an Akteure im Gesundheitswesen, die durch zukunftsweisende Projekte oder Forschungsarbeiten die Patientensicherheit verbessern.

Bei jeder zehnten Krankenhausbehandlung kommt es zu vermeidbaren Fehlern. Auch wenn die Zahl dieser unerwünschten Vorkommnisse seit Jahren konstant bleibt, wären viele vermeidbar, betont Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des APS. Ziel sei es deshalb, durch Bildung, Forschung und aktiv gelebte Sicherheitskultur die Patientensicherheit zu erhöhen.

Der Deutsche Preis für Patientensicherheit soll dazu beitragen, dass praxisrelevante Erkenntnisse zur Vermeidung von Fehlern möglichst viele Nachahmer finden. Um den Preis bewerben können sich sämtliche Akteure im Gesundheitswesen, die Projekte für Patientensicherheit erfolgreich entwickelt und umgesetzt haben. Gesucht werden zukunftsweisende evaluierte Best-Practice-Beispiele und herausragende praxisrelevante Forschungsarbeiten zum Thema Patientensicherheit und Risikomanagement. Dabei kann es sich um Methoden zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit oder zielgerichtete Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für medizinische Berufsgruppen handeln.

Das APS verleiht den Preis auf seiner 10. Jahrestagung am 16. April 2015 in Berlin. Die Entscheidung über die Preisträger trifft eine Jury aus den Bereichen Pflege, Ärzteschaft, Apotheke, Selbsthilfe, Kostenträger und Patientensicherheitsforschung gemeinsam mit Vertretern der Initiatoren. Der erste Platz ist mit 10.000 Euro, der zweite mit 6.000 Euro und der dritte Platz mit 3.500 Euro dotiert. Einsendeschluss ist der 31. Oktober 2014.

Bewerbung: www.aps-ev.de/deutscher-preis-fuer-patientensicherheit

E.MED. ABO ABSCHLIESSEN

Springer Medizin unterbreitet den Mitgliedern der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie ein exklusives Angebot: Sie können den Online-Zugang e.Med zum Sonderpreis von 299 Euro statt 399 Euro abonnieren: springermedizin.de/emed-dgou/?code=dgou14.



UNFALLPRÄVENTION

Das P.A.R.T.Y. Programm

Das P.A.R.T.Y. Programm ist eine Initiative für mehr Risikobewusstsein bei Jugendlichen. Bereits im August 2013 berichtete OUMN darüber. In der aktuellen Ausgabe möchten wir über die weitere Entwicklung und den momentanen Stand des Programmes informieren.

P.A.R.T.Y. wurde 2011 erstmals in der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie in Köln-Merheim angeboten. Es folgte die Etablierung und Weitergabe des Konzeptes im Laufe der vergangenen drei Jahren. Seit 2012 wird das Programm von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie als eigene Initiative für Unfallprävention unterstützt. Die fachliche Weiterentwicklung und Durchführung liegt dabei in den Händen der „AG Prävention von Verletzungen“. Verwaltung, Management und bundesweiter Aufbau werden durch die AUC –

Akademie der Unfallchirurgie, einer Tochter der DGU, getragen.

Seit 2012 konnte die Anzahl der teilnehmenden Kliniken mehr als verdoppelt werden. So kann P.A.R.T.Y. bisher in 7 Bundesländern angeboten werden. Insgesamt 40 Programme an 9 Kliniken wurden bisher angeboten. Damit wurden über 1.000 Schüler erreicht.

Inzwischen wird das Programm von den folgenden Kliniken regelmäßig angeboten:

Standort	Klinik
Bad Pyrmont	Ev. Bathildisrankenhaus
Berlin	Universitätsklinikum (UKB)
Frankfurt	Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik
Greifswald	Universitätsklinikum
Köln	Universität Witten / Herdecke, Campus Köln-Merheim
Leipzig	Universitätsklinikum
München	Universitätsklinikum (TU)
Regensburg	Universitätsklinikum
Stuttgart	Katharinenhospital

Fotos: Ulrich Weinert Fa. Media Contact



PARTY-Teilnehmer



Teilnehmer im Schockraum



Lernen am RTW

Foto: Ulrich Weinert Fa. Media Contact



Ehemaliger schwerverletzter Patient berichtet über seine Zeit in und nach dem Krankenhaus

Instruktoren aus weiteren fünf Kliniken sind geschult, hier wird das P.A.R.T.Y. Programm 2014/2015 starten.

Reges Interesse der Schulen

Das Interesse von Seiten der teilnehmenden Schulen ist sehr groß. Regelmäßig werden Anfragen aus dem gesamten Bundesgebiet bearbeitet und an die jeweiligen teilnehmenden Kliniken weitergeleitet. Zudem gab es Anfragen von regionalen und überregionalen Presseagenturen, Rundfunk- und Fernsehsehdern. Die teilnehmenden Kliniken konnten diese Möglichkeiten nutzen, um das Programm in der Region vorzustellen. Zentrales Ziel der nächsten Jahre ist die Steigerung der teilnehmenden Kliniken. Hierbei muss die bestehende Qualität des Programmes erhalten bleiben und es muss auf eine einheitliche Struktur des Konzeptes geachtet werden. Die AUC und die AG Prävention bieten dafür eine umfassende Unterstützung an. Beispielsweise wird jedem Teilnehmer ein Starter-Kit aus Bewerbungsmaterial, Pressemappe, Schulung für eigene Instruktoren, Homepage-Link und die Teilnahme an einer Evaluation angeboten.

Flächendeckende Evaluation

Eine einheitliche Struktur ist aber nicht nur notwendig, um Kliniken die Teilnahme maximal zu erleichtern, sondern auch, um eine flächendeckende Evaluation aufzubauen. Mit Hilfe dieser Evaluation soll analysiert werden, ob das P.A.R.T.Y. Programm als Unfallpräventionsmaßnahme einen Effekt auf die teilnehmenden Jugendlichen hat. Eine solche Evaluation wird noch in diesem Jahr ausgeschrieben und an ein unabhängiges Institut vergeben werden. Eine weitere Aufgabe wird es sein, die bestehende Kommunikationsstrategie weiter zu entwickeln. Es wird in Kürze eine neue Homepage geben, auf der Termine, Key Player, die teilnehmenden Kliniken und Personen möglichst professionell positioniert werden. Dazu folgt eine Modernisierung des Corporate Design. Das Unfallpräventionsprogramm P.A.R.T.Y. kann an jeder Klinik umgesetzt werden. Ansprechpartner sind Herr Dr. Thomas Brockamp (AG Prävention) und Herr Dr. Uli Schmucker (AUC).

Foto: Ulrich Weinert Fa. Media Contact



Kölner Schüler üben „Retten“



Dr. Thomas Brockamp,
AG Prävention
Kontakt &
Informationen:
www.partyprogram.de
www.auc-online.de
Tel.: 089-89053760



NATIONALE VERSORGUNGSLEITLINIE KREUZSCHMERZ

Bleibt das Bielefelder Modell singulär?

Im Jahr 2010 wurde die „Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz“ durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) veröffentlicht. Eine flächendeckende Umsetzung der Leitlinie ist aber bisher nicht erfolgt. Unter anderem deshalb, weil die Implementierung der Leitlinie Kreuzschmerz in die Regelversorgung Sozialversicherter im Fall Rücken nicht nur kleiner Korrekturen, sondern einer gründlichen Neugestaltung von Versorgungspfaden bedarf.

Rückenschmerzen gehören in Industriestaaten zu den häufigsten Behandlungsanlässen und verursachen immense Kosten [5]. Dabei ist der weitaus größte Anteil der Verläufe eigentlich gutartig. Problematisch allerdings ist eine bei ca. 10% dieser eigentlich gutartigen Fälle auftretende Chronifizierung, die dann 80% der Gesamtkosten für „Rückenschmerz“ verschlingt [15; 16], vor allem durch die sozialen Folgekosten Arbeitsunfähigkeit, Rehabilitation und vorzeitige Berentung.

In den vergangenen etwa 20 Jahren wurde in der Feld- [23] und Grundlagenforschung [13], in den Fachgesellschaften

[24] und bei den in der ambulanten Versorgung tätigen Ärzten nach Erklärungen und Lösungsmöglichkeiten für dieses Phänomen gesucht. Bekannt ist heute das Schmerzgedächtnis, das aus Sensitivierung und klassischer Konditionierung als Form implizierten Lernens entsteht. Dabei bauen sich in den betroffenen neuronalen Schaltkreisen funktionelle und strukturelle Veränderungen an den synaptischen Verbindungen auf, kombiniert mit molekularen Prozessen [12; 13]. Die Amplifikation von Schmerzen in der Chronifizierungsphase zeigt sich in Wechsel und Zunahme der Schmerzlokalisationen bis hin zur Generalisierung des Schmerzes [25].

Multifaktorielle Ursachen

Bekannt ist heute weiterhin, dass der Chronifizierungsprozess meist eine multifaktorielle Ursache hat. Somatische Faktoren können Auslöser sein, Treibsatz für die Progredienz der Chronifizierung sind jedoch meist psychisch-personale und soziale Faktoren. Das heißt für die Versorgungspraxis, dass es nach Stand des Wissens nicht genügt, nur somatische Problemfälle schnell zu erkennen und richtig zu behandeln; parallel dazu müssen auch absehbare Chronifizierungsrisiken rechtzeitig entdeckt und angemessenen Interventionen zugeführt werden.

Dementsprechend haben in Deutschland die zuständigen Fachgesellschaften vom Januar 2006 bis zum September 2010 inhaltliche Eckpunkte für eine Leitlinie konsentiert, als Ergebnis wurde die 1. Auflage der „Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz“ im Oktober 2010 durch das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) veröffentlicht.

Eine flächendeckende Umsetzung der Leitlinie ist aber bisher nicht erfolgt. Dies liegt sicher unter anderem daran, dass die Implementierung der Leitlinie Kreuzschmerz in die Regelversorgung Sozialversicherter im Fall Rücken nicht nur kleiner Korrekturen, sondern einer gründlichen Neugestaltung von Versorgungspfaden bedarf. Dabei erfordert die gewünschte Verbesserung von Prozess- und Ergebnisqualität bei der Versorgung von Rückenschmerzen auch strukturelle Innovationen im Regelwerk des Gesundheitssystems (z.B. die Einführung evaluierter Assessments und die routinemäßige Nutzung einfacher Kennzahlen zur in- und externen Qualitätsmessung in der Grundversorgung Pflichtversicherter).

Bielefelder Rückenmodell als Paradigmenwechsel

In Bielefeld hat bereits ab September 2004 ein interdisziplinärer Qualitätszirkel „Rücken“ ein dem Stand des neuen Wissens angepasstes und auch praxistaugliches Versorgungskonzept zur ambulanten Diagnostik und Therapie gesetzlich Krankenversicherter mit Rückenschmerzen erarbeitet [28]. Vordringlich ging es darum, das bisher vorrangig somatisch orientierte Vorgehen um psycho-soziale und neurophysiologische Aspekte des Schmerzverständnisses und der Schmerzbewältigung zu erweitern. Das Bielefelder Rückenmodell wurde als „lernendes Modell“ (nach Georg Schreyögg, 1995) konzipiert und ist damit für eigene und externe Erkenntnisse offen. Bei Veröffentlichung der NVL Kreuzschmerz 2010 konnte im Qualitätszirkel konstatiert werden, dass das Modell die wesentlichen Anforderungen der Leitlinie erfüllt, darüber hinaus sogar ein integriertes, ergebnisbezogenes und kostenneutrales Dokumentationskonzept enthält, während die NVL nur die Versorgungsziele präzise formuliert, Fragen zur sicher notwendigen routinemäßigen Dokumentation/Ergebnismessung jedoch nicht beantwortet. Eine kontinuierliche

Qualitätsarbeit bedarf aber unbedingt einer regelmäßigen Datenerhebung.

Ablauf der Modellversorgung

Eine praktische Erprobung ihres Rückenmodells wurde den 21 teilnehmenden Bielefelder Orthopäden bereits ab 12/2005 in Form eines Selektivvertrages mit der regionalen Arbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen Ostwestfalen-Lippe ermöglicht. Bevor im Folgenden der Ablauf der Modellversorgung beschrieben wird, soll hier für den speziellen Fall „Rückenschmerz“ noch kurz das von uns erlebte Spannungsfeld zwischen dem Anspruch einer leitliniengerechten Versorgung und dem Alltag in der zeitknappen Praxis gegenüber gestellt werden, das aber nach eigener Erfahrung überwindbar ist:

- Die hohe Prävalenz der überwiegend ungefährlichen Verläufe macht sorglos (Habituation).
- Die Komplexität der biopsychosozialen Symptomatik (9) bei bisher fehlender Routinestrategie zum Herausfiltern und Behandeln der Chronifizierungskandidaten schreckt ab (Zeitnot).
- Unterschiedliche und nicht immer ausformulierte oder bewusste Krankheitskonzepte bei Kollegen, insbesondere auch anderer Fachrichtungen, unterschiedlicher Patienten und sonstiger Akteure im Gesundheitswesen erschweren die Kommunikation.
- Nichtbeachtung oder auch Unkenntnis der Bedeutung wichtiger Zeitfenster des Schmerzverlaufs in Verbindung mit der Schmerzstärke kann zu gravierenden Versäumnissen in der Primärversorgung führen (Erfassung psychosozialer Probleme evtl. erstmalig in Reha-Kliniken der Rentenversicherung, d.h. am Ende der Versorgungskette = zu spät für entscheidende Weichenstellungen, „... das Kind ist schon in den Brunnen gefallen“).
- Mangelhafte Transparenz durch veraltete ICD-10 Verschlüsselung im Kapitel XIII. Die Nummern M40-M54 leiten sich häufig als morphologischen Diagnosen aus der Bildgebung ab.

Wie wir in Bielefeld bei der Versorgung von ca. 4200 Patienten im „Modell“ lernen konnten, lässt sich die Herausforderung einer leitliniengerechten Versorgung von Rückenschmerzpatienten durch

ein konsequent strukturiertes Vorgehen bewältigen. Schon bei der Erstvorstellung und dann im weiteren Verlauf wird während der Anamneseerhebung, bei der Untersuchung und bei der Behandlung nach Leitlinie analysiert, klassifiziert und verschlüsselt.

Entscheidend ist von Anfang an eine sorgfältige Klassifizierung nach den Kategorien URSACHE, SCHWEREGRAD und DAUER bzw. VERLAUFSTUFE der Beschwerden.

Ablauf der Diagnostik der leitliniengerechten Modellversorgung

Empfehlungen der NVL Kreuzschmerz mit starker Evidenz für eine erweiterte Diagnostik

- *Dauern Schmerzen trotz leitliniengerechter Maßnahmen länger als 4 Wochen an, sollen psychosoziale Risikofaktoren schon in der primären ärztlichen Versorgung erfasst werden.*
- *Die ersten 12 Wochen stellen auch in gesundheitsökonomischer Sicht einen kritischen Zeitraum dar, da danach die Wahrscheinlichkeit, je an den Arbeitsplatz zurückzukehren, dramatisch absinkt.*
- *Bei anhaltenden Schmerzen (> 12 Wochen) soll eine weitergehende somatische Diagnostik und die umfassende Diagnostik psychosozialer Einflussfaktoren (möglichst im Rahmen eines multidisziplinären Assessments) erfolgen.*

Es gilt ja, aus dem hohen Vorkommen von Rückenschmerzen einerseits die ca. 10 Prozent der Fälle herauszufiltern, die wie gewohnt als „Red flags“ akutmedizinisch behandelt werden müssen; parallel dazu müssen aber auch die „Yellow flags“ erkannt werden, die auf das Risiko der gefürchteten Chronifizierung hindeuten, die ebenfalls bei ca 10 Prozent aller Fälle zu erwarten ist. Auch diese Yellow-Flags-Risikokandidaten müssen einer problemgerechten Versorgung zugeführt werden.

Um im - ungewohnten- multimodalen Konzept sowohl akutmedizinischen als auch psychosozialen Problemen gerecht zu werden, ist es erforderlich, Diagnostik und Therapie an URSACHE, SCHWEREGRAD und VERLAUFSTADIUM auszurichten und die jeweils angemessenen evaluierten Tools gezielt und zum richtigen

Zeitpunkt einzusetzen. Bei gleichzeitiger Abwägung aller drei Kriterien ist eine unmittelbare Bewertung des einzelnen Behandlungsfalls und eine Trennung von „Spreu und Weizen“ unter Beachtung sowohl somatischer als auch psychosozialer Aspekte möglich. Durch sorgfältiges Erfassen wirklicher Risikokandidaten wird eine Überversorgung (Gießkannenprinzip) vermieden.

Im ersten Schritt wird der Schmerz nach Ursache definiert und dokumentiert.

URSACHE	■ spezifisch (ca. 10 % aller Fälle)
	■ nichtspezifisch (ca. 90 % aller Fälle, davon werden ca. 10 % chronisch)

Diagnostisches Vorgehen bei spezifischen Fällen (Red flags)

Red flags (somatische Ursache mit potentiell gefährlichem Verlauf) müssen bei der Erstversorgung, ggf. wiederholt auch im weiteren Verlauf ausgeschlossen werden [14]. Untersuchungsangang und Beurteilung der meist auffälligen Schmerzcharakteristika sind in der NVL Kreuzschmerz – auch für internistisch ausgebildete hausärztliche Kollegen – beschrieben. Ein validiertes Screeninginstrument mit Prädiktoren für „Red flags“ gibt es nicht. Nach dem Ergebnis eines aktuellen systematischen Reviews von 14 Studien [1] ist derzeit eine weiterführende auch bildgebende Diagnostik nur bei folgenden Indikationen gerechtfertigt:

- Malignom in der Vorgeschichte (< 1 %)
- Nachtschmerz als Hinweis auf entzündliche oder entzündlich rheumatische Affektion (ca. 1 %)
- Frakturverdacht bei hohem Alter, Cortisonbehandlung und nach schwerem Trauma (Fersenfallschmerz) ca. 1–4 %.
- Hinweis auf Nervenwurzelkompression mit anhaltenden sensomotorischen Ausfällen und ausgeprägter schmerzhafter Funktionseinschränkung (z. B. bei Nukleusprolaps, Vertebral- oder Foraminalstenose).

Bei degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule wie Segmentgefügelockerung, Segmentblockierung, Facettensyndrom, Baastrop-Syndrom, Discusprotrusion, Nukleusprolaps, Foraminal- und Spinalstenose mit anhaltenden nichttradikulären Rü-

ckenschmerzen ist sachgerechte multimodale Therapie nach Stand des Wissens nicht weniger effektiv als die Wirbelsäulenchirurgie [7;8;9;10]. Darüber hinaus ist sie risikoärmer und kostengünstiger [11].

Diagnostisches Vorgehen bei nichtspezifischen Fällen (Yellow flags u. a.)

Bei nichtspezifischen Fällen entscheidet der Schweregrad, ob der Patient einer multimodalen Diagnostik bzw. Sonderversorgung bedarf oder nicht. In unsere Modellversorgung wurden nur Patienten mit alltagsrelevanter Beeinträchtigung eingeschlossen.

SCHWEREGRAD	Mit oder ohne alltagsrelevante Beeinträchtigung von Aktivität und Teilhabe
-------------	--

Bei den nichtspezifischen Fällen wird außerdem von Beginn an auch die Dauer der Beschwerden als Verlaufsstadium erfasst und mit Symbolnummern der KVVWL dokumentiert. Maßnahmen zur Früherkennung und Vermeidung einer Chronifizierung richten sich nach dem Verlaufsstadium der Beschwerden.

DAUER bzw. VERLAUFSSTADIUM	■ akut
	■ subakut
	■ chronisch

Wenn keine Hinweise auf einen gefährlichen Verlauf und keine ernstzunehmenden

den Pathologien vorliegen (nichtspezifischer Kreuzschmerz, ca. 90 % der Fälle) kann davon ausgegangen werden, dass bei adäquater Behandlung nach 1 Woche 60 % und nach 6 Wo. 90 % nicht mehr behandlungsbedürftig sind [15].

Instrumente zur Erfassung von Yellow flags u. a. Chronifizierungsrisiken

Als Instrument zur Erfassung psychosozialer Risikofaktoren (hauptsächlich im Verlaufsstadium „subakut“) nutzen wir einen eigens erstellten Fragebogen für das unerlässliche (!) **persönliche Arzt-Patientengespräch** („Gesprächsleitfaden“ – 5 bis 10 Minuten). Mit diesem Gesprächsleitfaden werden für den Patienten in lockerer Form, aber doch strukturiert und systematisch, valide und evidenzbasierte Prädiktoren [17] einer Schmerzchronifizierung erfasst und dokumentiert: Schmerzanalyse, Angst bzw. Vermeidungseinstellung, Krankheitskonzept, Hinweise auf Dekonditionierung der Rumpfmuskulatur, Lebenshintergrund. Dieses persönliche Arzt-Patientengespräch lässt auch wechselseitigem Kennenlernen und non-verbaler Kommunikation Raum.

Wenn sich aus dieser Befragung ein Hinweis auf ein Chronifizierungsrisiko oder eine bereits eingetretene Chronifizierung ergibt und wenn der Patient mit der Aufnahme in das Modell einverstanden ist, wird danach umgehend mit Hilfe einer **Medizinischen Fachangestellten**, die als

Nichtspezifischer Rückenschmerz, Verlaufsstadien nach Dauer

Maßnahmen zur Früherkennung und Vermeidung des Chronifizierungsrisikos bei alltagsrelevanter Beeinträchtigung

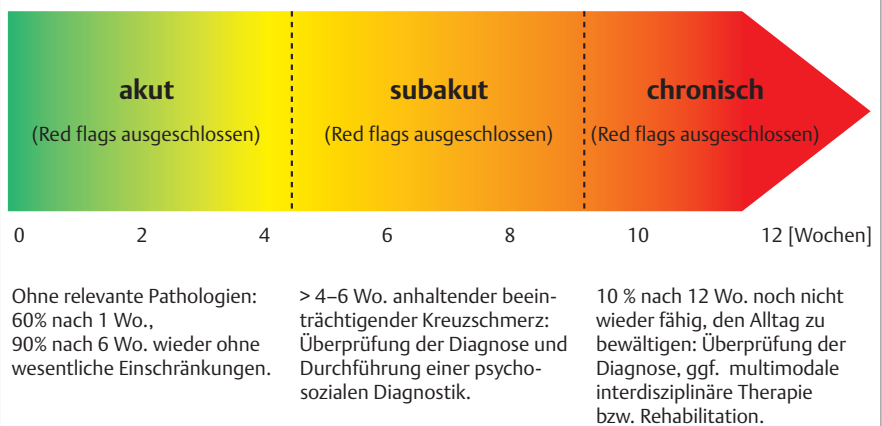


Abb. 1: Zeitfenster für die „Yellow flag“- Diagnostik. Rechtzeitige Weichenstellung für zukünftige Patientenkarrieren schon im ambulanten Bereich

Case Managerin ausgebildet wurde und in jeder der teilnehmenden Praxen bereitsteht, der bürokratische und technische Ablauf einer online-Befragung mit-tes evaluierter Fragebögen organisiert.

Fragebogen

Die elektronische Online-Datenerfassung und Auswertung erfolgt im Rahmen einer Kooperation mit der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie der Ruhr-Universität-Bochum (Prof. Dr. Hasenbring, Dr. Hallner). Bei noch nicht chronifizierten Patienten verwenden wir folgende Fragebögen:

- TpdS-Risc-R: Ermöglicht 6-Monatsprognose einer Chronifizierung durch die Messung der Depressivität mit dem BDI (Becksches Depressionsinventar) und der Merkmale der Schmerzverarbeitung durch Screening der Kognitionen (Durchhalteappell) und des Verhaltens (Durchhaltestrategien) [18;19]
- Weitere in der NVL Kreuzschmerz empfohlene Screeninginstrumente: HKF R 10 (Heidelberger Kurzfragebogen); MPSQ (Örebro Fragebogen)
- ICF-Items: Klassifizierung auf Basis gesundheits-, umwelt- und personenbezogener Kontextfaktoren zur Funktion, Leistungsfähigkeit und Partizipation
- Funktionsfragebogen Hannover (FfbH-R): Ermöglicht Aussage über die Funktionskapazität [20]
- Weitere empfohlene Fragebögen: Oswestry; Roland Morris; SF 36.)
- In Fällen bereits chronifizierter Kreuzschmerzen zusätzlich:
- Mainz Pain Staging System (MPSS): Ermöglicht eine Stadieneinteilung bereits chronifizierter Schmerzverläufe [21].
- Von Korff: Ermöglicht bei chronischem Verlauf eine Bewertung von Schmerzstärke in Beziehung zum Ausmaß der Behinderung [22].
- Die fertige Auswertung der Fragebögen und ggf. zusätzlich das Messergebnis einer MedX-Testung [26] zur Objektivierung einer muskulären Dekonditionierung, werden umgehend nach Eingabe bzw. Erbringung durch den Patienten auf den Rechner des behandelnden Arztes geschickt. Dies stellt im Modell die leitliniengerechte Grundlage zur Erfassung des individuellen Risikoprofils für eine Chronifizierung dar.

Maßnahme	Indikation
Grundkurs Rücken (multimodal)*	Bei Distress, kognitiven und Verhaltensauffälligkeiten
Förderung von Selbstmanagement und Eigeninitiative, körperliche Aktivierung	Im „Normalfall“ ohne psychosoziale Auffälligkeiten, bei Bewegungsdefizit oder Dekonditionierung
RehaSport nach § 43 SGB V	
Physiotherapie	
Kräftigungstherapie mit dem MedX-System*	
Beratungsstellen der Stadt*	Beim Vorliegen sozialer Probleme
Psychotherapeutische Intervention*	Beim Überwiegen psychopathologischer Probleme

Tabelle: Therapiemodule bei nichtspezifischem Kreuzschmerz (* = spezielle multimodale Therapie im Modell)

Leitliniengerechte Therapieverfahren bei nichtspezifischem Rückenschmerz

- *Auszug von Empfehlungen zur Therapie der NVL Kreuzschmerz mit starker Evidenz:*
- *Bei Vorliegen psychosozialer Risikofaktoren soll bei subakutem nichtspezifischem Kreuzschmerz eine auf das individuelle Risikoprofil bezogene kognitive Verhaltenstherapie (KVT) angeboten werden.*
- *Kognitive Verhaltenstherapie soll bei Betroffenen mit chronischem nichtspezifischem Kreuzschmerz, eingebunden in ein multimodales Behandlungskonzept angewendet werden.*

Im Bielefelder Modell wird den Patienten ergebnisorientiert in unterschiedlichen Behandlungsmodulen eigens angepasstes theoretisches Wissen, Eigeninitiative und Selbstwirksamkeit vermittelt werden. Im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit wurden in den vergangenen Jahren Möglichkeiten zur ambulanten multimodalen Behandlung entwickelt (siehe obige Tabelle).

Messung der Ergebnisqualität

Die Messbarkeit, Vergleichbarkeit und Weiterentwicklung von (Versorgungs-)qualität ist möglich durch den Einsatz von Kennzahlen oder Indikatoren. Muster für unser Modell ist die Gesundheitsberichterstattung der Länder, die sich ihrerseits an eine international übliche und EU-taugliche Klassifizierung hält: Diagnosebeschreibung codiert nach ICD-Schlüssel, Vorkommen pro Jahr nach Alter und Geschlecht, Zuordnung zum Wohnort der Versicherten nach Kreisen, Erhebung z.B. von Diagnose- bzw. Behandlungsvorkommen in verschiedenen Bereichen wie Arbeitsunfähigkeit, Hospitalisierung, und Frühberentung. Verfügbar sind für regionale Verglei-

che im Zeitverlauf auch OP-Daten, nach gleichem Muster geordnet. Solche Daten werden Jahr für Jahr routinemäßig erhoben und bieten sich damit auch zur routinemäßigen Analyse der Qualität der Regelversorgung an.

Der ICD-10 weist allerdings im Fall ‚Wirbelsäule‘ eine entscheidende Unschärfe auf, da es tatsächlich nicht möglich ist, per ICD-Codierung zu dokumentieren, ob ein Rückenschmerz akut, subakut oder chronisch ist. Um eine Mess- und Vergleichbarkeit von chronischen und (noch) nicht chronischen Fällen herzustellen, wurden in der KV-Westfalen-Lippe im Zuge des Modells Symbolziffern eingeführt (im Unterschied zur NVL Kreuzschmerz zusätzlich mit dem Schmerzverlaufsstadium „chronisch rezidivierend“):

VERLAUFSSTADIEN nichtspezifischer Kreuzschmerzen mit zugeordneten Symbolnummern der KVWL:

Akut	■ SNR 90471
Subakut	SNR 90472
Chron. rezidivierend	SNR 90473
Chronisch	SNR 90477
■ Gerbershagen I	■ SNR 90474
■ Gerbershagen II	SNR 90475
■ Gerbershagen III	SNR 90476

Mit Hilfe dieser Symbolziffern könnten und sollten Politik und Verwaltung in Zukunft für eine bessere Transparenz der Morbiditätsstrukturen im Fall Rücken sorgen, durch Verlaufsbeobachtungen Änderungen in Abhängigkeit innovativer Versorgungsstrukturen und -prozesse erfassen und den Ärzten in überschaubarer Form zurückspeiegeln, als Voraussetzung für eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung. Selbstverständlich ist die notwendige Transparenz nur durch

eine entsprechende flächendeckende Klassifizierung und Verschlüsselung von Rückenschmerzfällen seitens der Ärzteschaft erreichbar. Dabei wiederum gibt die nicht unerhebliche Codierungsarbeit für Ärzte nur Sinn, wenn seitens der Verwaltungen vernünftige Auswertungen zurückgeliefert werden.

Beispiel aus der Praxis

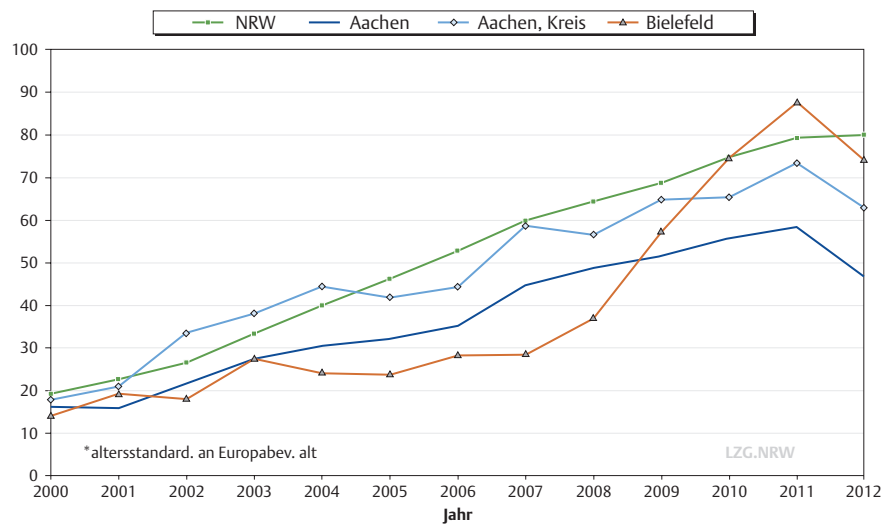
Als Beispiel für die Machbarkeit einer routinemäßigen Anwendung von Kennzahlen werden in der Folge Krankenhausentlassungsdaten für NRW und einige seiner 54 erfassten Kreistädte bzw. Kreise aufgezeigt. Durch Zusammenarbeit mit der KV wäre es einfach, mit Blick auf die unzureichende ICD-Verschlüsselungsmöglichkeit im Fall „Rücken“ eine Hilfskonstruktion mit ICD-Pseudocodes (z.B. M55 ff) anzuwenden. Die folgenden Graphiken wurden mit Hilfe des Softwaretools GBE-Stat [27] für die ICD-Diagnosen M40-M54 (alle Erkrankungen der Wirbelsäule), für M54 (Rückenschmerzen) und M48 (Spinale Stenose) per Knopfdruck hergestellt. Sie zeigen für die genannten Diagnosen die Häufigkeit der jährlichen Krankenhausentlassungen pro 100.000 Einwohnern (altersstandardisiert). Entsprechend könnte auch festgestellt werden, ob ein Rückgang des Versorgungsvorkommens von chronischen Rückenschmerzen und die weiteren angestrebten Ziele der Nationalen Versorgungsleitlinie ‚Rücken‘ im Zeitverlauf flächendeckend erreicht wird.

Literatur beim Verfasser, kann angefordert werden unter detlef@dr-bonnemann.de

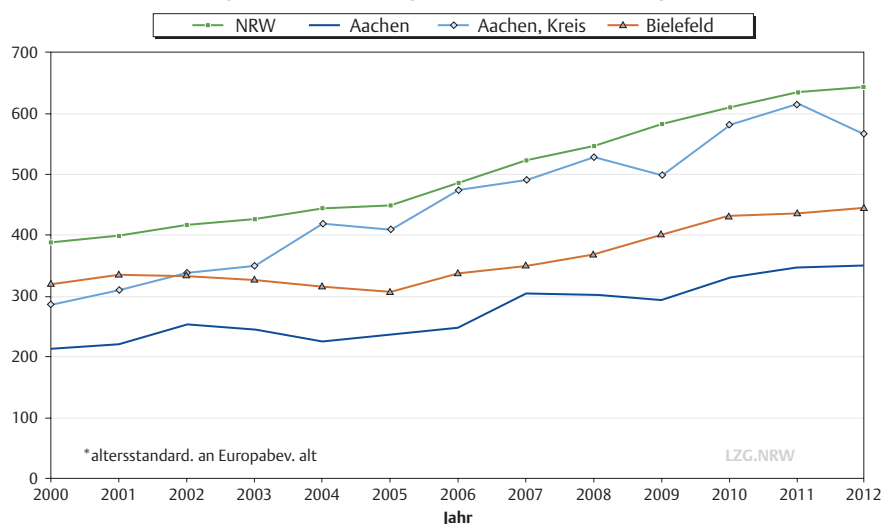


Dr. med.
Detlef Bonnemann
Facharzt für Orthopädie
Bredenstr. 26
33649 Bielefeld

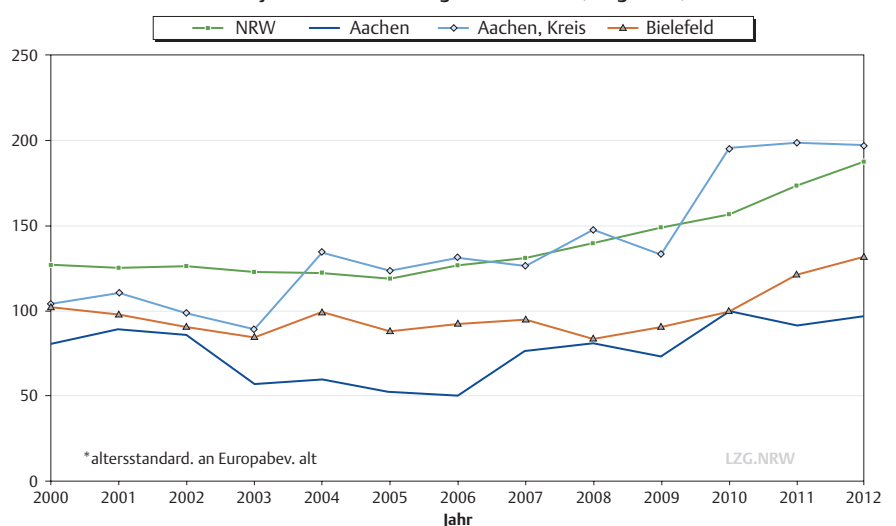
Krankenhausfälle je 100 000 Einw.* wegen ICD-10: M48, insgesamt, 2000 – 2012



Krankenhausfälle je 100 000 Einw.* wegen ICD-10: M40 bis M54, insgesamt, 2000 – 2012



Krankenhausfälle je 100 000 Einw.* wegen ICD-10: M54, insgesamt, 2000 – 2012



KOMMENTAR ZUM BIELEFELDER MODELL

Vorbild für die Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen?

Seit 2010 ist die „Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz“ Richtschnur für die Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen. Eigentlich möchte man glauben, dass sich in den nachfolgenden vier Jahren ein Standard für die Behandlung von Wirbelsäulenerkrankten herausgebildet haben sollte. „Eine flächendeckende Umsetzung der Leitlinie ist aber bisher nicht erfolgt“, wie es Bonnemann in seinem Artikel über ein Modell zur Umsetzung der Nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz ausdrückt.

Auch von anderer Seite und in den Medien wurden die mangelhaften Strukturen zur Behandlung von Wirbelsäulenerkrankten kritisiert. Dabei spielt vor allem auch die starke Zunahme von Wirbelsäuleneingriffen eine Rolle, wie sie sich auch im Versorgungsatlas der DGOOC ausdrückt und in den „Orthopädie Unfallchirurgie - Mitteilungen und Nachrichten“ thematisiert wurde (OUMN 02-2012 Versorgungsatlas - Woher kommen die unterschiedlichen Operationszahlen?). Matthias Mohrmann von der AOK Rheinland in Hamburg hat bei einem Seminar für Führungskräfte der AOK darauf hingewiesen, dass bei den meisten Patienten der Zeitraum eines 12-wöchigen konservativen Therapieversuches vor einer Operation nicht eingehalten wird (► **Abb.**). Patienten werden also trotz vorhandener Leitlinie frühzeitig operiert, was offensichtlich mit strukturellen Defiziten in der Versorgungskette zu tun hat.

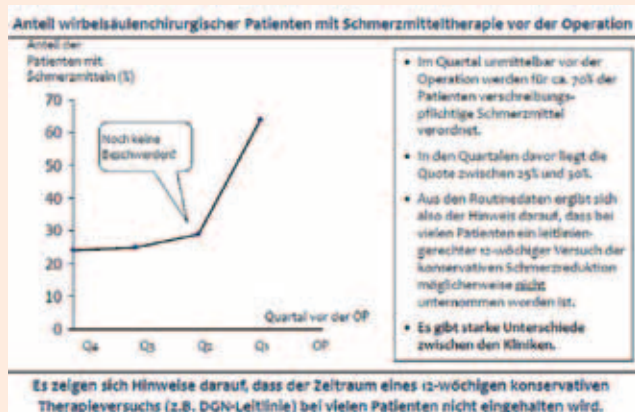
Verantwortliche Gründe

- Eine Unterfinanzierung der konservativen Behandlungsmöglichkeiten: Solange nämlich ein niedergelassener Orthopäde (und Unfallchirurg) nur 30,- € im Quartal für die Behandlung eines chronisch Wirbelsäulenerkrankten erhält, sind die Möglichkeiten einer nach den nationalen Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz vorgegebenen Behandlung erheblich reduziert. Konservative Behandlungsmöglichkeiten in den Kliniken – wie sie früher in größerem Umfang bestanden – sind wiederum durch das DRG-System weitgehend verloren gegangen. Ein Patient, der in der Praxis also nicht mehr ausbehandelt werden kann, wird frühzeitig in einer chirurgisch orientierten Klinik wegen weiterer Optionen vorgestellt werden.
- Das Überangebot von Abteilungen mit wirbelsäulenchirurgischer Ausrichtung, die wiederum unter erheblichen Konkurrenzdruck stehen, mag dann zur frühen Indikationsstellung führen, wie sie von Mohrmann kritisiert wurde. Dabei spielt vor allem die starke Zunahme von Wirbelsäulenchirurgen mit neurochirurgischer Ausbildung eine Rolle, die selbst die Deutsche Gesellschaft für Neurochirurgie mit großer Sorge sieht.
- In der Praxis spielt sicherlich eine große Rolle, dass die psychischen Begleitumstände von Wirbelsäulenerkrankungen und insbesondere chronischen Schmerzzuständen nicht ausreichend berücksichtigt werden können.

sich bereits 2004 der Problematik von chronisch Wirbelsäulenerkrankten angenommen und ein Versorgungskonzept erarbeitet hat. Mit diesem Modell war seit 2004 ein deutlich geringerer Anstieg der Krankenhausfälle für alle Wirbelsäulenerkrankungen (M40 - M54) festzustellen. Wenn die langfristige Ergebnisqualität der konservativen bzw. der operativen Behandlung der chronisch schmerzgeplagten Wirbelsäulenerkrankten vergleichbar ist, dann könnte der sich aus weniger Krankenhausbehandlungen erzielte Erlös sinnvoll für die Unterfinanzierung der ambulanten Behandlung eingesetzt werden.

Die DGOU bemüht sich seit langem, eine Qualitätsoffensive Wirbelsäule zusammen mit ihrer Sektion, der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie auf den Weg zu bringen. Solch eine Qualitätsoffensive kann sich nicht nur auf die chirurgischen Behandlungsmöglichkeiten konzentrieren sondern muss alle an der Versorgungskette Beteiligten einbinden. Dazu gehören natürlich vor allem die konservativ behandelnden Orthopäden und Unfallchirurgen, Psychosomatiker und Physiotherapeuten. Leider ist es aus verschiedenen verbandspolitischen Interessen bisher nicht gelungen, ein gemeinsames Konzept zu entwickeln.

Herrn Bonnemann hat gezeigt, dass auch in einer orthopädischen Praxisstruktur qualifizierte Versorgungsforschung möglich ist. Seine Daten sind von großer Wichtigkeit für die Entwicklung zukunftsweisender Konzepte. Chronisch Wirbelsäulenerkrankte bedürfen einer standardisierten Behandlung, die die individuellen Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt und die in den Leitlinien vorgegeben ist. Diese Leitlinien müssen aber auch umsetzbar sein. Dafür bedarf es auch der politischen Unterstützung, vor allem der Kostenträger, um die sektorale Trennung im deutschen Gesundheitswesen zu überwinden. Herr Bonnemann hat mit seiner Initiative gezeigt, dass dies geht.



Alles zusammen lässt die mit großem Aufwand von vielen Fachgesellschaften erstellte Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz scheitern.

Qualifizierte Versorgung

Es ist der besondere Verdienst von Herrn Bonnemann, dass er

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

Fachübergreifende Kooperation verhindert
solch eine gestrandete Wirbelsäule.

Foto: sablin – Fotolia.com



DEUTSCHE WIRBELSÄULENGESELLSCHAFT DWG

Qualität der Wirbelsäulentherapie sichern

Die DWG ist die größte fachgebundene Wirbelsäulengesellschaft Europas und das interdisziplinäre Forum, sowohl für Grundlagen, als auch für klinische Forschung aus dem operativen und konservativen Bereich. Die Mitgliederzahl entwickelte sich rasant.

Bis zum Jahre 2006 gab es in Deutschland zwei Gesellschaften, die sich wissenschaftlich mit den Problemen der Wirbelsäule auseinandersetzten:

- a) Deutsche Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie
- b) Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung

Die Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung löste sich 2005 auf und empfahl ihren Mitgliedern, in die Deutsche Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie einzutreten. Diese wiederum beschloss auf der Jahrestagung 2006 in München ihre Umbenennung in „Deutsche Wirbelsäulengesellschaft der DWG“. Herr Professor

Dr. Michael Mayer aus München, der der letzte Präsident der Deutschen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie war, wurde der 1. Präsident der DWG. Die Akzeptanz der nur sehr jungen neu gegründeten Gesellschaft verdeutlicht sich in der rasanten Entwicklung der Mitgliederzahl auf aktuell 1427, die sich zu etwa 40% auf

Fachbereich	Anzahl MG	in %
Neurochirurgie	575	40,3 %
Orthopädie	323	22,63 %
Unfallchirurgie	120	8,41 %
Chirurgie	54	3,8 %
Chirurgie/Orthopädie	5	0,4 %
Unfallchirurgie/Orthopädie	312	21,9 %
Sonstige	38	2,7 %
Mitglieder gesamt	1427	100,0 %
Gesamt	1427	

Fachbereichsübersicht DWG-Mitglieder (Stand 01/2014)

Ärzte aus dem Bereich der Neurochirurgie und zu etwas mehr als 50% aus dem Bereich der Orthopädie/Unfallchirurgie zusammensetzen (siehe Tabelle).

Inzwischen ist die DWG die größte fachgebundene Wirbelsäulengesellschaft Europas und ist das interdisziplinäre Forum, sowohl für Grundlagen, als auch für klinische Forschung aus dem operativen und konservativen Bereich. Dies schlägt sich auch in den Teilnehmerzahlen für den jährlich Anfang Dezember stattfindenden Kongress der Deutschen Gesellschaft für Wirbelsäulenchirurgie nieder. Während auf dem Gründungskongress der DWG 2006 in München 747 Besucher waren, wurde 2008 in Ulm eine Teilnehmerzahl von über 1000 verzeichnet und steigerte sich zuletzt auf über 1600 aktive Teilnehmer und fast 2400 Gesamtteilnehmer auf der Jahrestagung 2013 in Frankfurt. Somit ist der Deutsche Wirbelsäulenkongress mit der größte sich mit der Wirbelsäulenproblematik beschäftigende Kongress in Europa.

Ziele und Aufgaben der DWG

Entsprechend der Satzung ist die DWG eine Vereinigung von Unfallchirurgen, Orthopäden, Neurochirurgen, Neurologen, sowie Naturwissenschaftlern und weiterer Personen, die auf dem Gebiet der Wirbelsäule in Klinik, Praxis und Forschung operativ und konservativ tätig sind, oder tätig sein werden. Ziel ist es, Wissenschaft und Forschung, Fort- und Weiterbildung, sowie die Qualitätssicherung in dem Bereich der Wirbelsäule zu fördern. Neben der Aufgabe der Organisation und Durchführung wissenschaftlicher Tagungen, Förderung wissenschaftlicher Studien, Erstellen von Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von Wirbelsäulen-

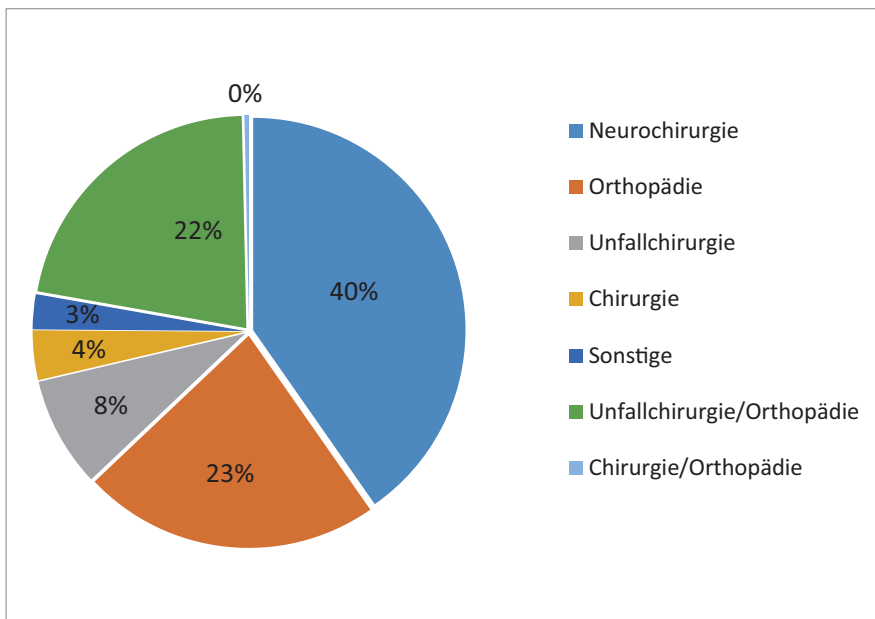
lenerkrankungen stehen folgende Punkte im Focus:

- Entwicklung von personen- und institutsgebundenen Zertifikationen
- Beteiligung an Fragen der nationalen Versorgungsforschung,
- Aufbau eines nationalen Wirbelsäulenregisters

Keinesfalls ist es die Zielsetzung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft, einen eigenen Facharzt „Wirbelsäulenchirurgie/Wirbelsäulentherapie“ zu generieren. Die DWG und ihre Mitglieder stehen zu ihren fachlichen Wurzeln, sei es aus der Neurochirurgie, sei es aus der ehemaligen Orthopädie oder Unfallchirurgie oder der Orthopädie/Unfallchirurgie. Allerdings ist eine fachübergreifende Zusatzweiterbildung „Wirbelsäulenchirurgie“, vergleichbar mit der Zusatzweiterbildung „Handchirurgie“, als Vereinszweck aufgenommen. Selbstverständlich ist die DWG auch Mitglied der „Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich – medizinischer Fachgesellschaften“ (AWMF).

Aktivitäten der DWG

Die DWG ist sich ihrer zunehmend wichtigen Aufgabe in der medizinischen Versorgungslandschaft bewusst, angesichts der enorm steigenden Zahlen von sowohl konservativ als auch operativ behandelten Wirbelsäulenpatienten und dem dadurch entstandenen ökonomisch und strukturellen Herausforderungen. Eine der wichtigsten Aufgaben ist somit die Wahrung, Verbesserung und Transparenz in der personen- und institutsgebundenen Qualifizierung. Hierzu wurden verschiedenste Kommissionen gebildet (Weiterbildungskommission, Kommission Wirbelsäulenregister, Kommis-



Mitglieder DWG 2014

sion Qualitätssicherung, DRG-Kommission, Programmkommission u.a.). Diese Kommissionen wurden und werden kompetenzbezogen, aber auch paritätisch zwischen Neurochirurgen, Orthopäden und Unfallchirurgen, besetzt.

a) personengebundene Zertifikate

Generelles Ziel der Weiterbildungskommission ist eine nachhaltige strukturelle Verbesserung der Ausbildung von wirbelsäulenchirurgisch tätigen Kollegen und somit der Versorgung aller Patienten durch eine verbesserte und klar strukturierte Fort- und Weiterbildung. Hierzu ist im Jahre 2009 ein Konzept erarbeitet worden, das in einer praktischen und vor allen Dingen theoretischen Lehrstruktur, im Modulsystem orientierten und mit einer 3-stufigen Zertifizierung mündet.

Basierend auf einer intensiven Arbeit der Weiterbildungskommission wurden für die Wirbelsäulenchirurgie Kriterien für „Basis“- „Master“- und „Exzellenz“-Zertifikate geschaffen.

Basiszertifikat:

Das Basiszertifikat besteht aus 6 Modulen:
Modul 1: Grundlagen konservativer Therapie

Modul 2: Degenerative Veränderungen von Brust- und Lendenwirbelsäule

Modul 3: Deformitäten

Modul 4: Frakturen

Modul 5: Halswirbelsäule und entzündliche Erkrankungen

Modul 6: Intradurale Pathologien

Die Kurse beinhalten sowohl theoretische Anteile, als auch praktische Instruktionen und sind in ihrer Teilnehmerzahl streng limitiert, um eine entsprechende Ausbildungsqualität zu erzielen. Zum Erlangen des Basiszertifikates ist es erforderlich, den Nachweis der Teilnahme an allen 6 Modulen zu erbringen.

Masterzertifikat:

Das Masterzertifikat erfordert den Nachweis des Basiszertifikates und kann frühestens 3 Jahre nach Erhalt der Weiterbildung für einen Facharzt für Neurochirurgie, Orthopädie, Unfallchirurgie oder Orthopädie/Unfallchirurgie erstellt werden. 1 Jahr muss man in einem Zentrum mit Schwerpunkt Wirbelsäulenchirurgie abgeleistet haben. Darüber hinaus ist der Nachweis einer Gesamtoperationsleistung von 215 Wirbelsäulenoperationen aus den verschiedensten Diagnosen und Indikationen gefordert.

Exzellenzzertifikat:

Neben dem Nachweis des Basis- und Masterzertifikates wird hierfür ein starkes Engagement innerhalb der Selbstverwaltung der DWG oder äquivalenten

Organisationen verlangt sowie nationale und internationale Sichtbarkeit mit einer entsprechenden Publikationsleistung. Ein weiteres wichtiges Kriterium ist eine mindestens 5-jährige Tätigkeit in eigenständiger leitender Funktion.

Der äußerst positive Zuspruch für das Erlangen dieser Zertifikate zeigt sich in der Zahl der bisher gestellten Anträge. Fast 1100 gestellten Anträgen steht die Ausstellung von 516 Zertifikaten gegenüber, wobei sich diese zu 99% auf das Basis- und Masterzertifikat beziehen. Um diese Ausbildung zu gewährleisten, werden unter der Federführung der DWG jährlich zwischen 20 und 25 Kurse für die verschiedenen Module ausgerichtet. Eine berufspolitisch wichtige Entscheidung mit auch weitreichender Signalwirkung war die Einigung der Fachgesellschaften, dass von der DWG initiierte Basiszertifikat als gemeinsames Zertifikat der Gesellschaften DGNC, DGOOC, DGU und DWG zu vergeben. Dies ist ein wichtiges Zeichen des gemeinsamen Interesses und der gemeinsamen Anstrengung, die Qualität in der Wirbelsäulenthherapie für unsere Patienten zu sichern und zu verbessern und darüber hinaus Plattform für weitere Kooperation.

Modul: konservative Wirbelsäulenthherapie

Zur Qualitätsverbesserung auch der konservativen Wirbelsäulenthherapie wurde von der DWG eine Kommission „konservative Wirbelsäulenthherapie“ installiert. Zielsetzung ist auch hier, vergleichbar zum Basiszertifikat „Wirbelsäulenchirurgie“ ein gemeinsames Zertifikat der Fachgesellschaften und Berufsverbände zu erstellen, und zwar unter sofortiger Einbeziehung aller wesentlichen Beteiligten.

b) Zentrenzertifizierung

In Ergänzung zu der personenbezogenen soll auch ab 2015 eine institutsbezogene Zertifizierung erfolgen. Dies ist die Aufgabe der Kommission „Qualitätssicherung“. Vergleichbar mit den schon etablierten „Trauma- und Endoprothesenzentren“ werden inhaltliche und logistische Kriterien in dieser Kommission erarbeitet. Wichtig ist, dass die DWG keine einzelne klinikbezogene Zentrenzertifizierung vergeben möchte, sondern bei Erfüllung der Voraussetzung eine Zentrumszertifizierung für alle an der Wirbelsäule betei-

lichten Kliniken und Abteilungen in einer entsprechenden Krankenhausstruktur. Wie für jede Zentrenzertifizierung wird ein derartiger Prozess durch ein externes Zertifizierungsunternehmen begleitet und kontrolliert werden.

c) Wirbelsäulenregister

Jede Qualitätskontrolle ist an ein Register und festgelegte Dokumentationsmaßnahmen gebunden. Diese Notwendigkeit hat auch die Deutsche Wirbelsäulengesellschaft erkannt und sieht ihre Aufgabe darin, ein solches Register möglichst flächendeckend einzuführen. Die DWG hat sich entschieden, auf eine schon bestehende internationale Initiative diesbezüglich zurückzugreifen auf der Plattform des Spine tango. In einer 2-jährigen Evaluationsphase wurde die Praktikabilität und Nutzen des Deutschen Wirbelsäulenregisters getestet. Die DWG arbeitet nun daran, diese flächendeckend unter Beteiligung der Medizinprodukte-Industrie der Krankenkassenverbände und des DIMD umzusetzen. Diesbezüglich greift

die DWG auf die Erfahrung der DGOU (Endoprothesenregister, Traumaregister) zurück und dankt Professor Niethard für die Mitarbeit.

d) Wirbelsäulenstiftung

Es wurde eine Deutsche Wirbelsäulenstiftung gegründet, deren Zweck es ist, die wissenschaftliche Erforschung der Wirbelsäule zu fördern, insbesondere durch Vergabe von Stipendien an junge Wissenschaftler. Auch ist es ein besonderer Schwerpunkt der Wirbelsäulenstiftung, die Qualitätskontrolle in der Wirbelsäulenchirurgie zu fördern.

Zusammenfassung

Die Deutsche Wirbelsäulengesellschaft, insbesondere deren Entwicklung hat gezeigt, wie durch fachübergreifende und interdisziplinäre Interessen und vor allen Dingen kollegiale Zusammenarbeit und gegenseitiges Vertrauen in einem spezialisierten Bereich der Medizin wichtige Aufgabenstellungen übernommen und

medizinischer Fortschritt vorgenommen werden kann. Umgekehrt ist die DWG auch ein Beispiel, wie „organbezogene“ Interessenlagen und Zielrichtungen nicht denen der großen, ihr Fachgebiet all umfassenden Gesellschaften entgegenstehen muss. Auch ist die DWG eine, was den Altersdurchschnitt anbetrifft, sehr junge Gesellschaft und repräsentiert durchaus den „mainstream“ unserer jüngeren Kollegen und appelliert, sich möglichst frühzeitig und intensiv mit einem speziellen Gebiet/Organ der Medizin zu beschäftigen.



Prof. Dr. Christoph Josten, DWG-Präsident
Klinik und Poliklinik
für Orthopädie, Unfall-
chirurgie und Plastische
Chirurgie
Universitätsklinikum
Leipzig AöR



Die Forschung nach neuen Biomaterialien wird weiterhin gefördert.

NEUE BIOMATERIALIEN

Transregio 79 wird verlängert

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) bewilligt die zweite Förderphase des Sonderforschungsbereichs / Transregio 79 „Werkstoffe für die Geweberegeneration im systemisch erkrankten Knochen“. Damit ist dessen Finanzierung für die zweite, wiederum vierjährige Förderphase (2014-2018), gesichert.

Im Rahmen des hochgradig interdisziplinären SFB/TRR 79, der zum 1. Juli 2010 seine Arbeit aufgenommen hatte (1. Förderperiode: 2010-2014), werden sehr erfolgreich neuartige Biomaterialien (Knochenersatzmaterialien) und metallische Implantat-Werkstoffe für die Hei-

lung von Frakturen (Knochenbrüchen) und Defekten des systemisch erkrankten Knochens erforscht und konzipiert, die speziell an die Biologie und Biomechanik des erkrankten Knochens angepasst sind. Im Mittelpunkt stehen dabei die Volkskrankheit Osteoporose sowie – als Mo-

dell für bösartige Tumorerkrankungen mit Knochenbeteiligung generell – das Multiple Myelom, das meistens auch eine lokale Knochenzerstörung verursacht. Bei beiden systemischen Knochenerkrankungen treten im Vergleich zu Knochen-gesunden Vergleichsgruppen nicht nur deutlich häufiger Knochenbrüche auf, sondern diese heilen auch langsamer und schlechter, da die ansonsten hohe Selbstheilungskapazität des Knochengewebes signifikant erniedrigt ist. Daneben sind beide Erkrankungen durch ein erhöhtes Implantatversagen bei der Knochenbruch- und Defektversorgung gekennzeichnet. In seiner Sitzung am 14. und 15. Mai 2014 hat nun der Bewilligungsausschuss der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) für die Verlängerung des Sonderforschungsbereichs / Trans-



Abb.1: Gruppenfoto der Teilprojektleiter aus Gießen – Dresden – Heidelberg des Sonderforschungsbereichs / Transregio 79 (Dezember 2013 in Gießen).

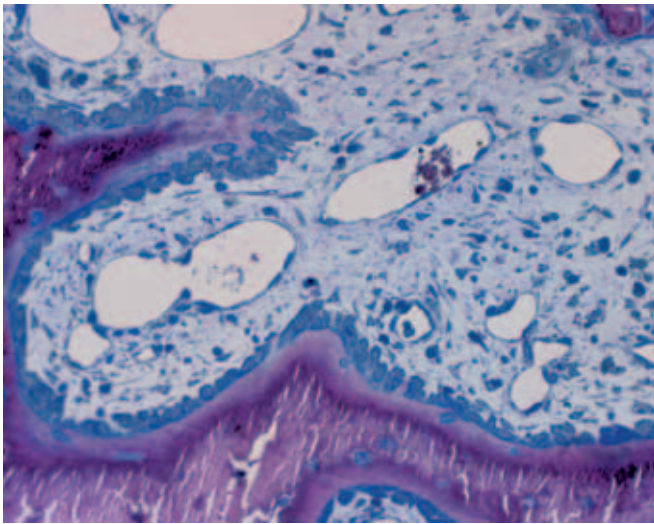


Abb. 2: Mikroskopischer Ausschnitt einer Defektregion. Der Knochen ist durch den Farbstoff Safranin rot gefärbt. Seine Oberflächen sind von knochenbildenden Zellen, den Osteoblasten besetzt. Diese sind - wie auch die übrigen Zellen im Bildausschnitt - durch den Farbstoff Toluidinblau in unterschiedlichen Blautönen hervorgehoben. Die optisch leeren Räume repräsentieren die Lumina von neugebildeten Blutgefäßen.

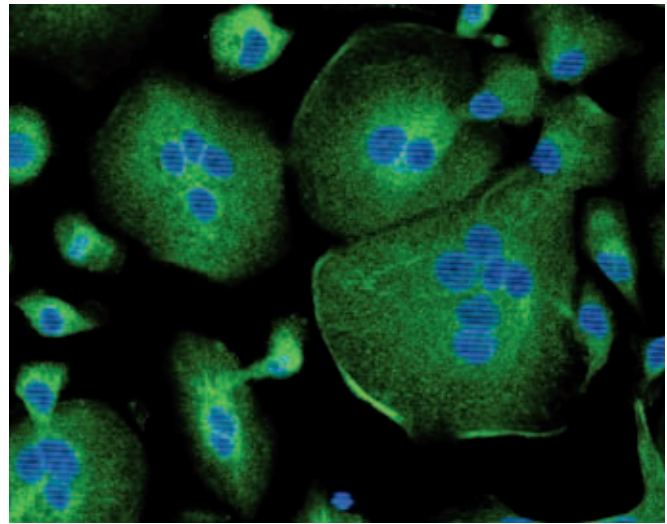


Abb. 3: Vorläuferzellen der knochenabbauenden Zellen wurden zunächst aus dem Blut isoliert und anschließend in einem speziellen Differenzierungsmedium inkubiert. Das Ergebnis der Inkubation zeigt mehrkernige Zellen, die zum Abbau von Knochen befähigt sind. Die Zellkerne sind blau angefärbt. Die grüne Färbung beruht auf dem Nachweis eines spezifischen Proteins.

regio 79 (SFB/TRR 79) gestimmt, der an den Standorten Gießen (Sprecherhochschule), Dresden und Heidelberg neuartige „Werkstoffe für die Geweberegeneration im systemisch erkrankten Knochen“ erforscht und entwickelt.

Osteoporose als ökonomische Herausforderung

Die weltweit ansteigende Komplikationsrate nach Einbringen von Prothesen und anderer Implantationsmaterialien beim alten osteoporotischen Patienten, aber auch beim knochengeschwächten Myelom-Patienten, lassen vermuten, dass schlechtere Material- und Strukturwerte des Knochengewebes beim osteoporotischen und myelom-erkrankten Patienten zwangsläufig zu höheren Versagensraten im klinischen Verlauf von Knochenbrüchen führen müssen. Eine rarefizierte knöcherne Mikroarchitektur mit Verringerung der Kortikalisdicke (Knochendichte) und Ausdünnung des Trabekelnetzwerkes geht mit einer signifikanten Reduktion der benötigten Kraft zum Schraubenausriß und damit der Lockerung von Implantaten einher. Die erheblichen demographischen Veränderungen mit Zunahme des Anteils immer älterer Menschen an der Bevölkerung werden in den kommenden Jahrzehnten vor allem die Industriestaaten, und damit auch Deutschland, erreichen. Ein dramatischer Anstieg osteoporo-

se-assoziierten Brüche und der daraus resultierenden gesundheitlichen Probleme ist zu erwarten. Die Osteoporose mit ihren assoziierten Brüchen ist schon zum jetzigen Zeitpunkt in Deutschland als eine ökonomisch bedeutsame gesamtgesellschaftliche Herausforderung anzusehen. Aktuelle Schätzungen gehen davon aus, dass in Deutschland annähernd acht Millionen Menschen von der Osteoporose betroffen sind und dass jede zweite Frau und jeder vierte Mann im Alter über 50 Jahren in den verbleibenden Lebensjahren eine osteoporotisch bedingte Fraktur erleiden wird. Mit zunehmendem Alter steigen diese Werte sogar weiter an. Damit hat die Osteoporose gerade auch in den alternden Gesellschaften der Industrieländer eine gewaltige sozio-ökonomische Bedeutung bekommen.

Implantatlockerungen entgegenwirken

So verhindert die mangelnde Knochenfestigkeit sehr häufig die stabile Fixation der Implantate. Derzeit stehen nur Implantate zur Verfügung, die in ihren Eigenschaften dem gesunden Knochen angepasst sind. Hierbei ist jedoch zu berücksichtigen, dass diese Implantate wesentlich steifer sind als das krankhaft veränderte Knochengewebe. Dadurch trägt das Implantat einen unausgewogen hohen Anteil der Last, woraufhin der umgebende, mechanisch nur un-

genügend belastete Knochen abgebaut wird. Lockerungen und Verlagerungen konventioneller metallischer Implantate durch deren mangelhafte Integration in das Knochengewebe sind deshalb typische Komplikationen, die sehr häufig auftreten und den ohnehin mechanisch geschwächten Knochen noch zusätzlich schädigen können. Knöcherne Substanzdefekte im systemisch erkrankten Skelettsystem erfordern außer der Stabilisation durch metallische Implantate häufig ein Auffüllen der Defekte – idealerweise mit einem biologisch abbaubaren Knochenersatzstoff. Biologisch abbaubare Knochenersatzstoffe werden nach Implantation in den gesunden Knochen von körpereigenen Zellen abgebaut und durch neugebildeten Knochen ersetzt, so dass die ursprüngliche Skelettarchitektur in Anpassung an die mechanischen Erfordernisse des Knochens ungehindert wiederhergestellt wird. Dies setzt ein zeitlich genau abgestimmtes Verhältnis von Knochenersatzabbau und Knochenneubildung voraus. Idealerweise muss der Abbau mit derselben Geschwindigkeit erfolgen wie neuer Knochen aufgebaut wird. Bei der Osteoporose und beim Multiplen Myelom überwiegen jedoch die den Knochen- und Knochenersatzstoffabbau vermittelnden Zellen, so dass der Werkstoffabbau der Knochenformation so schnell voranschreitet, dass keine knöcherne Durchbauung erfolgen kann. Der Einsatz derzeit kommerziell verfü-

barer, biologisch abbaubarer Knochenersatzstoffe im Rahmen der Behandlung tumorbedingter Knochenläsionen wird außerdem sehr kritisch gesehen, da aufgrund fehlender Erkenntnisse über die Wechselwirkungen zwischen den Werkstoffen und dem Tumor-bedingt veränderten Knochengewebe keine Aussagen über die Verträglichkeit und das Einheilungsverhalten der Materialien getroffen werden können.

Neue Biomaterialien

Derzeit stehen für die klinische Behandlung von osteoporotischen Knochenbrüchen und Tumor-bedingten Knochendefekten bislang aber keine Biomaterialien zu Verfügung, die spezifisch auf die Besonderheiten des systemisch erkrankten Knochens abgestimmt und ausgerichtet sind. Diese offensichtliche Lücke will dieser Sonderforschungsbereich auf dem Gebiet der Unfallchirurgie/Orthopädie/Materialwissenschaft schließen, weswegen zunächst die Besonderheiten der Knochenheilung bei Vorliegen von Osteoporose (Schwerpunkt der Arbeiten in Gießen) sowie von osteolytischen Defekten, hervorgerufen durch ein Multiples Myelom (Schwerpunkt Heidelberg) erforscht werden. Hauptaufgabe der beteiligten 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.

Testung neuer Werkstoffe

Die zukünftigen Aufgaben des Forschungsverbundes werden es deshalb sein, Knochenersatzstoffe und neuartige Implantate zu entwickeln, die trotz der gestörten Architektur und Umbauprozesse im Knochengewebe die lokale Bildung eines langzeitstabilen Gewebeersatzes ermöglichen. Die neuartigen Werkstoffe sollen durch ihre Eigenschaften die Krankheitsursachen lokal kompensieren und werden in geeigneten Zellkultur- und Tiermodellen auf ihre Effektivität und Biokompatibilität überprüft. In der Konzeption des Forschungsprogramms des SFB/Transregio 79 wird eine enge Vernetzung zwischen Materialentwick-

lung, molekular- und zellbiologischem Erkenntnisgewinn über die Zusammensetzung des systemisch erkrankten Hartgewebes, Testung neuer Werkstoffe im Zellkultur und Tiermodell sowie nicht-invasiver Überwachung der Einheilungsprozesse mittels bildgebender Verfahren verwirklicht. Traditionell unabhängig voneinander geführte Untersuchungen werden somit erstmalig in ein Gesamtprojekt zur Generierung von Knochenersatz- und Implantatwerkstoffen integriert.

Alleinstellungsmerkmale

Die Alleinstellungsmerkmale des TRR 79 sind demzufolge: 1) Erstmals werden Knochenersatzmaterialien und metallische Implantate in Anpassung an Biomechanik, Architektur sowie die gestörte Remodellierung des systemisch erkrankten Knochens generiert. 2) In synergistischer Weise werden gleichzeitig Knochensubstanzdefekte bei Osteoporose und malignen Erkrankungen untersucht. 3) Erstmals werden Materialien zur lokalen Therapie des Multiplen Myeloms, sowohl des Knochensubstanzdefektes wie auch der malignen Plasmazellinfiltration per se, entwickelt. 4) Die Biowissenschaften stehen innerhalb des Konzeptes im Dienste der Materialentwicklung unter Integration von state-of-the-art-Techniken aus Molekularbiologie und Bildgebung und gleichzeitiger Verknüpfung der Untersuchungen im Menschen mit denen in Zellkultur und Tierexperiment.

Visionen und Ziele

Das Forschungsprogramm hat sich zum Ziel gestellt, zukünftig Werkstoffe bereit zu stellen, die durch exzellente Gewebeträglichkeit, selektiv abgestimmte Material- und biomechanische Eigenschaften ganz gezielt die Heilung im erkrankten Hartgewebe gewährleisten. Denn eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung der neuen Werkstoffgenerationen ist, dass die Werkstoffoberflächen ganz spezifisch an den erkrankten Knochen angepasst sein müssen, damit sie die Angionese und damit die Einheilung fördern können. Die Knochenersatzmaterialien sollen mit bioaktiven Substanzen zur Stimulation der Knochenneubildung (Osteoblasten) bei gleichzeitiger Hemmung des krankhaften Knochenabbaus (Osteoklasten) beladen und damit

als so genannte „Kompositimplantate“ eingesetzt werden, um dadurch eine Verbesserung der Heilung des systemisch erkrankten Knochengewebes „vor Ort“ im Defekt zu erreichen. Solche Substanzen können u.a. die so genannten Bisphosphonate oder Strontium sein, die bereits zur medikamentösen Osteoporose-Therapie eingesetzt werden. Das erfolgreiche Zusammenführen des Wissensgewinns im materialwissenschaftlichen und zellbiologischen Bereich wird schließlich zu neuen medizinischen Strategien bei der Behandlung von Frakturen und Defekten im systemisch erkrankten Knochengewebe führen, die es ermöglichen werden, Osteoporose- und Tumorpatienten mit assoziierten Frakturen und Knochendefekten künftig erfolgreich behandeln zu können.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Komplexität der Thematik, die der Ätiologie-adaptierten Generierung von Werkstoffen für den systemisch erkrankten Knochen zugrunde liegt, erfordert die interdisziplinäre Zusammenarbeit eines synergistisch wirkenden Forschungsverbundes von kritischer Masse (Transregio). In diesem Sinne bündeln sich komplementäre Expertisen an den Standorten Dresden – Materialwissenschaft, Gießen – Klinik von Knochensubstanzdefekten nichtmaligner Genese und tierexperimentelle Modelle sowie Heidelberg – Biowissenschaften, Bildgebung und maligne Knochensubstanzdefekte (Multiples Myelom). Alle beteiligten Forschergruppen des SFB/TRR 79 aus Gießen, Heidelberg und Dresden freuen sich sehr, dass die sehr erfolgreichen gemeinsamen Arbeiten nun im Rahmen einer zweiten Förderphase (Laufzeit: Juli 2014 bis Juni 2018) fortgesetzt werden können. Bewilligt wurden den drei Standorten zusammen hierfür von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) 9,9 Millionen Euro.



Univ.-Prof. Dr. Christian Heiß, Sprecher 2. Förderperiode SFB/TRR 79, Justus-Liebig-Universität Gießen
Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
Universitätsklinikum Gießen-Marburg GmbH, Standort: Gießen

Das Projekt TeleQuality



In mehr und mehr Kliniken hat die digitale Bildübermittlung Einzug gehalten in den klinischen Alltag. Die Plattform TKmed® ist inzwischen in 100 Kliniken etabliert und kann insbesondere bei der Notfallverlegung, aber auch bei der Einholung einer Zweitmeinung, bei SAV-Anfragen und anderen Anwendungen nützlich sein. Jetzt ist das von der DGU geförderte Projekt TeleQuality gestartet, um die Effekte für Kliniken und deren Mitarbeiter zu evaluieren.

In den letzten zehn Jahren ist die Vision einer schnellen, hochwertigen, benutzerfreundlichen und datenschutzkonformen elektronischen Übermittlung von radiologischen Bildern und anderen Dokumenten zwischen Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, MVZs und Arztpraxen technisch möglich geworden. In immer mehr Kliniken in Deutschland stehen teleradiologische Anwendungen zur Verfügung, teils zur Befundung (Teleradiologie nach RÖV), teils zur Betrachtung und Konsultierung. Im Rahmen der Traumanetzwerke wurde eine bundesweit verfügbare, technisch einheitliche teleradiologische Kommunikation zwischen den Kliniken eines Traumanetzwerks und darüber hinaus gefordert. Mit TKmed® steht nun seit 2012 eine multidisziplinäre, sektorenübergreifende Plattform zur Verfügung, die insbesondere auf die Bedürfnisse von O & U sowie auf die notfallmedizinischen Partnerfächer zugeschnitten ist.

Notwendigkeit der Evaluation

Jetzt erscheint eine wissenschaftliche Analyse der Anwendungsmöglichkeit und des möglichen Nutzens aus Sicht der Kliniken und der Kliniker notwendig. Beispielsweise muss nach der Möglichkeit gefragt werden, durch Bildübermittlung bei Notfallverlegungen die Röntgen- und CT-Bilder im aufnehmenden Krankenhaus schon früh zu beurteilen und dadurch beispielsweise die Schockraumzeit zu reduzieren. Existieren hierbei Unterschiede in Kommunikation und Arbeitsablauf zwischen Flächen-TNW und Ballungsraum-TNW? Können durch die Einholung einer Zweitmeinung Transporte vermieden und Kosten minimiert werden? Kann auch die Heilverfahrenssteuerung von BG-Patienten (SAV-Verfahren) von einer solchen Technik profitieren?

Dies sind beispielhafte Fragen, aus denen aber klar ersichtlich wird, dass eine digitale Plattform zum Austausch von Bildern und anderen Befunden multiple Effekte auf die Zeitabläufe, die frühe Diagnostik und Therapie, die Kostenstruktur u.a. hat. Dieses breite Spektrum soll durch mehrdimensionale Erhebungs- und Analyseverfahren systematisch dargestellt werden.

TeleQuality zur Evaluation

Zur Evaluation von Anwendung und Nutzen der teleradiologischen Bildgebung in der Unfallchirurgie und Notfallmedizin wurde das Projekt TeleQuality ins Leben gerufen. In Kooperation mit der Sektion Sektion Notfall-, Intensiv und Schwerstverletztenversorgung (NIS) der DGU wird TeleQuality von der AUC – Akademie der Unfallchirurgie zusammen mit dem Universitätsklinikum Regensburg durchgeführt. Die Evaluation besteht aus drei unterschiedlichen Erhebungsverfahren, dargestellt in ► **Abbildung 1** und ► **Tabelle 1**.

Stand des Projektes

Aktuell wird eine Analyse der Transferaktivitäten durchgeführt (Stufe 1). In den ersten Auswertungen deutet sich an, dass die Anwendungen in einzelnen Kliniken deutlich heterogener sind als ursprünglich erwartet. Wie erwartet, besteht ein Zusammenhang zwischen Klinikgröße (und Traumastufe) und der Verteilung von empfangenen versus versendeten Bildern. Bezüglich des Empfängers und Senders deutet sich an, dass das gesamte denkbare Spektrum vertreten ist: Kliniken mit klarer Präferenz für wenige Partner (z.B. Austausch mit einer radiologischen Praxis), aber auch Kliniken mit ähnlich häufigem Empfang (aus mehreren kleineren Kliniken) und Versand (in mehrere größere Kliniken). Es finden sich aber beispielsweise auch Kliniken, die einen hohen Anteil an innerklinischen Transfers haben (z.B. CD einlesen, Transfer zwischen Abteilungen, Übermittlung an Rufdienst). Ebenso deutet sich an, dass Übermittlungen außerhalb der klassisch unfallchirurgisch-



Abbildung 1: Pyramidaler Aufbau der drei Erhebungsverfahren von TeleQuality

notfallmedizinischen Disziplinen mit der Zeit zunehmen. Dies gilt auch für Transfers außerhalb des eigenen Traumanetzwerks, wobei dieser Anteil regelhaft unter 10 Prozent der gesamten übermittelten Bilder liegt.

Mit Blick auf Datenschutzbelange können zum jetzigen Zeitpunkt keine detaillierteren Ergebnisse präsentiert werden, da zur Erfassung und Publikation die Zustimmung der Kliniken vorliegen muss.

Ausblick

Mit dem Projekt TeleQualy besteht jetzt die Möglichkeit, ein systematisches Verständnis von der realen klinischen Anwendung sowie von den beobachteten objektiven und subjektiven Vorteilen durch die Bildübermittlung zu erlangen und sie in ihrer ganzen Breite und Tiefe darzustellen. Weitere Berichte an dieser Stelle werden folgen.

Stufe	Beschreibung	Erwartete Ergebnisse
1	Technische Analyse der Bildübermittlungen z. B. nach Wochentag, Uhrzeit, Datenvolumen, Empfänger- und Senderkategorie (z. B. nach Traumastufe)	Basis-Daten zu häufigen Übermittlungsarten
2	Einschätzung von ärztlichen und administrativen Nutzern zur tatsächlichen alltäglichen Anwendung, zu Schwächen / Hindernissen und Stärken / Präferenzen der Anwendung im klinischen Alltag, zu Verbesserungsmöglichkeiten	Benchmarking der realen Nutzung inklusive Barriers & Faciliators
3	Vertiefende Befragung in ausgewählten Kliniken zur Integration von TKmed in klinische Workflows inklusive Bewertung des Nutzens in konkreten Szenarien, Vergleich von Workflows mit versus ohne Nutzung der Bildübermittlung	Einfluss auf Zeitabläufe, Behandlungsalgorithmen, Kostenstruktur, klinikinterne IT-Struktur

Tabelle 1



Dr. Antonio Ernstberger
Studienleiter TeleQualy
für das Universitäts-
klinikum Regensburg



Dr. Uli Schmucker
Studienleiter TeleQualy
für die AUC – Akademie
der Unfallchirurgie



PD Dr. Dirk Stengel

INTERVIEW

One-fits-All-Methodenbericht nicht mehr zeitgemäß

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) hat im Juli 2014 eine „Methodenkritik“ als Stellungnahme zum vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) veröffentlichten Report „Allgemeine Methoden“ in Auftrag gegeben. Einer der Hauptkritikpunkte ist die ausschließliche Berücksichtigung von randomisierten Studien. DGOU-Redakteurin Miriam Buchmann-Alisch sprach mit dem Chirurgen und klinischen Epidemiologen PD Dr. Dirk Stengel, dem Autor der Stellungnahme, über Methoden, Studiendesign und die erfolgreiche Planung einer eigenen Studie.

Welches sind die zentralen Punkte Ihrer Methodenkritik?

Stengel: Ich möchte betonen, dass die DGOU die Bemühungen des IQWiG unterstützt, etablierte und zukünftige medizinische Interventionen mit strengsten wissenschaftlichen Kriterien zu messen und zu bewerten. Der regelmäßig aktualisierte Methodenreport des IQWiG ist ein wesentlicher Bestandteil transparenter Entscheidungsprozesse. Die Kritik richtet sich an die überholte Hierarchie der klinisch-wissenschaftlichen Beweisführung. Das IQWiG sollte nicht der randomisierten Studie per se, sondern der methodi-

schen Qualität von Studien unabhängig vom Design mehr Bedeutung zumessen. Der Report beschreibt auch die Nutzenbewertung und die diagnostischen Testmethoden, ohne diese wichtigen Puzzleteile zu einem großen Ganzen zusammenzufügen. Der Bericht wirkt einfach nicht rund und hinterlässt viele offene Fragen. Vermutlich ist ein One-fits-All-Methodenbericht einfach nicht mehr zeitgemäß.

Warum kann es ein passendes Studiendesign für O und U nicht geben?

Stengel: Bei der Wahl der Methode, des Studiendesigns, geht es immer und aus-

schließlich um das identifizierte Problem, um die konkrete Fragestellung. Das Fachgebiet spielt dabei keine Rolle.

Was können randomisierte Studien leisten, was nicht?

Stengel: Eine randomisierte Studie kann etwas ganz Wunderbares sein. Aber was sie bekommen, ist ein Mitteleffekt. Sie generieren, in der Theorie, biologisch gleiche Patientenpopulationen durch die Zufallsverteilung. Auch der Therapieeffekt ist immer ein Mittel. Was eine randomisierte Studie wirklich gut leisten kann ist, den wahrscheinlich zu erwart-

tenden Therapieeffekt zu belegen. Man kann jedoch nicht auf den einzelnen Patienten zurückschließen. Dieser verbirgt sich in der Masse der Studienteilnehmer.

Zudem haben wir ja in Deutschland generell andere Voraussetzungen als in anderen Ländern?

Stengel: Ja. Schweden beispielsweise hat eine ausgeprägte Registerkultur, und Daten aus der täglichen klinischen Praxis können für wissenschaftliche Fragestellungen verwendet und verknüpft werden. Allerdings gibt es dort natürlich auch ein anderes Sozialsystem und andere Datenschutzbestimmungen. In den USA wiederum stellen die National Institutes of Health (NIH) hohe Fördersummen für unabhängige kooperative Forschung bereit. Andererseits sind die Zulassungsprozesse für neue Therapieverfahren in den USA oftmals strenger als in Europa.

Könnten wir in der Klinik unsere Patienten regelhaft nachuntersuchen, was wir in Deutschland nur eingeschränkt dürfen, dann bräuchten wir vermutlich weniger und andere klinischen Studien, weil wir unmittelbar im Versorgungsalltag untersuchen könnten, welche Therapie etwas nutzt und welche nicht. Leider können und dürfen wir auch Routinedaten nicht so erheben, dass sie uns für wissenschaftliche Zwecke ausreichend Informationen liefern. Dabei geht der Trend in der Wissenschaft momentan zur maximalen Transparenz durch Veröffentlichung von Originaldaten.

Und wie sieht es mit den Fallzahlen aus?

Stengel: Hier gibt es das Problem, dass durch die Fortschritte in der Medizin unsere Therapieeffekte immer kleiner werden. Dies gilt insbesondere für Medizinprodukte. Wir haben es praktisch nur noch mit Schrittinnovationen zu tun. Und wenn Sie hier Effekte nachweisen wollen, brauchen Sie riesige Stichproben von Patienten, von denen wiederum nur ein Bruchteil wirklich von der untersuchten Therapie profitieren.

Was wären denn die wichtigsten Punkte, die im Vorfeld einer klinischen Studie zu beachten sind?

Stengel: Publikationserfolg ist planbar. Das Allerwichtigste ist, sich zum frühestmöglichen Zeitpunkt mit der eigenen

Idee an einen Methodiker zu wenden und mit ihm gemeinsam zu erörtern, ob und wie die geplante Studie Chancen auf Erfolg hat. Es gibt da so einen schönen Spruch: Der Statistiker sollte der Geburtshelfer und nicht der Pathologe der klinischen Studie sein.

Dieser interdisziplinäre Austausch ist sehr wichtig. Denn ein einzelner Mediziner verfügt in der Regel nicht über die notwendige differenzierte methodische Kenntnis. Heutzutage haben wir ein wirklich großes Methodenarsenal zur Verfügung, welches durch immer schnellere Hard- und Softwarelösungen exponentiell wächst. Die Entscheidung für die adäquate Methode entsteht zum Beispiel aus der Analyse der Fragestellung, der Fallzahlen und der Effektgröße. Außerdem müssen clevere Kontrollmechanismen gefunden werden, damit die Studie beispielsweise auch mit geringerer Fallzahl funktioniert.

Und was als Nächstes?

Stengel: Und dann kommt eine wirklich systematische Literaturrecherche. Das wird häufig unterschätzt. Es gibt kaum eine Idee, die wirklich neu ist. Um zu sehen, welche Forschung momentan läuft, hilft beispielsweise ein Blick ins Studienregister.

Und als Drittes?

Stengel: Man braucht ein Team, mit dem man gemeinsam arbeitet. Bei der Bildung des Teams und der gemeinsamen Arbeit ist ganz wichtig, dass dies nie top-down geschieht, sondern dass man auch Spaß an der gemeinsamen Arbeit hat. Das kann innerhalb einer Klinik sein oder in Kooperation mit anderen Kliniken. Im Gegensatz zu den USA haben wir in Deutschland jedoch noch eine ganz niedrige Kooperationsrate zwischen den Kliniken. Das liegt natürlich auch daran, dass bei einer Publikation immer alle an erster Stelle stehen möchten.

Gäbe es hier Verbesserungspotenzial in Deutschland?

Stengel: Das British Medical Journal hat den Slogan „Contributorship rather than Authorship“ geprägt. Universitäten sollten generell den intellektuellen Beitrag zur Gestaltung der Studie werten und nicht die Position auf der Autorenliste. Das hieße für das Team: Wir publizieren als Gruppe, es gibt ein Writing Committee und keine individuellen Autoren mehr.

Und viertens?

Stengel: Und dann geht es um das liebe Geld und daher um den Forschungsantrag. Hier schließt sich der Bogen zum IQWiG-Methodenreport. Natürlich möchten wir gerade in der Orthopädie und Unfallchirurgie exzellente, multizentrische Studien durchführen, aber die Finanzierung aus öffentlicher Hand reicht hierfür einfach nicht aus, wenn man keine Abstriche am methodischen Unterbau machen möchte. Den Nutzen einer Methode zu bezweifeln, weil es keine Belege aus Studien gibt, die höchsten Qualitätsansprüchen genügen, die man aber auch nicht durchführen kann, weil sie nicht finanzierbar oder ethisch machbar sind, entbehrt nicht einer gewissen Ironie.

Und generell ist für jede geplante Studie zu beachten: Ein einzelnes Ergebnis einer einzelnen Studie ist praktisch überhaupt nichts wert, solange ich die Ergebnisse nicht in einer weiteren Studie unabhängig reproduzieren kann.

Vielen Dank für das Gespräch.



Das Interview führte
Miriam Buchmann-
Alisch.

WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG):
„Allgemeine Methoden“ (Juni 2014)
Methodisches Beratungszentrum der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) e. V.:
„Methodenkritik - Entwurf für Version 4.2 vom 18.06.2014 „Allgemeine Methoden“, Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)“
www.iqwig.de
www.dgou.de



NUTZENBEWERTUNG

Arthroskopie bei Gonarthrose

Welche Rolle spielt die Arthroskopie bei der Therapie von Gonarthrose? Keine, da keine Nutzenbelege vorlägen, sagt das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) in seinem Mitte Mai erschienenen Abschlussbericht – und hat damit bei Orthopäden und Unfallchirurgen viel Kritik hervorgerufen.

Für den Report zur Nutzenbewertung „Arthroskopie bei Gonarthrose“ hatte das Institut auch Gutachter der Fachgesellschaften eingeladen, deren Input aber nicht ausreichend berücksichtigt wurde. Die Experten aus Orthopädie und Unfallchirurgie identifizieren drei grundlegende Probleme bei der Bewertung der Therapieverfahren durch das IQWiG: die ausschließliche Bezugnahme auf prospektiv randomisierte klinische Studien (PRCS), die Nichtberücksichtigung des Krankheitsverlaufs und des Grads der Arthrose sowie die polarisierende Darstellung des Themas in der Öffentlichkeit, die dem einzelnen Patienten schade.

„Ausschließlich PRCS zur Nutzenbewertung einer klinischen Methode zu berücksichtigen, ist aus unserer Sicht ein fragwürdiges und nicht akzeptables methodisches Verfahren“, sagt PD Dr. Ralf Müller-Rath vom Berufsverband der Arthroskopie (BVASK). Eine Vielzahl der

orthopädischen chirurgischen Verfahren sei durch Studien dieser Art im Langfristverlauf nicht abgesichert, sondern basiere auf Erfahrungen, retrospektiven Studien oder prospektiven Kohortenstudien – in vielen Fällen enthalten sie aber keinen Vergleich zu einer randomisierten Kontrollgruppe. Dies läge daran, dass es häufig ethisch oder versuchstechnisch gar nicht möglich sei, eine adäquate Vergleichsgruppe aufzubauen.

„Es entsteht ein völlig verzerrtes Bild“

„Obwohl also der überwiegende Anteil der Literatur zu dem Thema der Arthroskopie bei Gonarthrose nicht randomisiert prospektiv sind, finden sich deren Ergebnisse in der gesamten Bewertung des IQWiG nicht wieder“, sagt Müller-Rath. „Dadurch, dass die große Zahl von Studien niedrigerer Evidenzklassen nicht gewürdigt wird, entsteht ein völlig verzerrtes Bild.“ Das IQWiG hatte auf 11

prospektiv randomisierte klinische Studien Bezug genommen und sich schließlich im Kern auf die Auswertung von nur einer Studie beschränkt, die allerdings wegen handwerklicher Fehler schon seit längerem in der Kritik steht.

Ein zweites Problem sei das fehlende Verständnis der Arthrose in ihrem Krankheitsverlauf, das sich darin zeige, dass die chirurgische Technik beispielsweise mit der Kontrollgruppe Physiotherapie verglichen werde. Denn dies führe zu folgendem Ergebnis: Wenn die nicht invasive Behandlungstechnik Physiotherapie dasselbe Resultat erzeugt wie die Arthroskopie, dürfe man die Arthroskopie nicht anbieten. „Allerdings haben viele Patienten ja Krankheitsverläufe über Jahre, teilweise über Jahrzehnte hinweg“, sagt Müller-Rath. „Diese Vergleichskonstellation Arthroskopie versus Physiotherapie ergibt sich in der normalen Versorgungssituation überhaupt nicht. Selbstver-

ständig beginnen wir zunächst mit der konservativen Therapie. Aber was machen wir konkret mit dem Patienten, der nach Physiotherapie trotzdem Beschwerden hat?“ Darauf gebe der IQWiG-Bericht keine Antwort. „Wir plädieren dafür, die Therapie in einer Art von Stufenbehandlung aufzubauen.“ Hierbei sei Arthroskopie nach erfolgloser konservativer Therapie ein sinnvolles Mittel, um Patienten mit langem Krankheitsverlauf für ein paar Jahre wieder mehr Lebensqualität zu verschaffen.

Als drittes Problem nennt Müller-Rath die öffentliche Darstellung: „Das IQWiG hat einen Entwurf für eine Patientenbroschüre zum Thema Arthrose entwickelt, in der praktisch vor Arthroskopie gewarnt wird. Das ist schon aggressiv tendenziös. Der Arthroskopie überhaupt keinen Stellenwert einzuräumen, ist absolut verkehrt.“

Diese unipolare Darstellung bemängelt auch Prof. Hermann Mayr, Präsident der Deutschen Kniegesellschaft, einer Sektion der DGOU. „Die berücksichtigten Kriterien sind nach unserem Ermessen nicht ausreichend differenziert. Natürlich ist die Arthroskopie bei Arthrose sehr kritisch zu betrachten“, sagte Mayr. So sei sie nicht primär ein Instrument, die Arthrose zu behandeln, sondern könne allenfalls Begleitpathologien der Arthrose adressieren, wie zum Beispiel eingeschlagene Meniskuslappen oder abgeschernte große Knorpellappen, solange die Arthrose nicht zu weit vorgeschritten ist.

„Begleitpathologien und Schweregrad der Arthrose differenzieren“

„Wichtig ist bei der arthroskopischen Therapie der Arthrose, die Begleitpathologien und den Schweregrad der Arthrose zu differenzieren. Es ist beispielsweise unsinnig, bei schweren Arthrosen mit starken Achsabweichungen des Beines eine Arthroskopie durchzuführen. Das wissen wir, das haben viele Studien belegt“, sagt Mayr. „Aber es ist nach wie vor sowohl aufgrund unserer Beurteilung als auch nach der Studienlage indiziert, bei mäßig ausgeprägten und mittelgradigen Arthrosen eine Arthroskopie durchzuführen, um mechanische Hindernisse aus dem Gelenk zu entfernen.“ Außerdem gebe es Spezialindikationen wie die rheumatoide Arthritis, bei der durch die

Entfernung der Gelenkschleimhaut bei mäßigen und bei mittelgradigen Arthrosen der Entzündungsvorgang gestoppt werden kann. „In der pauschalisierten Beurteilung durch das IQWiG ist all dies nicht erfasst.“

Auch Prof. Roland Becker von der Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie (AGA), einer Sektion der DGOU, sieht die Gefahr, „dass man versucht, Krankheitsbilder extrem zu pauschalisieren und in Schubladen zu packen.“ Der einzelne Patient mit seinen spezifischen Beschwerden rücke bei einer solchen Pauschalisierung der Indikationsstellung in den Hintergrund. „Extrem viele Patienten fallen durchs Raster, das finde ich gefährlich.“

Becker weist auf die Problematik hin, dass eine evidenzbasierte Medizin für viele Behandlungsstrategien meist schwer durchführbar ist: „Allein bei der Ethikkommission ein zusätzliches Röntgenbild durchzubekommen, ist schwierig, da ethisch fragwürdig. Ein Dilemma, mit dem wir es immer wieder zu tun haben.“ Kontrollmechanismen seien sehr wichtig, damit Medizin auch im Kosten-sektor nicht ausufere. Allerdings solle dies nicht dazu führen, die Medizin zu sehr zu vereinfachen. Becker fordert daher: „Es sollte zwischen den Kontrollorganen und den Experten weitaus mehr Kommunikation geben.“

Grundlegende Bedenken gegen die allgemeinen Methoden des IQWiG hat die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) auch in einer eigens beauftragten „Methodenkritik“ dargelegt (siehe hierzu das Interview S.XX). Grundsätzlich wünschen sich die Fachgesellschaften, in Zukunft früher in die thematische Kommunikation eingebunden zu werden.

Miriam Buchmann-Alisch, Redakteurin DGOU/DGU

INFOKASTEN

Weiterführende Informationen:
www.dgou.de
www.aga.de
www.iqwig.de



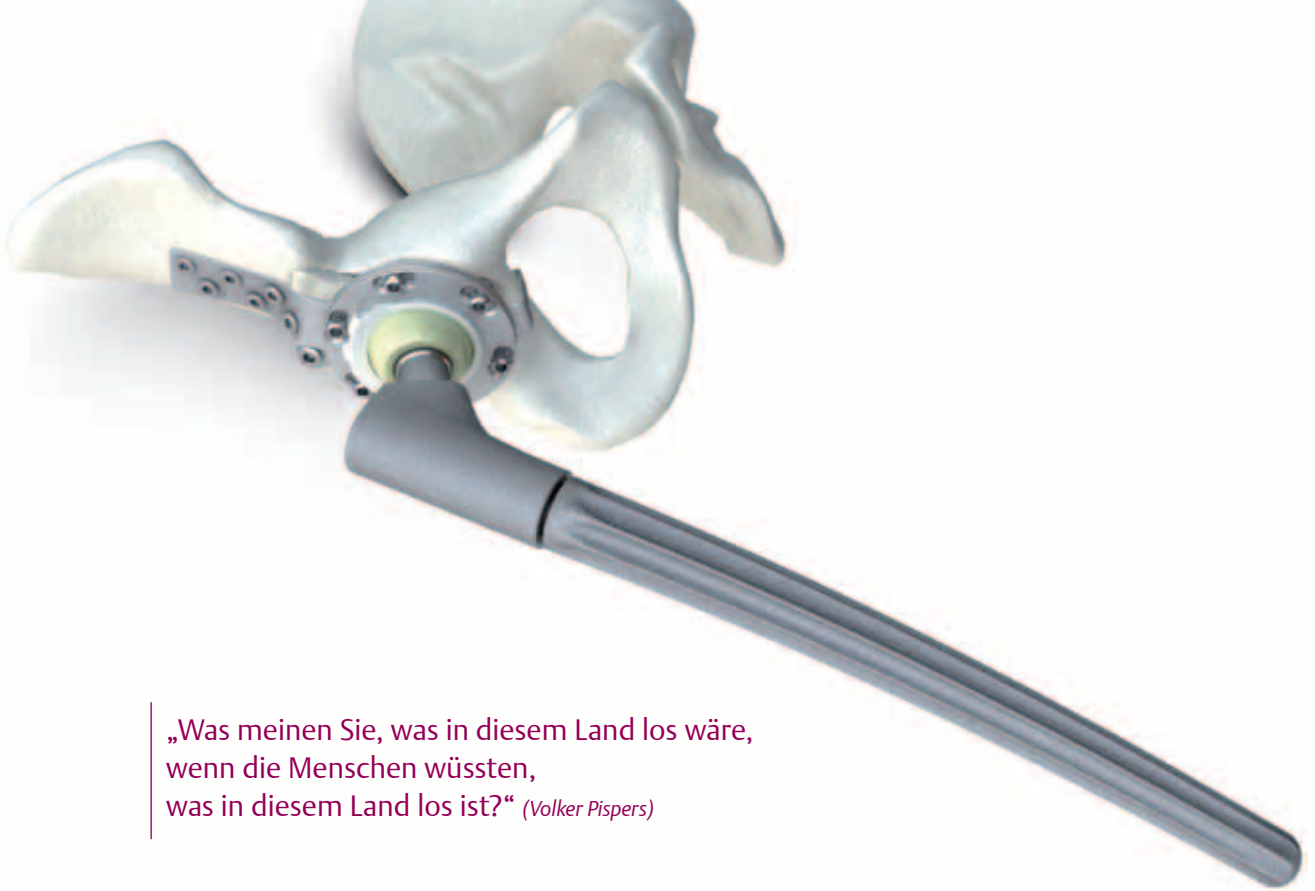
Prof. Roland Becker, Gesellschaft für Arthroskopie und Gelenkchirurgie (AGA), DGOU



Prof. Hermann Mayr, Präsident der Deutschen Kniegesellschaft, DGOU



PD Dr. Ralf Müller-Rath, Berufsverband der Arthroskopie (BVASK)



„Was meinen Sie, was in diesem Land los wäre,
wenn die Menschen wüssten,
was in diesem Land los ist?“ (Volker Pispers)

PREISFOKUSSIERUNG IN DEUTSCHLAND

Kostet uns der anhaltende Kostendruck die Zukunft?

Die Medizintechnik-Branche steht verstärkt im Fokus von Politik und Öffentlichkeit. Wirtschafts- und Forschungspolitik sehen die Medizintechnik als eine Zukunftsbranche an, die nachhaltige Chancen für Patientenversorgung, Wachstum und Arbeitsplätze bietet. Die Große Koalition hat die Gesundheitswirtschaft als „Leitmarkt“ der deutschen Wirtschaft bezeichnet.

Eigentlich müsste also blanke Zufriedenheit bei den deutschen Medizinprodukte-Herstellern herrschen. Das Umsatzvolumen stieg im Jahr 2013 auf 22,8 Milliarden Euro. Dazu trägt aber vor allem der Export bei. Der MedTech-Standort Deutschland schwächelt dagegen: Das Umsatzwachstum der MedTech-Unternehmen hat sich hierzulande gegenüber dem Vorjahr deutlich abgeschwächt und liegt im Inland bei durchschnittlich nur noch 2,6 Prozent. In den Vorjahren waren es noch rund 5 Prozent. Besser entwickelt sich mit rund 4,4 Prozent die weltweite Umsatzentwicklung. Die deutsche Medizintechnikindustrie ist mit Exportquoten zwischen 60 und 65 Prozent historisch betrachtet schon immer exportintensiv. Im Jahr 2013 lag die Exportquote sogar bei 68 Prozent: so hoch wie nie! Aber:

Mitte der 90er Jahre waren es „lediglich“ rund 40 Prozent Exportquote. Warum ist das so? Warum ist die Exportquote so stark gestiegen? Hat der Standort Deutschland - nach den USA und Japan immerhin der drittgrößte MedTech-Markt der Welt - in den letzten Jahren an Attraktivität verloren? Und falls ja, was sind die Konsequenzen - für die deutschen Mediziner, aber auch für die über 190.000 Beschäftigten in der MedTech-Branche?

Wenn Krankenhäuser Patienten werden

Nach einer Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) schrieb jedes zweite Krankenhaus im Jahr 2012 Verluste - 2011 waren es „lediglich“ 31 Prozent (► **Abbildung 1**).

Zweifelsfrei haben die DRGs (Diagnosis Related Groups) - insbesondere durch massive Erlösminderungen bei der Versorgung stationärer Patienten Jahr für Jahr - einen starken und nachhaltigen Druck auf die Kliniken geschaffen. Das hat wiederum dazu geführt, dass der Medizinproduktesektor in erster Linie als Kostenfaktor wahrgenommen und bewertet wird. Wenn der Studie zufolge lediglich 13 Prozent der Kliniken ihre Lage als gut einschätzen, ist es nur folgerichtig, dass - hoffentlich neben strukturellen, prozessualen und organisatorischen Optimierungsmaßnahmen - insbesondere Kostensenkungsmaßnahmen an Bedeutung gewinnen. In einer Studie von Ernst & Young aus dem Jahr 2010 wurde gezeigt, dass 65 Prozent der 150 befragten Krankenhäuser im Bereich „Material/Medizinische Verbrauchs-

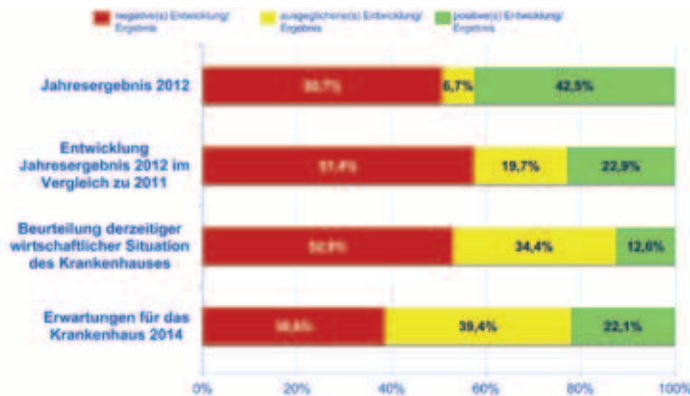


Abbildung 1: Studie Deutsches Krankenhausinstitut (DKI): Jedes zweite Krankenhaus schrieb 2012 Verluste

güter“ Kostensenkungsmaßnahmen planen. Damit steht dieser Bereich mit weitem Abstand ganz oben auf der Agenda, gefolgt von baulicher Instandhaltung (49 Prozent) sowie Kostensenkungsmaßnahmen im Pflegedienst (39 Prozent). Warum aber lediglich vier Prozent der befragten Krankenhäuser Kostensenkungsmaßnahmen im Bereich „Organisationsoptimierung“ sowie vier Prozent überhaupt keine Kostensenkungsmaßnahmen planen, ist kaum verständlich.

Sachkostensenkungen nur ein Instrument

Was bei der Diskussion um Kosten im Krankenhaus immer wieder vergessen, zumindest aber unterschätzt wird: Hüft- und Knie-Implantate machen lediglich rund 1,7 Prozent der Sachkosten sowie 0,7 Prozent der Gesamtkosten einer Klinik aus. Damit ist klar: Eine einseitige Fokussierung der Kliniken auf die Sachkosten, insbesondere den Implantatebereich, reicht aufgrund des geringen Kostenhebers nicht aus, um die gesamtwirtschaftlichen Probleme nachhaltig zu lösen. Sachkostensenkungen können lediglich **ein** wichtiges Element einer umfassenden Systematisierung sein, die im Wesentlichen über Prozessverbesserungen zu erreichen sein wird!

Fakt ist, dass sich aufgrund der genannten Umstände in den letzten 10 Jahren der Druck auf die Preise weiter verstärkt hat. Und Fakt ist auch, dass (immer mehr) der Preis – nicht etwa Qualität, Handhabung oder ähnliches – **das** Hauptentscheidungskriterium für die Krankenhausbeschaffung ist: Laut der Studie „Monitoring Einkauf & Logistik im Krankenhaus 2014“ für immerhin 63 Prozent der 191 Befragten. Die Handhabung sowie die Prozesswirkung eines Produktes sind

hingegen lediglich für 29 Prozent der Befragten ein Entscheidungskriterium.

Innovationsmanagement in Deutschland

Durch Innovationen der Gesundheitswirtschaft und medizintechnischen Fortschritt wurden in den letzten Jahren volkswirtschaftliche Einsparungen in Höhe von 22 Milliarden Euro erzielt. Das ist ein Ergebnis der Studie „Innovationsimpulse der Gesundheitswirtschaft“, die das Bundeswirtschaftsministerium (BMWi) im März 2011 vorstellte. Trotz dieser Erfolge haben sich die Rahmenbedingungen für die Medizinprodukte-Unternehmen in Deutschland in der letzten Zeit zunehmend verschlechtert: Wir reden seit dem Brustimplantate-Skandal vor zwei Jahren, der durch kriminelle Energie verursacht wurde, nicht mehr über die großen Chancen der Branche, sondern ausschließlich über die Risiken. Wir reden beim künstlichen Gelenkersatz nicht mehr über die Erfolgsgeschichte und die 99,8-prozentige Implantate-Sicherheit. Die Erfolgsgeschichte der wiedergewonnenen Mobilität und Schmerzfreiheit wird schlicht ausgeblendet. Stattdessen entfachen die Krankenkassenverbände eine Medienkampagne unter dem Motto: „Medizinprodukte sind meist unsicher und gefährlich“. Wir haben dadurch immer mehr verunsicherte Patienten, die Operationen trotz eindeutiger Indikationsstellung hinauszögern. Die Operationszahlen beim Gelenkersatz gingen 2013 in nicht unerheblichen Maße gegenüber dem Vorjahr zurück, obwohl der Bedarf wegen der Bevölkerungsstruktur eigentlich steigen müsste. Und wir diskutieren in Brüssel einen neuen Rechtsrahmen für Medizinprodukte, der neue bürokratische Strukturen und zusätzliche Verfahren einführt, ohne die Patientensicherheit zu erhöhen.

Gestiegenes Forschungsrisiko

Hinzu kommt: Aufgrund steigender Investitionskosten, kürzer werdender Produktlebenszyklen und der zum Teil langen Zeit bis zur Markteinführung bzw. Erstattungsfähigkeit von Innovationen, ist das Forschungsrisiko für die MedTech-Industrie stark gestiegen. Den forschenden Herstellern, die schon heute 9 Prozent des Umsatzes in Forschung und Entwicklung investieren (zum Vergleich: Chemieindustrie 5 Prozent, verarbeitende Industrie 3,8 Prozent), verlangt der medizinisch-technische Fortschritt auch weiterhin hohe Forschungsaufwendungen ab. Durch die fehlende Herauslösung der Sachkosten aus den DRGs haben wir aber bei den Implantaten eine Preisspirale nach unten verfestigt. Mit dem Ergebnis, dass wir in Deutschland im internationalen Vergleich die niedrigsten Endoprothesen-Preise haben.

Dies wiederum führt dazu, dass nur noch ein Viertel der Unternehmen in diesem Jahr in Deutschland ein besseres Gewinnergebnis erwarten. Über ein Drittel erwarten zurückgehende Gewinne. Das liegt vor allem am weiterhin extremen Preisdruck insbesondere durch Einkaufsgemeinschaften, an der innovationsfeindlichen Politik der Krankenkassenverbände, an gestiegenen Rohstoffpreisen, an höheren Außenständen und – last but not least – an den deutlich gestiegenen Zulassungskosten.

Verschärftes Zulassungssystem

Gerade das Zulassungsverfahren ist in den letzten Jahren komplexer, zeit- und damit kostenintensiver geworden ist. Insbesondere für kleine und mittlere Unternehmen (90 Prozent der MedTech-Unternehmen haben lediglich bis zu 100 Beschäftigte!) ist dies angesichts sinkender Preise immer schwerer darstellbar. Ein verschärftes, staatliches Zulassungssystem für Medizinprodukte, intensivere Regulierungen und höhere Zulassungsbarrieren führen sicherlich nicht wie eine „conditio-sine-qua-non“-Formel zur äquivalent erhöhten Patientensicherheit, sondern verlängern signifikant die Zeit bis wichtige Innovationen beim Patienten ankommen.

In diesem Kontext ist es sicher wenig hilfreich, Forderungen zu formulieren, man möge doch die Zulassungen wie bei der US-amerikanischen Food and Drug

Foto: Peter Brehm GmbH



Administration (FDA) organisieren. Gerade die immer wieder gelobte FDA steht in den Vereinigten Staaten aktuell massiv in der Kritik. So kam das „Wall Street Journal“ bspw. im Oktober 2011 zu dem Schluss: „FDA Regulations Needlessly Kills Thousands“. Studien haben gezeigt, dass trotz FDA-Zulassung in den USA, aber auch in Japan, Zwischenfälle mit Medizinprodukten nicht eliminiert oder signifikant reduziert werden! In beiden genannten Ländern sind Schadensfälle und produktbedingten Komplikationen bei identischen Produktkategorien nicht geringer als in Deutschland.

Schleichende Krise

Auch der gerne postulierte Appell, die Medizinprodukte doch genauso zu regulieren wie Arzneimittel, deutet stark darauf hin, dass die grundlegenden Un-

terschiede zwischen Arzneimitteln und Medizinprodukten an vielen Stellen nicht richtig verstanden werden – es handelt sich nämlich um grundverschiedene Produktkategorien, die hinsichtlich des Zulassungsverfahrens gewissermaßen „smart regulation“ und kein „one size fits all“ benötigen. Man kann und darf sicherlich festhalten, dass die CE-Kennzeichnung für Medizinprodukte für umfassende Qualität, Sicherheit und Funktionstüchtigkeit der Produkte steht und von der Regelungsdichte vergleichbar mit Arzneimitteln ist. Damit ist ein höchstmöglicher Grad an Gesundheitsschutz für Patienten garantiert – auch wenn Äußerungen von Vertretern der gesetzlichen Krankenkassen das Gegenteil suggerieren wollen.

Zusammenfassend kann man also festhalten, dass es keine akute, aber eine

schleichende Krise für die MedTech-Branche in Deutschland gibt. Hauptauslöser ist die seit Jahren zu beobachtende Preiserosion. Neue Produkte können diese Preiserosion nicht ausgleichen, da es in Deutschland immer schwieriger wird, Premiumpreise zu erzielen (der initiale Preis in einem Markt ist extrem wichtig!). Auch ein Mengenwachstum mit im Markt etablierten Produkten, das es im Übrigen in der Endoprothetik nicht mehr gibt, kann diese Verluste nicht ausgleichen. Und die Hemmnisse am Standort Deutschland nehmen weiter zu, wie die Herbstbefragung des BVMed bei 111 Unternehmen im Jahr 2013 zeigt (► **Abbildung 2**).

Forschung ins Ausland?

Nur acht Monate nach der Einführung hat Pfizer sein Krebsmedikament „Bosulif“ wieder vom Markt genommen. Nicht etwa aus Zweifeln an der Sicherheit oder der Wirksamkeit dieses Präparats, sondern weil aus Sicht von Pfizer kein angemessener Preis mit den Kostenträgern zu vereinbaren war. Auch in der Medizintechnik gibt es bereits Beschlüsse erster Unternehmen, aus wirtschaftlichen Gründen keine Innovationen mehr in Deutschland einzuführen. Ein gefährlicher Trend steht zu befürchten, nämlich dass deutsche Firmen nicht nur ihre Produktion, sondern auch Ihre Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten ins Ausland verlagern könnten. Unter dem Begriff „Reverse Innovation“ beschäftigen sich die MedTech-Hersteller heute damit, Innovationsprozesse in Schwellenländern wie Indien zu initiieren, welche zu an lokalen Bedürfnissen angepassten Produkten führen sollen. Reverse Innovation



Abbildung 2: Hemmnisse am Standort Deutschland



Abbildung 3: Stärken des Standorts Deutschlands

unterscheidet sich somit fundamental von der bekannten Strategie, abgespeckte Varianten von Premium-Produkten für Entwicklungsländer herzustellen oder veraltete Technologien dorthin zu exportieren. Die vor Ort konzipierten, teils radikal einfachen Produkte haben Exportchancen in hoch entwickelte Industrienationen, da sie das Potenzial besitzen, teure, in den Industrieländern entsprechende kostenintensive Technologien zu verdrängen. Ein bekanntes Beispiel ist ein tragbares Ultraschallgerät, das aus Indien über China seinen Weg zu General Electric (GE) fand. So verkauft GE inzwischen eine große Zahl der für Indien konzipierten Geräte erfolgreich in Frankreich. Die Unternehmensberatung Roland Berger prognostiziert, dass der Umsatzanteil mit in Schwellenländern für den lokalen Markt produzierten Gütern von heute 12 Prozent binnen fünf Jahren auf 18 Prozent wachsen wird. Brasilien, Russland, Indien und China, die sogenannten „BRIC-Staaten“, werden in 3 Jahren in allen MedTech-Kategorien unter den weltweit 10 größten Märkten aufgeführt sein.



Foto: BU Med

Qualitätsoffensive von Medizin und Industrie

Zweifelloos hat der Forschungsstandort Deutschland vor den genannten Hintergründen erste Risse bekommen. Dabei hätten wir - Ärzte wie Industrie - ge-

Kompetenzzentrum Gesundheit

Ein bloßes Fortschreiben der gewohnten Vorgehensweisen in der Zusammenarbeit zwischen Medizin einerseits und Industrie andererseits ist angesichts der immer rascheren Umweltveränderun-

novationseinführung und für effektive und effiziente Fort- und Weiterbildung. Gemeinsam müssen wir die schleichende Verdrängung medizinischer Ziele durch fragwürdige Profitabilitätsziele stoppen, um die Nachhaltigkeit unseres Standortes für die nächste Generation sicherzustellen. Wenn wir nicht gemeinsam unser gemeinsames System und damit Gesundheit gestalten, werden uns Dritte (noch mehr) die Strukturen und Spielregeln für die Zukunft vorgeben.

„Die Erfahrung lehrt uns, dass Liebe nicht darin besteht, dass man einander ansieht, sondern dass man gemeinsam in gleicher Richtung blickt“ (Antoine de Saint-Exupéry)

meinsam die besten Voraussetzungen: Wir haben hervorragend ausgebildete Ärzte und Ingenieure. Wir haben hervorragende Forschungsbedingungen durch unsere universitären Einrichtungen und Forschungsinstitute. Wir haben früher und heute immense medizintechnische Fortschritte erzielt, gerade durch die enge Zusammenarbeit von Ärzten und Ingenieuren. Dieser medizintechnische Fortschritt hat bewirkt, dass wir heute gemeinsam Patienten helfen können, die vor einigen Jahren noch nicht behandelt werden konnten. Hinzu kommt die demographische Entwicklung: Die Menschen werden immer älter und im Alter immer aktiver. Der Bedarf an Gesundheitsleistungen steigt weiter.

gen sowohl Nah- als auch Fernperspektivisch kaum länger zielführend. Dabei sollte man weder auf die Politik warten noch etwa darauf, dass sich andere „Player“ des Gesundheitssystems für uns in Bewegung setzen. Ärzte und Hersteller müssen vielmehr proaktiv Deutschland als „Leitmarkt“ und Kompetenzzentrum Gesundheit stärken. Hierzu brauchen wir den engen Schulterschluss zwischen beiden Parteien, ein innovationsfreundliches Umfeld und einen starkes Gesundheitssystem, um auch künftig im internationalen Vergleich wettbewerbsfähig zu bleiben. Beide Parteien müssen „für Etwas“, nicht „gegen Etwas“ Allianzen eingehen: Für Patientensicherheit, für umfassende Qualität, für sorgfältige In-

Ich rege einen Kulturwandel durch Inspiration an: wenn schon nicht im gesamten Gesundheitswesen, so doch zwischen Medizinern und Industrie. Ein Wandel zum Besseren, der von den allermeisten Beteiligten nicht als Bedrohung empfunden, sondern eher herbeigesehnt wird. Die mit den Projekten EPRD und EndoCert begonnene, gemeinsame Qualitätsoffensive war der erste Schritt in die richtige Richtung.



Dipl. Kfm. (Univ.)
Marc D. Michel,
Sprecher der Geschäftsleitung Peter Brehm GmbH und
Vorsitzender des Fachbereichs „Endoprothetik/Implantate“ im BV-Med, Senator im Senat der Wirtschaft e. V.

Wie teuer darf Medizintechnik sein?

Dass die Gesundheitsversorgung und darunter vor allem die Krankenhausbehandlung der Patienten immer teurer werden, ist hinreichend bekannt. Als wesentliche und unumstrittene Faktoren werden der demografische Wandel und der technologische Fortschritt aufgezählt. Doch die Zahlen stimmen gar nicht.

Der Kostenanstieg durch den demografischen Wandel wird als schicksalhaft angesehen; der durch den technologischen Fortschritt bedingte ist beeinflussbar und davon ist die Orthopädie und Unfallchirurgie besonders betroffen. Muskuloskeletale Erkrankungen und Verletzungen (ICD 8) sind allein zu einem Viertel an dem Anstieg der Krankenhausfälle und des Leistungsvolumens seit 2006 beteiligt (RWI Gutachten 2012). So steigt die Anzahl der chirurgischen Leistungen im Fach trotz der DRG-Einführung vor 10 Jahren (siehe OUMN 4-2013). Und so werden dann schnell die medizintechnologischen Unternehmen und auch Ärzte aus Orthopädie und Unfallchirurgie als Preistreiber im System bezeichnet. Zu Recht weist Herr Michel in seinem Artikel auf diese Scheuklappensicht vieler sogenannter Gesundheitsökonomien, Medien und auch Politiker hin, die schnell von zu vielen oder sogar unnötigen Operationen zu berichten wissen.

Zahlen steigen nicht

Erfreulicherweise ist die DGOOC mit dem Versorgungsatlas in der Lage, einiges klar zu stellen. Die Behauptung, dass die Zahlen der Endoprothetik stetig steigen würden, ist schlichtweg falsch. Sie fallen seit drei Jahren, obwohl in diesem Zeitraum die bundesrepublikanische Bevölkerung über 65 Jahre um 4,4 Prozent zugenommen hat und dementsprechend auch eine Zunahme der endoprothetischen Versorgung zu erwarten gewesen wäre. Auffallende und stark dynamische Steigerungen gibt es lediglich in der Wirbelsäulenchirurgie. Dies wurde auch von den Fachgesellschaften, darunter auch der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie, kritisch hinterfragt (siehe OUMN)

Deutschland ist Weltmeister

Richtig ist, dass Deutschland „Weltmeister“ in der endoprothetischen Versorgung ist. Aber ist denn die hohe Versorgungsra-

te sowohl in der Endoprothetik als auch in der Wirbelsäulenchirurgie ein Beleg für Preistreiberei? Die Endoprothetik wurde von Ian Learmonth 2007 im JAMA zu Recht als **die** Operation des Jahrhunderts bezeichnet. Keine andere Operation, aus welchem Fach auch immer, leistet Vergleichbares. Denn mit einem künstlichen Hüftgelenk kann man nicht nur wieder besser laufen. Man bleibt insgesamt mobil und dieser Mobilitätsgewinn schenkt dem Gesundheitssystem Abermillionen. Die mit einem künstlichen Hüftgelenk versorgten Patienten haben eine um 40 Prozent geringere Wahrscheinlichkeit, an schweren Herzerkrankungen, inklusive Herzinfarkt und Schlaganfall zu leiden. Ihre Lebenserwartung steigt deutlich. In den USA halbiert sich die Mortalitätsrate innerhalb der ersten sieben Jahre nach der Operation auf die Hälfte. In den USA kehren fast alle der noch arbeitsfähigen Patienten nach Hüft- oder Kniegelenkersatz wieder an den Arbeitsplatz zurück. Das ist Ergebnisqualität, die zählt. Sie wird aber in unserem Gesundheitssystem kaum betrachtet; denn der ökonomische Druck ist immens: Michel nennt es „die schleichende Verdrängung medizinischer Ziele“ und fordert einen Kulturwandel in der Kooperation von medizintechnischer Industrie und Ärzteschaft, aber auch unter den Medien.

Endocert, Traumaregister & Co.

Die DGOU hat diese Anregungen schon vor Jahren aufgegriffen und das WIK-Forum (Wissenschaft, Industrie, Kommunikation) geschaffen, in dem Qualitätssicherung mit dem Ziel einer effizienten Patientenversorgung ein Hauptthema ist. Die Fachgesellschaften haben zahlreiche qualitätssichernde Projekte etabliert (Traumanetzwerk, Traumaregister, EPRD, Endocert etc). Die einfache Verunglimpfung von Ärzten oder medizintechnischer Industrie – wie sie von Herrn Michel angesprochen wird – hilft jedenfalls nicht weiter. Der Fortschritt in den chirurgischen

Techniken von Orthopädie und Unfallchirurgie, aber auch der medizintechnischen Errungenschaften hat die Gesundheitsversorgung in den letzten vier Jahrzehnten wesentlich verändert. Gerade einmal vor 50 Jahren wurde die erste zementierte Hüftendoprothese von Charnley eingesetzt. Wenn jährlich über 400.000 Endoprothesen implantiert werden, so sicher nicht gegen den Willen der Patienten. Ein Sechzigjähriger, der mit einer schweren Arthrose vor fünfzig Jahren noch im Lehnstuhl saß, ist heute mobil und lebensfroh auf dem Golfplatz anzutreffen. Und weil dies die Patienten zu schätzen wissen, wird auch dieser Eingriff nachgefragt.

Zuerst der Patient

John Wennberg, einer der größten Gesundheitsökonomien aus den USA, hat bereits 1986 gefragt „Which rate is right?“ Damit sollte gesagt sein, dass allein die Betrachtung von Versorgungsraten und Operationszahlen bei der Bewertung einer Innovation nicht weiterhilft. Letzten Endes geht es immer um den individuellen Vorteil für den Patienten und dann um die Wertschöpfung in der Gesellschaft.

*Prof. Dr. med. Fritz Uwe Niethard
Prof. Dr. med. Reinhard Hoffmann*



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



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Generalsekretär DGOU/DGU

Konsequenzen aus den Änderungen in der Medizinprodukte-Betreiberverordnung

Am 28. Juli 2014 wurde im Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 35, S.1227 ff., die „Verordnung über die Abgabe von Medizinprodukten und zur Änderung medizinprodukterechtlicher Vorschriften“ vom 25. Juli 2014 verkündet. Die Änderungen betreffen – neben anderen Verordnungen – auch die Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV). Gegenstand der Änderung sind hier zum einen Präzisierungen bei der Aufbereitung von Medizinprodukten, insbesondere eine klare Abgrenzung zur Instandhaltung. Zum anderen haben die Erfahrungen aus dem PIP-Brustimplantateskandal Anlass gegeben, die Pflichten der Anwender und Betreiber im Zusammenhang mit implantierbaren Medizinprodukten neu zu ordnen und zu bündeln.

Auch wenn es nun einen neuen eigenen § 4 gibt, der die Aufbereitung unabhängig von der Instandhaltung von Medizinprodukten regelt, bleibt inhaltlich grundsätzlich alles beim Alten. Die Anforderungen an die Aufbereitung von besonders kritischen Medizinprodukten werden allerdings erhöht, indem ab dem 1. April 2015 die Zertifizierung des Qualitätsmanagementsystems des Aufbereiters durch eine von der zuständigen Behörde anerkannten Stelle zur Pflicht wird.

Welche Änderungen ergeben sich daraus für die Praxis?

Neue Pflichten für Betreiber oder Anwender im Bereich der Instandhaltung werden im neuen § 3 nicht eingeführt. Die bisherigen Anforderungen an die Instandhaltung von Medizinprodukten wurden lediglich redaktionell überarbeitet, um sie den Bedürfnissen der Praxis anzupassen. Hier werden insbesondere die Begriffe im Zusammenhang mit der Instandhaltung klargestellt. Eine weitere Neuerung ist die Aufhebung der Einweisungspflicht gemäß § 5 Absatz 2 für Anlage-1-Medizinprodukte, die nach der Kennzeichnung, der Gebrauchsanweisung oder den Werbematerialien vom Hersteller zur Anwendung durch Laien vorgesehen sind. Hintergrund ist, dass die Anwendung der Anforderungen des Absatzes 2 auf die entsprechenden Medizinprodukte für Laien nicht sachgerecht ist und im direkten Widerspruch zu ihrer Zweckbestimmung stehen würde. Die vom Hersteller vorgesehene Anwendung

durch Laien wäre damit nur unter sehr erschwerten Bedingungen bzw. gar nicht möglich. Dies betrifft zum Beispiel den Einsatz automatisierter externer Defibrillatoren (AED), die vom Hersteller zur Verwendung durch Laien vorgesehen sind.

Konsequenzen aus dem neuen § 10

Die Regelungen des neuen § 10 mit den besonderen Pflichten bei implantierbaren Medizinprodukten treten in den kommenden Monaten gestuft in Kraft (Artikel 6 MPAV: Inkrafttreten, Außerkrafttreten), damit die Gesundheitseinrichtungen ausreichend Zeit haben, sich auf die neuen Bedingungen einzustellen. Dabei führt die Bündelung der Informations- und Dokumentationspflichten im Zusammenhang mit der Implantation von Medizinprodukten in einem einzigen Paragraphen allgemein zu einer verbesserten Transparenz.

Die im § 10 geregelten Pflichten gelten allerdings nicht für alle Implantate, sondern nur für die in der Anlage 3 zur Betreiberverordnung aufgeführten Medizinprodukte. Dies sind zum einen alle aktiven implantierbaren Medizinprodukte, zum anderen bestimmte nicht-aktive Implantate, und zwar Herzklappen, Gefäßprothesen, Gelenkersatz für Hüfte und Knie, Wirbelkörperersatzsysteme und Bandscheibenprothesen sowie Brustimplantate. Resorbierbare Produkte, wie z.B. resorbierbare Gefäßprothesen, werden von der Anlage nicht erfasst. Da sich

diese Produkte nach einer bestimmten Zeit im Körper auflösen, sind die auf Dauer angelegten Maßnahmen des § 10 Absatz 1 und 2, die für die implantierenden Einrichtungen mit Mehraufwand verbunden sind, hier nicht gerechtfertigt. Ausgenommen sein sollen auch z.B. Platten und Schrauben zur Stabilisierung für verschiedene Anwendungsbereiche.

§ 10 Absatz 1 Nummer 1 verpflichtet ab dem 1. Oktober 2014 zur Übergabe einer schriftlichen Information an den Patienten im Anschluss an eine Implantation. Die entsprechende, bisherige Regelung in § 10 MPBetreibV galt nur für bestimmte aktive Implantate und wird nun auf die in der Anlage 3 aufgeführten Medizinprodukte erweitert. Dies dient der Erhöhung der Patientensicherheit. Zur Vermeidung unnötiger Bürokratie wurden die in der schriftlichen Information geforderten Angaben auf das zwingend erforderliche Maß begrenzt. Neben sicherheitsrelevanten Hinweisen sollen deshalb nur noch die Daten für notwendige Kontrolluntersuchungen, insbesondere der Zeitpunkt der ersten Kontrolluntersuchung in der Information enthalten sein.

Implantatpass

Ab dem 1. April 2015 ist dem Patienten, dem ein in der Anlage 3 aufgeführtes Medizinprodukt implantiert wurde, gemäß § 10 Absatz 1 Nummer 2 zusätzlich ein Implantatpass auszuhändigen. In dem Implantatpass sind die Informationen als Mindestinformationen gefordert, die

in § 10 Absatz 2 (alt) als der Patienteninformation beizufügende Informationen aufgeführt waren. Mit dem Implantatpass sollen dem Patienten alle wichtigen Informationen zu seinem Implantat in kompakter Form zur Verfügung stehen, so dass er diese stets bei sich tragen kann.

Die Dokumentation für die Identifizierung von Patienten im Falle von korrektiven Maßnahmen muss ab dem 1. Januar 2016 entsprechend den Vorgaben des § 10 Absatz 2 MPBetreibV erfolgen.

Patienten, die mit einem der in Anlage 3 genannten implantierbaren Medizinprodukt versorgt worden sind, müssen zum Zweck der Durchführung korrektiver Maßnahmen schnell identifizierbar und erreichbar sein. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass die in § 16 Absatz 2 MPSV geforderte, aber nicht näher beschriebene Führung der genannten Aufzeichnungen auf sehr unterschiedliche Art und Weise erfolgte. Zum Teil wurden diese Informationen in die Patientenakte aufgenommen, die aber nicht immer zeitnah verfügbar ist. Nach der neuen Regelung in § 10 Absatz 2 muss die entsprechende Dokumentation in den Gesundheitseinrichtungen so aufbewahrt

werden, dass Patienten in maximal drei Werktagen ermittelt werden können. Damit wird auch eine der Forderungen im Nachgang des PIP-Skandals erfüllt, nämlich die Verbesserung der Rückverfolgbarkeit bestimmter Medizinprodukte sicherzustellen.

Es ist davon auszugehen, dass sich in der Praxis eine geeignete elektronische Speicherung der betreffenden Daten durchsetzen wird. Um dabei auch einen Adresswechsel des Patienten auffangen zu können, soll neben der Anschrift künftig auch die Krankenversicherungsnummer erfasst werden, die über die entsprechende Krankenkasse eine „lebenslange“ Identifizierungsmöglichkeit bietet.

Die Nichterfüllung der Vorgabe wird gemäß § 13 Nummer 10a mit einem Bußgeld belegt.

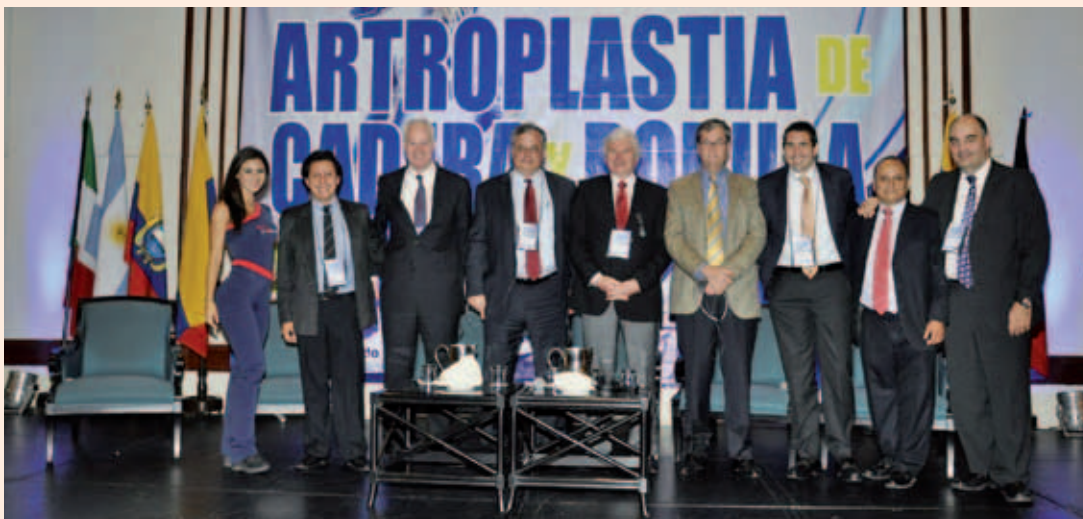
Patientensicherheit erhöhen

Ausgehend von den Erfahrungen der letzten Jahre, zielen die beschriebenen Neuregelungen darauf ab, die Patientensicherheit bei der Versorgung mit Implantaten zu erhöhen, dabei aber maßvolle Lösungen zu finden, die den bürokrati-

schen Aufwand für die Anwender und Betreiber nicht unnötig erhöhen. Eine ähnliche Entwicklung findet in diesem Bereich voraussichtlich auf europäischer Ebene statt. Hier werden in den Beratungen des aktuellen Verordnungsvorschlags zu Medizinprodukten neue, an den Hersteller gerichtete Verpflichtungen diskutiert. Dementsprechend sollte der Hersteller seinen implantierbaren Medizinprodukten zukünftig ein Patienteninformationsblatt sowie einen Implantatpass beifügen, letzterer zur Vervollständigung und Weitergabe an den Patienten durch die implantierende Einrichtung. Die Beratungen in Brüssel dauern noch an, daher bleibt abzuwarten, wie die entsprechende Regelung tatsächlich ausgestaltet wird.



Dr. Katrin Westphal,
Bundesministerium
für Gesundheit,
Referat 121, Medizin-
produkterecht



Dr. Henry Flores, Argentinien, Dr. Daniel Berry, Mayo Clinic US, Dr. David Lewallen, Mayo Clinic USA, Dr. Werner Siebert, Deutschland, Dr. Robert Trousdale, Mayo Clinic USA, Dr. Rafael Sierra, Mayo Clinic USA, Dr. Marcello Lizárraga, Peru, Dr. Sacha Bittelman, Chile

KONGRESS IN PERU

Auf der Arthroplastia in Peru

Seit einigen Jahren gibt es die Deutsch-Lateinamerikanische Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Mitgliedern aus Deutschland und ganz Lateinamerika. Zusätzlich fördert die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) die Kontakte zwischen Deutschland und Lateinamerika durch ein Reisestipendium.

Immer im Wechsel kommen in einem Jahr drei lateinamerikanische junge Orthopäden nach Deutschland, um sich hier weiterzubilden, und im anderen Jahr fahren junge deutsche Kollegen, die das Auswahlverfahren für sich entscheiden konnten, nach Lateinamerika an Orte ihrer Wahl, um sich dort weiterzubilden und hervorragende Kliniken zu besuchen sowie am Kongress der Lateinamerikanischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie teilzunehmen. Basierend auf diesen guten Kontakten wurde Professor Dr. Werner Siebert, der auch das Lateinamerika-Stipendium der Deutschen

Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie betreut, von der Peruanischen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie zu einem großen Symposium nach Lima eingeladen. Die gesamte Hüft- und Knieendoprothetik einschließlich Wechseloperationen standen im Mittelpunkt dieser Veranstaltung. Der Kongress wurde gemeinsam mit Professoren der berühmten Mayo-Klinik aus Rochester in den USA veranstaltet: Prof. Daniel Berry, Prof. David Lewallen, Prof. Robert T. Trousdale, Prof. Rafael Sierra und Prof. Thomas Byrd vertraten die Mayo-Klinik.

Andere Sicht in Europa

Da Professor Siebert als ASG-Fellow in der Mayo-Klinik war und seit dieser Zeit gute Kontakte mit den Kollegen dort hat, war der Austausch sehr fruchtbar und kollegial. Natürlich war es gerade für die lateinamerikanischen Kollegen wertvoll, dass auch die europäische Sicht der Dinge immer wieder dargestellt wurde. Manches wird eben in Europa anders gesehen als in den USA. Das Symposium mit mehr als 700 Teilnehmern war ein großer Erfolg. Es wurden über zwei Tage kleine und große Probleme der Endoprothetik an Hüft- und Kniegelenk ausführlich diskutiert sowie in Falldarstellungen mit den Teilnehmern besprochen. Über-

sichtsreferate und Diskussionsrunden der Experten wurden von den Teilnehmern und Veranstaltern als hervorragend eingeschätzt. Prof. Werner Siebert erhielt auch den Preis für den besten Vortrag auf diesem Kongress, den der Kongresspräsident Dr. Lizárraga ihm überreichte.

Auf den Spuren der Inkas

Im Anschluss an den Kongress besuchten Prof. Siebert und seine Frau noch die Inka-Stadt Cusco mit den historischen Inka-Stätten in über 4000m Höhe und wanderten über den Inka-Trail nach Machu Pichu. Sowohl die Kontakte mit den amerikanischen Kollegen als auch mit den aus ganz Lateinamerika angereisten Teilnehmern dieses Symposiums konnten durch diesen Kongress intensiviert werden.



Prof. Werner Siebert und seine Frau auf den Spuren der Inkas



Prof. Dr. Werner Siebert, Kassel

Personalia



PD Dr. med. Peter Bernstein, Facharzt am Orthopädisch-Unfallchirurgischen Zentrum des Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der Technischen Universität Dresden hat sich habilitiert mit dem Thema: „Möglichkeiten und Grenzen des Tissue Engineering in der regenerativen Therapie von Knorpel- und Knochendefekten“.



Univ.-Prof. Dr. med. Marcus Jäger, Direktor der Klinik für Orthopädie und seit 2012 Kommissarischer Direktor der Klinik für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Essen, hat ab Juli 2014 den Lehrstuhl für Orthopädie und Unfallchirurgie übernommen. Bisher war er Lehrstuhlinhaber für die Orthopädie.



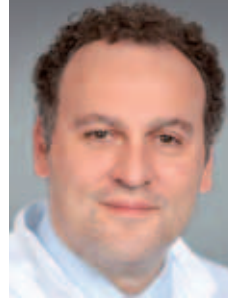
Dr. med. Boris Baron von Engelhardt wurde zum 1. August 2014 in Nachfolge von Prof. Dr. med. Jörg Ohnsorge als neuer Chefarzt der Fachklinik für Orthopädie im St. Josefs-Hospital Cloppenburg berufen. Zuletzt war er in Dannenberg als Chefarzt der Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Chefarzt des Endozentrums tätig.



Prof. Dr. med. Michael Jagodzinski hat seit 1.7.2014 die Leitung der Abteilung Unfallchirurgie und Orthopädie am AGAP-LESION Ev. Krankenhaus Bethel übernommen. Zudem ist er der neue Chefarzt der unfallchirurgisch-orthopädischen Abteilung am Kreiskrankenhaus Stadthagen. Zuletzt war Jagodzinski als Oberarzt an der Medizinischen Hochschule Hannover tätig.



Dr. med. Thomas Drabiniok hat mit Wirkung zum 1.10.2014 die cheftätliche Leitung der orthopädisch-unfallchirurgischen Rehabilitationsabteilung an den Fachkliniken Hohenurach (72574 Bad Urach) angetreten. Zuletzt war er langjähriger leitender Oberarzt in Nachfolge von Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. J. Heise.



Prof. Dr. med. Frank Kandziora, stellv. Leiter der Sektion Wirbelsäule der DGOU und Chefarzt des Zentrums für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie an der BG-Unfallklinik Frankfurt, ist als einziger Europäer in den ehrenamtlich tätigen Sachverständigenbeirat der AOCID, einer Stiftung der AO, die die Verbesserung der Behandlung orthopädischer Krankheitsbilder zum Ziel hat, gewählt worden.



Prof. Dr. med. Thomas M. Frangen, Oberarzt der Abt. für Orthopädie, Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie an der Elisabeth-Klinik im hochsauerländischen Olsberg wurde im Mai 2014 zum außerplanmäßigen Professor der Philipps-Universität Marburg ernannt.



Patrick Orth, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie an der Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie des Universitätsklinikums des Saarlandes in Homburg/Saar hat sich habilitiert mit dem Thema: „Die Rolle des subchondralen Knochens bei der Reparatur osteochondraler Defekte“.



PD Dr. med. Hansjörg Heep, leitender Oberarzt und Stellvertreter des Direktors an der Orthopädischen Universitätsklinik Universität Duisburg-Essen, ist im Rahmen der konstituierenden Kammerversammlung erneut in den Vorstand der Ärztekammer Nordrhein gewählt worden und vertritt dort als einziger ein schneidendes Fach als Krankenhausarzt.



Prof. Dr. med. Axel Partenheimer, Leitender Oberarzt an der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Diakoniekrankenhaus Friederikenstift gGmbH Hannover und Mannschaftsarzt Hannover 96, hat am 1.11.2013 den Ruf für die W2 Professur für Sportmedizin an der Medical School Hamburg, University of Applied Sciences and Medical University angenommen.



Dr. Christian-Dominik Peterlein, Oberarzt der Klinik für Orthopädie und Rheumatologie am UKGM (Standort Marburg), hat sich für das Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie habilitiert mit dem Thema: „Sonographie der Säuglingshüfte – Untersuchungen zur diagnostischen Qualität“.



PD Dr. med. Christian Simanski, Oberarzt der Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sporttraumatologie der Berufsgenossenschaftlichen Klinik Bergmannsheil am Klinikum Köln Merheim und Sektionsleiter für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie am Lehrstuhl für Unfallchirurgie und Orthopädie der Universität Witten/Herdecke ist zum 1.7.2014 zum außerplanmäßigen Professor ernannt worden.



PD Dr. med. Torsten Prietzel, Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Plastische Chirurgie, Universitätsklinikum Leipzig hat sich habilitiert mit dem Thema: „Die hüftstabilisierende Wirkung des atmosphärischen Druckes und resultierende Konsequenzen für die Luxationsprophylaxe nach Hüftendoprothetik - Experimentelle und klinische Untersuchungen“.



Prof. Dr. Andre Steinert, Oberarzt an der Orthopädischen Klinik König-Ludwig-Haus, Lehrstuhl für Orthopädie der Julius-Maximilians-Universität Würzburg, wurde zum 01.10.2013 auf die W2 Professur für Regenerative Orthopädie berufen. Herr Prof. Steinert ist Koordinator des Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung am König-Ludwig-Haus.



Dr. med. Wolfgang Renschler ist seit dem 1.8.2014 Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie an den Kreiskliniken Darmstadt-Dieburg, Standort Groß-Umstadt, wo er bereits seit 1997 als Leitender Oberarzt tätig war und 2012 zum Sektionsleiter der Unfallchirurgie benannt wurde.



PD Dr. med. Nikolaus Streich, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Sektion Sportorthopädie und Sporttraumatologie hat sich habilitiert mit dem Thema „Strategien und Therapiekonzepte in der Versorgung der anterioren Kniegelenksinstabilität“.



PD Dr. med. Dirk Richter wechselte zum September 2014 nach Abu Dhabi, wo er als Mitglied des Management Teams der Health Authority Abu Dhabi für die staatlichen SEHA Krankenhäuser (12 Kliniken, ca. 18.000 Mitarbeiter) tätig ist. Richter ist dort für den weiteren Aufbau des Krankenhaussektors zuständig.



PD Dr. med. Patrick Strube, Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie; Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie; Charité – Universitätsmedizin Berlin, hat sich habilitiert mit dem Thema: „Analyse biomechanischer Einflussfaktoren zur Optimierung stabilisierender Therapieverfahren für hochgradig degenerierte lumbale Wirbelsäulensegmente“.



Dr. med. Jürgen Ropers hat am 1. Juli 2014 seinen Posten als Chefarzt der Wirbelsäulenchirurgie in der Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg angetreten und damit Prof. Dr. Thorsten Ernstberger abgelöst. Dr. Ropers wechselte vom Diakonie-Klinikum Stuttgart nach viereinhalb Jahren als Oberarzt im Wirbelsäulen-Zentrum in seine jetzige Klinik.



PD Dr. med. Tobias Winkler, Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie; Klinik für Orthopädie, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie; Charité – Universitätsmedizin Berlin, hat sich habilitiert mit dem Thema: „Zelltherapie des Skelettmuskeltraumas“.

In eigener Sache

Acht Jahre Redaktion für O & U

Jana Ehrhardt-Joswig dürfte den meisten Lesern der Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten bekannt sein. Seit 2006 betreut sie die Redaktion der „Orthopädie Mitteilungen“ und seit Ende 2011 nach der Zusammenführung der Mitteilungsblätter von DGOOC, BVOU und DGU dann die „Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten“. Nein, sie betreut das Heft nicht nur, sie **ist** die Redaktion des Mitteilungsheftes. Die Mitglieder der Fachgesellschaften und des Berufsverbandes können sich darauf verlassen, dass regelmäßig, nämlich 6 mal pro Jahr, ein etwa 100 Seiten umfassendes Heft mit aktuellen Informationen, Beiträgen, Interviews und eben vielen interessanten „Mitteilungen und Nachrichten“ erscheint. Kaum jemand kann sich vorstellen, welche immense Arbeit in jedem Heft verpackt ist. Dazu gehört nämlich eine langfristige Planung jeden Heftes, die Sammlung von Beiträgen, die Verhandlungen mit Autoren, die Durchsicht und Überarbeitung von eingereichten Artikeln. Denn nicht jeder Mediziner oder Orthopäde und Unfallchirurg ist ein geborener Journalist, und so müssen dann doch eine ganze Reihe von Beiträgen der besseren Lesbarkeit halber überarbeitet werden. Dazu gehört aber auch noch die Beobachtung der fachgesellschaftlichen Entwicklungen in der Medizin, insbesondere der Nachbarfächer von Orthopädie und Unfallchirurgie, das frühzeitige Erkennen von neuen, auch technologischen Entwicklungen. Dann auch die Planung und das Verfassen eigener Artikel und vieles andere mehr. Nicht zuletzt geht es um eine konstruktive Zusammenarbeit mit dem Verlag, wo die Artikel eingehen. Die drei Schriftleiter von Orthopädie und Unfallchirurgie wussten es zu schätzen, dass Frau Ehrhardt-Joswig dies mit größter Kompetenz übernommen und erledigt hat.



Die Redakteurin Jana Ehrhardt-Joswig hat die OUMN auf das heutige Niveau gebracht.

Aber die Mitteilungshefte waren nicht die einzige „Spielwiese“ von Frau Ehrhardt-Joswig. Bereits 2002 und in den folgenden Jahren hat sie zahlreiche andere Initiativen zur verbesserten Information aus dem Bereich des Faches entwickelt. Besonders wertvoll war die Konzeption und Redaktion des Patientenmagazins Orthinform und des dazu gehörigen Internetportals www.orthinform.de. Frau Ehrhardt hat frühzeitig erkannt, dass die Information des Patienten wesentlich für die Darstellung des Faches und für die Arzt-Patienten-Beziehung ist. Bedauerlicherweise ist diese Zeitschrift aus organisatorischen Gründen eingestellt worden. Aber wer weiß, ob dieses Konzept nicht in allernächster Zeit wieder ausgegraben werden muss? Der Ruf der Bundesregierung nach einer verbesserten Patienteninformation lässt das erwarten...

Nicht zuletzt hat Frau Ehrhardt-Joswig zahlreiche Veranstaltungen betreut, dort die Presse-Arbeit geleistet, Flyer und Broschüren konzipiert und die Berichte in die Medien getragen.

Mit ihrem Einsatz für die Orthopädie und Unfallchirurgie hat sich Frau Ehrhardt in den entsprechenden Kreisen ein hohes Ansehen erworben. So ist es nicht verwunderlich, dass sie dem Ruf eines großen berufspolitischen Verbandes gefolgt ist, bei dem sie nun ihre Kenntnisse weiter verwerten kann. Dort aber wird vor allem auch die medizintechnische Industrie betreut. Sie wird also indirekt der Orthopädie und Unfallchirurgie verbunden bleiben. Die Schriftleiter und die Geschäftsstellen von Orthopädie und Unfallchirurgie wünschen ihr auf ihrem weiteren Berufsweg alles Gute und bedanken sich für die hervorragende langjährige Zusammenarbeit.

Frau Ehrhardt-Joswig wird bereits für das Heft 5, das sogenannte Kongressheft, eine Nachfolgerin haben. Frau Ines Landschek ist im Kreise der Geschäftsstellen nicht unbekannt. Sie hat bereits Anfang 2002 für die Orthopädie Mitteilungen gearbeitet und ist mit den Abläufen vertraut. Die Schriftleiter und die Mitarbeiter der Geschäftsstellen wünschen ihr einen guten Start und viel Spaß im Team von Orthopädie und Unfallchirurgie.

Prof. Dr. med. F. U. Niethard – Schriftführer DGOOC

Prof. Dr. med. R. Hoffmann – Schriftführer DGU

Prof. Dr. med. K. E. Dreinhöfer – Schriftführer BVOU

Wir gratulieren ...



Zum 80. Geburtstag

... Dr. Gerda Bönsch, Halle
... Dr. Artur Boroske, Detmold
... MR Dr. Johann-Friedrich Fischer, Wismar
... Dr. Konrad Flintsch, Amberg
... Dr. Elemer Hod, Langen
... Dr. Norbert Kaiser, Hildesheim
... Prof. Dr. Rolf Krieghoff, Leipzig
... Dr. Michael Niemann, Husberg
... Dr. Evelyn Nolte, Hannover-List
... Dr. Helmut Radloff, Berlin
... Prof. Dr. Hessameddin Rassouli, Recklinghausen
... Dr. Rudolf Schäfer, Michelstadt
... Dr. Ludger Schilgen, Münster
... Prof. Dr. Josef Steinhäuser, Zülpich
... Harald Weissbrich, Berlin

Zum 85. Geburtstag

... Dr. Peter Faust, Otterndorf
... Dr. Georg Holfelder, Frankfurt a. M.
... Dr. Franz-Ludwig Waldmann, München
... Prof. Dr. Hans Christoph Meuli, Bern/Schweiz
... Prof. Dr. Karl Rossak, Karlsruhe

Zum 90. Geburtstag

... Dr. Peter Glantz, Essen
... Dr. Josef Hagemeyer, Freiburg
... Prof. Dr. Werner Janssen, Hamburg
... Dr. Anton Lehr, Friedrichshafen
... Dr. Franz Josef Meffert, Bonn
... Günther Paulick, Wiesbaden

Zum 95. Geburtstag

... Prof. Dr. Wilhelm Albrecht, Aschaffenburg
... Prof. Dr. Wolfgang Axhausen, Schiffdorf
... Prof. Dr. Bertold Hübner, Friedberg
... Dr. Manfred C. Ruckelshausen, Überlingen



v. l.: Prof. Hans Zwipp und Prof. Klaus Peter Günther am UniversitätsCentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie der Uniklinik Dresden

GESICHTER AUS O UND U

Klaus-Peter Günther, Hans Zwipp: O und U in einem universitären Zentrum

Seit 1. Juni 2013 vereint das neue UniversitätsCentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie (OUC) am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden die beiden Fachrichtungen in einem bundesweit bislang an Universitätskliniken einzigartigen Modell. Die Idee dazu hatten der Geschäftsführende Direktor Prof. Dr. Klaus-Peter Günther und der Ärztliche Direktor Prof. Dr. Hans Zwipp.

Das universitäre Zentrum verteilt sich auf sechs Sektionen, die von je einem eher orthopädisch und einem eher unfallchirurgisch ausgebildeten Oberarzt mit einer Mitarbeiterin des Pflegedienstes geleitet werden: Akutversorgung, Fuß, Sprunggelenk und Kinderortho-

pädie, Hüfte und Becken, Knie und Tumorthopädie, Schulter, Ellenbogen und Hand sowie Wirbelsäule. Hinter diesen Sektionen gibt es als große Blöcke das überregionale Traumazentrum (ÜRTZ) und das Endoprothetikzentrum der Maximalversorgung (EPZmax), damit

zum einen übergeordnete Standards der Traumaversorgung eingehalten und zum anderen Behandlungsprozesse in Fragen der Endoprothetik abgestimmt werden. Insgesamt bündelt das Zentrum 250 Mitarbeiter aus beiden Kliniken.

Interview mit den Begründern des Modellprojekts

Nun besteht das OUC bereits seit einem Jahr - wie gestaltet sich die Zusammenarbeit der beiden Kliniken?

Die beiden Kliniken gibt es nicht mehr. Wir sind ein völlig neu strukturiertes und gemeinsam getragenes Zentrum mit ca. 250 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Bei uns arbeiten jetzt ärztliche und pflegerische Sektionsleiter mit ihren Teams in sechs Sektionen in verschiedenen Funktionsbereichen, wie die Chirurgische Notaufnahme einschließlich präklinischer Notfallmedizin (Luft- und bodengebunden), die Chirurgische Intensivstation, die orthopädisch-unfallchirurgische Ambulanz, die Sportmedizin oder der Operationsbereich mit sechs und mehr Sälen.

Kann man jetzt nach einem Jahr eine Bilanz ziehen?

Ja, wenngleich sie noch vorläufig ist. Wir müssen noch weitere Anpassungen vornehmen, aber unterm Strich überwiegen in den meisten Sektions- und Funktionsbereichen die Positiva gegenüber den Negativa.

Worin liegen die hauptsächlichen Herausforderungen?

Dass wir keine „Orthopäden“ und keine „Unfallchirurgen“ mehr sind, die früher in Konkurrenz lebten, sondern wir jetzt die Expertise von zwei Seiten gemeinsam vertreten und auch gemeinsam weiterentwickeln wollen.

Welche Hürden mussten überwunden werden?

Die größte Hürde war die Angst davor, etwas zu verlieren und insbesondere die

originäre Unfallchirurgie oder die eigentliche Orthopädie aufgeben zu müssen. Die kleinere Hürde war eher die Befürchtung, nicht allen neuen Aufgaben gewachsen zu sein oder sich in den Sektionen fachlich zu sehr fokussieren zu müssen.

Musste baulich etwas verändert werden?

Zunächst sind nur sehr begrenzte bauliche Anpassungen erfolgt, wie zum Beispiel der Umbau einer gemeinsamen prästationären Patientenaufnahme und einer neuen Intermediate-Care-Einheit. Eine Zusammenführung wäre aus verschiedenen Gründen sehr wünschenswert, da erst mit einer aufgehobenen räumlichen Trennung alle potenziellen Synergieeffekte nutzbar sind und die gemeinsame Identität nach innen und außen unzweifelhaft besteht.

Was bedeutet der Zusammenschluss für den Nachwuchs aus O und U?

Die Weiterbildungsassistenten fühlen sich in unserem Zentrum am wohlsten, weil sie nach dem Common Trunk alle Sektionen durchlaufen und damit eine optimale Ausbildung für den Basisfacharzt O&U erhalten werden. Nachdem sie in den sechs Jahren herausgefunden haben, wofür ihr Herz schlägt, können sie als Zusatzqualifikationen die Spezielle Orthopädie, die Spezielle Unfallchirurgie, Handchirurgie, Kinderorthopädie, Orthopädische Rheumatologie, Sportmedizin oder Spezielle Schmerztherapie erwerben. Dies gilt auch für Fachärzte und sogar Mitarbeiter in Oberarztpositionen. Neben entsprechend vielfältigen Möglichkeiten wissenschaftlicher Beschäftigung verbessern sich für alle Mitarbeiter mit Interesse am Erwerb entsprechender Qualifikationen die Karrierechancen. Dies gilt sowohl für interne als auch externe Führungspositionen.

Interessieren sich bereits andere Universitätskliniken aus O und U auch für dieses Konzept?

Ja, wir haben unlängst in einem Workshop in Pillnitz mit den Lehrstuhlinhabern der früheren orthopädischen und der unfallchirurgischen Ordinarienkongressen sowie mit den Leitern experimenteller Forschungseinrichtungen an den universitären Standorten über verschiedene Modelle diskutiert, die O&U in Lehre, Forschung und Patientenversorgung am besten vertreten können. Dabei interessierte unser Modell ganz besonders.

Was hat Sie dazu gebracht, Orthopäde / Unfallchirurg zu werden?

Zwipp: Vielleicht wurde ich Unfallchirurg, weil ich als Student mit einer zweitgradig offenen Femurfraktur trotz sekundärer Küntschernagelung zehn Wochen in der Tibiakopfextension lag und danach ein steifes Knie, eine 3,5 Zentimeter verkürzte und atrophe linke untere Extremität hatte mit dem Gefühl, dass es vielleicht doch bessere Wege der Wiederherstellung geben müsse.

Orthopäde wäre ich gerne geworden, um Skoliose behandeln zu können. Meine Ambivalenz zu O und U, das heißt, zu beiden Seiten einer Medaille, spiegelt sich am deutlichsten darin, dass ich als Berufsanfänger ein Ausbildungsange-

bot zeitgleich sowohl von Prof. Dahmen (Hamburg) für O und Prof. Tscherne (Hannover) für U erhielt. Dieser sehr frühe Zwang zur Entscheidung bleibt unseren heutigen Studierenden erspart, seit wir den gemeinsamen Facharzt für O&U haben.

Günther: Auch bei mir hat eine persönliche Operationserfahrung – allerdings schon als Jugendlicher – mit dem Erleben von zwei fachlich und menschlich prägenden Orthopäden in einer Allgäuer Praxis den Weg gewiesen. Mehrjährige Notarzt-Tätigkeit in der anfangs chirurgischen Weiterbildung und die für jeden jungen Kollegen wohl faszinierende unfallchirurgische Erstversorgung in einer großen Schwerpunktlinik weckten dann eine Begeisterung an der zweiten Säule unseres gemeinsamen Faches, die bis heute anhält.

Was lieben Sie an Ihrem Beruf am meisten?

Zwipp: Die Vielfalt. Die hier nie endende Herausforderung, diverse Operationen noch einfacher, noch sicherer und weniger komplikationsträchtig zu machen, neue Wege zu gehen, Implantate zu verbessern, Alternativen zur Operation im Sinne risikoarmer, aber ebenso wirksamer konservativer Methoden zu entwickeln. Die Neugier, zu wissen, was hilft und was schadet, um sein Erlerntes weiterzugeben. Das Gefühl, nie am Ende seines Weges zu sein.

Günther: All das Genannte und darüber hinaus die Möglichkeit, unsere tägliche Arbeit am Patienten mit der Tätigkeit an einem Universitätsklinikum und in wissenschaftlichen Gremien verbinden zu können. Auch wenn die damit verbundenen administrativen Belastungen zunehmend anspruchsvoller werden, bleibt ein enormes Gestaltungspotenzial.

Wenn nicht Orthopäde / Unfallchirurg – was würden Sie gerne sein?

Zwipp: Philosoph, Bildhauer oder Griechisch-Latein-Lehrer.

Günther: Bin unsicher – der immer wieder „geträumte“ Betrieb eines Bauernhofs im Allgäu wird von meiner Familie nicht wirklich unterstützt und für künstlerische Alternativen fehlt mir die Begabung von Hans Zwipp.

Können Sie sich noch an Ihre erste OP erinnern?

Zwipp: Ja. Eine chirurgische Wundversorgung. Ein erfahrener Pfleger zeigte mir, wie ich desinfiziere, lokal betäube, sterile Handschuhe anziehe, ein Lochtuch steril auflege, die Wunde ausschneide, spüle und vernähe.

Günther: Als PJ-Student durfte ich nachts allein eine schwere Skalpierungsverletzung bei einem polytraumatisierten Patienten nähen, während die diensthabenden Ärzte zeitgleich die Milz- und Leberverletzungen versorgten.

Welche Leistung / Entdeckung / Entwicklung bewundern Sie am meisten?

Zwipp: Stabile, interne Osteosynthesen, die eine schmerzarme, frühfunktionelle Behandlung und sichere Heilung erlauben.

Günther: In unserem Kulturkreis die phantastische Entwicklung des Gelenkersatzes von den Pionieren bis heute und die Erarbeitung von Konzepten für gelenkerhaltende Eingriffe. In weniger privilegierten Lebenswelten die Motivation der dort tätigen Ärzte und Pfleger, trotz Mangel und Bedrohung ihrer Berufung nachzugehen.

Was sollte unbedingt noch erfunden werden?

Zwipp: Die weitestgehende Wiederherstellung nach primärer kompletter Querschnittslähmung. Das artifizielle innere Skelett. Die Perfektion der Exo- und Endoprothetik.

Günther: Eine effektivere nicht-operative Bremsung des Arthroseverlaufes – bis dahin eine noch zuverlässigere Infektprophylaxe bei operativen Eingriffen.

Wie können Sie nach der Arbeit am besten entspannen?

Zwipp: Am Abend bei klassischer Musik oder einem Donna-Leon-Film, am Wochenende im Garten oder beim Handwerkern und im Urlaub beim Lesen eines guten Buches.

Günther: An regenfreien Sommertagen beginnt die Entspannung auf dem Rad von der Klinik nach Hause – ganzjährig ist es das gemeinsame Abendessen mit

meiner Frau. Am Wochenende nutzen wir das Dresdner Kulturangebot. Auch bei mir bleiben anspruchsvolle Bücher leider für die Urlaubswochen reserviert.

Was geben Sie zukünftigen Orthopäden und Unfallchirurgen mit auf den Weg?

Zwipp: Ich erachte es als sehr wichtig, sich initial eine breite Grundbasis theoretisch und praktisch im Fach zu erwerben, um sich dann auf noch ungelöste Probleme in O&U zu fokussieren, klinisch und wissenschaftlich. Jeder muss für sich herausfinden, was ihn beruflich am meisten begeistert, wofür genau sein Herz schlägt, wofür er brennen kann.

Günther: Trotz vieler vermeintlicher Hindernisse den Blick für die großartigen Gestaltungsmöglichkeiten in unserem Umfeld zu behalten. Und sie mit Engagement zu nutzen, ohne dabei die wichtige Balance zwischen privater und fachlicher Entwicklung zu gefährden.

Das Interview führten Miriam Buchmann-Alisch und Sabrina Weigl.

INFO

Weitere kleine Porträts von Orthopäden und Unfallchirurgen finden Sie in der Rubrik „Gesichter aus O und U“ auf der DGOU-Website: www.dgou.de



Miriam Buchmann-Alisch,
Redakteurin DGU/DGOU



Sabrina Weigl,
Assistentin Online-Redaktion DGOU

Nachruf für Prof. Dr. Hossein Towfigh

Prof. Dr. med. Hossein Towfigh verstarb am 14.05.2014 im Alter von 69 Jahren, nachdem er sich erst ein knappes Jahr zuvor aus dem aktiven Berufsleben zurückgezogen hatte.



Prof. Dr. med. Hossein Towfigh

Wir betrauern den Verlust des Ehrenmitgliedes der AOTrauma Deutschland, eines Protagonisten, Wegbereiters und Lehrers der deutschen Handchirurgie, eines geschätzten Kollegen und guten Freundes. Aus Teheran kam Towfigh als Jugendlicher nach Deutschland und legte in München im Jahr 1963 seine Abiturprüfung ab. Er studierte Medizin an den Universitäten Tübingen, Erlangen und Heidelberg, wo er 1968 das Staatsexamen absolvierte und promovierte. Nach Weiterbildung am Universitätsklinikum Essen wurde er 1977 Facharzt für Chirurgie. Unter Prof. Schmit-Neuerburg erhielt

er 1980 die Teilgebietsanerkennung für Unfallchirurgie und konnte sich im Jahr 1983 im Fach Unfallchirurgie habilitieren. 1991 erhielt er eine außerplanmäßige Professur mit Lehrauftrag an der Universität Essen. Von 1987 bis 2007 war er Chefarzt der Abteilung für Unfall-, Hand- und Plastische Wiederherstellungschirurgie am Malteser-Krankenhaus St. Josef in Bockum-Hövel und von 2007 bis 2013 Leiter des Departments für Handchirurgie, Mikrochirurgie und plastische Wiederherstellungschirurgie an der St. Barbara-Klinik Hamm-Heessen.

Ein leidenschaftlicher Handchirurg

Der Handchirurgie galt bereits sehr früh das klinische und wissenschaftliche, aber auch pädagogische Interesse von Prof. Towfigh. Bereits 1994 erhielt er als einer der ersten Ärzte die Anerkennung für die Zusatzbezeichnung Handchirurgie. Ein besonderes Anliegen war ihm die Weiterbildung in der Handchirurgie und die kontinuierliche Stärkung und Profilierung dieses Faches. So war er Mitbegründer der AO-Handkurse, die er über

Jahrzehnte durch seine Tätigkeit als Leiter, Organisator, Referent und Instruktor geprägt hat. Er hat sich unermüdlich für die Prinzipien und die Weiterentwicklung der Unfallchirurgie und Handchirurgie innerhalb der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthese eingesetzt und diese in zahlreichen nationalen und internationalen Kursen der AOTrauma lebhaft vermittelt. In der Sektion Handchirurgie der DGU wirkte Prof. Towfigh über Jahrzehnte engagiert und mit der ihm eigenen kritischen Konstruktivität.

Hossein Towfigh war Impuls- und Herausgeber für das zweibändige Lehrbuch „Handchirurgie“.

Die AOTrauma und die Sektion Handchirurgie der DGU werden ihm ein ehrendes Andenken bewahren.

Univ.-Prof. Dr. Michael Rasche, Präsident AOTrauma Deutschland

Prof. Dr. Michael Schädel-Höpfner, Sektionsleiter Für die Sektion Handchirurgie der DGU



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



Verband leitender
Orthopäden und
Unfallchirurgen
Deutschland e.V.

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

Rechtsschutz-Versicherung für Ärzte



Olga Zöllner, Funk Gruppe

Über den BVOU genießen Sie automatisch durch Ihre Mitgliedschaft Versicherungsschutz im Rahmen einer Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung. Gegenstand dieser sind bestimmte, gemäß dem Vertragswortlaut berufsbezogene Risiken, insbesondere

1. Straf-Rechtsschutz

Die Versicherung gewährt allen berufstätigen Mitgliedern des BVOU Rechtsschutz für die Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit, die zu straf-, ordnungswidrigkeits-, disziplinar- oder standesrechtlichen Verfahren führt. Versicherungsschutz besteht, wenn gegen das Mitglied als Beschuldigter ermittelt wird.

Versicherungsumfang

Der Rechtsschutz umfasst bis zu einer Höchstgrenze von 500.000 Euro die Kosten des Verfahrens einschließlich der Entschädigung für Zeugen und vom Gericht beauftragte Sachverständige und die (gesetzliche) Vergütung des für das Mitglied als Verteidiger tätigen Rechtsanwaltes. Jedes Mitglied hat sich jedoch mit 500 Euro an den Kosten zu beteiligen (Selbstbehalt). Der Versicherungsschutz erstreckt sich nicht auf Ereignisse, die vor der Mitgliedschaft in den BVOU lagen.

Nicht gedeckt durch die Straf-Rechtsschutz-Versicherung werden Geldstrafen und Geldbußen. Die Rechtsschutz-Versicherung gilt unter Umständen für vorsätzliche Vergehen, zum Beispiel unterlassene Hilfeleistung. In diesen Fällen reguliert die Versicherung die Kosten unter dem Vorbehalt, dass sich der Vorwurf als unzutreffend erweist; im Fall einer Verurteilung nimmt die Versicherung den Arzt in Regress.

Benennung des Verteidigers

Die üblichen Rechtsschutz-Versicherungen tragen grundsätzlich nur die gesetzlichen Gebühren des Rechtsanwaltes. Ein

versierter Verteidiger ist aber oft nur gegen eine Honorarvereinbarung zu gewinnen, die wesentlich über den gesetzlichen Gebührensätzen liegt. Die Differenz trägt dann der Versicherungsnehmer. Zudem ist es für den einzelnen Arzt schwierig, einen Rechtsanwalt zu finden, der spezielle Kenntnisse und Erfahrungen in Strafverfahren hat, die sich auf die ärztliche Berufsausübung beziehen.

Ein wesentlicher Zweck der Gruppen-Versicherung ist es deshalb, jedem Mitglied von Seiten des BVOU einen Verteidiger zu benennen, der solche speziellen Kenntnisse und Erfahrungen besitzt und dessen Kosten in der vom BVOU mit ihm vereinbarten Höhe von der Versicherung getragen werden. Der BVOU benennt auf Anfrage namhafte Verteidiger.

Die freie Wahl des Verteidigers wird dadurch nicht eingeschränkt. Die Versicherungsgesellschaft bezahlt für den Verteidiger, den das Mitglied frei wählt, grundsätzlich jedoch nur die gesetzlichen Gebühren.

Verfahren bei der Inanspruchnahme der Versicherung

Der Arzt, der die Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung in Anspruch nehmen will, unterrichtet schriftlich den Berufsverband über die gegen ihn erhobenen Beschuldigungen, den Namen des Geschädigten, das Datum des Ereignisses, den Stand des Verfahrens sowie darüber, ob er den vom BVOU benannten Verteidiger oder einen frei gewählten Rechtsanwalt mit seiner Verteidigung beauftragt.

Der Arzt beauftragt selbst den Anwalt mit seiner Verteidigung und erteilt ihm dafür Vollmacht. Es wird gebeten, den BVOU laufend über die wichtigsten Verfahrensabschnitte (Anklageerhebung, Urteile) zu unterrichten und ihm Ablichtungen der wesentlichen Schriftstücke zu übersenden.

Bitte machen Sie ohne Rücksprache mit Ihrem Verteidiger, außer Ihren Personalangaben, keine Aussagen gegenüber Polizei und Staatsanwaltschaft! Weisen Sie darauf hin, dass Sie sich nach Besprechung mit Ihrem Anwalt schriftlich äußern werden.

Vorrang individueller Rechtsschutz-Versicherungen

Falls der Arzt eine individuelle Rechtsschutz-Versicherung abgeschlossen hat, so sollte er diese – unabhängig von der Anmeldung beim Berufsverband – über die Einleitung eines Ermittlungsverfahrens unterrichten. Die Leistungen dieser Versicherung, die denen unserer Gruppen-Rechtsschutz-Versicherung vorgehen, kommen Ihnen zur Deckung des Selbstbehaltes aus der BVOU-Rechtsschutz-Versicherung zugute.

2. Arbeits-/Verwaltungs- und Sozial-Rechtsschutz-Versicherung

Der BVOU hat in die Berufs-Rechtsschutz-Versicherung die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen seiner berufstätigen Mitglieder in weiteren gerichtlichen Verfahren einbezogen, nämlich in Prozessen

- angestellter Ärzte vor den Arbeitsgerichten und beamteter Ärzte vor den Verwaltungsgerichten wegen arbeits- und dienstrechtlicher Auseinandersetzung mit dem Krankenhausträger (z.B. des angestellten Arztes wegen Vertragskündigung, des beamteten Arztes wegen Abgrenzung der Dienstaufgaben),
- vor Sozialgerichten in vertragsärztlichen Angelegenheiten (z.B. wegen Zulassung, Ermächtigung, Abrechnung).

Die Inanspruchnahme des Rechtsschutzes ist im Sozialrechtsweg jedoch auf *Musterprozesse* begrenzt, in den der BVOU diesen Rechtsschutz durch Mitteilung an die Versicherung in Anspruch

nimmt. Diese Beschränkung soll eine übermäßige Kostenbelastung durch Prozesse vermeiden, die keine grundsätzlichen Fragen betreffen.

Die Versicherung erstattet die Kosten für einen Rechtsanwalt sowie die Gerichtskosten im Rahmen der geltenden Gebührenordnungen bis zur Höchstgrenze von 500.000 Euro. Das Mitglied trägt für versicherte Verfahren vor dem Arbeits- bzw. Verwaltungsgericht sowie in Sozialgerichtsfällen (für Musterprozesse) je Schaden eine Selbstbeteiligung in Höhe von 20 Prozent, mind. 100 Euro, max. 500 Euro. Das Mitglied kann den Anwalt frei wählen.

Der Rechtsschutz gilt nur für die Kosten von Prozessen vor Arbeits-/ Verwaltungsgerichten (in arbeits- und dienstrechtlichen Auseinandersetzungen)- und Sozialgerichten, nicht aber für die Kosten einer vorprozessualen oder außergerichtlichen anwaltlichen Beratung. Die Gewährung des Versicherungsschutzes

setzt im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles (Klageerhebung) eine mindestens dreimonatige Verbandsmitgliedschaft voraus.

Anderweitig bestehende (individuelle) Rechtsschutz-Versicherungen gehen der vom BVOU abgeschlossenen Berufsschutz-Versicherung vor; die Leistungen, die das Mitglied von seiner evtl. anderweitig bestehenden individuellen Rechtsschutz-Versicherung erhält, werden jedoch auf die Selbstbeteiligung angerechnet.

Die Versicherung kann Rechtsschutz allerdings versagen, wenn die Wahrnehmung der rechtlichen Interessen des Mitglieds keine hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet oder mutwillig erscheint. Wenn Sie den Rechtsschutz in Anspruch nehmen wollen, so müssen Sie das Verfahren unverzüglich schriftlich beim Berufsverband anmelden.

Damit die Versicherung rechtzeitig über die Deckungszusage entscheiden kann, übersenden Sie bitte vor Erhebung der eigenen Klage mit der Anmeldung einen Entwurf der Klageschrift. Werden Sie verklagt, so senden Sie uns bitte eine Durchschrift der Klageschrift.

Bitte beachten Sie: In den Verfahren, die arbeits- oder dienstrechtliche Auseinandersetzungen betreffen, besteht Versicherungsschutz nur für Prozesse, die von dem versicherten BVOU-Mitglied dem BVOU innerhalb eines Monats ab Klageeinreichung (bei Aktivprozessen) bzw. innerhalb eines Monats nach Zustellung der gegnerischen Klage (bei Passivprozessen) gemeldet werden. Für verspätet gemeldete Verfahren besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz.

Zur Absicherung der darüber hinausgehenden beruflichen und privaten Rechts-

schutz-Risiken unterhält der BVOU Sonderkonditionen zur Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung. Verbandsmitglieder können diesen gegen Antrag beitreten. Die Konditionen dieses Rahmenvertrages schließen nahtlos an die Gruppen-Rechtsschutz-Deckung des BVOU. Überschneidungen und Doppelabsicherungen sind dabei ausgeschlossen.

Mit dem Formular (im BVONET herunterladbar) kann ein unverbindliches Angebot zur Anschluss-Rechtsschutz-Versicherung zu exklusiven Sonderkonditionen für Verbandsmitglieder angefordert werden. Nutzen Sie die Möglichkeit einer individuellen Beratung durch Ihren Betreuer beim Funk Ärzte Service und richten Sie Ihre Angebotsanforderung an unseren Versicherungsmakler, Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH.

Nähere Informationen hierzu fordern Sie an bei unserem Kooperationspartner, sie berät Sie gern im Auftrag des BVOU

Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH
Funk Ärzte Service
Frau Olga Zöllner
E-Mail: o.zoellner@funk-gruppe.de



Olga Zöllner,
Funk Gruppe

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
Fon: +49 40 35914-494
Fax: +49 40 3591473-494
E-Mail: o.zoellner@funk-gruppe.de

FORMULAR

Ein Formular zur Angebotsanforderung für eine Rechtsschutz-Versicherung finden Sie im BVONET.

Berichte aus den Landesverbänden des BVOU 2014

Die Landesvorsitzenden

Bericht aus Baden: Umsetzung der Selektivverträge

Wie auch in Württemberg war unsere Arbeit in den letzten Monaten geprägt durch die Umsetzung des 73c-Vertrages. Hierbei war letztendlich dann doch alles etwas komplizierter als anfänglich gedacht. Im Februar dieses Jahres kristallisierte sich ein Konflikt mit den rheumatologischen Internisten heraus. Durch breite Unterstützung von Kollegen aus unserem Verband, insbesondere auch von unserem Vorstand, Kollegen aus der DGOU und DGOOC aber auch von MEDI und der AOK konnte der Konflikt in unserem Sinn gelöst werden. Allen, die uns dabei unterstützt haben, herzlichen Dank. Auch die Bereinigung für den 73c-Vertrag ist für das erste Quartal

2014 für die Orthopäden und Unfallchirurgen nicht optimal gelaufen. Auch hier musste nachjustiert werden. Hier haben wir sehr konstruktive Gespräche mit der KV Baden-Württemberg, der AOK und MEDI führen können. Es ist ein Privileg, in Baden-Württemberg einen verständnisvollen KV-Vorstand und eine fähige Geschäftsführerin zu haben. Daneben quält uns in Baden, dass viele Hausärzte nicht beim Hausarztvertrag mitmachen und somit viele AOK Patienten am 73c-Vertrag für unser Fach nicht teilnehmen. Es ist für uns nicht nachvollziehbar, warum das anders als in Württemberg angenommen wird. Die ganz hervorragende Zusammenarbeit mit den württembergi-

schen Verbandskollegen möchte ich hier ausdrücklich erwähnen. Ohne sie hätte das alles nicht funktioniert. Wir werden in diesem Jahr einen gemeinsamen BVOU-Landeskongress im Dezember haben. Dieses Mal wird dieser von den Württemberger Kollegen organisiert.



Dr. Johannes
Flechtenmacher, BVOU
Landesvorsitzender
Baden

Bericht aus Württemberg: Bezirke eingeführt

Im Vordergrund stand in Württemberg die Umsetzung des Vertrages nach 73c. Hierzu musste die Organisation des Landesverbandes neu gestaltet werden. Es wurden Bezirke eingeführt, die mit den Bezirksgruppen der Qualitätszirkels die zu bilden sind oder schon gebildet wurden, übereinstimmen. Zudem wurde eine Ressortlösung für den Landesvorstand gefunden. Für die KV-Arbeit und den Selektivvertrag ist Herr Dr. Lembeck zuständig. Für die Qualitätszirkelarbeit in Südwürttemberg bis Ulm bleibt Herrn Peter Frenzel verantwortlich, zusätzlich organisiert er den regionalen Landeskongress. Reinhard Deinfelder, als Landesvorsitzender des BVOU, ist zuständig für

die Ärztekammerarbeit und die Weiterbildungsordnung.

Verwerfungen durch 73c

Im Vordergrund der KV-Arbeit stand dieses Mal die Problematik der Umsetzung des 73c-Vertrages. Durch die Bereinigung kam es zu erheblichen Verwerfungen im I. Quartal. Wir hoffen, dass es ab dem II. Quartal (Zahlen liegen noch nicht endgültig vor) deutlich besser wird. Ansonsten bedankt sich das Landesteam ausdrücklich bei dem Vorsitzenden und den leitenden Personen der KV-BW und der Ärztekammer, die für uns immer offene Ohren hatten und uns immer, wo es

ging, unterstützt haben. Zudem möchten wir auch darauf hinweisen, dass das Verhältnis zur AOK und der Bosch-BKK, mit denen der Selektivvertrag seit 1. Januar 2014 besteht, ausgesprochen gut ist und ebenso wie mit Medi eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe stattfindet.



Reinhard Deinfelder,
Donzdorf, BVOU-
Landesvorsitzender
Württemberg

Bericht aus Bayern: Kurzer Dienstweg

Es gelang einen Selektivvertrag mit der BKK Bosch – analog zu Baden-Württemberg (BW) – auch für Bayern abzuschließen. Form und Inhalt sind im Wesentlichen deckungsgleich mit dem Vertrag aus BW. Hervorzuheben ist die hervorragende Zusammenarbeit mit der KV-Bayern.

Durch die Positionen, die Dr. Weinhart und Dr. Graf innerhalb der KV bekleiden – durch teils mehrmals pro Woche stattfindende Treffen mit dem für fachärztliche Fragen zuständigen KV-Vorsitzenden – sind eigentlich alle Probleme auf dem „kurzen Dienstweg“ zu lösen gewesen.



Dr. Matthias Graf,
BVOU-Landes-
vorsitzender Bayern

Bericht aus Sachsen: Anmeldefrist für Facharzttermine

Ganz aktuell laufen in Sachsen die Vorbereitungen auf ein neues Terminvergabemanagement. Als erstes Bundesland und in „vorausseilender Gehorsamkeit“ werden wir ab 01.10.2014 die Anmeldefrist von 4 Wochen bei Facharztterminen gewährleisten. Verbunden damit ist die Einführung von Überweisungsscheinen (Hausarzt) unterschiedlicher Dringlichkeiten, eine generelle Absenkung der RLV-Fallwerte, eine hoffentlich deutliche Anhebung der RLV-Fallwerte für Neupatienten sowie die Errichtung einer Termin-Servicestelle in Leipzig.

Aus meiner Sicht ist eine Hauptursache der „schwächelnden konservativen Orthopädie“ die mangelnde Präsenz in den

meisten Kliniken für Orthopädie und Unfallchirurgie. In Sachsen existieren nur 7 Kliniken (davon 2 Uni-Kliniken), die im Rahmen der Zusammenlegung von O&U nicht von Unfallchirurgen übernommen wurden. Es wird in sächsischen (bundesdeutschen?) Kliniken keine konservative Orthopädie betrieben und somit auch nicht weitergebildet. Obwohl es mit der I68 eine DRG zur stationären Behandlung des akuten und chronischen Rückenschmerzes gibt, wird diese Möglichkeit sowohl von den Krankenhäusern, als auch von den Niedergelassenen kaum genutzt. Aus diesem Grunde sollten wir die Einführung einer Subspezialisierung/Zusatzweiterbildung „konservative Orthopädie und

orthopädische Schmerztherapie“ fordern. Diese sollte sowohl im Weiterbildungskatalog verankert werden, als auch eine Zugangsvoraussetzung für eine Niederlassung sein. Wir sollten für die konservative Orthopädie ähnliche fachliche Qualifikation fordern wie z.B. die Unfallchirurgen für ihren Basis!!! -D-Arzt.



Dr. Jörg Panzert, BVOU-Landesvorsitzender Sachsen

Bericht aus Schleswig-Holstein: EBM / HVM – Perspektive O / UCh

Unter Marketinggesichtspunkten ist die orthopädische Präsenz in Schleswig-Holstein gut. „DIE ORTHOPÄDEN“ sind bei der Bevölkerung in Schleswig-Holstein akzeptiert, man „hat seinen Orthopäden“ - und die Sportvereine werden natürlich durch kompetente Orthopäden betreut. Der universitäre Bereich scheint allerdings erheblichen Nachholbedarf zu haben.

Erstmalig seit Jahren kam es für die orthopädischen Praxen zu einer geringen Honorarsteigerung. Gründe sind vorrangig die PFG und diverse Stellschrauben im HVM, die nach vehementer Intervention des BVOU angepasst wurden. Insgesamt stellt die Situation aber weiterhin wenig zukunftsicher dar, da grundsätzlich im Vergleich zu anderen Fachgruppen Abrechnungsziffern fehlen, die z.B. bei einem Drittkontakt erforder-

liche hochspezifische Leistungen abbilden könnten und müssen.

Der ab 1.10.2013 beschlossene HVM hat die Abwärtsspirale beendet. Der Faktor des arztindividuellen Gesamtpunktzahlvolumens (ca. 80 % von RLV und QZV) ist aber mittlerweile wieder gesunken.

Zahlreiche Anläufe mit Unterstützung der KVSH bzgl. Zusatzverträgen sind unternommen worden. Vorgaben der Kassen auf Bundesebene verhindern die Umsetzung. So musste ein Osteoporose-Vertrag ohne Begründung, allerdings mit Hinweis auf die Beendigung bestehender Verträge in anderen Bundesländern, zu den Akten gelegt werden.

Der BVOU wird in Schleswig-Holstein von der überwiegenden Mehrzahl der

Mitglieder vorrangig als Vertretung der wirtschaftlich-beruflichen Voraussetzungen und Grundlagen für eine solide Praxis- oder Abteilungsführung wahrgenommen. Der Erfolg sorgt aktuell eher für eine schulterzuckende Bewertung. So hinterlässt die nicht sachgerechte EBM-Bewertung der DXA-Messung bei sehr vielen osteologisch tätigen Kollegen den Eindruck, sich mit einem orientalischen Basar auseinandersetzen zu müssen.



Dr. med. Christian Hauschild
Landesvorsitzender
Schleswig-Holstein



v.li. Dr. Frank Fasco und Dr. Andreas Gassen



Stehend v.li. Dr. Andreas Gassen und Dr. Henning Leunert

Gesamtvorstandssitzung und Klausurtagung des BVOU in Berlin

Dr. Helmut Weinhart, Berlin

Die Mitglieder des Gesamtvorstandes des Berufsverbandes sind traditionell zur Vorstandssitzung und Klausurtagung am 12./13.09.2014 im Hilton Hotel in Berlin-Mitte zusammengekommen.

Der geschäftsführende Vorstand berichtete über Aktivitäten und von Projekten aus den jeweiligen Ressorts. Ein kurzes Resümee über die zwischenzeitlich abgeschlossenen Honorarverhandlungen der KBV für das Jahr 2015 gab der BVOU-Präsident. Die Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns u.a. gehört vom Verfahren her in den EBM, der BVOU wird sich hier intensiv bei der Neugestaltung des Kapitels 18 mit einbringen, wobei das Terminziel 1/2016 sowohl aufgrund der kurzen Umsetzungszeit als auch aufgrund der Tatsache, dass in 2016 KV

Wahlen stattfinden, kritisch zu sehen ist. Die KBV wird die neu berechnete EBM-Bewertung in den Bewertungsausschuss mit dem Ziel einer Anpassung einbringen. So hat der BVOU am 12.09.2014 die Resolution der Berufsverbände der „Konzertierten Aktion KBV/Berufsverbände“ mit unterzeichnet, die sich gegen eine Teilung der ärztlichen Selbstverwaltung des KV-Systems ausspricht.

Nach der Sitzung stand auf dem Programm für die Mandatsträger die „Treffsicherheit“. Dabei belegte beim BVOU-Bogenschießen der Kollege Axel Sckell aus Greifswald den 1. Platz; auf den 2. Platz kam Kollege Henning Leunert aus Teltow und Kollege Frank Fasco aus Pirmasens belegte den 3. Platz. Nach getaner Arbeit schloss der Tag mit einem ge-

meinsamen Arbeitsessen ab, wobei kollegialer Meinungsaustausch gepflegt und Neuigkeiten ausgetauscht wurden.

Kandidat für Präsidentenamt

Im Mittelpunkt des intensiven Austauschs standen am zweiten Tag die Zukunft des BVOU sowie die strategische Aufstellung auf der politischen Agenda sowie bundespolitische und regionale Themen.

Aufgrund der besonderen Aufgaben von Andreas Gassen in der KBV hat der GfV am Wochenende über die Nachbesetzung des Präsidentenamts beraten. Der GV wird der Mitgliederversammlung zur Wahl des Präsidenten Johannes Flechtenmacher vorschlagen. Angela Moewes, die

Aus den Verbänden

dankenswerter Weise ihre Bereitschaft zur Kandidatur erklärt hatte, wird dem GfV zukünftig für ausgewählte Projekte zur Verfügung stehen.

Der BVOU bietet seit kurzem seinen studentischen Mitgliedern ein Famulaturenpool für O&U an, welcher aktuell online eingestellt ist und weiter ausgebaut werden soll. Aufgrund der guten Resonanz in diesem Jahr wird es beim VSOU 2015 wieder einen „Tag der Vorklinik“ geben, die Vorbereitungen laufen bereits in enger Zusammenarbeit mit dem VSOU und dem BVOU (Youngster's) und der DGOU (Junges Forum).

Ein Vertrag zum „Zweitmeinungsverfahren bei elektiven Endoprothesenoperationen (TEP Knie/Hüfte) zwischen der AOK Nordost und dem BVOU als 73c-Vertrag für die Länder Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern wird vom Kollegen Thierse vorgestellt. Der Gesamtvorstand spricht sich für den Abschluss des Vertrages aus, der sich derzeit noch in der Abstimmungsphase befindet.

Neue Mitglieder gewinnen

Der Gesamtvorstand befürwortet intensive Marketingmaßnahmen des BVOU durch einen konkreten Maßnahmenkatalog mit Handlungsempfehlungen zu erstellen unter Berücksichtigung von Werbemitteln und Aktivitäten zur Neugewinnung von jüngeren Mitgliedern im Verband. Es wurde besprochen, wie die Mitgliedschaft für Studierende noch attraktiver gestaltet werden kann. Dabei soll das Relaunch des BVOU.NET in enger Abstimmung mit der Fachgesellschaft DGOU erfolgen.

Am Nachmittag berichteten die Landesvorsitzenden direkt von Problemen und Erfolgen aus ihren Ländern. Erfreulich zeigt sich, dass bei Neuwahlen in den regionalen Ärztekammern auch Orthopäden vertreten sind, um in Zukunft die Interessenvertretung von O&U aktiv in allen notwendigen Gremien mitzugestalten.

Der Präsident dankte am Ende der Veranstaltung allen anwesenden Vorstandskol-

legen wie Stellvertretern für ihr Kommen und für ihre geleistete Arbeit sowie die ergebnisorientierte fruchtbare Diskussion. Der Büroleitung der Geschäftsstelle sprach er im Namen aller Sitzungsteilnehmer seinen Dank für die hervorragend organisierte Tagung aus.

Der Vorstand würde sich freuen, Sie auf der Mitgliederversammlung am Freitag, den 31. Oktober 2014, 12:45 – 14:15 Uhr, auf dem DKOU-Gelände in Berlin der Messe-Süd begrüßen zu können und wird dort über weitere Aktivitäten des Berufsverbandes berichten.



Dr. Helmut Weinhart,
Schatzmeister des BVOU

Laudatio Dr. Georg Holfelder

Lieber Herr Holfelder,

zur Vollendung Ihres 85. Geburtstags am 27. August wünsche ich Ihnen und der BVOU und die DGOOC nachträglich alles erdenklich Gute, Gesundheit und noch viele schöne und erlebnisreiche Jahre!

Ihr unverändert vitaler Ausdruck bei unserem letzten Zusammentreffen in der Mitgliederversammlung vergangenen Jahres in Berlin, hätte spontan nicht ver-

muten lassen, dass Sie in diesem Jahr bei Ihrem umfassenden Engagement für die Orthopädie und die ärztliche Profession Ihren 85. Geburtstag begehen.

Erlauben Sie mir zur Darstellung Ihres besonders engagierten berufspolitischen Lebens auch aus der umfangreichen Laudatio zu Ihrem 80. Geburtstag aus dem Hessischen Ärzteblatt von Herrn Kollegen Dr. Möhrle, Weggefährte und langjähriger Präsident der Landesärztekammer Hessen, und Ihrer Würdigung zur Verleihung der Paracelsus-Medaille zu zitieren, um Ihr umfassendes berufspolitisches Engagement und Ihre Verdienste dem interessierten Leser dieser Ausgabe der „Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten“ nicht vorzuenthalten.

Geboren in Frankfurt am Main haben Sie dort mit kurzem Intermezzo in Posen das Lessinggymnasium besucht und dort 1949 das Abitur abgelegt. Es folgte das Studium der Physik und Medizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt,

welches Sie 1956 mit dem medizinischen Staatsexamen abgeschlossen haben. Auch haben Sie im gleichen Jahr promoviert.

Ihre Weiterbildung begann 1956 an der Weserberglandklinik in Höxter/Westfalen mit den Schwerpunkten Innere Medizin, Neurologie und Orthopädie. Nach kurzer Zeit am Spessart-Sanatorium in Bad Orb 1958 setzten Sie 1959 Ihre Weiterbildung in der Chirurgischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Ost in Lübeck fort und ab 1960 schließlich an der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg bei Professor Lindemann, wo Sie Ihre orthopädische Weiterbildung beendeten und 1963 Ihre Anerkennung als Facharzt für Orthopädie erhalten haben. Als fachgebundene Zusatzbezeichnungen folgten 1978 die „Physikalische Therapie“, 1979 die „Chirotherapie“ und die „Teilgebietsbezeichnung Rheumatologie“ 1981.

Niedergelassen waren Sie mit D-Arzt-Zulassung seit 1965 in Frankfurt am Main. Während Ihrer Zeit als Vorsitzender des



Berufsverbands war Frankfurt auch Sitz der Geschäftsstelle des BVO, später vorübergehend auch der DGOOC.

Dem BVOU (BVO) verbunden sind Sie nicht nur als Mitglied seit 1965. Von 1981 bis 1997 lenkten Sie die Geschicke unseres Verbands als erster Vorsitzender. Sie sind Ehrenmitglied und Mitglied des Ehrenrats.

Mit der Beendigung Ihrer langjährigen Vorstandstätigkeit war bezeichnender Weise der nicht unschmeichelhafte Kommentar zu lesen: der Lotse geht von Bord!

Auch wenn der Berufspolitik Ihr besonderes Interesse galt, sind Sie auch der DGOOC sehr verbunden, deren Mitglied (DGOT) Sie seit 1961 waren und 2001 mit der Ehrenmitgliedschaft geehrt wurden. Ab 1998 haben Sie bis zur Verlegung der Geschäftsstelle der DGOOC nach Berlin diese in der Orthopädischen Klinik Friedrichsheim in Frankfurt geleitet und sich ebenfalls seitdem dort mit großer Leidenschaft bis zum 31.7.2013 der Pflege des Orthopädischen Museums angenommen.

Ihr besonderes Augenmerk galt der ärztlichen Fortbildung. Dem entsprechend haben Sie nach Ihrem Vorgänger im Amt als Vorsitzender des BVO die jährlich wiederkehrenden Fortbildungstagungen unseres Verbandes als Qualitätselement der ärztlichen Tätigkeit organisiert und die 1969 ins Leben gerufene Reihe „Praktische Orthopädie“ von 1983 bis 1997 herausgegeben wie auch die regelmäßig erscheinenden „Informationen des Berufsverbands der Ärzte für Orthopädie“.

Die Annäherung, Kooperation und zunehmende Verflechtung von BVO und DGOT haben Sie maßgeblich mitgestaltet. Als Zeichen dieser immer enger werdenden Zusammenarbeit wurde 1988 ein erster gemeinsamer Kongress in Saarbrücken unter der Präsidentschaft von Professor Fries seitens der DGOT und Dr. Finkbeiner als Leiter der 29. Fortbildungstagung des BVO abgehalten, bis endgültig ein gemeinsamer jährlicher Deutscher Orthopäden-Kongress zu Stande kam, der mittlerweile und durch die Fusion mit der Unfallchirurgie als größter orthopädisch/unfallchirurgischer Kongress in Europa bezeichnet werden muss.

Verfestigt wurden die Zusammenarbeit von BVO und DGOT durch die Gründung

der „Kommission Gesamtorthopädie“, dem Vorläufer der „Allianz Deutscher Orthopäden“, als gemeinsames Gremium der geschäftsführenden Vorstände von BVO und DGOT 1996.

Ihre berufspolitische Tätigkeit war aber nicht allein auf BVO, DGOT/DGOOC und die Orthopädie gerichtet, wenngleich beide Gesellschaften Ihnen Ihre uneingeschränkte Unterstützung und Ihre fortwährende Verbundenheit verdanken.

Sie haben sich grundsätzlich und nachhaltig für die fachärztlichen Interessen engagiert. Sie haben den BVO nicht nur in der Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände (GFB) vertreten; Sie waren Ihr Präsident von 1987 bis 1999 und sind zu ihrem Ehrenpräsident ernannt worden. Durch Ihre Präsidentschaft haben Sie die deutschen Fachärzte auch im europäischen Facharztverband „Union Européenne des Médecines Spécialistes“ (UEMS) bzw. „European Union of Medical Specialists“ vertreten ebenso wie in der Akademie der Gebietsärzte der Bundesärztekammer und als Hesse in der Hessischen Landesärztekammer, für die Sie als Delegierter an vielen Deutschen Ärztetagen teilgenommen haben und von 1984 bis 2000 Mitglied des Präsidiums waren. Seit 1984 bis zur Beendigung Ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit waren Sie auch Abgeordneter der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Ihre Präsenz und Mitarbeit in diesen bedeutungsvollen Gremien der ärztlichen Selbstverwaltung als Körperschaften öffentlichen Rechts dürfte sich auf Ihre Tätigkeit als Vorsitzender des Berufsverbands für die Orthopädie nur positiv ausgewirkt haben, insbesondere in Fragen der ärztlichen Fort- und Weiterbildung wie auch der ärztlichen Vergütung. Im Ausschuss „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer war Ihre Erfahrung über Ihr 80. Lebensjahr hinaus unverzichtbar.

Ferner galt Ihr besonderes Interesse der Auseinandersetzung von Haus- und Fachärzten, aber auch Fragen der Arzthelferinnen. So waren Sie von 1988 bis 1992 Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen(AAA).

Ihr engagiertes und unermüdliches Wirken hat Ihnen nicht nur die bereits genannten und verdienten Ehrentitel zukommen lassen. Die Landesärztekammer Hessen verlieh Ihnen 1989 die Richard-Hammer-Me-

daille und 1994 die Ehrenplakette in Silber. 1995 erhielten Sie das Bundesverdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, 2001 das Verdienstkreuz 1. Klasse. Sie wurden mit zahlreichen Ehrenmitgliedschaften geehrt, so von der Gesellschaft Medizinischer Assistenzberufe für Rheumatologie, unserem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie.

2002 wurde Ihnen mit der Verleihung der Paracelsus-Plakette die höchste Auszeichnung der Deutschen Ärzteschaft zuteil.

Lieber Herr Holfelder ich kenne Sie als entschiedenen Kämpfer für die berufspolitischen Belange der Ärzteschaft und deren uns allen so wichtigen und bedeutenden Grundwerten ärztlichen Handelns wie Freiberuflichkeit, Therapiefreiheit, berufliche Unabhängigkeit und die freie Arztwahl wie auch Ihre Ablehnung von Budgetierung und Rationalisierungstendenzen. Sie haben sich nachdrücklich eingesetzt für die Erhaltung des bewährten Systems der medizinischen Versorgung im Interesse unserer Patienten und gegen eine Zweiklassenmedizin.

Lieber Herr Holfelder, meine ganz persönlichen Glückwünsche kann ich nach der Würdigung Ihres umfangreichen und vorbildlichen berufspolitischen Engagements nur nochmals auch im Namen des BVOU und der DGOOC wiederholen. Ich wünsche Ihnen noch viele Jahre bei guter Gesundheit. Ich wünsche, dass Sie unserem Fach, insbesondere dem Berufsverband und der Wissenschaftlichen Gesellschaft noch viele Jahre mit Ihrer Erfahrung zur Verfügung stehen.

Ich wünsche Ihnen ganz besonders viele schöne Stunden mit Ihrer Frau und im Kreise Ihrer Familie.

Mit großer Wertschätzung
Ihr



Dr. Siegfried Götte

Mit Stipendium zum Facharztvorbereitungskurs

FAB

Die Akademie Deutscher Orthopäden führt nun schon seit 9 Jahren sehr erfolgreich den Vorbereitungskurs zur Facharztprüfung für Orthopädie und Unfallchirurgie durch. Auch in diesem Jahr werden wieder zahlreiche Teilnehmer mit dem zu erwartendem Themenstoff in **6 Unterrichtstagen** vertraut gemacht.

Die bis zur Prüfung gesammelten praktischen Erfahrungen aus der Weiterbildung in der Klinik und Praxis bilden das wichtigste Element für die Tätigkeit als Facharzt, für die Prüfungssituation ist es jedoch sinnvoll, bestimmte Themen nochmals theoretisch aufzuarbeiten.

Schwerpunkte, die immer wieder Gegenstand von Prüfungsfragen sind und fachliche Aspekte, die in den meisten Kliniken nur selten vertreten werden, wie z. B. Kinderorthopädie, Kindertraumatologie, Rheumatologie, aber auch konservative Orthopädie und die operative Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen, werden hierbei besonders hervorgehoben.

Neben der Darstellung des prüfungsrelevanten Wissens bereiten wir die Teilnehmer in einer **simulierten Prüfungssituation** zu konkreten orthopädisch-unfallchirurgischen Fragestellungen vor.

ottobock.

In diesem Jahr schreiben wir, mit der Unterstützung von Otto Bock für den 15. Facharztvorbereitungskurs vom 24.11. bis 29.11.2014 **zwei Stipendien** über die Teilnahmegebühr in Höhe von jeweils 790 Euro aus.

E-Mail: info@institut-ado.de

BVOU e.V./ADO

Z.Hd. Melanie Dewart

Straße des 17. Juni 106-108

10632 Berlin

Informationen zum Kursinhalt:

www.institut-ado.de

Neue Mitglieder

Christina **Buchholz** · Göttingen
Dr. med. Florian **Drumm** · Freiburg
Dr. med. Alexander **Gehrig** · Stuttgart
Lars-Eric **Geisel** · Mannheim
Peter **Grebe** · Frankfurt

Christoph **Grosch** · Göttingen
Onno **Krüsmann** · Göttingen
Alexander **Portnow** · Bad Krozingen
Dr. med. Ottheinrich **Rieder** · Stuttgart
Prof. Dr. med. Robert **Rödl** · Münster

Dr. med. univ. Hassan **Schakaki** · Essen
Barbara **Schiller** · Göttingen
Thomas **Ströter** · Köln
Julia **Zeitlhofer** · Ingolstadt

Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken

Hessen

Landeswahlen: Dr. med. **Gerd Rauch** aus Kassel wurde wieder als Landesvorsitzender gewählt. Als stellv. Landesvorsitzenden wurden wieder gewählt Dr. **Andreas Hild** aus Neu-

Isenburg und Dr. **Klaus-Wolfgang Richter** aus Kelkheim.

Bezirk Kassel: **Wolfgang J. U. Dybowski** aus Kassel wurde wieder zum Bezirksvorsitzenden

gewählt. Als Stellvertreter wurden Dr. med. **Michael Eysel** und Dr. med. **Gerd Rauch** aus Kassel gewählt. Dr. Eysel ist Nachfolger von Dr. med. **Albrecht Graefe** aus Rotenburg.

Sachsen

Landeswahlen: Dr. med. **Jörg Panzert** aus Auerbach wurde wiedergewählt zum Landesvorsitzenden und tritt somit seine nächste Amtsperiode an. Dabei wird er von seinen Stellvertretern Dr. med. **Thomas Langanke** aus Markkleeberg und Prof. Dr. med. **Christoph-E. Heyde** aus Leipzig unterstützt.

Bezirk Chemnitz: Dr. med. **Alexander Ziegert** aus Reichenbach wurde wieder zum Bezirksvorsitzenden gewählt.

Bezirk Dresden: Dr. med. **Uwe Wittig** aus Dresden wurde wieder zum Bezirksvorsitzenden gewählt

Bezirk Leipzig: Dipl.-Med. **Matthias Seelmann** aus Leipzig wurde wieder zum Bezirksvorsitzenden gewählt

Bericht der Sektion der GOTS – Sportorthopädie / Sporttraumatologie

PD Dr. med. Martin Engelhardt, PD Dr. med. Oliver Miltner

Mit 1136 Mitgliedern ist die GOTS die mitgliederstärkste und fachlich bedeutendste sportorthopädisch-sporttraumatologische Gesellschaft in Europa.

Schwerpunkte der Aktivitäten der GOTS im letzten Jahr waren:

- Modernisierung des GOTS-Jahreskongresses, Erweiterung mit dem Pre Day sowie E-Postern.
- Einrichtung einer GOTS-Geschäftsstelle in Jena mit hauptamtlichem Personal
- Stärkung der Forschungsförderung
- Professionalisierung der Zeitschrift SOT – Sports orthopedics and traumatology
- Einrichtung von GOTS-Kommissionen
- www.gots.org neu lanciert
- Modernisierung und Erweiterung der Fellowships
- Gründung der GOTS-young-Academy
- Einführung des GOTS-Video-Awards
- Durchführung des GOTS-Expertenmeetings „Schulterinstabilität“
- Ausbau der Zusammenarbeit mit Partnergesellschaften

Fort- und Weiterbildung

Die GOTS engagiert sich ferner in der sportmedizinischen Fort- und Weiterbildung. Über 20 Veranstaltungen standen deutschlandweit unter dem Patronat der GOTS mit insgesamt über 2500 Teilnehmern.

Für die Zukunft sind weitere Aktivitäten geplant:

- Erarbeitung eines Leitbildes und eines Zukunftskonzeptes
- Neuauflage des GOTS-Manuals Sportverletzungen zum 30. Jahreskongress der GOTS in Basel.
- Herausgabe des GOTS-Expertenheftes „Schulterinstabilität“
- Einführung des Zertifikates Sportarzt
- Mitarbeit im deutschsprachigen Arthroskopieregister
- Gründung einer GOTS-Stiftung

- Aufbau eines Ausbildungsganges „Master of science in sports orthopedics“ mit Prof. Stefan Nehrer an der Europa-Universität Krems

Wissenschaftsförderung im Fokus der GOTS

2014 wurde zum 5. Mal die von Prof. Dr. Dieter Kohn ins Leben gerufene Forschungsförderung der GOTS mit 20 000 € vergeben. Aus 14 eingereichten Arbeiten ging die Arbeitsgruppe von Dr. Mirco Herbort (Unfallchirurgische Klinik des Universitätsklinikums Münster) mit dem Thema „Einfluss der ischiocruralen Muskulatur auf die Stabilisierung des medialen Kniekompartimentes gegen einen Valgusstress bei Insuffizienz des medialen Kollateralbandes“ als Sieger hervor.

Den seit dem Jahre 2000 von der Firma Sporlastic ausgelobten Posterpreis mit 3000 € gewann die Arbeitsgruppe von Ralph Akoto (Hamburg/Köln) mit der Arbeit „Kreuzbandverletzungen in der Sportart Judo“.

Den von der Firma Otto Bock gesponserten Young-investigator-Award erhielt Dr. Hubert Hörterer (Basel) für die Arbeit „sports activity before and after total ankle replacement“. Auf Initiative von PD Dr. Thore Zantop und mit finanzieller Unterstützung der Firma DJO wurde 2014 der GOTS-Video-Award aus 18 eingereichten Arbeiten an Herrn Dr. Daniel Wagner (Stuttgart) mit dem Beitrag „Tuberosity transfer“ verliehen.

Neuwahl des GOTS-Vorstandes

Auf der Mitgliederversammlung der Gesellschaft in München wurde für die kommenden zwei Jahre folgender Vorstand gewählt:
Präsident Prof. Dr. Victor Valderrabano (Basel)
Vizepräsident Deutschland PD Oliver Miltner (Berlin)

Vizepräsident Österreich Dr. Gerhard Oberthaler (Salzburg)
Vizepräsident Schweiz Priv. Doz. Dr. Geert Pagenstert (Basel)
Schriftführer PD. Dr. Martin Engelhardt (Osnabrück)
Schatzmeister Dr. Michael Krüger-Franke (München)
Past-Präsident Prof. Dr. Holger Schmitt (Heidelberg)
Vertreter der Verbandsärzte Dr. Christian Schneider (München)

Der Beirat

Prof. Dr. Romain Seil (Luxemburg)
Dr. Matthias Muschol (Bremen)
Dr. Casper Grim (Osnabrück)
Dr. Walter Bily (Wien)
Frau Dr. Syré (Wien)
Prof. Dr. Thomas Tischer (Rostock)
PD Ralf Müller-Rath (Neuss)
Dr. Rolf-Michael Kriffter (Stolzalpe)
Dr. Frider Mauch (Stuttgart)
Prof. Dr. Frank Mayer (Potsdam)
Prof. Dr. Jürgen Freiwald (Wuppertal)
Dr. Markus Knöringer (München)
Über den Jahreskongress als wichtigste Veranstaltung der Gesellschaft wurde ausführlich in der Augustausgabe der O+U-Mitteilungen berichtet.



PD Dr. Martin Engelhardt, Schriftführer GOTS



PD Dr. Oliver Miltner, Vizepräsident GOTS

Bericht der AG Lehre der DGOU

Dr. Susanne Fröhlich, Prof. Dr. Udo Obertacke

Vor dem Hintergrund der gemeinsamen Facharztqualifikation hat sich die AG Lehre der DGOU in den vergangenen Jahren intensiv mit den Inhalten und der sinnvollen Koordination von Lehrzielen des Faches O&U in der studentischen Lehre auseinandergesetzt. Beispielsweise sind hier die konsentierten Lehrziele für O&U (Walcher und Dreinhöfer et al. 2008) anzuführen, die aktuell (2014) inhaltlich vollständig und methodisch beispielgebend im gemeinsamen Lehrzielkatalog aller chirurgischen Fächer zusammengeführt werden, als auch die erarbeiteten Hinweise für eine an jedem Standort individuell zu findende Umsetzung der Lehrziele mit den ggf. damit zusammenhängenden Änderungen der Studienordnung (§ 27,2 ÄAppO) bzw. Beschlussnotwendigkeiten der Fakultät.

Gemeinsame Lehrziele abstimmen

Orthopädie und Unfallchirurgie müssen sich „synchronisieren“. Es ist notwendig als auch sinnvoll die curriculare Lehre von O&U vor Ort so abzustimmen, dass gemeinsame Lehrziele definiert und die Lehrformen abgesprochen werden. Die Verknüpfung sollte im Vorlesungsverzeichnis erkennbar sein. Dies gilt ebenfalls für das Praktische Jahr. Beispielsweise als Pflichtfach O&U im Rahmen des chirurgischen Tertials und Vertiefung der Inhalte von O&U durch eine Wahlfachmöglichkeit. Ende des Jahres 2013 wurde ein „Logbuch der erreichbaren Lehrziele für die speziellen Wahlfachinhalte Orthopädie/Unfallchirurgie“, welches inhaltlich vollständig auf dem orthopädisch-unfallchirurgischen Lehrzielkatalog von 2008 (Walcher et al.) und dem daraus abgeleiteten Lehrzielkatalog 2011 (Fröhlich et al.) für ein Wahlfach im PJ basiert veröffentlicht. Die Kompetenzbereiche sind als Basisanforderung zu verstehen, auf die sich die AG sowohl hinsichtlich der Wichtigkeit, als auch hinsichtlich der pragmatischen Umsetzung verständigen konnten. Die „individuelle“ Ausgestaltung bzw. Erweiterung des hier vorgelegten Basis-Logbuchs mit den Kompetenzbereichen für Chirurgie/Orthopädie/Unfallchirurgie kann durch die jeweilige Fakultät selbst erfolgen.

Der NKLM

Ein weiteres wesentliches Thema stellt der Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog für Medizin dar. Der NKLM ist seit 2010 auf Initiative des Medizinischen Fakultätentages (MFT) und der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (gma) als „Fachqualifikationsrahmen“ unter Beteiligung einer Reihe didaktischer Experten medizinischer Fachgesellschaften und diverser Institutionen erarbeitet worden. Nach redaktioneller Fertigstellung des NKLM wurde dieser am 15. Juli 2013 den wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Kommentierung übergeben (Deadline 31.10.2013). Die AG Lehre der DGOU wurde nach Präsidiumsbeschluss am 1.6.2013 von den Generalsekretären beauftragt, eine Kommentierung zu einer Beschlussfassung in der gemeinsamen Ordinariatskonferenz, sowie im Präsidium der DGOU vorzubereiten. Eine entsprechende Kommentierung ist erfolgt, die folgende Aspekte aufgreift:

1. Es besteht ein erheblicher redaktioneller Arbeitsbedarf, im Hinblick auf Redundanzen, Sinnhaftigkeit der Lehrziele und deren Praktikabilität.
2. Die Lehrziele sind teilweise zu kleinteilig.
3. Die Kernkompetenzen der Arbeitspakete 5-11 sind zu begrüßen.
4. Die Sicht vom Endziel der Bildung her ist unakademisch und die reduziert Lehre zur Methode.

Noch nicht entscheidungsreif

Der NKLM befindet sich nach wie vor im Überarbeitungsprozess. Das letzte Zusammentreffen der Fachgesellschaften bezüglich dessen fand am 21.07.2014 in Berlin statt, an welchem Prof. Dr. Udo Obertacke und Frau Dr. Fröhlich als Vertreter der Fachgesellschaft (DGOU) teilnahmen. Die gegenwärtige Situation beinhaltet, dass auf dem letzten oMFT von den Fakultäten konsentiert wurde, die Ebenen 1 und 2 weiter zu belassen. Die Ebene 3, welche teilweise sehr kleinteilige Lehrziele summiert, soll ausgeblendet werden und in eine Art „fakultative Bib-

liothek eingehen. Ziel ist es, den NKLM im Sommer 2015 zum oMFT zu verabschieden. In der Diskussion im Plenum kristallisierte sich ganz klar heraus, dass von Seiten der DGIM der NKLM nicht als „entscheidungsreif“ zu bezeichnen ist. Das Delphi-Verfahren soll bis zum Ende des Jahres zurückgestellt werden, da der gesamte NKLM redaktionell gelesen und abgestimmt werden muss, um Inkohärenzen, Versäumnisse und insbesondere Redundanzen zu finden und auszuräumen. Im Hinblick auf diese Tätigkeiten sind drei Arbeitsgruppen entstanden, welche sich mit dieser Tätigkeit zu befassen haben.

Von der Lufthansa lernen

Ein aktuelles Betätigungsfeld stellt seit 2014 ein Gemeinschaftsprojekt der DGOU mit der Lufthansa zum Thema „Fehleranalyse und Risikomanagement“ dar. Ziel soll es sein, in Form von Ausbildungskursen, die Kommunikation im Team zu analysieren und verbessern, um Fehler zu vermeiden und ein entsprechendes Risikomanagement zu betreiben. Weiteres wird in den kommenden Monaten zu berichten sein. Abschließend möchten wir allen aktiven Mitgliedern der AG für ihr zeitaufwendiges Engagement in den letzten Jahren danken.



Dr. Susanne Fröhlich
Leiterin AG Lehre der
DGOU



Prof. Dr. Udo Obertacke,
stellvertretender Leiter
der AG Lehre der DGOU



Präparationsübung am Leichenfuß beim Masterkurs

Bericht der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e. V. 2013 / 2014

Dr. Jörn Dohle

Wie auch in den Vorjahren war der Abschlusskurs des D.A.F. Kurssystems am letzten Januarwochenende in Münster der wesentliche Auftakt im Geschäftsjahr der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e. V. (D.A.F.). Rund 80 Kandidatinnen und Kandidaten konnte das Zertifikat „Fuß und Sprunggelenk“ der D.A.F. erteilt werden. Voraussetzung für die Teilnahme am Abschlusskurs ist, dass alle 7 vorangehenden Kurse des Kurssystems erfolgreich durchlaufen worden sind. Da jeder Kandidat im Kurssystem im Durchschnitt 2 Kurse pro Jahr absolvieren kann, erstreckt sich der Erwerb des Zertifikats in der Regel über eine Dauer von 4 bis 5 Jahren. Zur Zeit befinden sich ca. 700 Kolleginnen und Kollegen auf dem Weg zum Erwerb des Zertifikats. Eine ähnlich hohe Zahl hat diesen Weg bereits erfolgreich abgeschlossen.

Masterkurs

Als Novum wurde 2013 ein Masterkurs eingeführt, der im Sinne eines „Post-Graduate Trainings“ für Kolleginnen und Kollegen eingerichtet wurden, die nach Erwerb des Zertifikats ihre Kenntnisse weiter vertiefen möchten. Wie auch bei den Zertifikatskursen handelt es sich um einen Kurs mit Präparationsübungen am Leichenpräparat gepaart mit Fachvorträgen. Als Zeichen einer länderübergreifenden Kooperation wurde der Kurs in Kooperation mit der Österreichischen Gesellschaft für Fußchirurgie (ÖGF) und der Swiss Foot and Ankle Society (SFAS) im März 2013 in Innsbruck abgehalten. Der nächste Masterkurs wird Anfang September 2014 in Düsseldorf stattfinden. Das Kurssystem stellt, neben der Jahrestagung, weiterhin den wesentlichen An-

teil der Aktivitäten der D.A.F. dar. Bis auf den Abschlusskurs, werden alle 7 Kurse pro Jahr an mindestens zwei Standorten angeboten. Bedingt durch die hohe Nachfrage wurden 2013 und 2014 Zusatzkurse in den Themen „Vorfußchirurgie“ und „Arthrodesen“ eingerichtet. Die D.A.F. dankt an dieser Stelle den zahlreichen Ausrichtern und Helfern, ohne die das Kurssystem nicht zu realisieren wäre.

Stipendien

Im jährlichen Wechsel wird von der D.A.F. ein Europastipendium und eine USA Reisestipendium angeboten. Jeweils vier jungen Kolleginnen und Kollegen wird während einer 4 wöchigen Reise der Einblick in andere Kliniken und Versorgungsstrukturen in unseren Nachbarländern ermöglicht. Von einem



Treffen der deutschen Delegation am Vorabend des „Pisani Symposiums“ im Mai 2014 in Turin.



Ehrung von Prof. G. Pisani (Bildmitte) durch Prof. Hans-Heinrich Küster und Dr. Jörn Dohle.

sonst gerne genutzten Stipendium bei unserem Ehrenmitglied Prof. Pisani in Turin musste die D.A.F. schweren Herzens Abschied nehmen, da Prof. Pisani seine operative Tätigkeit kurz vor seinem 80. Geburtstag aus gesundheitlichen Gründen einstellen musste. Die über 17 Jahre dauernde freundschaftliche Verbindung mit Prof. Pisani und seinem Team wurde durch ein wissenschaftliches Symposium zu seinen Ehren in Turin gefeiert. Anfang Mai 2014 reiste eine deutsche Delegation zu Vorträgen und Diskussionen „Rund um den Talus“ nach Turin. Der krönende Abschied war das Festbankett in der Villa Cinzano, dem ehemaligen Familiensitz der gleichnamigen Weinhändlerdynastie.

Jahrestagung

Zentraler Treffpunkt des Vereins ist selbstverständlich unsere Jahrestagung.

Der Fusion von O und U entsprechend werden im Wechsel traumatologische und ein „klassisch orthopädischer“ Themenschwerpunkt gewählt. Nachdem 2013 in Stuttgart von den Tagungspräsidenten Dr. M. Gabel und Dr. M. Thomas die Orthopädie in den Vordergrund gerückt worden war, wurden 2014 in Münster von der Tagungspräsidentin PD Dr. S. Ochman die Traumatologie des Fußes besonders angesprochen. Als Ehren Gäste waren Prof. D. Thodarson aus Los Angeles, Editor in Chief von Foot Ankle International und Dr. J.-W. Louwerens aus Nijmegen, past President der European Foot and Ankle Society geladen. Zum Abschluss des ersten Kongresstags fand die jährliche Mitgliederversammlung der D.A.F., dieses Mal mit Vorstandswahlen, statt. Wir bedanken uns an dieser Stelle bei unserem langjährigen Vorstandsmitglied Prof. J. Hamel aus München, der wesentlich zu der positiven Entwicklung der D.A.F. und der deutschen Fußchirurgie beigetragen hat. Zu seiner Nachfolgerin als Schriftführerin wurde mit großer Mehrheit Frau Prof. C. Stukenborg-Colsman aus Hannover gewählt. Frau Prof. Stukenborg-Colsman hat ab 2013 auch, gemeinsam mit Dr. J. Dohle, die wissenschaftliche Leitung des DGOOC-Kurses Fuß übernommen.

Europäische Integration

Die D.A.F. hatte Gelegenheit als Sektion der DGOU eine Sitzung am Tag der Sektionen des DKOU zu gestalten. Auch im Rahmen der Jahrestagungen von NOUV und SOUV konnte die D.A.F. bei der Gestaltung von Sitzungen zum Thema Fuß und Sprunggelenk mitwirken. Neben dem nationalen Engagement fühlt sich die D.A.F. der europäischen Integration verpflichtet. Sie ist größte nationale

Gesellschaft im europäischen Verbund der fußchirurgischen Gesellschaften, der EFAS (European Foot and Ankle Society). Im Rahmen des EFAS Kongresses 2014, welcher im Oktober in Barcelona stattfinden wird, erwarten wir den Wechsel von Prof. Martinus Richter vom President elect zum amtierenden EFAS Präsidenten. Wir wünschen Prof. Richter viel Erfolg für seine dann beginnende zweijährige EFAS-Präsidentschaft.

Leitlinie

Wie jede wissenschaftliche Sektion der DGOU ist auch die D.A.F. an der Entwicklung von Leitlinien beteiligt. Unter Federführung von Dr. H. Waizy, Augsburg, wurde die Leitlinie Hallux valgus vollständig überarbeitet und mittlerweile beim AWMF eingereicht.

In der D.A.F. Mitgliedschaft ist der Bezug von 2 fußchirurgischen Zeitschriften beinhaltet. Zum einen das englischsprachige Journal „Foot and Ankle“ zum anderen die deutschsprachige Zeitschrift „Fuß und Sprunggelenk“ dem offizielle Organ der D.A.F. Die positive Entwicklung von „Fuß und Sprunggelenk“ verdankt die Zeitschrift vor allem den zahlreichen Gasteditoren die unter der Schriftleitung von Frau PD Dr. R. Fuhrmann 4 Auflagen pro Jahr ermöglicht haben. Aktuell erscheint im Jahr 2014 Band 12 der Zeitschrift, so dass im nächsten Jahr das 50. Heft erscheinen wird. Wie auch in den Vorjahren kann die D.A.F. ständig steigende Mitgliederzahlen verzeichnen. Dies wird vom Vorstand als wichtigstes Indiz für positive Entwicklung der Gesellschaft gewertet. Im Frühjahr 2014 wurde erstmalig die Schwelle von 1500 aktiven Mitgliedern überschritten. Für die D.A.F. ist dies Erfolg und Verpflichtung zugleich. Im Rückblick auf das erfolgreiche Geschäftsjahr 2013 nehmen wir die Herausforderungen der Zukunft an und erwarten ein ereignisreiches Jahr 2014 und 2015.



Dr. Jörn Dohle,
Präsident der D.A.F.

Bericht der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie, DGORh

Prof. Dr. Stefan Rehart, Dr. Ingo Arnold

Konservativ – Operativ – Integrativ

Die „Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie, DGORh“ sieht sich – neben hochspezialisierten operativen Anteilen – auch mit als Kümmerer und Bewahrer konservativer Inhalte in der deutschen Orthopädie und Unfallchirurgie. Neben der interdisziplinären Kooperation mit praktisch allen Facetten der O/U bestehen besondere Relationen zu den internistischen Rheumatologen, BVOU, Rheuma-Liga, Politik, internationalen Gesellschaften und ärztlichen Standesorganisationen. Die DGORh hat sich in einem beispielhaften Entschluss dazu bereit erklärt, in der Zusatzbezeichnung „Orthopädische Rheumatologie“ – ergänzend zu den bisherigen Bestimmungen – konservative diagnostische und therapeutische Inhalte, als Qualitätsmerkmale des Faches O/U, zu integrieren.

Zusatzbezeichnung „Orthopädische Rheumatologie“

In den vergangenen Jahren hat sich vielfach die Klage erhoben, erhebliche Anteile konservativer Therapie gingen der O/U verloren. Über die mannigfaltigen Gründe dafür soll an dieser Stelle nicht spekuliert werden. Einen wesentlichen Aspekt bei der Betrachtung dieser Situation stellt dabei der Blick in andere europäische Länder dar. Grob vereinfacht, gibt es in diesen mehrheitlich einen sogenannten „Rheumatologen“, der die Patienten mit degenerativen und entzündlichen Erkrankungen des muskulo-skelettalen Systems betreut und kooperierende Operateure, die die chirurgische Versorgung übernehmen. Historisch hat sich in Deutschland ein arbeitsteiliges System entwickelt, in dem der Orthopäde und Unfallchirurg degenerative sowie arthologische Erkrankungen inklusive deren konservative und operative Therapie übernimmt, während der internistische Rheumatologe die entzündlichen Systemerkrankungen im engeren Sinne „bearbeitet“, differentialdiagnostisch tätig ist und meist die spezielle

medikamentöse Therapie der rheumatologischen Krankheiten übernimmt. Eine Sonderstellung nimmt der zusatzweitergebildete orthopädische Rheumatologe ein, der sich sowohl diagnostisch, als auch in der konservativen und speziellen operativen Behandlung den Destruktionen des rheumatischen Formenkreises widmet und die besondere medikamentöse Therapie – meist in Kooperation mit internistischen Rheumatologen – betreibt. Dabei hat insbesondere die „task-force Orthopädische Rheumatologie“ (bestehend aus den Herren Rehart, Rütther und Schwokowski) in periodischen Treffen versucht, Visionen für das Fach zu entwickeln. Festzuhalten bleibt: weder der Orthopäde und Unfallchirurg noch der internistische Rheumatologe können die „europäische Rheumatologen-Definition“ in Deutschland inhaltlich seitens der jeweiligen Weiterbildung ausfüllen. Grundsätzlich ist es dann Vertretern aller beteiligten Fachgesellschaften gelungen, über entsprechende Vereinbarungen wechselseitige Hoheiten in einem sogenannten „deutschen Weg“ anzuerkennen und die Arbeitsgebiete abzustecken, wohl wissend, dass sich Überschneidungen in allen Richtungen ergeben können. Zuletzt sei darauf verwiesen, dass sich die Arbeitsinhalte der orthopädischen Rheumatologen nach Einführung der Biologika (zugunsten der Patienten) operativ von den zahlreichen Synovialektomien hin zu Eingriffen verschoben hat, die eine bessere Teilhabe an den gesellschaftlichen Errungenschaften ermöglicht. Damit werden Valenzen frei, die für konservative Behandlungsformen genutzt werden.

Zusatzweiterbildung nicht implementierbar

Ergänzend stand dann auch noch auf der fachgesellschaftlichen Ebene die Novellierung der Weiterbildungsordnung an. Sehr verschiedene, berufspolitisch angesiedelte Umstände sind dafür verantwortlich, dass eine neue Zusatzweiterbildung in der O/U, z. B. für die konservative Thera-

pie, über die Gremien des Deutschen Ärztetages praktisch nicht implementierbar ist. Parallel dazu hat 2010 die Inauguration der von der DGORh (Rehart) inspirierten Zusammenkünfte verschiedener konservativ ausgerichteter Fachgesellschaften unter der Bezeichnung „IG Orthopädische Rheumatologie/Rehabilitation“ stattgefunden, zunächst noch als lose Gruppe, deren Arbeitsinhalte sich zunehmend verfestigten. In einem extrem hohen Arbeitsaufwand und Zeitdruck (Einbringen in die WBO-Novellierungsabstimmungen des Deutschen. Ärztetages) sind mit den Interessenvertretern dieser unterschiedlichen „konservativen“ Fachgesellschaften/Sektionen Inhalte definiert worden, die zuletzt in die modifizierte ZB „Orthopädische Rheumatologie“ integriert wurden (massive Beteiligung der Herren Rehart, Kladny, Rütther, Dinges, Psczolla, Locher u. a.). Zugrunde liegt die Überzeugung, dass mittelfristig wohl generell berufspolitische Bestimmungen aus Brüssel eher uns Deutschen „übergestülpt“ werden, als umgekehrt. Aus allem ergibt sich für deutsche Orthopäden und Unfallchirurgen die Sinnhaftigkeit des Bewahrens konservativer Verfahren im Fach in Verbindung mit der konzentrierten Aufrüstung „rheumatologischer“ Kenntnisse über geeignete Fortbildungsmodule.

Zusammenfassend kann festgehalten werden:

- Die nicht-operative Tätigkeit des deutschen Orthopäden/Unfallchirurgen am muskulo-skelettalen System wird vielfach in Europa in toto von den sog. „Rheumatologen“ ausgeübt.
- Die Inhalte der konservativen Therapie müssen der deutschen Orthopädie/Unfallchirurgie erhalten bleiben.
- Die Zusatzbezeichnung „Orthopädische Rheumatologie“ ist im Konsens aller Beteiligten um erhebliche Anteile konservativer Verfahren „angereichert“ worden und kann zukünftig zu einem Qualitätsnachweis derselben avancieren.

Bemerkenswert ist, dass sowohl die wissenschaftlichen Fachgesellschaften DGOOC, DGU, DGOU über die „IG konservative Therapie“ (Kladny, Rehart, Psczolla) als auch der BVOU mit dem Referat „Orthopädische Rheumatologie/nicht-operative Therapie“ (Deinfelder, Rütter, Schwokowski) Arbeitsgruppen implementiert und hochrangig angesiedelt hat, um die konservative Therapie zu bündeln und für alle internen und externen Institutionen erkennbar zu platzieren.

Orthopädisch-rheumatologisches Publikationsregister

Dieses ist in der Zwischenzeit datenschutzrechtlich sehr aufwendig von Fr. Dr. Tanja Kostuj (damals Dortmund) und dem DGORh-Vorstandsbeauftragten PD Dr. Klaus Schmidt (Dortmund) im Rahmen des Registernetzwerks der DGOOC-DGU-DGOU implementiert worden.

Regionale Qualitätszirkel „Orthopädische Rheumatologie“

In Zusammenarbeit mit der DGORh werden in allen Bundesländern regelmäßig sehr rege Qualitätszirkeltreffen „Orthopädische Rheumatologie“ des BVOU (Sektion „Orthopädische Rheumatologie, Leiter Dr. U. Schwokowski) abgehalten.

Curriculum „Orthopädische Rheumatologie“

Das Curriculum „Orthopädische Rheumatologie“ der DGORh mit dem Ziel der Erteilung eines Zertifikates der DGORh für diese Disziplin nach Absolvierung der Inhalte ist implementiert. Neben typischen orthopädisch-rheumatologischen operativen Verfahren wird auch auf die konservativen und internistisch-rheumatologische Therapieinhalte fokussiert. Das Curriculum besteht aus 4 einzelnen Tagen (jeweils freitags von 09:00 – 17:00 Uhr), die einmal im Quartal angeboten werden, d.h. nach 4 Curriculum-Tagen, bzw. einem Jahr, kann das Zertifikat durch die DGORh erteilt werden. Inhaltlich (Kenntnisgrad) ist es zwischen der FA-Ausbildung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ und der speziellen 3-jährigen Zusatzbezeichnung (ZB) „Orthopädische

Rheumatologie“ angesiedelt. KollegInnen, die in ihrer FA-Weiterbildung nicht mit dieser Disziplin in Kontakt treten konnten oder die ZB nicht erwerben konnten, sollen Gelegenheit erhalten, sich mit rheumatologischen Inhalten vertraut zu machen. Bei einer Beteiligungspauschale der Teilnehmer von 100,00€ pro Kurstag an dem hochwertigen Ausbildungsgang, ist ein allein kostendeckender Ansatz der DGORh vorhanden. Über die homepage der DGORh können Informationen eingeholt werden (www.orthopaedische-rheumatologie.de). Ziel des Zertifikatskurses ist es, einen orthopädisch-rheumatologisch versierten (und DGORh-zertifizierten) Orthopäden-Unfallchirurgen zu kreieren. Es besteht die spätere Option, diesen Kompetenznachweis auch bei abrechnungstechnischen Belangen nutzen zu können. In 2013 ist die erste vollständige Kursrunde durchgeführt worden. Zur Zeit erfolgt die Evaluation der Ergebnisse, die ersten Aushändigungen der Zertifikate ist erfolgt. Die Weiterführung der Kurse in 2014 ist geplant und wird auf der Homepage angekündigt.

Deutscher Rheumatologenkongress 2014 in Düsseldorf

Das Programm des deutschen Rheumatologenkongresses vom 17. – 20.9.2014 (gemeinsam mit der Dt. Ges.f. internistische Rheumatologie und der Ges.f. Kinder- und Jugendrheumatologie) ist im Internet einsehbar (www.orthopaedische-rheumatologie.de). Die Beteiligung und interdisziplinäre Verzahnung der Orthopäden mit den anderen Fächern erfolgt. Die traditionelle Ausrichtung eines gemeinsamen Abends der DGORh erfolgt am Donnerstag der Kongresswoche. Kongresspräsidentin der DGORh in diesem Jahr ist Fr. CÄ Dr. Christine Seyfert aus Chemnitz. Auf der Homepage finden Sie den Flyer über die 6 rheumaorthopädischen Symposien bei dem Kongress. Weitere Informationen sind auch auf der Homepage der DGRh (www.dgrh.de) zu erhalten.

Verschiedenes

- Aktuelle Vorstandsbesetzung: Präsident – Prof. Dr. St. Rehart, Frankfurt a.M.; Vizepräsident – Dr. H. Dinges,

Kusel; Schriftführer – Dr. I. Arnold, Bremen; Kassenwart – Dr. S. Schill, Bad Aibling. Tagungspräsidentin 2014: Fr. CÄ Dr. Christine Seyfert, Chemnitz. Bei den Neuwahlen des Präsidenten und des Vizepräsidenten bei der MV am 20.9.2013 in Mannheim sind die bisherigen Inhaber im Amt bestätigt worden

- Zum Ehrenmitglied der DGORh 2014 wird Prof. (hc) Dr. Heiner Thabe aus Bad Kreuznach ernannt.
- Die eingereichten Arbeiten zu dem von der DGORh jährlich ausgelobten wissenschaftlichen „Arthur-Vick-Preis“ mit einer Dotation von 4000,00€ haben nach dem Begutachtungsprozess folgende Prämierung ergeben: „Massive Accumulation of Osteoclastic Giant Cells in Rapid Destructive Hip Disease“, Autoren: Seitz S, Zustin J, Amling M, Rütter W, Niemeier A. aus Hamburg.
- Mehrere Themenhefte mit orthopädisch-rheumatologischen Inhalten sind von unterschiedlichen Mitgliedern der DGORh herausgegeben worden, z.B. „Orthopäde“ / „Aktuelle Rheumatologie“ / „arthritis & rheuma“.
- Das kommende Intensivmeeting der DGORh findet im Februar 2015 in Oberndorf, Österreich statt. Ausrichter im Auftrag des Vorstandes: Dr. T. Ramsauer.



Prof. Dr. Stefan Rehart, Präsident der DGORh



Dr. Ingo Arnold, Schriftführer DGORh

Neue Mitglieder

Yvonne **Aden** · Willich
Navid **Bahrami** · Gunzenhausen
Mark **Behme** · Essen
Johannes **Bonacker** · Rostock
Sarah **Büermann** · Hannover
Alexandru **Covalciuc** · Coburg
Dr. med. Attila **Cseledes** · Konstanz
Dr. med. Carlo **Dietl** · Berlin
Dr. med. Oliver **Djahani** · Stolzalpe
Oliver **Dushaj** · Idar-Oberstein
Dr. med. Kay Tronje **Eichelberg** · München
Nasreldin **Elhadi** · Essen
Dr. med. Christiane **Glaser** · Hannover
Martin **Goosmann** · Rostock
Dr. med. Univ. Nader **Hassan** · Kulmbach
Dr. med. Elisabeth **Hegemann-Kohl** · Bochum
Dr. med. Jana **Hensel** · Dresden
Franziska Maria **Johnscher** · Dresden
Dr. med. Maximilian **Kerschbaum** · Berlin
Falko **Kopp** · Mainz-Kostheim
Daniel **Krammer** · Heidelberg
Dr. med. Andrej **Krc** · Göppingen
Ioannis **Kyriakidis** · Rothenburg ob der Tauber
Martin **Lützel** · Plauen
Benedikt **Meßmer** · Hohenbrunn
Katrin **Osmanski-Zenk** · Brodersdorf
Watschagan **Ovasapian** · Berlin
Christoph **Paech** · Sindelfingen
Tim **Quidde** · Hamburg
Dr. med. Stephanie **Rainer** · Stolzalpe
Dr. med. Christian **Reinhold** · Neunkirchen am Brand
PD Dr. med. Maximilian **Reinhold** · Rostock
Michael **Rogalski** · Geldern/Walbeck
Julien **Roß** · Lübeck
Dr. med. Markus **Rupp** · Münster
Johanna **Scheu** · Jena
Mitja **Scheuermann** · Berlin
Tony **Schmidt** · Rostock
Dr. med. Patricia **Senghaas** · Hannover
Christoph **Spoo** · Kiel
Georgios **Spyrou** · Wuppertal
Katharina **Staib** · Bochum
Dr. med. Karolin **Stein** · Berlin
Stefan **Struif** · Darmstadt
Dr. Matthias **Trost** · Köln
Dr. med. Andreas **Wagner** · Eisenberg



Foto: imagewell10 – Fotolia.com

Datenbank statt Aktenschränk: Das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD) sammelt alle wichtigen Daten von endoprothetischen Eingriffen. So macht das EPRD die Qualität der Kliniken und der verwendeten Endoprothesen transparenter.

Alle Register ziehen

Jürgen Malzahn

Das Endoprothesenregister Deutschland sorgt für mehr Qualitätstransparenz bei Eingriffen an Hüft- und Kniegelenk. Nun muss der Gesetzgeber das neue Wissen konsequent nutzen, um die stationäre Versorgung zu verbessern. Die Hüft- und Knieendoprothetik ist ein medizinischer Leistungsbereich, der von vielfältigen Qualitätssicherungsmaßnahmen begleitet wird. Fallzahlen, Komplikationen oder der Austausch einer fehlerhaften Prothese werden seit Jahren erfasst. Und diese Zahlen sprechen eine deutliche Sprache: Analysen der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) zeigen, dass hierzulande die Zahl der endoprothetischen Eingriffe im internationalen Vergleich hoch ist. Ebenso belegen internationale Vergleiche, dass die Anzahl der Prothesen, die vorzeitig ausgetauscht werden müssen (Revisionsrate), in Deutschland sehr hoch ist. In Schweden sind solche Wechselopera-

tionen beispielsweise nur knapp halb so oft nötig. Prinzipiell kommen dabei für den notwendigen Austausch einer Prothese verschiedene Ursachen in Frage, beispielsweise das individuelle (Fehl-) Verhalten der Patienten, die mangelnde Qualität der jeweiligen ärztlichen Behandlung oder die Güte des implantierten Medizinproduktes.

Ergebnisqualität messen

Zur Messung der Qualität von stationären Leistungen gibt es bislang drei wesentliche Ansätze. In der gesetzlichen Qualitätssicherung wird die Ergebnisqualität der endoprothetischen Eingriffe allein im operierenden Krankenhaus betrachtet und das auch nur für die Dauer des Klinikaufenthaltes. Dabei werden unter anderem Revisionsoperationen und Infektionen während dieser Zeit ermittelt. Das Wissenschaftliche Institut der AOK

(WiDo) verfolgt den zweiten Ansatz: Es misst mit dem QSR-Verfahren bereits seit Jahren die Ergebnisqualität der Endoprothetik über den eigentlichen Krankenhausaufenthalt hinaus und betrachtet Komplikationen oder die Revisionsrate über den Zeitraum eines ganzen Jahres nach der Operation, selbst wenn die betroffenen Patienten im Verlauf dieses Jahres in einem ganz anderen Krankenhaus behandelt werden – diese deutlich genauere Qualitätsmessung soll künftig Eingang in die gesetzlichen Qualitätssicherung finden. Beim Messen der Ergebnisqualität zeigt sich übrigens in beiden Verfahren ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Menge an Operationen in einem Haus und der Qualität der Behandlung (volume/outcome-Effekt). Unabhängig davon belegen verschiedene Studien auch, dass eine gewisse Mindestanzahl von Operationen eindeutig mit einer höheren Ergebnisqualität einhergeht.

Zusätzliche Details zur Qualität

Um längerfristige Auskünfte über die Qualität von endoprothetischen Eingriffen zu erhalten, betreibt die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) mit Unterstützung der Hersteller von Implantaten, dem Verband der Ersatzkassen und dem AOK-Bundesverband das Endoprothesenregister Deutschland (EPRD). Im Rahmen dieses dritten Ansatzes zur Messung der Ergebnisqualität werden in den nächsten Jahren von freiwillig teilnehmenden Kliniken alle relevanten Operationsdaten gesammelt und ausgewertet. Das Register wird mittelfristig neben zusätzlichen Details zu den Krankenhäusern auch neue Erkenntnisse über die Qualität und Langlebigkeit der Implantate selbst generieren. So können Patienten ihre Krankenhauswahl auf Basis solider Informationen treffen. In Schweden und Dänemark wurde die Revisionsrate für Endoprothesen insbesondere durch die Einführung der Register entscheidend gesenkt. So zeigt sich in den skandinavischen Ländern, die teilweise bereits in den 70ern Endoprothesenregister eingeführt haben, welchen großen Einfluss für die Patientensicherheit ein zuverlässiges Register haben kann.

Indikationsqualität

Neben der Messung der Ergebnisqualität spielt für die Patientensicherheit auch die Indikationsqualität eine große Rolle. Zentrale Frage bei der Indikationsstellung ist es, welche Therapie bei einer Erkrankung die besten Ergebnisse verspricht, beispielsweise eine Operation oder eine konservative Therapie. Dieser Themenbereich – nämlich klar nachvollziehbare Indikationsstellungshinweise – ist in Deutschland noch unterentwickelt. Dies hat auch die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) erkannt und wird den wissenschaftlichen Sachstand zu dieser Frage bewerten. Ein weiterer wichtiger Bau-

stein für mehr Patientensicherheit ist die Qualitätssicherung mit EndoCert. In diesem freiwilligen, federführend durch die DGOOC entwickelten Zertifizierungsverfahren müssen die Krankenhäuser ihre Struktur- und Prozessqualität gegenüber externen Prüfern nachweisen. Neben der Fixierung von Behandlungsschritten sind unter anderem Mindestoperationszahlen von Operateuren eine Voraussetzung für das Zertifikat. Darüber hinaus verpflichten sich an EndoCert teilnehmende Kliniken dazu, am Endoprothesenregister Deutschland teilzunehmen.

Fakten zur Knieoperation

Um Patienten die wichtigsten Fakten zur Endoprothetik möglichst einfach zugänglich zu machen, hat die Bertelsmann-Stiftung den aktuellen Wissensstand zu diesem Thema im Internet (siehe Webtipps auf Seite 2) veröffentlicht. Aus der Lektüre wird allerdings schnell klar, dass Informationen zur Endoprothetik leider nicht ganz so einfach zu interpretieren sind wie Vergleiche zwischen Kochtöpfen oder Fernsehgeräten bei der Stiftung Warentest. Daher wird die qualifizierte Beratung der Patienten durch vertrauenswürdige Institutionen immer wichtiger. Die Gesundheitskasse jedenfalls lässt ihre Versicherten bei solchen Fragen nicht allein.

Insgesamt ist die Endoprothetik ein Leistungsbereich, über den aufgrund gesetzlicher und freiwilliger Qualitätssicherungsmaßnahmen eine fast beispiellose Flut an Informationen vorliegt. Was fehlt, ist die stringente Umsetzung der Erkenntnisse, weil der Patientenschutz mit dem „ärztlichen Recht auf freie Berufsausübung“ rechtlich betrachtet in Konkurrenz steht. Die aktuellen rechtlichen Bestimmungen, beispielsweise bei der Festlegung von Mindestmengen für Leistungen, reichen nicht aus, damit rechtssicher und mit vertretbarem bürokratischen Aufwand Konsequenzen aus dem Zusammenhang von Menge und Qualität einer Behandlung

gezogen werden. Würden wir in allen Bereichen der Normgebung mit einem Maßstab agieren, der die absolute Einzelfallgerechtigkeit zur Grundlage hätte, wäre es unmöglich, neue Erkenntnisse in die Praxis zu bringen.

Erkenntnisse nutzen

Die Politik hat in der Koalitionsvereinbarung nicht ohne Grund das Thema Qualität im Krankenhaus in den Mittelpunkt der gesundheitspolitischen Vorgaben gestellt. Dies wird oft als eine Art Freibrief für die Vertragsärzteschaft fehlinterpretiert; es ist aber Ausdruck dessen, dass wir im Krankenhausbereich viele qualitätsrelevante Erkenntnisse haben. Unser zweifelsohne gutes Gesundheitssystem könnte deutlich besser werden, wenn die vorliegenden Erkenntnisse auch zu klaren Konsequenzen führen würden. Im Fall der Endoprothetik bedeutet dies, die Versorgung in nachweislich qualitativ hochwertigen EndoCert-Kliniken zu konzentrieren, die eine gute Ergebnisqualität aufweisen. Die Komplexität des Geschehens erfordert allerdings Dreierlei: eine schnelle, mutige gesetzliche Flankierung und Umsetzung durch Bund und Länder, einen Qualitätswettbewerb durch direkte Verträge zwischen Kassen und Kliniken sowie durch Transparenz und optimale Beratung bestens informierte Patienten.



Jürgen Malzahn leitet die Abteilung „Stationäre Versorgung, Rehabilitation“ beim AOK-Bundesverband.

Mit freundlicher Genehmigung der KomPart Verlagsgesellschaft Köln aus Gesundheit und Gesellschaft SPEZIAL 7-8/14, 17. Jahrgang entnommen.

EndoCert – eine erfolgreiche Entwicklung

Dr. Holger Haas

Erfreulich entwickelt sich die Anzahl der Einrichtungen, die eine Zertifizierung als EndoProthetikZentrum oder EndoProthetikZentrum der Maximalversorgung nach den Anforderungen von EndoCert durchlaufen.

Zum 1. August 2014 sind in Deutschland insgesamt 184 Zentren zertifiziert. Derzeit befinden sich darunter 108 EndoProthetikZentren und 78 EndoProthetikZentren der Maximalversorgung. Dieser hohe Anteil von Maximalversorgern ist auf Effekte aus der Anfangsphase zurück zu führen: spezialisierte Häuser konnten sich aufgrund der dort in der Regel vorhandenen Routine im Umgang mit dem erforderlichen Prozessmanagement früher einer Zertifizierung stellen. Bei den vorliegenden Anträgen zur Zertifizierung liegt der Anteil der Maximalversorger

aktuell bei rund einem Drittel. Während bei den Anfragen zur Zertifizierung ein Plateau erreicht ist steigt die Zahl der gestellten Anträge weiter deutlich an.

Festgelegte Qualitätsstandards

Bemerkenswert ist die Anzahl der in zertifizierten Zentren operierten Endoprothesen. Nach einer Auswertung vom Juni 2014 werden in den beteiligten EndoProthetikZentren insgesamt rund 180.000 endoprothetische Leistungen pro Jahr erbracht. Somit wird ein relevanter Anteil der in Deutschland endoprothetisch versorgten Patienten nach festgelegten Qualitätsstandards behandelt.

An dieser Stelle ist den aus den Reihen endoprothetisch erfahrener Operateure rekrutierten Fachexpertinnen und -ex-

perten, sowie den weiteren ehrenamtlichen Beteiligten am Verfahren für Ihren hohen Einsatz große Anerkennung und Dank auszusprechen.

Weitere Informationen zum Verfahren selber und den beteiligten Zentren sind im Internet unter www.endocert.de verfügbar.



Dr. Holger Haas,
Vorsitzender der Zertifizierungskommission
EndoCert der DGOOC

Fallzahlen erfasster Prothetik	Hüfte	Knie	Wechsel	Gesamt
Summe	84.883	65.571	25.149	177.603
Mittelwert (je PEZ)	225	179	67	470

Tabelle 1: Anzahl der in zertifizierten Zentren erbrachten endoprothetischen Versorgungen pro Jahr (Kalkulation aufgrund der eingereichten Erhebungsbögen).

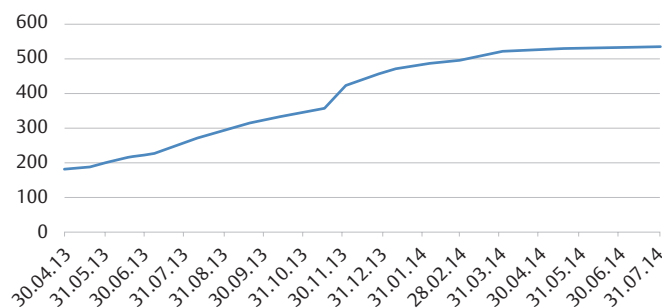


Abbildung 1: Anzahl der Anfragen zur Zertifizierung, Stand 1.8.2014

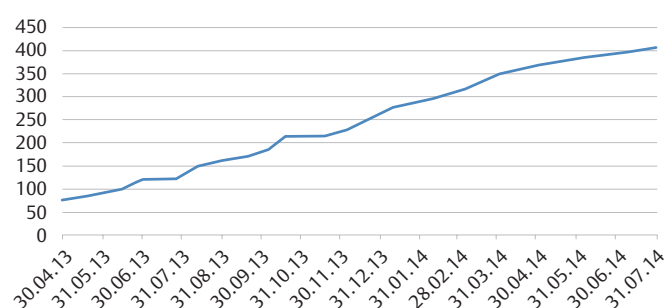


Abbildung 2: Anzahl der Anträge zur Zertifizierung, Stand 1.8.2014

Tätigkeitsbericht der Sektion Osteologie der DGOOC 2013/2014

Prof. Dr. med. Andreas Roth

Seit März diesen Jahres steht die S3-Leitlinie „Atraumatische Femurkopfnukrose des Erwachsenen“ bei der AWMF im Netz und kann dort als Kurz- und Langversion einschließlich Leitlinienreport und Evidenztabelle eingesehen werden. Bis zum 31.05.2013 wurden aus dem Tool der Weltliteratur 3.715 Literaturstellen beurteilt, von denen 422 Literaturstellen nach Aussortieren anhand von Einschluss- und Ausschlusskriterien sowie Plausibilitätskontrolle als zur Auswertung geeignet verblieben. Von diesen wurden 180 Publikationen zur Beschreibung von Diagnostik, Differentialdiagnosen, unbehandeltem Verlauf, konservativer Therapie sowie gelenkerhaltenden operativen Eingriffen und Gelenkersatz ausgewählt.

Osteologischer Schwerpunkt

Den an der Leitlinienerstellung beteiligten Kollegen der Sektion Osteologie der DGOOC sei an dieser Stelle für ihr Engagement und ihre Unterstützung herzlich gedankt, ebenfalls den beteiligten Gesellschaften: der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), der Deutschen Röntgengesellschaft (DRG), der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DG-PMR) und dem Dachverband Osteologie (DVO). Ein osteologischer Schwerpunkt wird in diesem Jahr die Verabschiedung der S3-Leitlinie „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Männern ab dem 60. Lebensjahr und bei postmenopausalen Frauen“ durch den Dachverband Osteologie (DVO) sein. Bis zum 12. März 2014 war die Diskussion der Urfassung im Internet möglich. Die Fertigstellung der Leitlinie steht unmittelbar bevor. Die DGOOC wird seit 2003 in der Leitlinienkommission durch Herrn Prof. A. Kurth aus Ratingen vertreten. Seitens der Orthopädischen Gesellschaft Osteologie (OGO) vertritt uns seit 2009 Herr Dr. P. Clarenz aus Hauzenberg, in Zukunft gemeinsam mit Herr Dr. H. Schwarz aus Freudenstadt. Die Deutsche Gesellschaft

für Unfallchirurgie (DGU) schickt als Vertreter weiter Herrn Prof. J. Rueger aus Hamburg, der seit 2006 in der Kommission ist, und Herrn Prof. W. Böcker aus München.

Osteologenkongress

Ein weiterer Höhepunkt der wissenschaftlichen Tätigkeit der Sektion war im letzten Jahr der Osteologenkongress in München. Dieser wurde unter der Leitung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) und der Deutschen Akademie der orthopädischen und rheumatologischen Wissenschaften (DAdourW) e.V. organisiert und durchgeführt. Als Kongresspräsident der DGU hat Prof. W. Böcker aus München in Zusammenarbeit mit der Kongresspräsidentin der Deutschen Akademie der orthopädischen und rheumatologischen Wissenschaften (DAdourW) e.V. Frau Univ.-Prof. Dr. B. Obermayer-Pietsch aus Graz ein hervorragendes wissenschaftliches Programm gestaltet. Mit einer Teilnehmerzahl von ca. 1.400 Besuchern war der Kongress ein großer Erfolg.

„Fortbildung Osteologie IV“

Die Sektion Osteologie bereitet aktuell unter Leitung von Herrn Prof. K. M. Peters aus Nümbrecht und Prof. P. D. König aus Viersen die Publikation eines neuen Buches „Fortbildung Osteologie IV“ beim Springer-Verlag vor. Hier werden die in den letzten Jahren durchgeführten osteologischen Seminare der Sektion auf dem DKOU, dem Osteologenkongress sowie beim Süddeutschen Orthopädenkongress Eingang finden.

Knochenmarködemsyndrom

Ein weiteres Projekt zur „retrospektiven Erhebung der Diagnostik und Therapie des Knochenmarködemsyndroms (KMÖS)“ befindet sich unter Leitung von Herrn Prof. K. M. Peters, Herrn PD Dr. F. Barvencik und Herrn Dr. T. Randau in

Vorbereitung. Außerdem wird unter der Leitung von Herrn Dr. B. Craiovan aus Regensburg und Herrn PD Dr. J. Beckmann aus Stuttgart ein gemeinsames Projekt der Sektion Osteologie der DGOOC und der AG Osteologie der DGU zur Femuroplastie koordiniert.

Knochenwachstum beeinflussen

Die Sektion und die AG bearbeiten wichtige Themen der Volkskrankheit Osteoporose, Knochentumore, Osteonekrose, Osteomyelitis usw. Zunehmend erhalten wir Möglichkeiten, das Wachstum des Knochens gezielt auch ohne oder in Kombination mit einer Operation zu beeinflussen und so zukünftige Schäden vom Patienten abzuwenden. Das geht gemeinsam effektiver und besser. Es gibt neben der DGOOC und der DGU auch die Orthopädische Gesellschaft Osteologie (OGO) mit fast 500 Orthopäden als Mitglieder, die uns osteologisch vertritt. Von den derzeit insgesamt 1084 „Osteologinnen DVO und Osteologen DVO“ in Deutschland haben 834 den Facharzt Orthopädie/Unfallchirurgie. Von Beginn der Tätigkeit des DVO war immer mindestens ein Orthopäde im Vorstand, zwei Amtszeiten war ein Orthopäde der 1. Vorsitzende, und aktuell sind mit Prof. A. Kurth und Prof. A. Roth zwei Orthopäden im Vorstand. Zu den beiden letzten Osteologenkongressen waren ein Orthopäde und ein Traumatologe Kongresspräsident. Orthopäden und Traumatologen waren somit in den vergangenen Jahren eine wichtige Stütze des DVO und haben die Fachgruppe gut repräsentiert.

Fusion verschoben

AG und Sektion haben in den letzten Jahren zahlreiche Osteologische Seminare gestaltet, die immer sehr gut besucht wurden. Ursprünglich hatten daher DGOOC und DGU für dieses Jahr die Fusion und die Antragstellung auf Bildung einer Sektion Osteologie der DGOU geplant. Bei der Mitgliederversammlung

zum Osteologenkongress in München waren zahlreiche Kollegen beider Sektionen einschließlich der Vorsitzenden erschienen. Es gab eine lebhaft Diskussion zwischen Befürwortern und Gegnern einer Fusion. Hier wurde argumentiert, dass eine Fusion der Sektion mit der AG vor allem Verluste von Vortragsslots beim DKOU und auf dem Osteologenkongress bringe, des Weiteren eine Schwächung im Dachverband für Osteologie, wo derzeit 4 von 19 Fachgesellschaften orthopädisch-traumatologisch geprägt sind. Es würden potentiell das Stimmrecht und die Teilnahme an der Leitlinienerstellung geschwächt werden. Andererseits muss klar gesagt werden, dass beide Organisationen seit vielen Jahren eng zusammenarbeiten und sich immer mehr verzahnen. Zwei Sektionen oder AG's gibt es de facto nicht mehr. Die getrennte Tätigkeit zweier osteologischer Organisationen führt bestenfalls nur zu einem Informationsverlust innerhalb der orthopädisch-traumatologischen Gesellschaft. Es wurde als Ergebnis der Diskussion vorgeschlagen, eine Fusionsentscheidung zunächst zu verschieben. Dieser Prozess soll durch gemeinsame Mitgliederversammlungen unterstützt werden.

Preise und Stipendien

Hinsichtlich der Vergabe von Forschungsstipendien kann der Zeitraum 2013/2014 ebenfalls als ein erfolgreiches Jahr für die osteologischen Gesellschaften betrachtet werden. Prof. Dr. C. Niethard aus Heinsberg erhielt auf dem DKOU in Berlin den

Versorgungsforschungspreis der DGOU in Höhe von 5000 Euro für seine Arbeit zum Thema „Signifikante Reduktion von Krankenhauseinweisungen aufgrund osteoporoseassoziiierter Frakturen durch intensivierte multimodale Therapie – Ergebnisse der Integrierten Versorgung Osteoporose Nordrhein“. Der H.-G. Willert Preis der Orthopädischen Gesellschaft Osteologie (OGO) in Höhe von 50.000€ wurde dieses Jahr an Herrn Prof. A. Nie-meier aus Hamburg verliehen. Damit wurde seine erfolgreiche wissenschaftliche Arbeit zu dem Thema „Analyses of LRP4 sclerostin interaction in the control of bone mass and fracture healing“ honoriert. Die DGU hat zu den Themen „Sekundärprophylaxe nach osteoporotischer Fraktur“ und „Translationale Forschung zum verbesserten Verständnis der Frakturheilung bei Osteoporose“ jeweils 25.000€ für Nachwuchswissenschaftler der DGU als Anschubfinanzierung zum Start eines Forschungsprogrammes ausgeschrieben. Die Bewertung läuft aktuell.

„Knochen und Muskeln“

Am 14. und 15. November findet in Berlin das 9. Interdisziplinäre Forum „Knochen und Muskeln – Neue Welten 2014“ in Berlin statt, auf dem namenhafte Osteologen das Neueste zum Knochen vortragen. Auf dem DKOU im Oktober in Berlin wird die Sektion 10 am Dienstag, 28.10.2014 ein osteologisches Seminar zum Thema Osteo-Onkologie unter der organisatorischen Leitung von Herrn Prof. A. Kurth durchführen. Die Sektion plant zwei osteologische Seminare auf

dem Osteologenkongress, der vom 12. bis 14. März 2015 in Berlin stattfindet. Im Mittelpunkt stehen einmal die „Vitamin D3 assoziierte Erkrankungen (außer Osteoporose) und deren Therapie“ unter der Leitung von Herrn Prof. C. Rader aus Aachen und Herrn PD F. Barvencik aus Hamburg. Gemeinsam mit der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie (DMGP) wollen wir außerdem ein osteologisches Seminar zum Thema „Problem Osteoporose bei Querschnittslähmung“ unter der Leitung von Frau Dr. Doris Maier aus Murnau und Herrn Prof. Dr. Andreas Roth aus Eisenberg veranstalten.

Die nächste Mitgliederversammlung der Sektion Osteologie der DGOOC findet auf dem DKOU am 28.10.2014 von 14.30 bis 16.00 Uhr statt, die Mitgliederversammlung der AG Osteologie der DGU am Mittwoch, dem 29.10.2014 von 09.00 bis 10.30 Uhr. Dass diese erstmals seit Jahren wieder getrennt stattfinden, kann getrost als missglückte Organisation gewertet werden. Neue Mitglieder sind herzlich willkommen.



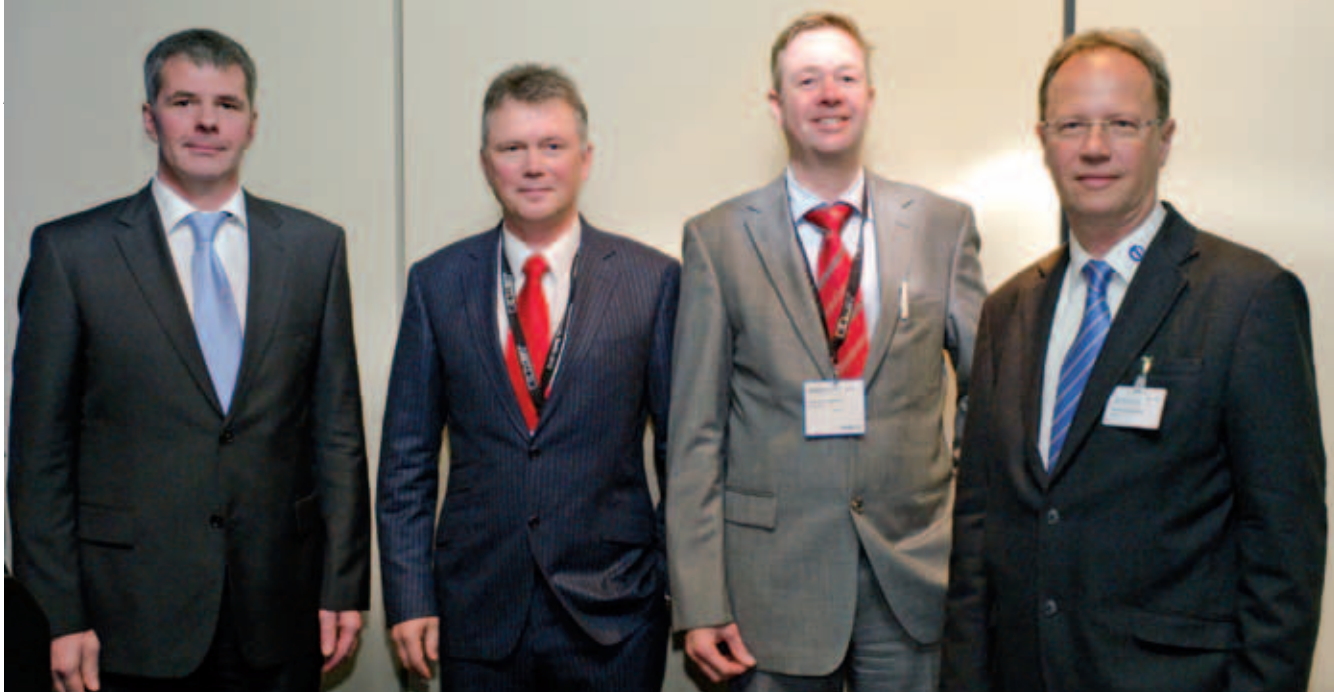
Prof. Dr. med. Andreas Roth, Leiter der Sektion Osteologie der DGOOC

Neue Mitglieder

Dr. med. Patricia **Senghaas** · Hannover
Dr. med. Norbert **Harrasser** · München
Dr. med. Patrick A. **Weidle** · Mönchengladbach

Dr. med. Jochen **Krajewski** · Lübeck
Katrin **Osmanski-Zenk** · Rostock
Karl **Hausamen** · Dortmund
Valentin **Messler** · Düsseldorf

Andreas **Becker** · Alfter
Dr. med. Carolin **Knebel** · München
Martin **Weßling** · Wetter
Christian **Matthes** · Wetter



Vorstand VTO: (von links) Prof. Dr. Frank Braatz, 2. Vorsitzender; Prof. Dr. Bernhard Greitemann, 1. Vorsitzender; Dr. Johannes Schröter, Schriftführer; Bernd Wünschmann, Schatzmeister.

Bericht der Sektion Technische Orthopädie und Orthopädie-Schuhtechnik 2014

Prof. Dr. Bernhard Greitemann

Die Sektion sammelt unter dem Dach der Vereinigung Technische Orthopädie (VTO) Interessierte auf dem Gebiet der technisch-orthopädischen Versorgung. Dies beinhaltet den Bereich Orthetik, Prothetik sowie den komplexen Bereich der Hilfsmittel- und Rehabilitationsversorgungen. Die Sektion versteht sich als ärztliche Untergruppierung von DGOOC und DGOU für diesen Fachbereich. Nichtsdestotrotz ist in der Vereinigung Technische Orthopädie die Möglichkeit offen, dass auch andere an der Versorgung dieser Patienten beteiligte Berufsgruppen Mitglied in der VTO werden. So sind eine große Zahl an Orthopädietechnikern, Orthopädieschuhtechnikern, aber auch Biomechaniker und Physiotherapeuten Mitglieder in der VTO.

Internetplattform

Ein wesentlicher Fortschritt im abgelaufenen Jahr 2013/14 war die Fertigstellung der Internet-Plattform der Vereinigung, die auch mit den wesentlichen Fachgesellschaften verlinkt ist. Interessenten können sich unter www.vereinigung-to.de oder www.vereinigung-to.com über die Aktivitäten der Sektion informieren.

Tag der Technischen Orthopädie

Die Sektion führt seit Jahren erfolgreich in Kooperation mit den Bundesinnungsverbänden Orthopädietechnik und Orthopädieschuhtechnik am Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie in Berlin und seit zwei Jahren auch auf dem Kongress der Süddeutschen Orthopäden und Unfallchirurgen in Baden-Baden einen Tag bzw. Nachmittag der Technischen Orthopädie durch. In Berlin wurden im letzten Jahr die Themen „Rheumabehandlung“ (in Kooperation mit der ARO) und „Skoliose“ mit jeweils mehr als 120 interessierten Zuhörern sehr erfolgreich besucht, auch in Baden-Baden, wo regelmäßig die Versammlung von den Reisefellows der Initiative 93 Technische Orthopädie organisiert wird, war ein reger Zulauf und vor allem rege Diskussionen zu verzeichnen. Durch beide Veranstaltungen gelingt es, den Fokus im Fach für dieses wichtige Gebiet unse-

rer konservativen Behandlungsmöglichkeiten zu schärfen.

Seminar auf dem DKOU 2014

Am DKOU-Kongress 2014 in Berlin wird am 23. Oktober 2014 wiederum der Tag der Technischen Orthopädie stattfinden, hier vormittags mit der Vorstandssitzung und Mitgliederversammlung der VTO, anschließend einer Sitzung des DGOOC-Beratungsausschusses für das Orthopädieschuhtechnik-Handwerk und nachmittags mit dem Symposium „Klumpfuß“, dieses Mal in Kooperation mit der Sektion Kinderorthopädie der DGOOC. Abgeschlossen wird der DKOU-Kongress von Seiten der VTO mit einem Seminar zur Orthopädieschuhtechnik, das am Freitag, 24.10.2014, stattfinden wird.

Unterbereiche etabliert

Innerhalb der VTO haben sich verschiedene Unterbereiche etabliert. So wird die Arbeitsgemeinschaft Fort- und Weiterbildung, vertreten durch die Initiative 93 Technische Orthopädie, durch Prof.

Greitemann koordiniert, der ebenfalls für die AG Öffentlichkeitsarbeit zuständig ist. Die neu konstituierte AG Forschung sammelt alle Forscher (Biomechaniker, Ganganalytiker, Kliniker), die im Bereich der technischen Orthopädie forschen. Hier koordiniert seitens des Vorstandes Prof. Braatz (Göttingen) diesen Arbeitskreis. Interessenten sind gerne eingeladen, sich zu beteiligen.

Kongressteilnahmen

Im abgelaufenen Jahr war die VTO auf zahlreichen Kongressen aktiv beteiligt, so dem Kongress des Landesinnungsverbandes Orthopädieschuhtechnik Bayern in Garmisch-Partenkirchen, der Kongress Orthopädieschuhtechnik in Köln, der Norddeutsche Orthopädenkongress in Hamburg, dem Deutschen Kongress für Physikalische und Rehabilitative Medizin in Hannover, dem Deutschen Versorgungsforschungskongress in Berlin, dem Deutschen Kongress für Plastische und Wiederherstellungschirurgie in Berlin, der Jahrestagung der GFFC, dem Deutschen Chirurgenkongress in Berlin, dem Facharztvorbereitungskurs in Düsseldorf sowie dem OrthoTrauma Update in Köln.

Highlights

Besonderes Highlight in diesem Jahr war die aktive Teilnahme der Vereinigung Technische Orthopädie an der OT World 2014. Es handelt sich hierbei um den führenden internationalen Kongress für Orthopädietechnik, der immer in den Messehallen in Leipzig stattfindet und in diesem Jahr unter der Präsidentschaft von Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier (Rostock) insgesamt 22 000 Besucher anziehen konnte. Weitere Aktivitäten der VTO waren Beratertätigkeiten bei der Besetzung und Neuorientierung der Fakultät Rehabilitation an der Technischen Universität in Dortmund sowie die Mitarbeit im DVfR-Hilfsmittelausschuss Prothetik und Rollstuhlversorgung. Ein weiteres Highlight im vergangenen Jahr war die Vorstellung des Weißbuchs Technische Orthopädie zusammen mit den Bundesinnungsverbänden Orthopädietechnik und Orthopädieschuhtechnik. Im Bundespressekonferenzhaus in Berlin wurde am 28.04.2014 unter Teilnahme zahlreicher Pressevertreter das Weißbuch zum Stellenwert dieses wichtigen Versorgungsbereiches der Öffentlichkeit vorgestellt, es gab bereits zahlreiche, sehr positive Rückmeldungen aus der Politik.

Sammelbecken

Die Vereinigung Technische Orthopädie versteht sich bewusst als Sammelbecken für an der technischen Orthopädie Interessierte, weshalb auch zahlreiche Netzwerkarbeiten erforderlich sind. So arbeiten Vertreter der VTO im Vorstand der International Society for Prosthetics and Orthotics in Deutschland und im Rahmen von Konsensus-Konferenzen der ISPO International, die derartige Konferenzen insbesondere im Auftrag der WHO durchführt. Im Fachbeirat Technische Orthopädie des Bundesinnungsverbandes Orthopädietechnik sind die Kollegen Brückner, Mittelmeier, Niethard und Greitemann tätig, insbesondere im Bereich der Entwicklung von Versorgungspfaden in diesem Fachbereich, es besteht zudem eine aktive Mitgliedschaft im Kompetenzzentrum des Bundesinnungsverbandes Orthopädieschuhtechnik, im Beratungsausschuss der DGOOC für das Orthopädieschuhtechnik-Handwerk, in den DVfR-Arbeitsgruppen sowie in der Kommission Konservative Orthopädie von DGOU und DGOOC. Prof. Greitemann ist zudem tätig in der DIN ISO-Norm-Gruppe TC168 von WHO und ISPO.

Kurse

Im Rahmen der Ausbildung konnten im Jahr 2013 sehr erfolgreich die Kurse der Initiative 93 Technische Orthopädie über Prothetik in Bad Häring (Österreich), über Orthetik in Bad Klosterlausnitz, Amputationschirurgie in Innsbruck (Österreich) und dem Prüfungskurs in Dortmund absolviert werden. Insgesamt legten 22 Kursteilnehmer das komplette Zertifikat zur Technischen Orthopädie ab. Die Kurse für 2014 fanden bereits erfolgreich in Rheine (Prothetik) statt, der Orthetik-Kurs findet vom 12.–14.09.2014 in Magdeburg, der amputationschirurgische Kurs vom 26./27.09.2014 in Innsbruck und der Prüfungskurs am 28./29.11.2014 in Dortmund statt. Geplante Kurse für 2015 sind jetzt schon fixiert: Göttingen, Rostock, Innsbruck und Dortmund anberaumt. Besonders zu erwähnen ist der erfolgreich durchgeführte „Basiskurs Technische Orthopädie“, in Kooperation mit dem Berufsverband der Ärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU Landesverband Baden-Württemberg), der Ärztekammer Baden-Württemberg und der DGOU (Prof. Siebert) am RKU in Ulm. Die Veranstaltung stand unter der Schirmherrschaft

des VLO und wurde von der ADO abgewickelt. Dieser sehr erfolgreiche Basiskurs war ein erster Versuch, in einem Basiskurs modularisierte Inhalte der Konservativen Orthopädie an Fachartztkandidaten zu vermitteln. Die Ärztekammer Baden-Württemberg hat bereits festgelegt, dass aufgrund des erfolgreichen Ablaufes diese Kurse sich wiederholen werden.

Durch die Welt

Im Jahr 2014 absolvierten vier Kollegen die Reisefellowship durch Frankreich und Nordamerika über fünfeinhalb Wochen. Teilnehmer war aus Deutschland Oberarzt Dr. Volkering (Schön Klinik München Harlaching), aus der Schweiz Frau Dr. Jundt-Ecker (Balgrist/Zürich), der österreichische Vertreter Herr Dr. Julian Lair (Innsbruck) und ein Vertreter der Orthopädietechnik, Herr Volker Schmidt (Göttingen). Die Fellows besuchten zehn Städte mit mehr als 20 führenden Zentren für Technische Orthopädie, nahmen am AAOS- und AOAP-Kongress teil. Generell ist der Kreis der TO-Fellows inzwischen zu einer kompetenten Ressource für die Zukunftsgestaltung in der Technischen Orthopädie geworden. Inzwischen streben zunehmend ehemalige Fellows in Leitungspositionen und vertreten so diesen wichtigen Fachinhalt dementsprechend weiter im Fach.

Im Rahmen der Tätigkeit im Beratungsausschuss der DGOOC für das Orthopädieschuhtechnik-Handwerk erfolgte im Jahr 2013/14 eine Stellungnahme zur Tragedauer orthopädischer Maßschuhe, die in der Orthopädieschuhtechnik, Orthopädietechnik und den Orthopädisch-Unfallchirurgischen Mitteilungen veröffentlicht wurde. Im Jahr 2015/16 sind Stellungnahmen zur Indikationsliste Diabetes-Fuß und die Erweiterung um den Total Contact Cast geplant sowie zu Afferenz stimulierenden Einlagen.



Prof. Dr. Bernhard Greitemann, 1. Vorsitzender VTO

Bericht Sektion Sportorthopädie – Sporttraumatologie der DGOOC

Prof. Dr. Christian Helge Siebert



www.dgooc.de

DGOOC KURS 2014 – KNIE

im Rahmen der Zusatzweiterbildung
„Spezielle Orthopädische Chirurgie“

Wissenschaftliche Leitung

PD Dr. Martin Engelhardt
Dr. Michael Krüger-Franke
PD Dr. Oliver Miltner
Prof. Dr. Christian H. Siebert

Veranstaltungsorte

Aesculap Akademie
im Langenbeck-Virchow-Haus
Luisenstraße 58/59, 10117 Berlin

Charité Campus Mitte, Centrum für Anatomie,
Philippstraße 12, 10117 Berlin

Veranstalter, Information und Anmeldung
Intercongress GmbH
www.intercongress.de

Auf dem Jahreskongress 2013 (DKOU) wurden weitreichende Veränderungen der Satzung beschlossen. Diese wurden im Rahmen eines zeitaufwendigen Prozesses mit dem Vereinsregister in Frankfurt mit Leben gefüllt und führen zu Neuwahlen im Rahmen des DKOU 2014. Vorgesehen ist eine Verkleinerung des Präsidiums, so dass es an dieser Stelle angebracht erscheint sich bei den 3 Vizepräsidenten Deutschland (M. Bohnsack, Bremen; D. Hämel, Bernau; O. Miltner, Berlin), sowie dem Vizepräsident Österreich (S. Nehrner, Krems) und Vizepräsident Schweiz (B. Hintermann, Liestal) ganz herzlich für die langjährige Unterstützung zu bedanken. Eine Standortverlagerung dieser leicht wachsenden Sektion ist wie in den anderen Bereichen der Fachgesellschaften nach Berlin vorgesehen.

Zuspruch für Kniekurs

Im Frühjahr dieses Jahres wurde durch die Veranstalter M. Engelhardt, O. Miltner, M. Krüger-Franke und C.H. Siebert in bewährter Manier der DGOOC Knie-Kurs in Berlin abgehalten. Erneut fand diese Veranstaltung regen Zuspruch bei ausverkauftem Sitzungssaal, so dass für den 19. – 21.02.2015 bereits der nächste Kurs angesetzt werden konnte. Erfreulicherweise konnte diesem Kurs auch im 5. Jahr eine Kostendeckung bescheinigt werden. Im Sinne weiterer Fortbildung werden im Rahmen des diesjährigen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie in Zusammenarbeit mit der AG Sporttraumatologie der DGU (Leitung Dr. A. Losch) Sitzungen zu den Themen „Sport im Alter“ sowie „Sportverletzungen im Wintersport“ am 28.10.2014 abgehalten werden.

Kooperation

Im Rahmen der engen Zusammenarbeit des Präsidiums mit der deutschsprachigen GOTS (Sektion der DGOU) sind auch im letzten Berichtszeitraum verschie-

dene Veröffentlichungen und sportmedizinische Veranstaltungen deutschlandweit abgehalten worden. An der Meinungsbildung im Bereich der Sportorthopädie, wie z.B. der operativen Therapie von Meniskusläsionen, wurde von Seiten des Präsidiums aktiv mitgearbeitet.

Neue Leitlinie

Eine wesentliche Leistung der Sektion in den letzten 12 Monaten ist die Erstellung einer Leitlinie für Meniskuserkrankungen. Unter Leitung von Prof. Dr. C. H. Siebert (Hannover) konnte eine schlagkräftige Arbeitsgruppe mit Vertretern der verschiedensten Fachrichtungen bzw. Fachgesellschaften (Prof. R. Becker, Prof. M. Buchner, Dr. J. Förster, Prof. K.-H. Frosch, Dr. A. Losch, Prof. P. Niemeyer, PD S. Scheffler) geformt und die Überarbeitung in einem engen Zeitfenster vollzogen werden. Eine Vorstellung der neuen Meniskus-Leitlinie ist für den DKOU 2014 im Rahmen der Leitlinienkommissionstagung vorgesehen. Dank eines tüchtigen Sektionspräsidiums, welches neben den oben genannten durch den Schatzmeister M. Krüger-Franke, den Schriftführer H.-G. Pieper und den Kassenprüfern (F. Hoffmann, Rosenheim; A. Kugler, München) verstärkt wurde, konnten die Interessen der Sportorthopäden in unserer Fachgesellschaft auch gerade für deutschlandspezifische Fragestellungen im letzten Jahr erfolgreich vertreten werden. Wir freuen uns auf die Fortsetzung der erfolgreichen Sektionsarbeit mit einem erfahrenen Team in 2015.



Prof. Dr. Christian Helge Siebert, Sektionspräsident der Sektion Sportorthopädie - Sporttraumatologie



Prof. Wolf Mutschler, Schirmherr des Osteologie-Kongresses 2014 in München:



Die Kongresspräsidenten des Osteologie-Kongresses 2014 in München: Frau Prof. Barbara Obermayer-Pietsch und Prof. Wolfgang Böcker

Jahresbericht der AG Osteologie der DGU

Prof. Dr. Wolfgang Böcker, Prof. Dr. Johannes M. Rueger

Die Arbeitsgemeinschaft (AG) Osteologie der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) beschäftigt sich mit der Diagnostik, Therapie und vor allem mit der Prävention der Osteoporose. Darüber hinaus vertritt die AG Osteologie die DGU im Dachverband der osteologischen Fachgesellschaften (DVO).

DVO Aktivitäten der AG

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie ist eine von 19 Mitgliedsgesellschaften im DVO. Auf den vierteljährlich stattfindenden Mitgliederversammlungen vertritt die AG Osteologie die DGU als stimmberechtigtes Mitglied. Leiter und Stellvertreter der AG haben ein Mandat in der Kommission der DVO-Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose. Die AG hat aktiv an der aktuellen S3-Leitlinie 2014 mitgearbeitet.

Osteologie-Kongress

Vom 13. bis 15. März 2014 fand der Kongress OSTEOLOGIE 2014 des Dachverbandes Osteologie (DVO) e.V. in München statt. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie war neben der Deutschen Akademie der osteologischen & rheumatologischen Wissenschaften (DAORW) in diesem Jahr eine der beiden ausrichtenden Gesellschaften. In diesem Jahr besuchten rund 1400 Interessierte den Kongress in München, um sich über verschiedenste Aspekte und Entwicklungen rund um das Thema Osteologie zu informieren und auszutauschen. Geleitet wurde der Kongress OSTEOLOGIE 2014 durch die Kongresspräsidenten Prof. Dr. Barbara Obermayer-Pietsch (DAORW) und Prof. Dr. Wolfgang Böcker (DGU). Ein wissenschaftlicher Schwerpunkt war in diesem Jahr die Alterstraumatologie. Mitglieder der AG Al-

terstraumatologie waren mit gemeinsamen Sitzungen ebenfalls auf dem Kongress Osteologie 2014 vertreten. Auch im nächsten Jahr wird die DGU durch die AG Osteologie auf dem Osteologie-Kongress 2015 in Berlin mit einer eigenen Sitzung zum Thema „Aktuelle Trends der Frakturversorgung bei Osteoporose“ vertreten sein.

Zeitschrift Osteologie

Die Zeitschrift Osteologie ist offizielles Organ des DVO. In diesem Jahr erschien unter Leitung von Mitgliedern der AG Osteologie ein Heft zum Thema Alterstraumatologie. Neben verschiedenen Aspekten der Osteoporose-Therapie und -Prävention wurden spannende und aktuelle alterstraumatologische Themen zusammen mit der AG Alterstraumatologie präsentiert.

Forschungsförderung

Die unter Vermittlung der AG Osteologie wurden durch die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie auch 2014 Forschungsstipendien zu osteologischen Schwerpunktthemen ausgeschrieben. Die Forschungsstipendien „Sekundärprophylaxe nach osteoporotischer Fraktur“ und „Translationale Forschung zum verbesserten Verständnis der Frakturheilung bei Osteoporose“ wurden in einer Höhe von je 25.000 Euro ausgeschrieben. Zweck der Stipendien ist es, Nachwuchswissenschaftlern, deren Tätigkeit hauptsächlich oder überwiegend der Unfallchirurgie im Sinne der Satzungen der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie gewidmet ist, die Möglichkeit zur Durchführung eines wissenschaftlichen Forschungsprojekts auf dem Gebiet der osteologischen Forschung zu geben. Das Stipendium dient der Anschubfinanzierung zum Start eines Forschungsprogrammes.

Solidaraktion gegen Osteoporose

Die Prävention der Osteoporose durch Sekundär- und Tertiärprophylaxe ist eine wichtige Aufgabe der AG Osteologie. Hierzu wurden seit letztem Jahr mehrere bundesweite Solidaraktionen gegen Osteoporose wie „München gipst“, „Hamburg gipst“ und „Gießen gipst“ durchgeführt, um das Bewusstsein für Osteoporose in der Bevölkerung und bei medizinischem Personal zu verbessern.

Ausblick

Die Mitarbeit beim DVO und das Mitwirken bei der Erstellung der S3 Leitlinie Osteoporose ist ein kontinuierlicher Prozess. Einer der zukünftigen Schwerpunkte der AG wird die Tertiärprophylaxe der Osteoporose nach stattgehabter Fraktur sein. Hier werden Hilfestellungen für behandelnde Ärzte und Ärztinnen gemeinsam mit dem DVO erarbeitet.



Prof. Dr. Wolfgang Böcker, Leiter der AG Osteologie



Prof. Dr. Johannes M. Rueger, stellvertretender Leiter der AG Osteologie

Jahresbericht der Sektion Handchirurgie der DGU

Prof. Dr. med. Michael Schädel-Höpfner

Die Sektion Handchirurgie der DGU kann auf eine kontinuierlich steigende Mitgliederzahl und die Aufnahme weiterer junger Kolleginnen und Kolleginnen verweisen. Es besteht unverändert eine enge Kooperation mit der Sektion Hand-, Mikrochirurgie- und Replantationschirurgie der DGOOC in Form von gemeinsamen Sitzungen und Veranstaltungen. Prof. Dr. Eisenschenk, Leiter der handchirurgischen Sektion der DGOOC, ist stellvertretender Sektionsleiter der unfallchirurgischen Sektion. Eine besonders enge Zusammenarbeit besteht auch mit der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie (DGH), welche als DGOU-Sektion eine zusätzliche Vertretung auf Ebene der DGOU sicherstellt, und der Handgruppe der AO (Leiter Prof. Dr. W. Linhart).

Sektionssitzungen und Fortbildungen

Arbeitstreffen und Sektionssitzungen werden regelmäßig dreimal pro Jahr in Frankfurt, Düsseldorf und Berlin abgehalten. Die Herbstsitzung der Sektion fand am 22.10.2013 in Berlin im Rahmen des DKOU statt. Das erste Jahrestreffen am 02.05.2014 in Frankfurt diente der inhaltlichen Vorbereitung der Sektionsbeiträge zum diesjährigen Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie. Die letzte Sitzung wurde am 11.04.2014 unmittelbar vor der 9. Jahrestagung der Sektion in Düsseldorf abgehalten. Das vielfältige Engagement der Sektionsmitglieder erstreckt sich über das gesamte Kalenderjahr. So beteiligt sich die Sektion mit ihren Mitgliedern an zahlreichen handchirurgischen Fortbildungsveranstaltungen, die gemeinsam mit der Handgruppe von AOTrauma Deutschland und der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie durchgeführt werden. Einen besonderen Tätigkeitsschwerpunkt der Sektion stellen die AOTrauma-Handkurse dar, die in Hamburg, Düsseldorf, Ulm und Jena abgehalten werden. Weiterhin hervorzuheben sind die handchirurgischen Fortbildungsseminare der DGH, die zweimal jährlich in Bonn und Berlin stattfinden.

Kongresse

Am 12.04.2014 fand im Universitätsklinikum Düsseldorf die 9. Jahrestagung der Sektion Handchirurgie mit mehr als 330 Teilnehmern unter der wissenschaftlichen Leitung von Univ.-Prof. Dr. Joachim Windolf und Prof. Dr. Michael Schädel-Höpfner statt. Expertenvorträge und Fallvorstellungen zum Thema „Kontroverses in der Handchirurgie: Operieren wir zu viel?“ waren die Grundlage für intensive und praxisorientierte Diskussionen auf hohem Niveau. Mit Sitzungen zu den Themen Weichteile, Gelenkverletzungen, Frakturen und Arthrose wurde die gesamte Breite des handchirurgischen Spektrums erörtert. Die nächste Jahrestagung soll am 25.04.2015 in Düsseldorf zum Thema „Kontroverses in der Handchirurgie: Welche Rolle spielt das Alter?“ stattfinden.

Am DKOU 2014 sind die handchirurgischen Sektionen von DGU und DGOOC durch die Gestaltung von zwei eigenen Expertensitzungen zu den Themen „Sportverletzungen der Hand“ und „Der Daumen“ beteiligt. Diese Sitzungen werden zu Kongressbeginn am Tag der Sektionen und Arbeitsgruppen (28.10.2014) abgehalten. 2013 konnten trotz vermindelter Kongresskapazitäten zwei Expertensitzungen mit jeweils über 100 Teilnehmern gestaltet werden. Mit ihren zahlreichen Mitgliedern ist die Sektion Handchirurgie der DGU auch am 55. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie engagiert, welcher vom 09.-11. Oktober in Baden-Baden stattfindet. U.a. sollen hier die Ergebnisse der Auswertung des TraumaRegisters der DGU zu Handverletzungen beim Polytrauma vorgestellt werden.

Publikationen

Die handchirurgischen Schwerpunktthefte in der Zeitschrift „Der Unfallchirurg“ wurden mit der Ausgabe 4.2014 zum Thema „Aktuelle Therapiekonzepte von Gelenkverletzungen der Hand und deren

Folgen“ fortgesetzt. Mit den hier publizierten Übersichtsbeiträgen wurde das gesamte Spektrum der Gelenkverletzungen von den Karpometakarpal- bis zu den Endgelenken systematisch dargestellt. Ein Themenheft zu „Sportverletzungen der Hand“ soll 2015 publiziert werden. Vorgesehen ist weiterhin eine Fortführung der im Konsens erarbeiteten „Empfehlungen der Sektion Handchirurgie der DGU“ in der Zeitschrift „Der Unfallchirurg“.

Leitlinien

Die Leitlinienarbeit beinhaltet die aktive und verantwortliche Erstellung bzw. Aktualisierung verschiedener S3-Leitlinien der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Dazu gehören die Leitlinien „Versorgung peripherer Nervenverletzungen“, „Karpaltunnelsyndrom“ und „Kubitaltunnelsyndrom“. Die S3-Leitlinie „Skaphoidfraktur“ wird durch Vertreter der handchirurgischen Sektionen der DGU und der DGOOC koordiniert. Der Konsensusprozess und die Textarbeit an dieser Leitlinie konnten abgeschlossen werden.

Registerforschung

Die Entwicklung eines Hand-Trauma-Registers stellt gegenwärtig eines der wichtigsten Vorhaben der Sektion dar. Angestrebt wird eine Einbindung der schon akkreditierten Hand-Trauma-Zentren und der Aufbau eines Hand-Trauma-Netzes. Die konstituierende Sitzung für das Hand-Trauma-Register fand am 04.07.2014 in Düsseldorf statt.



Prof. Dr. med. Michael Schädel-Höpfner, Leiter der Sektion Handchirurgie der DGU

Bericht der Arbeitsgemeinschaft „Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie“ 2014

Dr. med. Falk von Lübben, Prof. Dr. med. Benedikt Friemert

Im Juli 2014 fand in Frankfurt am Main eine Tagung der AG EKTC statt. Neben dem Vorsitzenden Prof. Dr. B. Friemert und einigen Mitgliedern nahmen unter anderem auch der Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie Prof. Dr. R. Hoffmann, der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Katastrophenmedizin Prof. Dr. L. Latasch, der Leiter der Stabsstelle für Interdisziplinäre Notfall- und Katastrophenmedizin der MHH Prof. Dr. H.A. Adam, Prof. Dr. M. Richter-Turtur von Ärzten ohne Grenzen und Dr. B. Kowalzik als Vertreterin des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe teil. Ziel der Tagung war es, kritische Aspekte rund um die Versorgung von Patienten bei Katastrophenfällen anzusprechen, zu diskutieren und entsprechend Punkte herauszuarbeiten, die von der AG EKTC in der nächsten Zeit bearbeitet werden sollen.

Defizite in der Klinik?

Während der präklinische Bereich in der Versorgung von Patienten bei Großschadensereignissen bzw. Katastrophenfällen immer wieder durch Übungen in seinen Abläufen optimiert wird, zeigte sich in den Diskussionen doch, dass dies im klinischen Bereich meist nicht so intensiv geschieht, wie dies der Fall sein sollte. Viele Übungen enden mit der Übergabe des Patienten an den Schockraum. Allerdings zeigt z.B. die Aufarbeitung der Geschehnisse vom terroristischen Anschlag in Madrid (März 2004), dass die operative Versorgung ausschließlich von zwei Kliniken übernommen wurde, weil in der chaotischen Situation die Patientenströme nicht so gesteuert werden konnten, wie dies in den Planungen vorgesehen war.

Veränderte Rahmenbedingungen

Gleichzeitig haben sich die Rahmenbedingungen in den Kliniken selbst in den

letzten Jahren massiv verändert. Viele Kliniken wurden erheblich umstrukturiert und haben in diesem Rahmen z.B. die Sterilisation der Operationssiebe an externe Unternehmen vergeben. Dies führt dazu, dass die Siebe im Normalbetrieb „just in time“ angeliefert werden, während die Bevorratung von sterilisierten Operationssieben auf ein für den Normalfall absolut notwendiges Maß reduziert sind. Hier stellt sich die Frage, wie und ob eine kurzfristige Versorgung mit notwendigen Operationssieben für die Versorgung einer größeren Anzahl von Traumapatienten bei einem Katastrophenfall sichergestellt werden kann. Neben den veränderten Rahmenbedingungen in der Organisation der Kliniken muss natürlich auch die chirurgische Ausbildung hinterfragt werden. In den letzten Jahren wurde das Weiterbildungscurriculum umfassend verändert. Hieraus ergeben sich erhebliche Konsequenzen für die rein fachliche unfallchirurgische Versorgung in Katastrophensituationen, da diese Änderungen der Ausbildung die fachliche Expertise im Sinne der notfallchirurgischen Kompetenz sicher beeinflusst haben. Hier bleibt zu klären, ob die Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken in der Lage sind, zu einer adäquaten Versorgung der Patienten im Katastrophenfall beizutragen, insbesondere vor dem Hintergrund des Selbstverständnisses der Unfallchirurgie, umfassender „Kümmerer des Traumas“ zu sein. Zusammenfassend bleibt festzustellen, dass die Intensität und Nachhaltigkeit der Planung der innerklinischen Versorgung im Katastrophenfall eine große Diskrepanz zur präklinischen Planung aufweist und gleichzeitig sich sowohl die organisatorischen als auch die fachlichen Rahmenbedingungen in den letzten zehn Jahren zum Teil erheblich verändert haben. Gerade aus dem Selbstverständnis des Kümmerers des traumatisierten Patienten ergibt sich

eine besondere Verantwortung seitens der Unfallchirurgie in Deutschland, sich gerade dem Thema der innerklinischen Versorgung insbesondere auf medizinisch fachlichem Gebiet zu widmen und hier aktiv zu werden.

Umfrage durchgeführt

Anfang des Jahres wurden von Seiten der AG „Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie“ bereits ein erster Schritt getan, indem zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie eine Umfrage erfolgte. Das Ziel dieser Umfrage war es, verschiedene Parameter zur fachlichen Qualifikation des ärztlichen Personals sowie der Organisationsstruktur in den Kliniken zu ermitteln und Daten zum Sachzustand bei polytraumatisierten und katastrophenmedizinischen Fragestellungen zu erfassen. Die Umfrage ist zwischenzeitlich abgeschlossen und wird aktuell ausgewertet. Ziel ist es, auf diesen Daten beruhend, eine weitere Umfrage durchzuführen. In dieser zweiten Umfrage soll der Fokus darauf liegen, welche Kompetenzen sich Kollegen mit der formalen Qualifikation wie z.B. dem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie in der Realität wirklich zutrauen. Der Schwerpunkt wird hier auf der notfallchirurgischen Versorgung liegen. Aus dieser Umfrage werden sich Hinweise darauf ergeben, welche Ausbildungsdefizite im Hinblick auf die Katastrophenchirurgie, vielleicht aber auch der Polytraumaversorgung vorliegen, woraus sich dann letztendlich Antworten zur Lösung ergeben werden. Zusätzlich wird derzeit ein Register für Schuss- und Explosionsverletzungen aufgebaut. Aktuell werden die Einsatzverletzungen der Bundeswehr aufgearbeitet und die Datenbank entwickelt, welche dann im Verlauf auch die zivilen Verletzungen in Zusammenarbeit mit dem Traumaregister enthalten wird.

Leitender Notarzt

Auf der Tagung in Frankfurt wurden zusätzliche Themenfelder aus dem Bereich innerklinische Organisation und Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit der Katastrophenmedizin angesprochen und diskutiert, die in der nächsten Zeit durch die AG bearbeitet und geklärt werden sollen. Hier ging es beispielsweise um die Frage, ob man das Konzept des leitenden Notarztes von MRMI (Medical Response to Major Incidence) auf einen leitenden Unfallchirurgen übertragen könne. Auch stellt sich die Frage, ob für bestimmte, seltene Verletzungsmuster (z.B. die Blast injury oder die Thermo-mechanische Kombinationsverletzung) Kompetenzkliniken z.B. analog zu den Patienten mit Verbrennungen benötigt werden. Wie hoch sollte die Kapazität in den Traumazentren im Katastrophenfall sein? Gelten Guidelines auch im Katastrophenfall? Was kann man im Notfall mit „Bordmitteln“ erreichen? Gibt es eine rechtliche Definition der „Innerklinischen Notfallsituation“? Sollte es Weiterbildungsmodule im Ausland in „high-volume“-Einrichtungen geben? Was sollte wer für den Katastrophenfall vorhalten (z.B. Apotheke)? Wo steht der Unfallchirurg im Katastrophenfall? Wie kann man die flächendeckende klinisch-katastrophenmedizinische vor allem aber die katastrophenchirurgische Versorgung sicherstellen? Wie sieht der politische und rechtliche Rahmen im Katastrophenfall aus? Welche Anforderungen erfordert das Umstellen der Individualmedizin auf

eine Situation mit einem Massenanfall von Verletzten (MANV) an die Beteiligten?

Fortbildungskonzepte

In einem zweiten Teil der Tagung ging es um die Frage, wie man schon jetzt erkennbare fachlich organisatorische wie auch fachlich medizinische Defizite im Rahmen der Katastrophenchirurgie aufarbeiten und bzw. durch Fort- und Weiterbildungskonzepte reduzieren könnte. Ist ein Kurssystem „Katastrophenchirurgie“ notwendig? Welche Zielgruppen gibt es? Welche schon bestehenden Kurskonzepte sind sinnvoll und möglicherweise integrierbar? Wie kommt man individuell zur Erfahrung in der Behandlung eines MANV? Wie organisiert man die Inübunghaltung für den Katastrophenfall vor dem Hintergrund, dass Katastrophenchirurgie ja etwas Seltenes ist? Welche Kompetenzen im Hinblick auf die medizinische, die organisatorische als auch die strategisch/taktische Kompetenz sollten vorliegen?

Prioritäten setzen

Die diskutierten Themenbereiche werden in den nächsten Wochen sortiert, priorisiert und für kleinere Arbeitsgruppen vorbereitet. Die zentrale Rolle werden hierbei die Bereiche „Innerklinische Organisation“ und „Fachliche Weiterbildung“ spielen. Die Tagung am Main hat gezeigt, dass es auf dem Gebiet der innerklinischen Katastrophen-

medizin und insbesondere in der Katastrophenchirurgie erhebliche Defizite gibt, die es gilt anzugehen. Hier wird es auch darum gehen seitens der Arbeitsgemeinschaft die einzelnen Mitspieler von der Politik über die Verwaltungen, die Kliniken bis zu den Ärzten und Pflegern zu identifizieren und in die Diskussion mit einzubinden. Es bleibt festzuhalten, dass die Katastrophenchirurgie ein Unfallchirurgisches Thema ist! Es geht um unfallverletzte Patienten. Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie widmet sich daher diesem Thema – wie auch bei der Entwicklung des Traumanetzwerkes – federführend mit der AG „Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie“ – wohl wissend, dass Katastrophenmedizin mehr ist als Katastrophenchirurgie!



Prof. Dr. med.
Benedikt Friemert,
Leiter der AG EKTC



Dr. med.
Falk von Lübken, Schrift-
führer der AG EKTC;

Neue Mitglieder

Dr.med. Luisa **Backhaus** · Berlin
Dr.med. Christoph **Eckstein** · Regensburg
Yvonne **Flüge** · Oldenburg
Dr.med. Martin **Grimm** · Köln
Dr.med. Frank **Hostmann** · Altenkirchen
Dr.med. Sophia **Hünnebeck** · Berlin
Dr.med. Miriam **Kalbitz** · Ulm

Lars **Keunecke** · Soest
Sebastian **Kunz** · Schöningen
Dr.med. Saskia **Landwehr** · Oldenburg
Sherif **Morsy** · Düsseldorf
Dr.med. Mirjam **Neumann** · Freiburg
Dr.med. Anke **Poppke** · Berlin
MuDr. Michal **Rybàr** · Freudenstadt

Mitja **Scheuermann** · Berlin
Dr.med. Agnes **Schneider** · Wolfsburg
Florian **Seim** · Oldenburg
Dr.med. Wolfgang **Weber** · Koblenz
Katharina **Witzel** · Magdeburg
Timur **Yildirim** · Eppelheim

Über den Sinn der Qualitätssicherung mit Routinedaten

Foto: xixinxing_Fotolia.com

VLOU-Umfrage zum Kliniknavigator der AOK

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller

Laut Angaben der AOK sind die Beweggründe zur Entwicklung der Qualitätssicherung mit Routinedaten, die Qualität messbar und beschreibbar zu machen, eine höhere Transparenz zu erreichen, ein zuverlässiges Berichtssystem zu entwickeln und bei verstärktem Wettbewerb die Gefahr von Qualitätsrisiken aufzudecken. Im wissenschaftlichen Beirat dieses QSR-Verfahrens sind u.a. neben der Bertelsmann-Stiftung in Gütersloh, die Helios-Kliniken GmbH in Berlin, die Sana-Kliniken AG in Berlin sowie das Vivantes-Klinikum Neukölln Berlin aufgeführt. Laut AOK bestehen die Expertenpanels aus Ärzten und Praktikern mit besonderer Expertise sowie Qualitätsexperten. Eine Beurteilung dieser Expertisen ist dem interessierten Leser und Anwender nicht möglich. Inwiefern die hier erwähnten Klinikgruppen aktiv werden, erschließt sich dieser Auflistung ebenso wenig. Weder der VLOU noch der Berufsverband sind berücksichtigt worden und ob unsere Fachgesellschaften involviert sind, ist ebenfalls nicht erkennbar. Wesentliche Tracer in der Beurteilung sind die Revisionsraten innerhalb eines Jahres, die chirurgischen Komplikationen innerhalb von 90 Tagen sowie Versterben, Thrombose, Lungenembolie und proximale Femurfraktur innerhalb eines definierten Zeitraumes.

Nur Analyse von Routinedaten

Ein Vorteil ist sicherlich die darüber hinaus nicht notwendige Erfassung von Daten. Nachteilig ist, dass versucht wird, anhand von Abrechnungsdaten Qualität zu erfassen – d.h. die Kodierqualität spielt hier eine entscheidende Rolle. Durch geschickte Kodierung kann somit Einfluss auf die Qualität genommen werden. Das Problem der Risikoadjustierung, was von

uns in vielen Gesprächen mit Mitgliedern des AOK-Bundesverbandes und verschiedener Landesverbände angeführt wurde, ist nach wie vor nicht gelöst. In einem für die Abrechnung konzipierten System werden insbesondere die prothesenspezifischen Risiken in keiner Weise adäquat abgebildet. Dies ist beim Vorbild der amerikanischen APR-DRG anders. Hier gibt es eine zweite Klassifikationsachse.

Selbst Herr Günster, Mathematiker des WiDO (wissenschaftliches Institut der AOK) sieht Nachteile in einem sich an Routinedaten orientierenden Verfahrens. Trotz aller bekannten Probleme und der in einigen Fällen zweifelhaften Abbildung von Qualität, bleibt die AOK bei diesem in Teilbereichen sicherlich zu kritisierenden Navigator und veröffentlicht die Ergebnisse regelmäßig. Im föderalen System der Ortskrankenkasse wird mit den Ergebnissen sehr unterschiedlich umgegangen. Im Rahmen der VLOU-Umfrage zeigte sich, dass in verschiedenen Regionen – insbesondere in Franken und Nordrhein-Westfalen (Raum Köln, Düren, Aachen) – seitens der AOK-Mitarbeiter massiv versucht wird, Endoprothesenströme zu lenken.

Ein wesentliches Problem, und dies kam auch anhand der Umfrage noch einmal zutage, ist, dass der Navigator keine Angaben zur Schwere des orthopädischen Leidens beinhaltet. Mit dem zwischenzeitlich seitens der AOK eingeführten Elixhauser-Index ist zwar ein relativ neuer Comorbiditätsindex eingeführt worden, welcher verschiedene Erkrankungen erfasst, aber auch dieser berücksichtigt nicht die Schwere der orthopädischen Erkrankung und betrifft nur Diagnosen, für die ein codierungsrelevanter Zusatzaufwand erfolgte. Schwere Achsfehlstellungen, ein deut-

LIEBE LESERIN, LIEBER LESER,

wir freuen uns sehr, dass der VLOU ab sofort eine eigene Rubrik in dieser Zeitschrift haben wird. An dieser Stelle finden Sie künftig Berichte, die insbesondere, aber nicht nur für Kolleginnen und Kollegen in leitender Funktion von Interesse sein dürften. Anregungen, Themenvorschläge und Feedback sind willkommen.



Mit freundlichen Grüßen
Prof. Dr. Karl-Dieter Heller
1. Vorsitzender VLOU e.V.

lich eingeschränktes präoperatives Bewegungsausmaß sowie knöcherne Defekte bleiben ebenso unberücksichtigt wie die Dysplasie-Coxarthrose mit deformierter Anatomie an Femur und Acetabulum, eine Beinlängendifferenz oder Voroperationen. Es fehlt die adäquate Abbildung der immer häufiger eingesetzten Antikoagulantien. Eine reduzierte Immunabwehr wird ebenfalls nicht adäquat adressiert. Auch wenn die Adipositas mittlerweile im Elixhauser-Score Berücksichtigung findet, so wurde diese z.B. in unserer Klinik über Jahre nicht dokumentiert, da sie nicht löserelevant war.

Intention des Kostenträgers

Möglicherweise plant der Kostenträger eine generelle Vertragsumstellung Richtung Selektivvertrag mit „strategischen Partnern“, in diesem Feld der elektiven Orthopädie. Über ein Umsteuerungspotential soll die Sicherung einer hohen Qualität gewährleistet und gleichzeitig

die Kosten reduziert werden. Qualitativ auffällige Häuser sollen evtl. auf längere Sicht von Selektivverträgen ausgeschlossen werden. Dies ist nur dann akzeptabel, wenn über diese Vorgehensweise die Qualität korrekt abgebildet wird.

Erwähnenswerte Zitate aus der Umfrage sind:

- Patientenpicker werden deutlich bevorteilt.
- Das Ampelsystem ist tendenziös und bewusst negativ gewählt, da eine gelbe Ampel bereits Gefahr signalisiert.
- Der AOK-Navigator zielt nur darauf ab, Patienten zu verunsichern und Kosten zu sparen.
- Die zwangsläufige Konsequenz ist die Risikoadjustierung in der eigenen Klinik.
- Kliniken, die keine Revisionseingriffe bei Prothetik durchführen, sondern diese weiterleiten, stehen deutlich besser in der Bewertung da, als diejenigen, die Revisionen auch von extern durchführen.

■ Wer die Rosinen rauspicks und möglichst gesund operiert, steht deutlich besser da.

Dies hat nichts mit Qualität zu tun.

■ Es ist für mich schwer verständlich, dass die AOK OP-Zentren unterstützt, die in erster Linie für die Kostenexplosion verantwortlich sind.

Zu kritisieren ist sicherlich, dass das wahre Outcome komplett unberücksichtigt bleibt. Eine frühe, nach der oben geschilderten Vorgehensweise negativ belegte Revision führt damit ggf. zu einem besseren Ergebnis als abzuwarten.

Qualitätsmessung im Sinne aller, aber ...

Auch wenn wir eine Messung der Qualität grundsätzlich sehr begrüßen, ist bei der derzeitigen Erfassungsproblematik und Risikoadjustierung die unkritische Veröffentlichung nicht nachvollziehbar. Es bedarf eines konstruktiven Dialoges, statt einer wenig reflektierten Publikation. Man muss wegkommen vom rein ma-

thematisch Monetären hin zur Betrachtung des klinischen Outcome.

Seitens des VLOU besteht hier dringender Diskussionsbedarf. Eine Neutralität und Transparenz im Zusammenhang mit den hier gewählten Fachexperten ist unverzichtbar. Das derzeitige Veröffentlichen des Navigators, trotz der berechtigten und vorgebrachten Kritik ist nicht nachvollziehbar. Das Prinzip einer Erfassung, die Qualität misst, ist sicher vernünftig, dennoch müssen im Sinne der o. a. Argumente Änderungen und Optimierungen zwingend vorgenommen werden.

Weitere Diskussionen mit den Verantwortlichen sind unverzichtbar. Auch sollte es im föderalen System der Ortskrankenkassen möglich sein, bei bekanntermaßen schwieriger Ergebnislage die regionale Lenkung von Patientenströmen zunächst zu unterlassen.

*Prof. Dr. Karl-Dieter Heller
1. Vorsitzender des VLOU e. V.*

Kostenloser Rechtsrat für die Mitglieder des VLOU e. V.

Der Verband leitender Orthopäden und Unfallchirurgen (VLOU) schließt mit sofortiger Wirkung einen Rechtsberatungsvertrag mit der Kanzlei Klostermann, Dr. Schmidt, Monstadt, Dr. Eisbrecher und Partner in Bochum ab, wo u. a. der den meisten unserer Mitglieder wohlbekannte Jurist Norbert H. Müller tätig ist.

Dieser Vertrag eröffnet den Mitgliedern des VLOU die Möglichkeit, kostenlosen Rechtsrat im Zusammenhang mit berufsbezogenen Fragestellungen als leitende Krankenhausärztin oder leitender Krankenhausarzt einzuholen. Im Rahmen dieses Vertrages übernehmen die in der Kanzlei Bochum tätigen Rechtsanwälte, allen voran Herr Rechtsanwalt Norbert H. Müller, die Verpflichtung, die VLOU-Mitglieder in berufsbezogenen Fragen rechtlich zu beraten. Diese Beratung kann telefonisch, schriftlich oder im unmittelbaren mündlichen Gespräch stattfinden. Bestandteil sind selbstverständlich auch Fragen im Sinne der Vertragsberatung. Ausgenommen von diesen Beratungsleistungen ist lediglich die Vertragsberatung bei Neuabschluss oder erstmaligem Abschluss eines Dienst- oder Arbeitsvertrages als leitender Kran-

kenhausarzt bzw. Chefarzt. Zu diesem Zweck bieten verschiedene Kanzleien in Deutschland Rechtsberatung in Form einer Begutachtung mit anschließender Beratung an. Für Rückfragen steht ihnen die Geschäftsstelle des VLOU gerne zur Verfügung.

Weiterhin sind die Rechtsanwälte der o. g. Kanzlei gerne bereit, auch dem Verband rechtlich beratend zur Seite zu stehen und nehmen auf Wunsch an Versammlungen/Sitzungen der Organe des VLOU und/oder deren Untergliederungen teil, um zu speziellen Fragen oder Themen Stellung zu beziehen. Diese Tätigkeiten bedürfen jedoch einer gesonderten Vergütung nach Stunden oder sinnvollerweise nach Pauschalsätzen.

Durch diese Regelung soll es den Mitgliedern des VLOU ermöglicht werden, bei juristischen Fragestellungen schnellstmöglich kompetenten Rat einzuholen. Herr Rechtsanwalt Müller ist seit Jahren mit seinen Vorträgen, in denen er die verschiedensten juristischen Aspekte in Zusammenhang mit unserem täglichen Tun auf humorvolle Art zu präsentieren versteht, auf den VLOU-Workshops aktiv.



RA Norbert H. Müller berät VLOU-Mitglieder

Ziel dieser Mitteilung ist es, die VLOU-Mitglieder umfassend über diesen neuen Service zu informieren mit der herzlichen Bitte, ihn im Bedarfsfall zu nutzen, um das vertraglich verhandelte Kontingent auszuschöpfen.

*Prof. Dr. Karl-Dieter Heller,
1. Vorsitzender des VLOU e. V.*



Dierk F. Hollo,
Peter W. Gaidzik
Rechtliche Rahmenbedingungen für die ärztliche Beratung und Begutachtung
2., vollst. überarb. Auflage, Georg Thieme Verlag, 2014, 99,99 Euro

Vermittelt zentrale Rechtsbegriffe verständlich

Umfassend überarbeitet und deutlich erweitert erscheint in zweiter Auflage dieses ebenso handliche wie gründliche Lehr- und Lernbuch der rechtlichen Grundlagen, die bei der ärztlichen Gutachter- und Sachverständigentätigkeit zu beachten sind. Dem einzelnen medizinischen Sachverhalt stehen zweckgerichtet zahlreiche verschiedenartige rechtliche Regelungen mit differenten Verfahrensordnungen gegenüber, die der Gutachter zugrunde legen und sachkundig verwenden muss. Begriffe und beweismäßige Grundsätze sind rechtsordnungsmäßig definiert und daher nicht beliebig zu gebrauchen, sollen Missdeutungen oder gar Fehlurteile vermieden werden. Im Einzelnen

vermittelt das Werk kapitelweise didaktisch gut aufbereitet die zentralen Rechtsbegriffe, die erfahrungsgemäß als verständnisschwierig empfunden werden, ehe es sich dem Sozial-, dem Zivil- und Verfahrensrecht zuwendet. Besondere Erklärungen erfährt die in den verschiedenen Rechtszweigen spezifisch definierte Kausalität. Der Rechtsstellung des Gutachters ist ein eigener Abschnitt eingeräumt. Der lexikalische Aufbau der einzelnen Kapitel erleichtert sowohl die Erarbeitung der Materie an sich als auch die fallweise Information, der auch ein umfangreiches Sachverzeichnis dienlich ist.

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau



Daniel Schwarze,
Dieter Rixen
Nachbehandlungskonzepte in der Orthopädie und Unfallchirurgie
Urban & Fischer Verlag bei Elsevier 2013, 39,99 Euro

Planung der postoperativen Nachbehandlung

Dieses kompakte Nachschlagewerk im Kitteltaschenformat bietet in erster Auflage auf 208 Seiten eine pragmatische Orientierungshilfe zur Planung der postoperativen Nachbehandlung. Die Autoren Prof. Rixen als Chefarzt, Dr. Schwarze als Oberarzt der BG-Klinik Duisburg sind erfahrene Unfallchirurgen und haben hier eine berufsgenossenschaftlich ausgerichtete Konzeptsammlung vorgelegt, die interdisziplinär erarbeitet wurde. Nach Körperregionen geordnet werden die häufigsten traumatischen Operationsverfahren aufgelistet und tabellarisch die entsprechenden Behandlungspläne in zeitlicher Abfolge dargestellt. Besonders wertvoll macht diese Tabellen, dass sie aus der praktischen Interaktion mit Physiotherapeuten, Niedergelassenen, Rehabilitations-Managern der Berufsgenossenschaften und Krankenkassen entstanden sind.

Sie geben den ärztlichen Mitarbeitern einer traumatologisch ausgerichteten Klinik eine Leitlinie für Sprechstunde und Stationsarbeit und dem Niedergelassenen eine Richtschnur zur weiteren Therapie, die jeweils individuell angepasst werden kann. Die vorliegenden Konzepte zeigen detailliert auf einen Blick, welche Therapieform wann indiziert und möglich ist. Hierbei werden die für den Anwender wichtigen Bereiche Belastung, Physiotherapie, Orthesen-/Gipsruhigstellung und allgemeines wie Redon-/Fadenzug und Sportbeginn dargestellt. Als Ergänzung findet sich eine ICD-Auflistung der vorhandenen Konzeptdiagnosen sowie der häufigsten Verletzungen, inklusive einer AO-Klassifikationsauflistung.

Dr. Martin Ihle, Berlin



Hans Anton
Adams/Christian Krettek/
Claus Lange/Christoph
Unger (Hrsg.)
Patientenversorgung im Großschadens- und Katastrophenfall
Deutscher Ärzteverlag, 2014, 99,95 Euro

Katastrophenmedizin gut strukturiert

Katastrophenszenarien, wie schwere Unglücke mit Zügen und Flugzeugen oder gar terroristische Anschläge, sind im Bewusstsein der Bevölkerung nur sehr gering ausgeprägt. Ein wesentlicher Schwerpunkt dieses umfangreichen Werkes, das sich nun dem Katastrophenfall widmet, ist der Bereich der präklinischen Versorgung. In diesem Bereich existieren schon seit vielen Jahren zum Teil sehr gut etablierte organisatorische Systeme und Vorgaben sowie Tools zur Patientenversorgung. Das Buch erklärt zunächst die rechtlichen Grundlagen, auf denen die Katastrophenmedizin betrieben werden muss. Ein wesentliches Kapitel, da im Katastrophenfall von der Individualmedizin abgewichen werden muss und sich somit auch rechtliche Fragen zur Versorgung der Patienten stellen. Es geht letztlich um die taktisch strategischen und organisatorischen Fragen,

wie in einer Katastrophen- oder Großschadenssituation Material, Personal und Infrastruktur optimal genutzt, organisiert und eingesetzt werden können. Bei der Darstellung der spezifischen Verletzungsmuster bzw. Schadensereignisse fokussieren die Autoren auf das Ungewöhnliche einer Katastrophen- und Großschadenssituation mit einer großen Anzahl von Verletzten und seltener Verletzungsmuster. Die Frage der Notfallplanung der Krankenhäuser und damit die abschließende Versorgung der Patienten erscheint mir im Gesamtzusammenhang katastrophenmedizinischer Überlegungen etwas zu kurz geraten, da die Krankenhäuser die wesentliche Last der Anschluss- und Weiterbehandlung zu leisten haben. Insgesamt ein empfehlenswertes Lehrbuch!

Prof. Dr. Benedikt Friemert, Ulm



J. Jähne, A. Königsrainer, N. Südkamp, W. Schröder (Hrsg.)
Was gibt es Neues in der Chirurgie?
ecommed MEDIZIN, Jahresband 2014
119,99 Euro

Chirurgie in Krisengebieten

Ein Jahr geht rasch vorüber und dennoch ergibt sich eine Fülle von Neuerungen in fast allen chirurgischen Disziplinen. Stets bildet die experimentelle Chirurgie ein Schwergewicht. In der speziellen Chirurgie findet in diesem Band der Einfluss des schweren Traumas auf die Frakturheilung eine eingehende Darstellung. Unter Bezugnahme auf das Traumanetzwerk DGU® (906 Kliniken, davon 579 zertifiziert, 44 zertifizierte Traumanetzwerke) steht nach wie vor die Versorgung Schwerverletzter im Focus. Ein umfangreicher Beitrag befasst sich mit neueren Erkenntnissen der Pseudarthrosen-Therapie, die nicht nur biomechanische Betrachtungen verlangt. Ellenbogenchirurgie, die Frakturversorgung langer Röhrenknochen, Fußchirurgie sind weitere, für den chirurgischen Arbeitsalltag bedeutsame Themen. Auch Neuigkeiten aus dem

Bereich Intensivmedizin erfordern ungeachtet verschiedener fachlicher Organisations-Modelle die Aufmerksamkeit des Unfallchirurgen. Für wohl die meisten Chirurgen sind die Besonderheiten der Chirurgie in Krisengebieten unbekanntes Terrain, umso wichtiger ist es, die diesbezüglichen Erfahrungen aus dem BW-Sanitätswesen zur Kenntnis zu nehmen. Der Änderung der Approbationsordnung mit ihren Auswirkungen auf die Ausbildung im PJ ist ein instruktives Kapitel gewidmet. Nicht zuletzt seien jedem Leser auch die analytischen Ausführungen zum Patientenrechtegesetz empfohlen. Im Zeitalter der Bevorzugung der Spezialisierung erfüllt auch dieser Band in gewohnter Präzision seine informierende Funktion.

Prof. Dr. Jürgen Probst, Murnau



Rüdiger Hepp, Hermann-Alexander Locher
Orthopädisches Diagnostikum
Thieme Verlag Stuttgart, 2014
79,99 Euro

Logbuch für orthopädisch-unfallchirurgische Untersuchungstechniken

Wohl jeder, der sich das orthopädisch-unfallchirurgische Fachgebiet gewählt hat, kommt irgendwann mit dem erstmalig 1966 veröffentlichten Orthopädischen Diagnostikum in Kontakt. Auch in weitgehend unveränderter Neuauflage, 10 Jahre nach der letzten Auflage, wird all das zusammengefasst, was an Untersuchungs-Instrumentarien im Fachgebiet sinnvoll und erforderlich ist. Dies ist die zweite Auflage, die der Ur-Herausgeber Hans U. Debrunner nicht mehr mit gestalten konnte. An seiner Stelle wurde mit Hermann Locher ein in der konservativen Orthopädie kompetenter Herausgeber gewonnen. Das vorliegende Werk wurde durch ihn um das Thema spezieller Schmerzanalyse ergänzt. Eine weitere Ergänzung bildet die Sonographie der Säuglingshüfte sowie die spezielle Patho-

logie des Gelenkersatzes. Als nach wie vor wichtigste bildgebende Untersuchungstechnik werden schematisch Röntgennormalbilder abgebildet, die dem Anfänger ein leichtes Hineinfinden ermöglicht. Aber auch der gutachterlich Tätige findet ein sicheres, zitierbares Fundament zur gerichtsfesten Absicherung seiner Untersuchung. Zur Sonographie der Bewegungsorgane als bildgebender Absicherung der erhobenen Anamnese und klinischen Untersuchung finden sich in diesem Buch keine Hinweise. Als Ergänzung erscheint die Einbindung verschiedener Untersuchungsbogen wie z.B. aus der Sportmedizin oder häufig genutzter Scoresysteme erwägenswert.

Dr. Hartmut Gaulrapp, München



René Baumgartner, Michael Möller, Hartmut Stinus
Orthopädie-Schuhtechnik
C. Mauer Druck und Verlag GmbH & Co. KG, 2013
109,- Euro

Kommunikation der Gewerke

Dieses Werk entstand aus dem gemeinsamen Engagement von drei ausgewiesenen Experten ihrer Zunft mit Leidenschaft für die orthopädiotechnische Versorgung des Fußes. Dieses einzigartige Buch ist großformatig, übersichtlich gestaltet und auf 320 Seiten reich vierfarbig bebildert. Zunächst werden Planung, Materialien und alle gängigen Verfahren der Orthopädie-Schuhtechnik von Einlagen, Schuhzurichtungen, Maßschuhfertigung bis hin zur Prothetik dargestellt. In einem Grundlagenüberblick finden sich anschließend Anatomie und Biomechanik der unteren Extremität, manuelle und technische Untersuchungsverfahren und deren Dokumentation sowie konservative Therapieverfahren. Der dritte Teil ist für die orthopädische Praxis einer umfassenden Fußversorgung höchst aufschlussreich. Alle wesentlichen Fußer-

krankungen werden hier gründlich in Diagnostik und konservativen Versorgungskonzepten dargestellt, wobei auch operative Verfahren erläutert werden. Nicht zuletzt werden interdisziplinäre Strategien für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms und des rheumatischen Fußes sowie der Prothetik nach Amputationen und angeborenen Fehlbildungen vorgestellt. Somit gelingt es den Autoren, alle Beteiligten ins Boot zu holen und die Kommunikation der Gewerke zu ermöglichen. Sie führen uns durch ein medizinisches Fachgebiet bei dem das Handwerk des Arztes als Diagnostiker, Therapeut und Chirurg dem Spezialistentum im Schuhmacherhandwerk auf Augenhöhe begegnen kann.

Dr. Martin Ihle, Berlin

Kursangebote der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

Liebe Mitglieder gerne können Sie die Akademie ansprechen unter
Tel.: (030) 79 74 44-59
Fax: (030) 79 74 44-57,
E-Mail: info@institut-ado.de

Veranstalten sind wir bei der Zertifizierung
Ihrer Fortbildungskurse über die jeweilige
Landesärztekammer sowie bei der Veröffentlichung
über unsere Medien behilflich.



Anmeldungen sind jetzt auch direkt auf der Homepage möglich unter www.institut-ado.de oder der neuen ADO-App

Facharztvorbereitungskurse Berlin FAB 2014						
Die Akademie Deutscher Orthopäden und die Firma Ottobock vergeben zwei Stipendien für den Facharztvorbereitungskurs für Orthopädie und Unfallchirurgie (FAB). Interessenten sind aufgerufen ihre Bewerbung hierfür mit Lebenslauf unter Angabe von Zusatzqualifikationen bis einschließlich 31.10.2014 in elektronischer Form an info@institut-ado.de zu richten.						
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 (inkl. Morbus Bechterew)						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Kurs I Früharthritiden in Orthopädischer Hand- Früherkennung rheumatischer Erkrankungen	30.10.2014	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	6
Leipzig	Kurs II Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen	06.12.2014	Dr. Schwokowski		Kurs II 130 € ¹ 150 € ²	6
Lahnstein	Kurs III Behandlung weiterer rheumatischer Erkrankungen	20.-21.02.2015	Dr. Schwokowski		Kurs III 200 € ¹ 250 € ²	16

ORFA - Orthopädisch-rheumatologische Fachassistentin - Berufsbegleitender Fortbildungs-Lehrgang für Arzthelferinnen und MFA						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Modul 5	15.11.2014	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Modul 1 + 7 50 € BVOU-Mitglieder (Praxisinhaber) 75 € ² Modul 2 + 6 150 € BVOU Mitglieder (Praxisinhaber) 175 € ²	
	Modul 6	17.01.2015				
	Modul 7	04.02.2015				

4. Kindertraumatologie Kurs für den D-Arzt in Berlin						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Kindertraumatologie	12.-13.12.2014	Prof. Ekkernkamp 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

Manuelle Medizin Grundkurs

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 / Grundkurs	31.10.-01.11.2014	Reinhard Deinfelder	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Grundkurs Manuelle Medizin: 300 € ³ 370 € ²	24

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
Berlin	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	07.-08.11.2014	Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	190 € ¹ 230 € ²	17
Berlin	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS / BWS	05.-06.12.2014			Crashkurs 120 €	
Aachen	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS / BWS	17.-18.10.2014				17

Kinesio Taping Kurse 2015

Baden Baden	K-Taping-Crash-Kurs	01.05.2015	Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	190 € ¹ 230 € ²	7
Berlin	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	27.-28.02.2015			Crashkurs 120 €	17
Berlin	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	09.-10.10.2015				17
Berlin	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS / BWS	20.-21.11.2015				17
Aachen	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	13.-14.03.2015				17
Aachen	Taping Teil 1 Obere Extremitäten & HWS	29.-30.05.2015				17
Aachen	Taping Teil 2 Untere Extremitäten & LWS BWS	12.-13.06.2015				17

DKOU 2014 - Kursangebote

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Knochen-Knorpel Update	29.10.2014	Prof. Rehart	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030 797 444 59 Mail : info@institut-ado.de www.institut-ado.de	35 €	9
Berlin	Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen - Einführung in die Basistherapie	29.10.2014	Dr. Schwokowski		25 € ¹ 35 € ²	
Berlin	Sonografie der Säuglingshüfte	30.10.2014	Dr. Fröhlich		45 €	
Berlin	Muskelfunktionsdiagnostik	30.10.2014	Dr. Meichsner		125 €	
Berlin	Manuelle Medizin-Refresher	30.10.2014	Reinhard Deinfelder		35 €	
Berlin	Rheumakurs I	30.10.2014	Dr. Schwokowski		100€ ¹ 130€ ²	
Berlin	DKOU- Röntgen update	01.11.2014	Dr. Günter Abt		130€ ¹ 150€ ²	

¹ BVOU-Mitglieder, ² Nichtmitglieder, ³ BVOU/DGOU/DGOOC-Mitglieder

3D / 4D Wirbelsäulenvermessung und 4D motion Kurs Termine 2014 / 2015

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
Berlin / DKOU	3D / 4D Wirbelsäulenvermessung	01.11.2014	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 € ¹ 200 € ² 4D motion: 150 € ¹ 200 € ² inkl. Handouts und Verpflegung	9
Fulda	4D-motion	08.11.2014				9
Hannover	3D / 4D Wirbelsäulenvermessung	21.02.2015				9
Bochum	4D-motion	18.04.2015				9
Baden Baden	3D / 4D Wirbelsäulenvermessung	01.05.2015				9
Baden Baden	4D-motion	02.05.2015				9
Fulda	4D-motion	26.09.2015				9
Berlin / DKOU	3D / 4D Wirbelsäulenvermessung	24.10.2015				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
Berlin	Muskelfunktionsdiagnostik	30.10.2014	Dr. Meichsner	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	125 € inkl. Verpflegung und Kursunterlagen, sowie Workshop	8
Köln	Muskelfunktionsdiagnostik	28.02.2015	Dr. Meichsner			

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	Aufbaukurs Bewegungsorgane	07.-09.11.2014	Dr. Bethhäuser	Schulterzentrum Maurepasstr. 95, 24558 Hamburg Frau Habermann Tel.: 04193 / 959966 sono-kurse@t-online.de www.Schulter-Zentrum.com	auf Anfrage	31
	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	Zusammenfassung und Vertiefung an Fallbeispielen	14.-15.11.2014	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 € alle 5 Kurse: 1450 € CME gesamt 80	16

¹ BVOU-Mitglieder, ² Nichtmitglieder, ³ BVOU/DGOU/DGOOC-Mitglieder

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	250,00 Euro zzgl. MwSt	n.n.
					250,00 Euro zzgl. MwSt	n.n.

DGMSM Kurse Manuelle Medizin e.V. 2014/2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Bad Füssing	Weiterbildung Manuelle Medizin „LBB1 Lenden-Becken-Bein“	05.-09.11.2014	Dr. Matthias Psczolla	Deutsche Gesellschaft für Muskuloskelettale 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	40
Boppard		03.12.-07.12.2014				49
Boppard		21.01.-25.01.2015				49
Prien		25.02.-01.03.2015				40
Hamburg		25.03.-29.03.2015				40
Boppard		22.04.-26.04.2015				49
Boppard		19.06.-21.06.2015				49
Boppard		02.09.-06.09.2015				49
Boppard		02.12.-06.12.2015				49
Bad Füssing		09.12.-13.12.2015				40

GHBF Haltungs- und Bewegungsdiagnostik Termine 2014

Grundlagen der Propriozeption, Bewegungssteuerung, Haltungsanalyse, Craniomandibuläres System, binokularer Sehakt, vestibuläres System, sensorische, propriozeptive Einlagen, statodynamische Messsysteme: Wirbelsäulenvermessung, EMG, Ganganalyse, Balancetests, etc.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Chiemsee	Kompaktkurs	14.-16.11.2014	Dr. Pfaff Dr. Götz M. Kaune	GHBF e.V. Haimhauserstr. 1 80802 München Tel: +49 89-330 370 53 Fax: +49 89-330 371 31	455,00 € (GHBF Mitglieder 364,00 €) In der Gebühr enthalten sind Kursmaterial und Verpflegung.	24

Termine 2015

Grassau	Kompaktkurs	27.02.-01.03.2015
		26.06.-28.06.2015
		16.07.-19.07.2015
		11.09.-13.09.2015
		13.11.-15.11.2015

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
Isny	Manuelle Medizin -Grundkurs I	17.10.-18.10.20214	Dr. Karl-Sell-Ärztseminar Neutrauchburg (MWE) e.V. Riedstr. 5 88316 Isny-Neutrauchburg Tel: 07562 / 9718-14 Fax: 07562 / 9718-22 email: falkowski@aerztseminar-mwe.de www.aerztseminar-mwe.de	auf Anfrage		
Damp	Manuelle Medizin -Grundkurs I	25.10.-01.11.2014				
Hannover	Manuelle Medizin -Grundkurs I	14.11.-20.11.2014				

AGR-Fernlehrgang „Von der Verhaltens- zur Verhältnisprävention“						
Sie erhalten über 3 Monate in einem Fernlehrgang die Zusatzqualifikationen „Referent für rückengerechte Verhältnisprävention“						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Fernlehrgang	Zusatzqualifikation	jeden 1. eines Monats	AGR e.V.	Aktion Gesunder Rücken e.V., Tel. 04284/92 69 990, Fax: 04284/92 69 991, info@agr.de, www.agr-ev.de	295 € ¹	39

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Termine 2014						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Ofter-schwang	AE-Kurs und AE-Masterkurs Knie	06.-08.11.2014	Prof. Dr. Neugebauer Prof. Dr. Ascherl Prof. Dr. Biberthaler Prof. Dr. Gebhard Prof. Dr. Puhl	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	Anmeldung bis 02.05.14, 220 € AE-Mitglieder 170 € Anmeldungen ab 03.05.14, 275 € AE-Mitglieder € 225 €	
Chemnitz	AE-Kurs Zemt und Zementiertechnik	14.11.2014	Prof. Dr. Ascherl			
Bonn	16. AE-Kongress	05.-06.12.2014	Dr. Frank Dr. Haas Prof. Dr. Hoffmann Prof. Dr. Wirtz			

Initiative '93 Technische Orthopädie 2014						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Dortmund	Modul 5 Refresher- und Prüfungskurs	28.-29.11.2014	Prof. Dr. Greitemann Herr Kokegei	Tel. +49(5424)220-100 per Fax an: (0 54 24) 2 20-4 44 o. Heike.schulz@initiative93.de oder per Post an:Klinik Münsterland, Sekretariat Prof. Dr. med. B. Greitemann Initiative 93, Auf der Stöwwe 11 49214 Bad Rothenfelde	Mitglieder DGOU und BVOU sowie Ärzte in Weiterbildung: 300 € 400 € ²	n.n.

D.A.F Zertifikat Fußchirurgie 2014						
Jahresprogramm der Deutschen Assoziation für Fuß und Sprunggelenk e.V.						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Stuttgart	OP-Kurs Vorfußchirurgie	07.11.-08.11.2014	M. Gabel, U. Gronwald	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 480 € ² Abschlusskurs Mitglieder DAF 330 € Abschlusskurs Nicht-Mitglieder 430 €	
München	Workshop Kinderfuß	14.11.-15.11.2014	J. Hamel			
Wien	Workshop Kinderfuß	21.11.-22.11.2014	R. Ganger			

¹ BVOU-Mitglieder, ² Nichtmitglieder, ³ BVOU/DGOU/DGOOC-Mitglieder

MRT Kurse Erlangen 2014/2015

Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Siemens AG Erlangen	Kurs 2 Wirbelsäule	14.-15.11.2014	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: 1.450 €	85
	Kurs 3 Untere Extremitäten	12.-13.12.2014				
	Kurs 4 Weichteil-, Knochen-, Gelegenkerkrankung	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	Abschlusskurs Sonographie der Säuglingshüfte	31.10.-01.11.2014	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-klini- ken.de	auf Anfrage	n.n.

VSOU - DIGEST Fachkunde ESWT 2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Baden Baden	Fachkunde ESWT Modul 1 / Curriculum Basismodul	29.04.2015	Dr. Ringeisen Dr. Gleitz	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	DIGEST Mitglieder 290 € 330 € ¹ 350 € ²	8
	Fachkunde ESWT Modul 5 / Haut - Block A Chronische Wunden / Verbrennungen - Block B Ästhetik	01.05.2015	Dr. Ringeisen Dr. Gleitz			8
	Fachkunde ESWT Modul 6 / Myofaschiale Schmerztherapie / Spastik	02.05.2015	Dr. Ringeisen Dr. Gleitz			8

¹ BVOU-Mitglieder, ² Nichtmitglieder, ³ BVOU/DGOU/DGOOC-Mitglieder



DEUTSCHER PREIS FÜR PATIENTENSICHERHEIT

Sie haben wirksame Lösungsansätze zur Fehlerprävention in Ihrer Praxis oder Klinik entwickelt? Sie haben Patientensicherheit systematisch untersucht und dabei praxisrelevante Ergebnisse gewonnen? Patientensicherheit liegt Ihnen also am Herzen?

Dann bewerben Sie sich um den
Deutschen Preis für Patientensicherheit.

Der Förderpreis des Aktionsbündnisses Patientensicherheit in Kooperation mit der Aesculap Akademie, dem Ecclesia Versicherungsdienst, MSD SHARP & DOHME GMBH sowie dem Thieme Verlag ist mit insgesamt 19.500 Euro dotiert.



Einsendeschluss ist der 31. Oktober 2014.

Informationen unter:

www.aps-ev.de/deutscher-preis-fuer-patientensicherheit

Kursangebote der AUC – Akademie der Unfallchirurgie GmbH

Anmeldungen sind jetzt auch direkt auf der Homepage möglich unter www.institut-ado.de oder der neuen ADO-App

Ort	Kongress / Kurs	Termin
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	ATLS-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
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

Stellenangebot

Medizinisches Versorgungszentrum am Wittenbergplatz mit sehr guter Verkehrsanbindung und den Fachbereichen Allgemeinmedizin, Orthopädie, und Rheumatologie und einem operativer Schwerpunkt im Bereich Endoprothetik, Kniechirurgie, Wirbelsäulenchirurgie und Fußchirurgie sucht Weiterbildungsassistenten/-in für den Fachbereich Rheumatologie (3 Jahre WBE).

Die Weiterbildung kann in einer halb - oder ganzen Stelle erfolgen.

Wir freuen uns auf aussagekräftige Bewerbungsunterlagen

Chiffre: 21 14 51

Antworten auf Chiffre-Anzeigen

senden Sie bitte unter Angabe der Chiffre-Nummer an:

Pharmedia, Anzeigen- und Verlagsservice GmbH

Frau Esther Eckstein

Postfach 300880

70448 Stuttgart

E-Mail: esther.eckstein@pharmedia.de