



Orthopädie und Unfallchirurgie

Mitteilungen und Nachrichten



DGOU



Dezember 2014



Potsdam III – Auf der Zielgeraden



Abschied von Prof. Niethard

DKOU – Wissen schafft Vertrauen

Potsdam III – Auf der Zielgeraden zu O+U



Abb. 1: 40 Vertreter aus O+U gingen vom 14. bis 15. November in Klausur.

Zweimal schon hatten Vertreter der Fachgesellschaften und des Berufsverbandes von Orthopädie und Unfallchirurgie in Potsdam getagt. Beim ersten Mal 2007 war es noch die Union für Orthopädie und Unfallchirurgie, 2010 dann schon die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie und jetzt ging es zusammen mit dem Berufsverband um das „Ganze“ der Orthopädie und Unfallchirurgie. Denn O+U ist ein Erfolgsmodell, aber ein noch nicht ganz vollkommenes und so stand in Potsdam III die Zielgerade vor Augen.

Die historische Stätte des Cecilienhofes von den Treffen 2007 und 2010 stand diesmal nicht zu Verfügung; das etwas abseits von Potsdam in einem Wildgehege gelegene Bayrische Haus war aber ein perfekter Ersatz, ebenso historisch besetzt und für die Klausur geradezu wie geschaffen. Annähernd 40 Vertreter aus Orthopädie und Unfallchirurgie hatten sich zusammengefunden, um an zwei Tagen die derzeitige und zukünftige Situation von Orthopädie und Unfallchirurgie zu analysieren (► Abb. 1). „Wer sind wir?“ war die Frage, die den drei Arbeitsgruppen des Gremiums mit unterschiedlichen Schwerpunkten am ersten Tag gestellt wurde. „Und wo geht es hin?“ war die Frage, die Antworten zu den unterschiedlichsten Herausforderungen an Orthopädie und Unfallchirurgie bringen sollte. Dabei ging es natürlich um die zukünftige Organisation und Struktur der DGOU, um die Kooperation mit dem Berufsverband, um die Interaktion mit angrenzenden Fächern, Gebieten und Berufsgruppen, um die sich ständige ändernde Versorgungslandschaft und sich daraus ergebende Ansätze für

sektorenübergreifende Operationen, für Netzwerkstrukturen, für Zentrenbildung und Zertifizierung und – nicht zuletzt – um die Positionierung von Orthopädie und Unfallchirurgie im europäischen und internationalen Raum.

Bereits 2007 wurden in Potsdam I vorrangige Ziele von Orthopädie und Unfallchirurgie formuliert:

- Eine in erster Linie dem Wohl der Patienten und nicht der zunehmenden Ökonomisierung verpflichtete ärztliche Versorgung – ohne jedoch die wirtschaftlichen Erfordernisse aus dem Blick zu lassen.
- Die Sicherung einer zukunftsweisenden Aus- und Weiterbildung von Spezialisten im Bereich muskuloskelettaler Erkrankungen und Unfallverletzungen.
- Eine Professionalisierung universitärer Forschungsarbeit.

Diese Ziele haben sich nicht geändert, geändert aber haben sich die Randbedingungen. Die in den einzelnen Arbeitsgruppen erstellte Bestandsaufnahme im Sinne einer SWOT-Analyse zeigte, dass die Attraktivität der DGOU in den sechs Jahren seit ihrer Gründung enorm gewachsen ist. Dafür spricht allein die Aufnahme des 10.000sten Mitgliedes anlässlich des DKOU 2014. Dafür spricht auch die inzwischen auf 20 angewachsene Anzahl von Sektionen. Diese spiegeln nicht zuletzt auch die sich stetig ändernde Versorgungslandschaft wider. Zentrenbildung und Zertifizierung werden von vielen spezialisierten Gruppierungen aus O+U als Heilsbringer einer leuchtenden Zu-

kunft gesehen. Dem steht eine Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie gegenüber, deren Entwicklung selbst noch nicht ganz abgeschlossen ist.

Die „Marke“ O+U ist wichtige Klammer. Nach Meinung der Teilnehmer muss sie die manchmal durchaus unterschiedlichen Interessen im übergeordneten Sinne koordinieren. Die DGOU ist bereits jetzt die größte chirurgische Fachgesellschaft Deutschlands, der BVOU gehört zu den großen Berufsverbänden und zahlreiche der Orthopädie und Unfallchirurgie angeschlossene Sektionen nehmen einen wesentlichen Platz in der Versorgungs- aber auch wissenschaftlichen Landschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie in Deutschland ein. Die Attraktivität von O+U ist ungebrochen. Im Jahr 2018 werden die Neumitglieder allein für O+U stärker sein, als die herkömmlich über die Einzelfachgesellschaften für die Orthopädie und Unfallchirurgie eingetretenen Mitglieder. Orthopädie und Unfallchirurgie sind in ihrer Gemeinsamkeit also „alternativlos“.

Das haben die Teilnehmer von Potsdam III auch noch einmal unterstrichen. Die DGOU ist der Kernbereich. Sie übernimmt alle Aufgaben von Orthopädie und Unfallchirurgie und koordiniert diese, wenn sie denn im Rahmen eines „strategischen Korridors“ (Positionspapier Potsdam II) von DGU bzw. DGOOC bearbeitet werden.

Bei alledem war man der Meinung, dass eine Stärkung der DGOU erforderlich ist, weil die Gemeinsamkeit noch nicht in allen Bereichen stringent umgesetzt ist. In der studentischen Ausbildung z.B. wird die Unfallchirurgie größtenteils mit der Chirurgie abgehandelt, die Orthopädie entsprechend der alten Approbationsordnung nach wie vor eigenständig. Der vermeintliche Vorteil, dass man dadurch PJ'ler aus zwei Bereichen gewinnen könne, hat sich nicht bewahrheitet. Alle Umfragen zeigen, dass annähernd die Hälfte der in der Chirurgie tätigen PJ'ler anschließend von der Chirurgie Abstand hält. Unter den Aspekten der zunehmend wichtiger werdenden Nachwuchsakquise auch für Orthopädie und Unfallchirurgie ist es daher erforderlich, dass Orthopädie und Unfallchirurgie auch gemeinsam in der studentischen Ausbildung verankert werden.



Foto: Susanne Herda

Die Einheit beginnt zu zweit.

Auch in der Versorgungslandschaft muss der besonderen Bedeutung von Orthopädie und Unfallchirurgie Rechnung getragen werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat bereits 2012 entschieden, dass Orthopädie und Unfallchirurgie aus dem Gebiet Chirurgie heraus wegen der großen Versorgungslast für die kommenden Jahrzehnte gesondert betrachtet werden sollen. Im Weiteren soll ein eigenes EBM-Kapitel hinzukommen. Dies wiederum erfordert, dass in der Krankenhauslandschaft eine entsprechende Struktur dargestellt wird. Die Krankenhausplanungen berücksichtigen jedoch immer häufiger das Gebiet Chirurgie, ohne dass auf die speziellen Anforderungen für Orthopädie und Unfallchirurgie eingegangen wird. Dies wird einer dem Wohl des Patienten verpflichteten ärztlichen Versorgung in Orthopädie und Unfallchirurgie nicht gerecht.

Eine Anpassung ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen scheint auch allein deswegen geboten, weil von politischer Seite sektorenübergreifende Versorgungskonzepte besonders gefördert werden sollen. Das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie ist aber besonders geeignet, diese „Kompetenz aus einer Hand“ anzubieten; denn nur in wenigen Fächern werden Ärzte in der ambulanten als auch stationären Versorgung im gleichen Weiterbildungskonzept geschult

und auf die Herausforderungen des Berufes vorbereitet. Für derartige sektorenübergreifende Konzepte ist die Kooperation von Fachgesellschaft und Berufsverband essentiell. Die Teilnehmer der Konferenz halten daher die Erarbeitung von Konzepten für einen gemeinsamen Auftritt sämtlicher Orthopäden und Unfallchirurgen für vorrangig. Der ursprünglich tiefe Graben zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist durch die Veränderung der Versorgungslandschaft in den letzten Jahren ohnehin größtenteils zugeschüttet und wird – politisch gewollt – wohl eines Tages ganz verschwinden. Insofern sind die Entscheider in allen Gremien von Berufsverbänden und Fachgesellschaften gefragt, zukunftsweisende Konzepte für ihre Mitglieder und den Nachwuchs zu entwickeln.

Der Kooperation mit angrenzenden Fächern, Gebieten und Berufsgruppen wurde eine intensive Diskussionsrunde gewidmet, zumal Dispute mit verschiedenen Berufsgruppen im Zusammenhang mit der Formulierung der neuen Weiterbildungsinhalte, mit anderen Berufsgruppen auch wegen Versorgungskonzepten und offiziellen Vertretungspositionen anstanden. Die Teilnehmer der Potsdamer Konferenz III haben sich dabei durchgehend zum Leitbild der DGOU und dem Bezug zum Gebiet Chirurgie bekannt. Auch wenn die schon 2010 diskutierten Konzepte eines Dachverbandes der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und Kooperationsmodelle mit dem Berufsverband der Chirurgie (BDC) bisher nicht realisiert wurden, hält man doch die Kooperation der chirurgischen Fächer und Gebiete für dringend geboten, um aus der Gemeinsamkeit auch auf dieser Ebene Stärke zu entwickeln. Dass die DGOU dabei Dachverbandstrukturen präferiert, hat sich seit dem Positionspapier von 2010 nicht geändert.

Nicht zuletzt hat sich Potsdam III mit den Aspekten von Europäisierung und Internationalisierung beschäftigt. Die Ortho-

pädie und Unfallchirurgie ist auch im europäischen Raum die größte Berufsgruppe ihres Bereiches. Dies spiegelt sich bei den europäischen Kongressen (EFORT, ESTES) kaum wider. Die Beteiligung aus Deutschland ist unterproportioniert. Viele Orthopäden und Unfallchirurgen Deutschlands sehen wohl das Angebot des DKOU – und noch dazu deutschsprachig – als ausreichend an, so dass ein Besuch ausländischer und europäischer Kongresse für „überflüssig“ angesehen wird. Dies aber schmälert den Einfluss der deutschsprachigen Orthopädie und Unfallchirurgie auf europäischer Ebene. Das deutschsprachige Modell wiederum ist aber einzigartig. Denn in vielen anderen und insbesondere den angloamerikanischen und skandinavischen Ländern stellen sich Orthopädie - Unfallchirurgie - Rheumatologie anders dar. Insofern hat die deutsche Orthopädie und Unfallchirurgie ein großes Interesse, sich im europäischen Raum besser zu positionieren. Erste Schritte hierzu wurden begangen. Eine bessere Repräsentation von Orthopädie und Unfallchirurgie in den Gremien der EFORT wird angestrebt und muss nachhaltig gefördert werden. Auch unter dem Eindruck der Normierungsbestrebungen des CEN (Comité Européen de Normisation) aus Brüssel und neuerer Vorschläge zur Europäisierung eines Curriculums für Orthopädie und Unfallchirurgie über EFORT und UEMS wird sich die Deutsche Orthopädie und Unfallchirurgie positionieren.

Orthopädie und Unfallchirurgie sind auf einem guten Weg, einem Weg des Vertrauens unter den Mitwirkenden und Entscheidern. „Was heute diskutiert werden kann, war noch vor wenigen Jahren undenkbar!“ – so hat es ein Mitglied von Potsdam III treffend ausgedrückt. Es bleibt allerdings noch einiges zu tun, um das Fach in seiner Ganzheit und Vollkommenheit abzubilden. Mit der Diskussion und den abschließenden Empfehlungen aus Potsdam III biegt nun die Orthopädie und Unfallchirurgie auf die Zielgerade ein.



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



Reinhard Hoffmann
Prof. Dr.
Reinhard Hoffmann
Generalsekretär DGU



Johannes Flechtenmacher
Dr. med.
Johannes Flechtenmacher
Präsident BVOU



561 **Potsdam III – Auf der Zielgeraden zu O&U:** „Was heute diskutiert werden kann, war noch vor wenigen Jahren undenkbar.“ Es gilt weiterhin die „Marke“ O&U zu stärken und damit die DGOU, in der Ausbildung und der Versorgungslandschaft.



578 **Mit FUN ist es noch nicht vorbei:** Über 12 Jahre erfolgreich und unumstritten als Generalsekretär einer „vereinsreichen“ DGOOC und mehrere Jahre als Generalsekretär der DGOU – Interessenvertretung eines jungen Faches in der Selbstfindung. Jetzt kommt der Abschied – oder doch nicht?



584 **Wissen schafft Vertrauen:** DKOU 2014: Die nicht mehr verhandelbare Einheit von O & U und die ärztliche Berufung als Gegenpol zur Ökonomisierung waren wesentliche Botschaften auf dem Kongress. Es kamen mehr als 11.000 Teilnehmer.

Editorial

Potsdam III – Auf der Zielgeraden zu O&U **561**

Impressum

Nachrichten

Kurz und bündig **570**

Patientensicherheit ungewiss? **570**

Große regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung **571**

Bundesärztekammer relativiert **571**

Europäisches Facharztexamen **572**

Sonderforschungsbereich für Traumaforschung bewilligt **572**

Glaubwürdigkeit durch Transparenz **572**

BSG bestätigt Mindestmenge für Knie-TEP **573**

Nationales Gesundheitsziel: Patientensicherheit **573**

Politik

STELLUNGNAHME BVOU UND DGOU Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung **574**

DKOU 2014: EBM-REFORM Rezepte für die Zukunft: Günstige Rahmenbedingungen nutzen **576**

DKOU 2014: HONORARPOLITIK EBM – ein Fach, ein Kapitel für OU **577**

Aus unserem Fach

ABSCHIED PROF. NIETHARD Mit FUN ist es noch nicht vorbei **578**

DKOU 2014 Wissen schafft Vertrauen **584**

PRÄSIDENTENREDE PROF. WINDHAGEN Eine kurze Rede über das Wissen **589**

PRÄSIDENTENREDE DR. FLECHTENMACHER Das Ziel ist die Aufwertung unserer Arbeit **592**

568 PRÄSIDENTENREDE PROF. DR. BOUILLON Was ist Vertrauen? **594**

INTERVIEW MIT DEN KONGRESS-PRÄSIDENTEN Die Einheit ist nicht mehr verhandelbar **596**

PREISE UND EHRUNGEN Ehre, wem Ehre gebührt **598**

DEUTSCHER JOURNALISTENPREIS ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE 2014 Notfallretter und Spitzenmediziner für Knochen und Gelenke **604**

TAG DER STUDIERENDEN O&U ist eine attraktive Perspektive **606**

POSITIONSPAPIER Operieren in der Schwangerschaft **608**

SUMMER SCHOOL 2014 Horizonte öffnen – Neues entdecken! **610**

TAG DER TECHNISCHEN ORTHOPÄDIE Interdisziplinäre Kooperation von Vorteil **612**

TRAUMAZENTREN INTERNATIONAL Traumanetzwerk Salzburg **613**

PATIENTENTAG AUF DEM DKOU Der Arthrosetag **615**

TNT-KONGRESS Viele neue Pläne für die Schwerverletztenversorgung **617**

NEUE S3-LEITLINIE ZUR VERBESSERUNG DER PATIENTENVERSORGUNG Volumentherapie im OP und auf der Intensivstation **619**

DACHVERBAND OSTEOLOGIE (DVO) E.V. Neue AWMF S3 Leitlinie „Osteoporose“ **620**

DMP KREUZSCHMERZ Das Kreuz mit dem Kreuz **621**

POTSDAM III Kritische Bestandsaufnahme der Forschung im Fachbereich O&U **622**

BVOU	
Berufsunterbrechungs-Versicherung für Orthopäden	639
Erbringung und Abrechnung wahlärztlicher Leistungen durch nicht fest angestellte Honorarärzte	640
Neue Mitglieder	641
Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken	641
„Zeigt her Eure Füße“ – Orthofit-Aktion an Grundschulen	642
DKOU 2014: BVOU Mitgliederversammlung	643
1. Stuttgarter Osteoporosetag	645
Fachexkursionen für BVOU-Mitglieder in 2015	646

Recht und Wirtschaft

VERTRAGSGESTALTUNG	
Wettbewerbsverbote für ausscheidende Chef- und Oberärzte	624

RECHTLICHE ASPEKTE DER WEITERBILDUNG	
Was darf der Weiterbildungsassistent, was nicht?	627

Unterwegs

REISESTIPENDIUM EFORT	
EFORT 2014 Autumn Travelling Fellowship	630

Namen

Personalien	632
Wir gratulieren ...	634
Ein Vater von O & U	635

FOLGEN SIE UNS AUF FACEBOOK:



www.facebook.de/dgou.ev

DGOU	
DGOU begrüßt ihr 10.000stes Mitglied	650
Interview: Möglicherweise bin ich ein Leitwolf	651
Protokoll der Mitglieder-versammlung der DGOU	653
Bericht der Sektion für Grundlagenforschung der DGOU (SGF)	656
In eigener Sache	658
Ärzttekammer Berlin und DGOU kooperieren mit Dubai	658
Neue Mitglieder	659
DGOOC	
100 Jahre Oskar-Helene-Heim	662
PROTOKOLL zur Mitglieder-versammlung 2014 der DGOOC	665
Forum der Nichtselbstständigen Ärzte der DGOOC	668
Prof. Dr. Ernst Marquardt zum 90. Geburtstag	669
Neue Mitglieder	670

DGU	
Erstes Treffen des Ausschusses TNW der DGU	672
Sektion Kindertraumatologie 2014	673
Aus dem Wissenschaftsausschuss der DGU	674
„Staffelstabübergabe“ in der Leitung der AG Septische Chirurgie	675
Aus dem Programmausschuss der DGU	676
Jahresbericht der AG Ultraschall	677
Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V.	679
Neue Mitglieder	681
VLOU	
VLOU-Jahresbericht 2014	682

Für Sie gelesen	684
------------------------	-----

Für unsere Mitglieder

Kursangebote	686
Service/Preise	693
OU Medizin und Markt	698





Herausgeber

Für den Berufsverband für
Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.
Präsident
Dr. med. Johannes Flechtenmacher
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.: (030) 340 60 36 60
Fax: (030) 340 60 36 61
E-Mail: info@vloou.de

Redaktion

Ines Landschek
Tel.: (0 30) 340 60 36 00
E-Mail: ines.landschek@snaufu.de

Verlag

Georg Thieme Verlag KG
Dr. Grit Vollmer
Rüdigerstr. 14
70469 Stuttgart
Tel.: (07 11) 89 31 630
Fax: (07 11) 89 31 408
E-Mail: grit.vollmer@thieme.de
www.thieme.de/oumn
www.thieme-connect.de/products/oumn

Verantwortlich für den Anzeigenteil

Christine Volpp, Thieme Media, Pharmmedia
Anzeigen- und Verlagsservice GmbH
Rüdigerstr. 14
70469 Stuttgart
Tel.: (07 11) 89 31 603
Fax: (07 11) 89 31 470
E-Mail: christine.volpp@thieme.de

Erscheinungsweise

6 x jährlich:
Februar/April/Juni/August/
Oktober/Dezember
Zur Zeit gültiger Anzeigentarif Nr. 19
vom 1. Oktober 2014
ISSN 2193-5254

Satz und Layout

L42 Media Solutions, Berlin

Druck

Grafisches Centrum Cuno GmbH & Co. KG
Gewerbering West 27
39240 Calbe



Berufsverband für
Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

Vorstand

Präsident

Dr. med. Johannes Flechtenmacher, Karlsruhe

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. Andreas Gassen, Düsseldorf

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

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



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



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



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

Bezugspreise 2015*	Abo	Versandkosten			Gesamtkosten		
		Inland	Europa	Weltweit	Inland	Europa	Weltweit
Persönliches Abonnement	232,00	34,60	36,80	44,90	266,60	368,80	276,90
Institutionelles Abonnement	418,00**	34,60	36,80	44,90	452,60	454,80	462,90

* jährliche Bezugspreise in € (D); unverbindlich empfohlene Preise. Preisänderungen vorbehalten. Preis für ein Einzelheft 9,50 € zzgl. Versandkosten ab Verlagsort. Das Abonnement wird zum Jahreswechsel im Voraus berechnet und zur Zahlung fällig.

Die Bezugsdauer verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn nicht eine Abbestellung zum 30. September vorliegt.

** der institutionelle Jahresbezugspreis inkludiert Online-Zugriff für 1 Standort



Deutsche Gesellschaft für
Orthopädie und Unfallchirurgie

Geschäftsführender Vorstand

Präsident (und Präsident der DGOUC)

Prof. Dr. med. Henning Windhagen, Düsseldorf

Stellv. Präsident (und Präsident der DGU)

Prof. Dr. med. Bertil Bouillon, Köln

2. Vizepräsidenten von DGU und DGOUC

Prof. Dr. med. Michael Nerlich, Regensburg
Prof. Dr. med. Rüdiger Krauspe, Düsseldorf

Generalsekretär (und Generalsekretär der DGOUC)

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

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 für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)

Dr. med. Johannes Flechtenmacher, Karlsruhe

Vertreter des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen (BDC)

Dr. Jörg-A. Rüggeberg, Bremen

Vertreter des Jungen Forums der DGOU

Dr. Matthias Münzberg, Ludwigshafen

DGOU-Geschäftsstelle

Geschäftsführer Ulrich Biermann
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. Johannes Flechtenmacher, Karlsruhe

Orthopädischer Vertreter der gemeinsamen Konferenz der Lehrstuhlinhaber für Orthopädie und Unfallchirurgie (gKLOU)

Prof. Dr. med. Volker Ewerbeck, Heidelberg

Vorsitzender VLOU

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

Geschäftsstelle der DGOUC

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@dgouc.de
www.dgouc.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



V.li. n. re: Oberstarzt Prof. Dr. Benedikt Friemert, Prof. Dr. Anita Ignatius, Generalarzt Dr. Armin Kalinowski, Prof. Dr. Thomas Wirth (Dekan).

Kooperation zwischen Ulmer Universitätsmedizin und Bundeswehrkrankenhaus

Großer Erfolg für Forscherinnen und Forscher der Ulmer Universitätsmedizin und ihrer Kooperationspartner vom Bundeswehrkrankenhaus Ulm (BWK Ulm): Sie erhielten nun eine Förderzusage vom Sanitätsamt der Bundeswehr in Höhe von 1,5 Millionen Euro über drei Jahre für ihr Verbundprojekt „Entwicklung regenerativer Therapiekonzepte zur Behandlung von erworbenen Gewebe- und Funktionsdefekten“. „Dahinter verbirgt sich unser gemeinsames, übergeordnetes Ziel, die Folgen von traumatischen Verletzungen auf molekularer, zellulärer und Gewebe-Ebene zu erforschen und neue Therapien für Verletzungen von Knochen, Knorpel, Haut und Nerven zu entwickeln“, verdeutlicht Prof. Dr. Anita Ignatius, Sprecherin des Verbundprojekts. (red)

Studie zum Home-Monitoring

Je mehr Vertrauen Patienten in die Technologie haben, desto besser funktionieren Telemonitoring-Systeme. Das ist das Kernergebnis der EDUCAT-Studie, die der Hersteller kardiovaskulärer Medizintechnik BIOTRONIK durchgeführt hatte. Laut der EDUCAT Studie ging bei den Patienten ein besseres Verständnis der Anwendung von Telemonitoring mit einer positiven Wahrnehmung der Technologie einher. Das Aufstellen des Patientengeräts (CardioMessenger), das Signale vom Implantat empfängt und an den behandelnden Arzt weiterleitet, empfanden 93 Prozent von ihnen nicht als Belastung. Die Patienten beschrieben das Gerät als unauffällig, einfach, klein und komfortabel, da es keine Bedienung ihrerseits erfordert und völlig automatisch funktioniert. Schlussendlich zogen 98 Prozent der Patienten in Erwägung, Home Monitoring auch nach Studienende weiter zu nutzen. Dies unterstreiche die hohe Akzeptanz und zeigt, wie leicht sich die Technologie in den Alltag der Patienten integrieren lasse. (red)

Klage gegen AOK-Krankenhausnavigator

Die Kreiskliniken Gummersbach-Waldbröl und das St. Antonius Hospital Eschweiler wehren sich weiter gegen den AOK-Krankenhausnavigator. Im Rechtsstreit mit dem AOK-Bundesverband werden sie jetzt ein sogenanntes Hauptsacheverfahren beantragen, um die Kassen daran zu hindern, sogenannte QSR-Daten (Qualitätssicherung aus Routinedaten) zu veröffentlichen. Joachim Finklenburg, Hauptgeschäftsführer der Kliniken, erklärte, es sei auffällig, dass kleine Krankenhäuser bei den AOK-Bewertungen in der Regel schlechter abschnitten als große. Patienten, die den AOK-Klinik-Kompass nutzten, würden für ihre Behandlung also eher ein großes Haus wählen. „Ich vermute, die AOK möchte Patientenströme umlenken. Sie möchte wirtschaftliche Vorteile verhandeln. Ich glaube, das ist das große Problem, dass es nicht um Qualität geht“, so Finklenburg. Externe Experten hätten diese Zweifel in zwei Gutachten bestätigt. (red)



Foto: gpointstudio_Fotolia

Patientensicherheit ungewiss?



Gemeinsamer
Bundesausschuss

Die EU-Kommission unterstellt die Zulassung von Medizinprodukten nun doch nicht dem Gesundheitskommissar, sondern dem Ressort für Unternehmen und Industrie.

Anlässlich dieser Entscheidung erklärte der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Josef Hecken: „Die Zulassung von Medizinprodukten war aus guten Gründen dem Gesundheitskommissariat unterstellt, um von vornherein Interessenkollisionen zu vermeiden. Medizinproduktezulassungen sind kein geeignetes Feld für industrie- oder wirtschaftspolitische Weichenstellungen – die Patientensicherheit darf nicht zum Spielball wirtschaftlicher Interessen werden. Die Sicherheit von Medizinprodukten darf niemals gegen wirtschafts- oder industriepolitische Erwägungen aufgewogen werden oder gar hinter diesen zurückstehen. Insbesondere dürfen Gewinnerwartungen oder Investitionen der Industrie nicht dazu führen, dass Prüfkriterien und Hürden in irgendeiner Weise abgesenkt oder abgeschwächt werden. Die Wirkmechanismen von Medizinprodukten werden immer komplexer, damit sind große Chancen, aber oft auch hohe Risiken für die Patienten verbunden. Der wirtschaftliche Nutzen für die Hersteller kann dabei kein maßgebliches Kriterium sein. Immerhin haben die massiven Proteste verschiedener gesundheitspolitischer Akteure dazu geführt, dass die Zuständigkeit für die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) im Gesundheitsressort verblieben ist. Damit ist dafür gesorgt, dass Sicherheit, Wirksamkeit und Qualität von Arzneimitteln die alleinigen Prüfkriterien für die Zulassung von Arzneimittelwirkstoffen sind und bleiben.“

www.g-ba.de

Große regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung

Selbst in sehr leistungsstarken Gesundheitssystemen hängt eine angemessene medizinische Versorgung oftmals vom Wohnort ab. In manchen Regionen wird acht Mal häufiger operiert als andernorts – ein Phänomen, das rein medizinisch nicht erklärbar ist. Das belegt eine aktuelle Studie der OECD und der Bertelsmann Stiftung, die insgesamt zehn medizinische Leistungen in 13 Staaten analysiert.

Bei den untersuchten Indikationen werden zwischen den Ländern Unterschiede bis zum Vierfachen deutlich. Innerhalb der Länder reichen die Unterschiede sogar bis zum Sechsfachen, beispielsweise bei den Kaiserschnittraten in Italien. In manchen Städten und Landkreisen werden acht Mal mehr Einwohner an Mandeln operiert als anderswo. Ähnlich große regionale Unterschiede gibt es bei der Entfernung des Blinddarms, der Prostata oder beim Einsetzen eines Defibrillators am Herzen.

„Deutlich besser als bei den in der Studie untersuchten Indikationen sind die Zahlen allerdings im Bereich der Orthopädie und Unfallchirurgie“, sagt Prof. Fritz Uwe Niethard, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU). „Aus dem Versorgungsatlas liegen uns Daten zur Hüft- und Knieendoprothetik, zu Wirbelsäuleneingriffen und zur Arthroskopie vor. Demnach ist der Unterschied zwischen höchster und niedrigster Versorgungsrate bei Gelenkersatzoperation mit dem Zweieinhalbfachen ausgesprochen gering und deutlich niedriger als beispielsweise in Großbritannien, das über ein staatliches Gesundheitssystem verfügt.“ Dies belegt auch der neueste Bericht des AQUA-Qualitätsreports 2013, wonach sich die Indikationssicherheit insbesondere bei diesen Operationen weiterhin verbessert hat.

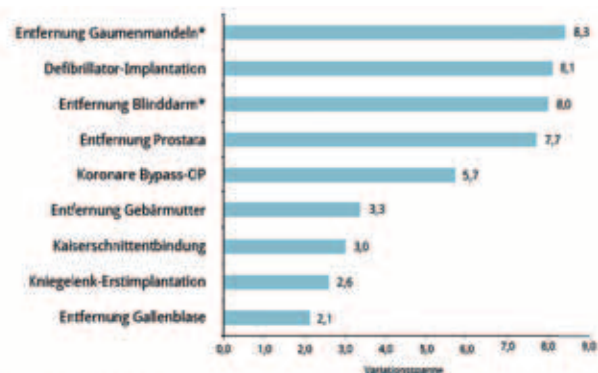
„Deutliche regionale Unterschiede gibt es allerdings bei Wirbelsäuleneingriffen und Gelenkspiegelungen. Die Ursache hierfür kann aber wegen der gleichzeitigen Leistungserbringung in Klinik und Praxis nicht näher belegt werden“, sagt Niethard. Um die jährlichen stationären Versorgungsraten und deren regionale Verteilung vergleichen zu können, hat die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) 2013 gemeinsam mit der DGOU und der AOK mit dem Versorgungsatlas ein System zur Erfassung der häufigsten und wichtigsten orthopädisch-chirurgischen Eingriffe auf den Weg gebracht. Eine auch sektorenübergreifende Dokumentation und Qualitätssicherung ist in Planung.

Miriam Buchmann-Alisch

QUELLEN

OECD-Studie: Geographic Variations in Health Care – What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?

AQUA-Qualitätsreport 2013



Wohnort als Risiko: www.faktencheck-gesundheit.de

Grafik: Bertelsmann-Stiftung

Bundesärztekammer relativiert

Als wenig Aussagekräftig hat der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Frank Ulrich Montgomery, die Ergebnisse von Studien der OECD und der Bertelsmann-Stiftung zu regionalen Unterschieden bei Operationshäufigkeiten bezeichnet.

Untersucht wurde die Häufigkeit bestimmter Operationen in allen 402 deutschen Kreisen und kreisfreien Städten. Analysiert wurden dazu eine Reihe von gängigen Operationsverfahren. Der Studie der Bertelsmann-Stiftung (siehe oben) zufolge weicht beispielsweise die Zahl der Mandelentfernungen in 137 Städten und Gemeinden um mehr als 30 Prozent vom bundesdeutschen Durchschnitt ab. Dies lege die Vermutung nahe, dass die betroffenen Kinder in jeder dritten Stadt und jedem dritten Kreis entweder über- oder unterversorgt würden, so die Autoren. Auch beim Einsatz von künstlichen Kniegelenken, bei Kaiserschnitten und Gebärmutterentfernungen unterscheide sich die Operationshäufigkeit zwischen den Regionen um das Zwei- bis Dreifache. Eine parallel dazu von der OECD vorgestellte Untersuchung kommt für andere Länder wie Frankreich, Spanien oder England zu ähnlichen Ergebnissen. „Wer krank ist oder aus einem anderen Grund medizinische Hilfe braucht, wird nicht überall gleich behandelt“, fasst die Bertelsmann-Studie zusammen. Die regionalen Unterschiede seien ein deutlicher Hinweis darauf, dass die Gesundheitsversorgung nicht immer dem Bedarf der Bevölkerung entspreche. Montgomery betonte: „Die erhobenen Daten geben uns keinen Hinweis auf die Ursachen für mögliche regionale Varianzen. Das hindert die Auftraggeber jedoch nicht daran, sich in Mutmaßungen zu ergen.“ Es helfe nicht weiter, den Ärztekammern und Fachgesellschaften der Presse gegenüber den Schwarzen Peter zuzuschieben. Wenn es Fehlentwicklungen gebe, müsse man den Gründen nachgehen. Das gehe nur mit Versorgungsforschung. „Die BÄK ist hier mit gutem Beispiel vorangegangen und hat mit erheblichen finanziellen Mitteln die Versorgungsforschung in Deutschland angestoßen. Nun ist es an der Zeit, dass sich auch andere Akteure engagieren. Warum nicht auch die Bertelsmann-Stiftung?“, betonte Montgomery.

BÄKground, Oktober 2014

Europäisches Facharztexamen

Auch in diesem Jahr bestand auf dem DKOU wieder die Möglichkeit, das Europäische Facharztexamen „EBSQ-Trauma Surgery“ (European Board Examination Trauma Surgery) abzulegen.

Das „EBSQ-Trauma Surgery“ ist eine internationale Prüfung, die von der Union Européenne des Médecins Spécialistes (U.E.M.S.) durchgeführt wird. Am Freitag der Kongresswoche kamen sieben Ärzte aus Deutschland, den Niederlanden, der Schweiz und Ungarn zusammen, um sich der Prüfung zu stellen. Voraussetzung für die Teilnahme am Europäischen Facharztexamen ist die bestandene Facharztprüfung für Unfallchirurgie oder eine äquivalente Weiterbildung. Die ganztägige Prüfung setzt sich aus einem schriftlichen und einem mündlichen Teil zusammen und wurde von 14 internationalen, vorrangig deutschen Prüfern, unter der Leitung von Professor Hans-Jörg Oestern aus Celle betreut. Das Examen ist derzeit ein „Sign of excellence“ mit dem angestrebten Ziel, dass es den nationalen Examina in Europa gleichgestellt wird bzw. in den Staaten ohne bisherige Examina als nationales Examen anerkannt wird.

(sh)

<http://www.uemssurg.org/>



Das Prüfungsteam (v. re.): Dr. Mahlke, Prof. Hessmann, Prof. Oestern, Prof. Liener, Prof. Hüfner, Prof. Seifert, Prof. Südkamp, Prof. Vecsei, Prof. Burger, Prof. Reschauer, PD Dr. Probst, Prof. Rommens, Prof. Szita, Prof. Zeichen

Sonderforschungsbereich für Traumaforschung bewilligt

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) hat für die Einrichtung eines Sonderforschungsbereichs (SFB) für Traumaforschung an der Universität Ulm über 11,2 Millionen Euro bewilligt – zunächst für vier Jahre. Der auf bis zu zwölf Jahre ausgelegte Trauma-SFB trägt den Titel „Gefahrenantwort, Störfaktoren und regeneratives Potenzial nach akutem Trauma“. In dem gemeinsamen Forschungsvorhaben kooperieren insgesamt 18 Kliniken und Institute aus dem Universitätsklinikum Ulm und der Universität.

(mba)

Glaubwürdigkeit durch Transparenz

Interessenkonflikte müssen in der Vermittlung medizinischer Forschungsergebnisse transparent gemacht werden, um auszuschließen, dass Patienten durch nicht evidenzbasierte Diagnostik und Therapie gefährdet werden.

Über die Transparenz bei Interessenkonflikten bestand Einigkeit auf der Cologne Consensus Conference 2014, die sich am 12. und 13. September mit dem Thema „Management of conflict of interest“ befasst hat. Internationale Experten diskutierten auf Einladung der European Cardiology Section Foundation (ECSF) in Köln zwei Tage ethische Fragen, psychologische und juristische Aspekte sowie Probleme der Praktikabilität rund um die Erfassung und Kommunikation von Interessenkonflikten. Dabei stand die ärztliche Fortbildung im Vordergrund. Interessenkonflikte gehören zwangsläufig zum Arztberuf dazu. Es beginnt schon mit der Tatsache, dass jeder Arzt sich zwar ethisch verpflichtet hat, das Wohl des Patienten an erste Stelle zu setzen, gleichwohl aber auch mit der Medizin seinen Lebensunterhalt verdienen muss. Interessenkonflikte sind auch deswegen so häufig, weil gewinnorientierte Geldgeber (wie etwa die Pharma- oder Medizingeräteindustrie) heute nicht nur in der Forschung, sondern auch in der ärztlichen Fortbildung aktiv sind. Sie entstehen deshalb so leicht, weil sie zumeist Folge des psychologischen Phänomens der Reziprozität sind, einer Art unbewusst ablaufenden „Dankbarkeitsreflexes“.

Glaubwürdigkeit und Vertrauen

„Der Umgang mit Interessenkonflikten ist ein Schlüssel für die Glaubwürdigkeit der ärztlichen Fortbildung“, betonte ECSF-Vorsitzender Prof. Dr. med. Reinhard Griebenow, der zugleich die Akkreditierungsstelle für internationale Fortbildungsangebote in der Kardiologie (European Board for Accreditation in Cardiology, EBAC) berät. Da sich die meisten Interessenkonflikte nicht auflösen ließen, müssten sie zumindest offengelegt werden. Als Konsequenz für die Praxis von Erklärungen von Interessenkonflikten ergibt sich daraus, dass eine Vielzahl unterschiedlicher Geldquellen aktiv abgefragt werden muss. Während etwa renommierte Fachzeitschriften die Publikation eines Artikels davon abhängig machen, dass die Autoren einer Veröffentlichung ihrer Interessenkonflikte (im Artikel selbst oder im Internet) zustimmen, ist dies für den Bereich der Fortbildung bisher nicht im Detail geregelt. Die ausführliche Veröffentlichung könnte auch zu Kollisionen mit bestehenden Datenschutzvorschriften führen. Bei allen Differenzen im Detail zeigte sich dabei eine große grundsätzliche Übereinstimmung in Konzept und Praxis bei der Dokumentation und Publikation von Interessenkonflikten. Allerdings waren sich die Konferenzteilnehmer auch einig, dass Handlungsbedarf hinsichtlich aktuell noch vorhandener bedeutsamer „weißer Flecken“ besteht, so etwa bei der Erfassung nicht-finanzieller Interessen.

Monitor Versorgungsforschung

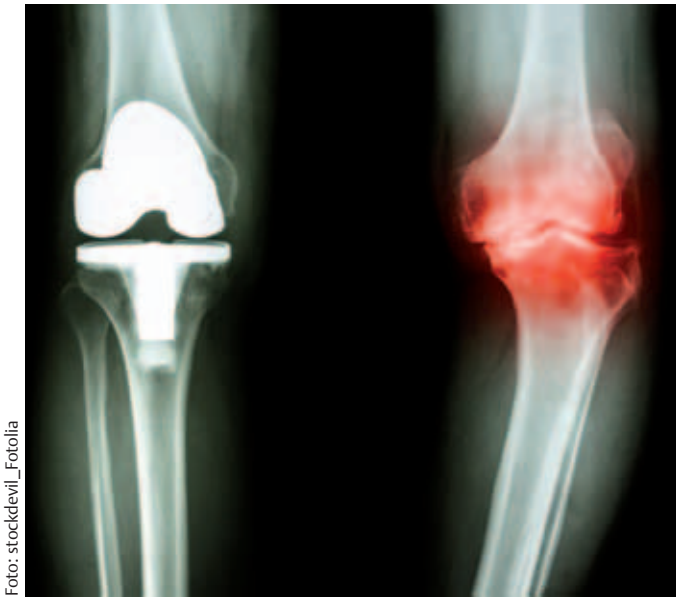


Foto: stockdevil_Fotolia

BSG bestätigt Mindestmenge für Knie-TEP

Das Bundessozialgericht (BSG) hat die Auffassung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) bestätigt, dass Knie-TEP (Kniegelenk-Totalendoprothesen) planbare Leistungen sind, deren Ergebnisqualität in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängt.

Dies sei rechtmäßig und hinreichend mit wissenschaftlichen Belegen untermauert – so das Gericht in seinem Urteil, mit dem die Sprungrevision einer klagenden Krankenhausträgerin zurückgewiesen wurde (AZ: BSG B 1 KR 33 / 13 R). Die Einschätzung des G-BA sei vertretbar, dass eine Mindestmenge von 50 Knie-TEP im Kalenderjahr pro Betriebsstätte die Güte der Versorgung fördert. Nach dem allgemein anerkannten Stand medizinischer Erkenntnisse sei eine fortlaufende Befassung des gesamten Behandlungsteams mit Knie-TEP für eine qualitativ hinreichende Behandlungspraxis erforderlich.

Dazu erklärte der unparteiische Vorsitzende des G-BA, Josef Hecken: „Damit ist die Auffassung des G-BA zur Mindestmenge für die Knie-TEP in vollem Umfang und höchststrichlerlich bestätigt. Das Urteil schafft für den weiteren Umgang mit dem Qualitätssicherungsinstrument der Mindestmenge die erhoffte Rechtsklarheit. Damit haben wir die Basis, dass Mindestmengen auch künftig fester Bestandteil der Qualitätssicherung und der gezielten Steuerung von Krankenhausbehandlungen bleiben.“

Qualitätssicherung

Das LSG Berlin-Brandenburg hatte im August 2011 zunächst der Klage einer Klinik gegen die Mindestmenge bei Knie-TEP stattgegeben (AZ: L 7 KA 77/08 KL). Daraufhin hatte der G-BA

Revision beim BSG eingelegt und bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache die Anwendung der seit dem 1. Januar 2006 geltenden Regelung ausgesetzt. Der Beschluss zur Aussetzung ist unabhängig von der jüngsten BSG-Entscheidung nach wie vor gültig, die Aussetzung der Anwendung dieser Mindestmenge wird aber alsbald formal aufgehoben, so dass dann die Mindestmenge von 50 wieder verbindlich wird. Der G-BA ist durch den Gesetzgeber beauftragt, Maßnahmen der Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern zu beschließen (§ 137 SGB V). Dazu zählt auch ein Katalog planbarer Leistungen, bei denen die Qualität des Behandlungsergebnisses in besonderem Maße von der Menge der erbrachten Leistungen abhängig ist. Für diese Leistungen sollen nach dem Willen des Gesetzgebers sogenannte Mindestmengen festgelegt werden.

G-BA Oktober 2014

Nationales Gesundheitsziel: Patientensicherheit

Der Kooperationsverbund gesundheitsziele.de hat die Patientensicherheit als neues nationales Gesundheitsziel ausgewählt.

Unter Leitung von Dr. Günther Jonitz, dem Mitbegründer des Aktionsbündnis Patientensicherheit und Präsidenten der Ärztekammer Berlin, beginnt eine Arbeitsgruppe im Herbst mit der Ausformulierung der Ziele. „In Europa gehört Deutschland zu den Vorreitern, was die Beschäftigung mit dem Thema Patientensicherheit betrifft. Bereits jetzt arbeiten Ärzte, Patientenverbände, Krankenkassen und Krankenhäuser intensiv zusammen“, erklärte Jonitz anlässlich der Einsetzung der Arbeitsgruppe. Das neue Gesundheitsziel biete nun die Möglichkeit, „in einem strukturierten und partizipativen Dialog mit allen Akteuren Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland zu erarbeiten“, betonte Dr. Rainer Hess, der Ausschussvorsitzende von gesundheitsziele.de. Er erhoffe sich eine Verbesserung der Patientenversorgung und eine anhaltende Sensibilisierung für das Thema. Im Kooperationsverbund gesundheitsziele.de engagieren sich seit 14 Jahren mehr als 120 Organisationen aus Politik, Selbstverwaltung, Patientenorganisationen und Wissenschaft. Seit dem Jahr 2000 hat der Kooperationsverbund Gesundheitsziele zu den Themen Diabetes, Brustkrebs, Tabakkonsum, gesund aufwachsen, Gesundheitskompetenz, Patientensouveränität, depressive Erkrankungen und gesund älter entwickelt. Ob ein Ziel sich eignet, entscheiden die Kooperationspartner anhand von Kriterien wie der Mortalität, der Verbreitung der Krankheit oder der volkswirtschaftlichen Relevanz. Um die Ziele zu erreichen, formulieren die Beteiligten Empfehlungen und Maßnahmenkataloge. Alle Beteiligten verpflichten sich, diese in ihrem Verantwortungsbereich umzusetzen.

Die Arbeitsergebnisse des Kooperationsverbunds stehen zur Verfügung unter www.gesundheitsziele.de.

Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung

(GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG)

Muskulo-skelettale Erkrankungen sind für einen Großteil der Kosten im Gesundheitssystem verantwortlich. Der demographische Wandel und der Lebenswandel der Gesellschaft (z. B. Adipositas) werden den Anteil dieser Erkrankungen an den Gesamtkosten weiter erhöhen. Neben einer hochwertigen operativen Versorgung ist insbesondere eine wohnortnahe konservative Versorgung von Patienten mit Erkrankungen, Behinderungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen des muskulo-skelettalen Systems essentiell.

Der vorliegende Gesetzesentwurf wird dieser Problematik nicht gerecht, ganz im Gegenteil, er kann dazu führen, dass die Behandlung der Patienten in Deutschland mit den genannten Gesundheitsschäden sich signifikant verschlechtert. Aus Sicht des Berufsverbandes (BVOU) und der Fachgesellschaft (DGOU) der Ärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie ergeben sich deswegen folgende Kritikpunkte am genannten Gesetz:

1. Frist für Terminvergabe (hier: § 75 Inhalt und Umfang der Sicherstellung, Absatz 1a und b)

Kernproblem

Terminmanagement ändert nichts an den grundlegenden Problemen, vor der Fachärzte in der Versorgung stehen – man muss dabei nicht einmal nur auf die wirtschaftliche Situation abheben:

- Termintreue des Patienten.
- Ein freies Terminmanagement ist auch Behandlungsmanagement: Frühe Termine für Erstdiagnosen und gestaffelt spätere für Kontrollfälle.
- Der Termin bei „irgendeinem Arzt“ verdrängt den bewährten „Termin bei meinem Arzt“ – die Arzt-Patientenbindung würde gelöst.
- Die freie Arztwahl und der Gang zum Wunscharzt wird ignoriert.
- Probleme in der Terminvergabe haben ihre Ursache weniger in einer mangelnden Behandlungskapazität des jeweiligen Arztes. Die Budgetierung setzt hier häufig Grenzen.

Hauptkritikpunkt

Aufgabe des Facharztstatus bei der Terminvergabe: „Die Behandlung im Kran-

kenhaus hat nicht zwingend durch Ärztinnen und Ärzte mit einer bereits abgeschlossenen Facharztweiterbildung zu erfolgen. Es gelten vielmehr die für die Behandlung im Krankenhaus geltenden Grundsätze, d. h. es gilt der Facharztstandard.“ Daraus folgt: Wie wird sich dies auf die Qualität auswirken? Wird dies einen Qualitätsabbau in der ambulanten Versorgung zur Folge haben? Zumal gerade auch ein „Qualitäts-Institut“ gegründet werden soll.

2. Sektionierung im KV-System (hier: § 79 Organe, Absatz 3a)

Kernproblem

Die Sektionierung soll einerseits überwunden werden; andererseits wird sie zwischen Haus- und Fachärzten eingeführt.

Hauptkritikpunkte

- Leistet einer Entsolidarisierung Vor-schub – was durch den Gesetzgeber, aber auch durch die Versorgungsrealität (z. B. Selektivverträge mit Haus- und Fachärzten) angestoßen wird, wird so aufs Spiel gesetzt.
- Verfassungsrechtliche Bedenken.
- Eingriff während einer laufenden Legislaturperiode eines demokratisch gewählten Gremiums.
- Votum gegen die Sektionierung durch KBV, BÄK und 59 (Berufs)Verbände.

Unterpunkt: Fachausschüsse (hier: § 79c Beratender Fachausschuss für hausärztliche Versorgung; weitere beratende Fachausschüsse)

Kernproblem

Einrichtung eines dritten Ausschusses für angestellte Ärztinnen und Ärzte.

Eine dritte Ebene in Form eines Beratenden Fachausschusses wird eingezogen, der

- als Angestellter mit den Praxisinhabern (ggf. gleich Arbeitgebern) in Interessenkonflikt stehen könnte.
- Zwei unterschiedliche Prinzipien mit diametral entgegengesetzten Interessen: hier freiberuflich/selbständig, da angestellt/abhängig beschäftigt.
- Es wird erwartet, dass die Angestellten sich hier weniger engagieren, als (krankenhausnahe) Verbände, so dass eine weitere Reibungsfläche innerhalb des KV-Systems entstehen könnte.

3. Praxisnetze (hier: § 87b Vergütung der Ärzte (Honorarverteilung), Absatz 2)

Gut ist generell, zertifizierte Netze nun verpflichtend zu fördern.

Hauptkritikpunkt

Dies wird konterkariert durch den Ansatz, die Förderung aus der MGV zu bestreiten (morbidityorientierte Gesamtvergütung):

- Weitere Aushöhlung der MGV

Verteilungskämpfe zwischen Ärzten, die an Netzen teilnehmen und solchen, die nicht teilnehmen. Eine gute Versorgungsebene wird so unnötig geschwächt.

4. Medizinische Versorgungszentren (hier: § 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, Absatz 1)

Hauptkritikpunkt

Wettbewerbsverzerrung durch MVZ-Gründung durch Kommunen – dies auch in normalversorgten Gebieten, die über andere finanzielle Fördermöglichkeiten (trotz angespannter Haushaltslage) ver-

fügen. Ein klarer Wettbewerbsnachteil für freiberufliche (Fach-)Ärzte.

5. Ambulante Spezialärztliche Versorgung (ASV) (hier: § 116b Ambulante spezialfachärztliche Versorgung, insbesondere Abs. 8)

Kernproblem

Statt „gleichlange Spieße“ der ambulanten und stationären Ebene, sehen die Niedergelassenen eine einseitige Stärkung des stationären Sektors.

Hauptkritikpunkt

- Bestandschutz für Kliniken, die vor dem 31.12.2011 bereits eine Genehmigung für die Leistungserbringung nach § 116b haben. (Ursprünglich war im Gesetz vorgesehen, dass die generelle Genehmigung für die Leistungen erlischt, die in der ASV umgesetzt werden.)
- Öffnung der Hochschulambulanzen (unabhängig von der ASV) mit der Folge einer parallelen Versorgungsebene.
- So wird das Versprechen eines gleichen Zugangs für alle Sektoren zur ASV nicht umgesetzt.

6. Sektionierung im KV-System (hier: § 79 Organe, Absatz 3a)

Kernproblem

Die Sektionierung soll einerseits überwunden werden; andererseits wird sie zwischen Haus- und Fachärzten eingeführt.

Hauptkritikpunkte

- Leistet einer Entsolidarisierung Vorschub – was durch den Gesetzgeber, aber auch durch die Versorgungsrealität (z. B. Selektivverträge mit Haus- und Fachärzten) angestoßen wird, wird so aufs Spiel gesetzt.
- Verfassungsrechtliche Bedenken.
- Eingriff während einer laufenden Legislaturperiode eines demokratisch gewählten Gremiums.
- Votum gegen die Sektionierung durch KBV, BÄK und 59 (Berufs-)Verbände.

Unterpunkt: Fachausschüsse (hier: § 79c Beratender Fachausschuss für hausärztliche Versorgung; weitere beratende Fachausschüsse)

Kernproblem

Einrichtung eines dritten Ausschusses für angestellte Ärztinnen und Ärzte
Eine dritte Ebene in Form eines Beratenden Fachausschusses wird eingelegt, der

- als Angestellte, die mit den Praxisinhabern (ggf. gleich Arbeitgebern) in Interessenkonflikt stehen könnte.
- Zwei unterschiedliche Prinzipien mit diametral entgegengesetzten Interessen: hier freiberuflich / selbständig, da angestellt / abhängig beschäftigt.
- Es wird erwartet, dass die Angestellten sich hier weniger engagieren, als (Krankenhausnahe) Verbände, so dass eine weitere Reibungsfläche innerhalb des KV-Systems entstehen könnte.

7. Aufkaufen von Arztsitzen

Kernproblem

Die Grenze eines Versorgungsgrades ab 110 Prozent, ab der Sitze aufgekauft werden sollen, ist reine Statistik und spiegelt nicht die Versorgungswirklichkeit wider.

- Die Bedeutung der Praxen in „überversorgten Gebieten“ für die Versorgung des angrenzenden Umlandes wird unterschätzt.
- (Aktuell Dr. med. Norbert Metke, Vors. KV BaWü, auf dem DKOU: die Praxen werden künftig einen Patientenanstieg (u. a. Demographie) zu bewältigen haben, gleichzeitig sollten sie statt auf Menge auf Qualität setzen, d. h., nicht nur Patienten durchschleusen, sondern eine wertige Facharztmedizin anbieten, denn das „Mehr“ an Versorgung bekommen sie ohnehin nicht bezahlt. In dieser Konstellation die Zahl der Praxen zu reduzieren, das Versorgungsnetz auszudünnen, weist in eine falsche Richtung, da der Druck auf die Praxen weitersteigen würde).

Hauptkritikpunkt

Wie wirtschaftlich zuverlässig ist die Niederlassung dann eigentlich noch? Die Investitionsbereitschaft der jetzigen Praxisinhaber wird sinken und die Bereitschaft von jungen Medizinerinnen in die Praxis zu gehen ebenso. Das Eigentum wird nicht mehr ausreichend durch den Gesetzgeber geschützt.

8. Stellung der Facharztmedizin

Kernproblem

Im vorgelegten Gesetzentwurf wird die Zielsetzung des Koalitionsvertrages – „Darüber hinaus soll die fachärztliche Versorgung gestärkt werden.“ – ignoriert. Der Gesetzgeber muss die ambulante Versorgung aus Haus- und Fachärzten gemeinsam

im Blick haben. Einseitigkeiten gehen zu Lasten einer effizienten Patientenversorgung. Der Gesetzesentwurf schwächt die fachärztliche ambulante Medizin und dünnt sie aus.

Die Terminvergabe für Facharzttermine ist „erwartet inakzeptabel bei gedeckelter Vergütung. Absurd ist außerdem, dass Facharztsitze stillgelegt werden, gleichzeitig aber Wartezeiten abgebaut werden sollen und ein größerer Durchlauf von Patienten in den Facharztpraxen gefordert und bei Nichterfüllung sanktioniert wird.“

Hauptkritikpunkt

Die Förderung der Weiterbildung in der Niederlassung – beim Haus- und Facharzt – fehlt. Dies trägt nicht der Entwicklung Rechnung, dass wesentliche Inhalte der Weiterbildung nur noch im niedergelassenen (fachärztlichen) Bereich vollzogen werden können.

Hinweis zu § 73a und c

Die § 73a (Strukturverträge) und c (Besondere ambulante ärztliche Versorgung) sind aufgehoben und unter § 140a zusammengefasst (dieser heißt bislang „Integrierte Versorgung“ und soll künftig „Besondere Versorgung“ heißen). Der Arbeitsentwurf sieht vor, einige Inhalte des § 73c in den § 140a zu übernehmen. Das ist aber unzureichend und außerdem missverständlich formuliert. Die bestehenden Probleme bei der Bereinigung bleiben ebenfalls ungelöst.



Dr. Johannes
Flechtenmacher,
Präsident BVOU



Prof. Dr.
Fritz Uwe Niethard,
Generalsekretär DGOOC



Prof. Dr.
Reinhard Hoffmann,
Generalsekretär DGU

Rezepte für die Zukunft: Günstige Rahmenbedingungen nutzen

Auf dem DKOU machten zwei Redner sich Gedanken, wie es in Zukunft in der Niederlassung weitergehen könnte: Dr. med. Norbert Metke, KV-Vorsitzender Baden-Württemberg, und Dr. Andreas Köhler, ehemaliger Vorstandsvorsitzender der KBV und jetziger Ehrenpräsident des Spitzenverbandes Fachärzte Deutschlands (SpiFa).

Die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen – allen voran nach Leistungen der OU – wird steigen: um acht bis zehn Prozent. Andreas Köhler stellte eine zweite Zahl heraus: Im Jahr 2020 werden 70 Prozent des Behandlungsbedarfs von niedergelassenen Fachärzten abgearbeitet. Die Frage stellt sich nur: Wie kann dies angemessen bezahlt werden?

Die Zeiten der Überschüsse seien vorbei: Dafür würden die Finanzreform mit der Einführung der Zusatzbeiträge und die Zementierung der Beitragssätze sorgen. Die Politik wird jetzt, so der Vertreter des SpiFa, immer auf die kassenindividuellen Zusatzbeiträge verweisen. Das führe dazu, dass niemand auf Seiten der Kassen die Sätze über 0,9 Prozent anheben werde: „Das ist die heimliche Einführung des Globalbudgets. Die Zuwächse werden entlang der Morbidität und der Preisentwicklung weiterentwickelt werden, aber große Zusatzvolumina wird es nicht geben“, so Andreas Köhler.

Der Ansatzpunkt für die Fachärzte ist, so paradox dies klingen mag, die Krankenhausreform: Wenn Zusatzgelder ins System fließen, dann an die Schnittstelle stationär – ambulant. „Die Fachärzte brauchen den Mut, stärker die Verschränkungen mit der stationären Ebene zu nutzen – über die Ambulante Spezialärztliche Versorgung.“ Die ASV bietet feste Preise ohne Budget. Wenn es zu einer Öffnung der Krankenhäuser kommt, nutzt man das ASV Konstrukt, um einen Sektor übergreifenden Wettbewerb zu gestalten. Darin liege die Chance für die Fachärzte.

Gesonderte Verträge mit Krankenkassen

Einen ähnlich lautenden Appell wie Andreas Köhler legte der KV-Vorsitzende von Baden-Württemberg und Orthopäde/Unfallchirurg, Dr. med. Norbert Metke, vor:

Wenn sich die Fachärzte nicht bewegen und flexibel zeigen, kommt es zu einer ernstesten Bestandsgefährdung. Denn eine Strukturreform im Gesundheitswesen wird kommen, gab sich Norbert Metke überzeugt. Die Rahmendaten würden dies nahelegen: bis zu 20 Millionen weniger Erwerbstätige, drohende GKV-Beitragssätze von 35 Prozent und veränderte Arbeitszeitziele: ein Arzt muss künftig im Schnitt durch zwei ersetzt werden. „Wir brauchen überdies für den Patienten mehr und nicht weniger Zeit, weil die Differentialdiagnostik und medikamentöse Therapie immer komplexer werden. Mit den gegenwärtigen Strukturen können wir bereits heute schon nicht mehr die Versorgung der nächsten 20 bis 30 Jahre aufrechterhalten“, führte der KV-Vorsitzende aus.

In Baden-Württemberg sind z.B. 540 Hausarztsitze frei; in den nächsten Jahren wachse die Zahl um weitere 500 – also 1.000 Hausarztsitze, die nicht besetzt sind; ein Hausarzt versorgt rund 1.000 Fälle: „Da kann man schnell hochrechnen, was dies ausmacht an Nicht- bzw. Mehrversorgungsbedarf“, stellte Norbert Metke fest.

Stichwort Patientensteuerung

Die Situation in der OU: Kontinuierlich steigende Fallzahlen – ein rasantes Mengenwachstum mit der Folge: Patienten würden durchgeschleust. Wie sollen die kommenden Mengen versorgt werden? Etwa durch mehr Technikeinsatz? Der Kernspin ersetze nochmaliges Wiedereinbestellen, spitzte Norbert Metke gewohnt zu. 1,2 Millionen Patienten werden in Baden-Württemberg zu Ermächtigten geschickt. Warum? Weil die OU keine Zeit mehr haben. Die Krankenhäuser versorgen während der Praxisöffnungszeiten 700.000 fachärztliche Notfälle. 2 Millionen Patienten in Baden-

Württemberg würden im Krankenhaus landen, „weil wir keine Zeit mehr haben.“ Seine Lösung: Patientensteuerung – und dies ist auch bereits in eine Vertragslösung gegossen: der Vertrag der Orthopäden/Unfallchirurgen mit der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK, den der BVOU und Medi in Baden-Württemberg ausgehandelt haben.

16 Prozent der OU-Leistungen werden in Baden-Württemberg nicht mehr bezahlt: Mittels einer intelligenten Patientensteuerung könnten sich die OU über jeden freuen, der nicht oder nicht mehr so oft komme. Norbert Metke: „Wir brauchen eine Patientensteuerung, um angesichts der steigenden Versorgungsnachfrage trotzdem oder wieder mehr Zeit für den einzelnen Patienten zu haben.“

Joachim Stier, freier Journalist, Berlin

MITVERSORGERFUNKTION

Die Mitversorgerfunktion der fachärztlichen Praxen in den Ballungsräumen liegt zwischen 40 und 50 Prozent für verdichtete bzw. ländliche Räume, erläuterte SpiFa Ehrenvorsitzender Andreas Köhler.

WILDWUCHS

In Baden-Württemberg werden, so KV-Chef Norbert Metke, zehn Prozent des gesamten orthopädischen Honorars für die Akkupunktur beim unspezifischen Rückenschmerz bei null Evidenz gezahlt. 21 Millionen Fangopackungen würden bei null Evidenz verordnet. Krankengymnastik habe eine Evidenz, aber nicht in der Menge, in der sie verschrieben werde. Erstaunlich, so Norbert Metke: Kassen lehnen einen alternativen Leistungskatalog ab mit dem Hinweis: „Was würden unsere Versicherten sagen?“

DKOU 2014: HONORARPOLITIK

EBM – ein Fach, ein Kapitel für OU

Als Einstieg zu den Ausführungen über die aktuelle Honorarpolitik räumte der KBV-Chef Andreas Gassen mit einem gängigen Vorurteil auf: Bei den in jedem Herbst stattfindenden Verhandlungen zwischen Kassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) geht es nicht um das Honorar, was aber der Name „Honorarverhandlungen“ suggeriere, sondern es geht um Preisanpassungen.

„Grundlegende Verwerfungen lassen sich hier nicht korrigieren“, unterstrich Andreas Gassen. In jedem Jahr bilden zwei Zahlen – zusammengefasst unter Morbiditätsrate – den Kern der Gespräche, deren Wert in diesem Jahr niedrig ausfiel: die Demographie bezogene Rate lag bei 0,3 und Diagnose bezogene Rate bei 0,5 Prozent – „das ist historisch niedrig“, so Andreas Gassen. Wie kommt dies?

EBM – EIN FACH, EIN KAPITEL

Andreas Gassen warnte davor, im neuen EBM ein eigenes Delegationskapitel einzuführen. „Das ist keine gute Idee, denn die Gefahr wächst, dass diese Kapitel von den Kassen substituierend ausgelgliedert werden – dann ist dies für die MGV verloren.“

Unter folgenden Aspekten wird an der EBM Struktur gearbeitet:

- Kalkulatorisches Arztgehalt überprüfen
- Zeitsätze überprüfen
- Studie zur Produktivität
- Intensiver Austausch mit den Berufsverbänden
- Gespräche mit dem Bewertungsausschuss über die Fixkosten

WERBEN UM OU-NACHWUCHS

- Niederlassungsanreize intensivieren
- Für Grundversorger: Pauschalen und Einzelleistungen
- Versorgungsstrukturen flexibilisieren – Praxen als Unternehmen
- Attraktivität der Niederlassung muss mindestens konkurrenzfähig sein zum Krankenhaus
- Weniger in Sektoren denken: Die Ambulante Spezialärztliche Versorgung ist das Testfeld
- Gesundheitsberufe einbinden, aber in Delegation und nicht in Substitution

Zwar werden die Menschen hierzulande tendenziell älter und kränker – aber es gebe einen Sättigungseffekt: „Wenn die Codierung vollständig ist, dann gibt es keine Zuwächse mehr. Die Bevölkerung altert, aber nicht jedes Jahr exponentiell schneller. Es ist ein Sockel erreicht“, schildert der KBV Vorstandsvorsitzende die Ausgangslage. Frühere Morbiditätsraten wurden durch heftige Grippewellen und Frakturen infolge kalter Winter getrieben. Das Ausbleiben dieser Faktoren wirke sich auf die ‚Morbi‘rate aus. „Es stellt sich die Frage, ob sie noch ein geeigneter Parameter ist, um Morbiditätssteigerung und -verdichtungen abzubilden“, erläutert Andreas Gassen.

Kalkulatorischer Arztlohn

Der Orientierungspunktwert wurde in Höhe von 1,4 Prozent abgeschlossen. Wichtig ist die zwischen KBV und Kassen vereinbarte Protokollnotiz zum kalkulatorischen Arztlohn. Es sei allen Teilnehmern der Verhandlungsrunde klageworden, dass das nicht angepasste kalkulatorische Arztgehalt einer der grundlegenden Probleme im EBM ist. Die tariflichen Steigerungen wurden zwar berücksichtigt, aber eine grundsätzliche Anpassung habe nicht stattgefunden. Die Protokollnotiz hält auch eine Ergebnisoffenheit bezüglich der Kostenneutralität fest. Derzeit liegt der kalkulatorische Arztlohn bei 105.00 Euro; Ziel sind 133.00 Euro. Die Leistungen für die fachärztliche Grundversorgung wurden um 132 Millionen Euro aufgestockt (Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung – PFG).

*Joachim Stier, freier Journalist,
Berlin*



Fotos: Starface

Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, mit Prof. Dr. Hartmut Siebert, Prof. Dr. Bernd Kladny und mit seiner Gattin.

ABSCHIED PROF. NIETHARD

Mit FUN ist es noch nicht vorbei

Über 12 Jahre erfolgreich und unumstritten als Generalsekretär einer „vereinsreichen“ DGOOC und mehrere Jahre als Generalsekretär der DGOU – Interessenvertretung eines jungen Faches in der Selbstfindung. Das alleine erfordert mehr als Respekt: Bewunderung! Prof. Hartmut Siebert schließen sich viele Mitstreiter an.

„Dem Manne, der die Geige baut, dankt alleine der Klang!“

Ein trefflicher Satz des von Dir sehr verehrten Friedrich des Großen – dem Alten Fritz. Ich wünsche mir, dass Du weiterhin die „Ohren spitzt“, um den „guten“ Klang der DGOU wahrzunehmen. Waren bei der Gründung der DGOU 2008 überwiegend Bedenken und Skepsis Taufpaten, zweifelt wohl heute keiner mehr an der damals richtigen Entscheidung. Das Fach benötigt eine starke, in der Zielsetzung kompromisslose, in der Erreichung der Ziele kompromissbereite Vertretung, die die vielfältige Gestaltungsmacht des Faches für eine bestmögliche, den Interessen des Patienten dienende und fördernde Versorgung und Fürsorge in die tagtägliche Praxis umsetzt.

Ohne Deine Beharrlichkeit, Überzeugungskunst, Vorbildfunktion und sichtbares persönliches Ringen, ohne Dein Vor-, Um-, Mit- und Nachdenken und ohne Deine zugewandte, angenehme und fröhliche

Art des Miteinander-Umgehens hätte die DGOU nicht all die in den letzten Jahren umgesetzte Forschung, Klinik und Praxis unterstützenden Projekten so rasch und erfolgreich verwirklichen können.

Du hast „Klare Kante“, wenn erforderlich, gezeigt und diese mit Fakten hinterlegt – siehe Versorgungsatlas, Leistungsmengen-Diskussion. Andererseits hast Du auch deutlich Defizite und manche Schönfärberei innerhalb unseres Faches und der Gesellschaft, aber auch in der Gesundheitspolitik benannt. Feindbilder gibt es für Dich keine, vielmehr war Dein Motto: „Alle mitnehmen“ und Du wolltest sie vom Mehrwert ihrer Mitwirkung überzeugen, sowohl innerhalb unserer Fachgesellschaften als auch im Haifischbecken unserer „Gesundheitswelt“. Teamarbeit statt Kungelei, den Wettbewerb nicht scheuend, überzeugbar und mit viel Empathie die gemeinsam formulier-

ten Ziele verfolgend, so haben wir Dich in all den Jahren kennen und sehr schätzen gelernt. Unsere Nachfolger erben ein erfolgreiches und tolles Team, brauchbare Strukturen, engagierte Mitglieder und einige große Herausforderungen.

Lieber Fritz, wir alle danken Dir und werden Dich vermissen, ich danke Dir herzlich für Freundschaft, Verlässlichkeit, Offenheit und Nachsicht meinem Laster gegenüber.

Hartmut



Prof. Dr. Hartmut Siebert, ehemaliger langjähriger Generalsekretär von DGU und DGOU

Erfolge von O & U tragen Deine Handschrift

In der großen, weiten Welt ist der Generalsekretär eine verbreitete Bezeichnung für eine Führungsposition in einer Organisation. Obwohl er protokollarisch unterhalb eines Präsidenten oder Vorsitzen den angesiedelt ist, kennen wir große Generalsekretäre, denen man davon völlig unabhängig einige wirklich bedeutende Entwicklungen dieser Welt zuschreiben kann. Ich denke, dass Du Dich perfekt in die Reihe der Generalsekretäre einreihst, die den präsidialen Charakter ihrer Organisationen aufrecht erhalten haben, aber ihr geballtes Wissen, politisches Geschick

und Erfahrung kontinuierlich einsetzten und damit den Erfolg erst garantierten. Obwohl primär getragen von engagierten Kollegen, ist unübersehbar, dass alle wesentlichen Erfolge von Orthopädie und Unfallchirurgie in der letzten Dekade vor allem auch Deine Handschrift tragen. Dazu gehören die Einigung des Faches, unser Engagement in der Positionierung des Faches und unsere Qualitätsinitiativen. Auf die Frage, was Dich am Job des Generalsekretärs so motiviere, hast Du mir einmal gesagt: „weil man gestalten kann“. Herzlichen Dank von einem, der

von Deiner Erfahrung maximal profitieren konnte.

Dein
Henning Windhagen



Prof. Dr. Henning Windhagen, Präsident DGOOC, DGOU

„Willst Du einen Freund gewinnen, sei selber einer.“ (Sir Herbert Luis Samuel (1870-1963))

Lieber Fritz, wir kennen uns sehr gut aus gemeinsamen Tätigkeiten in verschiedenen Gremien unserer Fachgesellschaften. Als „Jüngerem“ hast Du mir immer mit fundiertem Wissen, Tipps (...und Tricks!) geholfen und warst stets gradlinig, verlässlich, klar und bestimmt in Deinem Denken und Handeln. Dafür mein herzlicher Dank! Kein Taktieren, kein „Rummeiern“, sondern stets „klare Kante“. Und dies alles gehaltvoll, völlig unprätentiös und immer sach- und lösungsorientiert. Man weiß, woran man ist. Freundschaftlich. Und Deine Agenda, Deine Mission – glasklar: sie heißt O&U! „Was er ist und was er war, das wird uns erst zum Abschied klar...“ – das ist bei Dir ganz natürlich völlig anders. O&U weiß, was es an Dir hatte und zum Glück auch weiterhin haben wird. Denn Du bleibst ja bei einigen Projekten mit langjährigem „Tiefgang“ weiter an Bord und hilfst Deinen Nachfolgern auch so, den Übergang im Generalsekretariat für O&U effektiv

zu gestalten. In mir hast Du einen Freund gewonnen, weil Du selber einer bist!

Dein Reinhard



Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Generalsekretär DGU, stellvertr. Generalsekretär DGOU

Mehr wollen zu können und weniger müssen zu müssen

Lieber Fritz, dankbar darf ich auf sehr bereichernde Jahre der gemeinsamen intensiven Arbeit zurückblicken, in denen ich viel von Dir gelernt habe. Nicht abzusehen war, dass sich daraus auch einmal eine Freundschaft entwickelt, die mir sehr viel bedeutet. Verabschieden muss und werde ich mich nicht von Dir, da wir auch weiter einen intensiven Kontakt pflegen werden. Mit Dir verlässt einer der ganz Großen der Deutschen Orthopädie und Unfallchirurgie die Vorstandsbühnen unserer Fach-

gesellschaften, deren Entwicklung Du mit enormem Engagement und strategischem Geschick maßgeblich geprägt hast. Da sind Dir alle zu großem Dank verpflichtet. Ich wünsche Dir, losgelöst von den vielen Verpflichtungen, alles nur erdenklich Gute und vor allem viel Gesundheit und Zeit für Deine Familie, insbesondere für Deine geschätzte Frau Angela. Möge der Wunsch des ehemaligen Regierungssprechers Hans „Johnny“ Klein: „Ich hoffe, im Neuen Jahr wieder mehr wollen zu kön-

nen und weniger müssen zu müssen“ für Dich in Erfüllung gehen.

Dein Bernd



Prof. Dr. Bernd Kladny, ab 2015 Generalsekretär DGOU, DGOOC

Die Erde mit Abstand betrachten – als Astronaut

Lieber Fritz, seit 9 Jahren sitzen wir nun bereits im Vorstand des BVO und BVOU zusammen und genau so lange darf ich mich mit Dir als Schriftleiter abstimmen. Wir haben in diesem Zeitraum die spannende Vereinigung der Orthopädie und Unfallchirurgie gemeinsam begleiten und partiell beeinflussen dürfen und genau so auch die Annäherung, Entfernung und erneute Annäherung des Berufsverbandes und der wissenschaftlichen Gesellschaften. In unserer ersten gemeinsamen Ausgabe der Orthopädischen Mitteilungen wurden wir alle gebeten, einen zum Teil sehr persönlichen Fragebogen auszufüllen. Schon damals hast Du jungen Kollegen empfohlen, Orthopäde zu werden, weil „es der facet-

tenreichste ärztliche Beruf ist, der von der orthopädischen Chirurgie bis zur orthopädischen Psychosomatik die gesamte Breite menschlicher Lebensäußerungen wiedergibt und damit einfach der schönste Beruf ist.“ Und diese Begeisterung hast Du gelebt und weitergegeben! Du wolltest unter keinen Umständen „in der Haut eines Chamäleons stecken, weil es ständig die Farbe wechselt.“ Das musstest Du auch nicht, denn Du hattest klare Vorstellungen und für die hast Du Dich positioniert. Sie waren nicht immer deckungsgleich mit meinen Vorstellungen, aber man konnte und kann mit Dir auch trefflich – und fair – streiten. Vielen Dank für die gemeinsamen Jahre, für viele kleinere und größere Kämpfe für das

Fach und ein gemeinsames Ziel – ich habe durch die Zusammenarbeit mit Dir viel lernen können. In dem erwähnten Fragebogen hattest Du angegeben, dass Du Dir wünschst „eines Tages mit einem Astronauten für vier Wochen zu tauschen, um die kleine Welt aus großer Entfernung betrachten zu können.“ Vielleicht wird das ja nun etwas.

Alles Gute – Dein Karsten



Prof. Karsten Dreinhöfer, 1. Vizepräsident BVOU

„Mach uns den Niethard“

Lieber Fritz, Gruß und Dank vom gemeinsamen „Mutterschiff“, der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg (seinerzeit noch „Die Stiftung“) darf nicht fehlen. In Deinen Jahren als leitender Oberarzt und stellvertretender Klinikdirektor unter Horst Cotta hast Du diese Klinik in beinahe schon legendärer Weise mitgeprägt: „Ich mache Ihnen den Niethard“ versprach mir ein für diese Leitungsposition vorgesehener aufstrebender Kollege, der Dich kannte. Das war zu viel versprochen. Er war gut, aber

das soll niemand versprechen. Das geht nämlich nicht. Mit demselben Profil hast Du auch das berufspolitische Umfeld zunächst von O, später von O&U als Generalsekretär geprägt, und niemand wird versuchen, uns „den zweiten Niethard“ zu machen. Es gibt nur das Original. Für Klinik und Fachgesellschaft war das und bleibt das ein Segen. Und nun? Es gilt wie überall das kölsche Grundgesetz: §2: Et kütt, wie et kütt. §7: Jeder Jeck es anders. Und §4: Et hät noch immer jot jejanget.

In diesem Sinne, lieber Fritz, §11: Drink doch ene mit.

Danke für alles! Dein Volker



Prof. Dr. Volker Ewerbeck, Direktor der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie der Stiftung Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg

Ein Mann mit Rückgrat

Lieber Fritz, als Du 1996 nach Aachen als neuer Lehrstuhlinhaber für Orthopädie berufen wurdest, eilte Dir folgender Ruf voraus: klinisch sehr erfahren, „breitest aufgestellt“, spezialisiert in der Kinderorthopädie, wissenschaftlich aktiv, berufspolitisch engagiert und sehr gut vernetzt, im Klinikalltag hervorragend organisiert, pragmatisch und zielorientiert handelnd, „mit Rückgrat“ für die eigene Überzeugung auch gegen Widerstände einstehend. Alle diese Voraussagen haben sich bewahrheitet. Du hast in Kürze die Aachener Orthopädie klinisch und wissenschaftlich zu einem der Kompetenzzentren unseres Faches mit nationaler und internationaler Bedeutung gemacht. Garant dafür war der

„leistungsorientierte Teamgeist“, den Du uns von Anfang an mit auf den Weg gegeben hast. Besonders beeindruckend war dabei Deine Einstellung, dass es für alle Probleme eine Lösung gibt, auch wenn Sie noch so schwierig zu erzielen ist („geht nicht gibt's nicht“). In diesem Umfeld wurde jeder entsprechend seiner Fähigkeiten und Neigungen gefördert, unterstützt und wertgeschätzt. Aus „Deiner Mannschaft“ sind nun in der Zwischenzeit nicht nur eine Vielzahl von höchst fachkompetenten Kollegen in Praxis und Klinik hervorgegangen, sondern es haben sich auch Freundschaften fürs Leben gebildet. Deine Lebensfreude (Motto „FUN“) und die Kunst, Beruf und Familie zu vereinen, hat sich auf viele von

uns übertragen. Du warst für uns „Motor und Motivator“ in der Klinik, „unser Lehrer“ im Fach „Orthopädie und Unfallchirurgie“, wissenschaftlicher Mentor und zwischenzeitlich „väterlicher“ Freund. Dafür gilt unser und ganz besonders auch mein Dank.

Dein Dieter



Prof. Dr. Dieter Christian Wirtz, Leiter Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie der Uni Bonn.

Mehr als Spaß

FUN – die Initialen des Namens sind Programm: „fun“, also „Spaß“ im besten Sinne habend an erfolgreicher Arbeit wie auch den schönen Dingen des Lebens, „Freude“ schöpfend wie auch gebend im Umgang mit Familie und Freunden. Deine Fröhlichkeit, lieber Fritz, empfinde ich als zutiefst inspirierend – weil sie immer mit Klugheit und Demut gepaart ist, weil sie mehr gibt, als sie nimmt und weil man manchmal spürt, dass auch Du immer wieder um sie ringen musst. Zusammen mit Deinem unglaublich enga-

gierten Einsatz und einer für jeden Gesprächspartner sofort erkennbaren Sachkompetenz und -orientierung öffnet sie Dir viele Türen in ganz unterschiedliche Lebenswelten. Ob in der Klinik, in Deinen so erfolgreichen berufspolitischen Aktivitäten der letzten Jahre (die maßgeblich dazu beigetragen haben, O&U auf eine neue Stufe zu stellen), oder in vielen persönlichen Begegnungen: Du hast einen wesentlichen Anteil an meiner eigenen Entwicklung und mir vieles mitgegeben. Ich bin stolz auf deine Freundschaft, die

manchen Gipfel erreicht hat und sicher noch viele gemeinsam zu erklimmen hilft.



Prof. Dr. Klaus-Peter Günther, Geschäftsführender Direktor, UniversitätsCentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie Dresden

Es begann mit Gelenken von Kaninchen

Lieber Fritz, höre ich vom Ende Deiner Zeit als Generalsekretär der DGOOC, so gehen die Gedanken zurück in „unsere“ Klinik nach Schlierbach und Euer Domizil nach Dilsberg. In der Klinik warst Du sehr schnell für den Tierversuchsstall zu gewinnen, wir haben Kniegelenke von Kaninchen operiert, weil wir uns für die Folgen von Gelenkknorpelprellungen und Gelenkknorpeldefekt-Verletzungen interessierten. Ruhiges Abwarten oder gar Untätigkeit war nie Deine Sache – so hast Du Dir sehr schnell das Image der Aktivität erarbeitet. Zu jeder Zeit warst Du ansprechbar für Arbeit und zielgerichtete Diskussionen. In der Klinik hast Du Dich in besonderer Weise der Kinderorthopädie zugewandt und auch hier viel gearbeitet und publiziert. Sprechen

möchte ich mit großem Respekt und mit Bewunderung und Dank darüber, wie Du das Amt des Generalsekretärs unserer wissenschaftlichen Gesellschaft begriffen und ausgeführt hast. Dies kann in ganzer Tiefe nur der verstehen, der zuvor ganz andere Verhältnisse im täglichen Leben unserer Gesellschaft, aber auch im Vorstand erlebt hat. Nur mit diesem Vorwissen kann man Deine Verdienste abschätzen. Es ist Dein alleiniges Verdienst, in immer schwieriger werdender Zeit und immer komplizierteren Rahmenbedingungen die deutsche Orthopädie verstanden, durchgearbeitet und strukturiert zu haben. Dies bedeutete, Ordnung schaffen, der Vereinigung der betroffenen wissenschaftlichen Gesellschaften im Bereich der muskulo-skelettalen Medizin durch

klare Vorstellungen, klare Worte und faires Handeln zuzuarbeiten und Strukturen und Projekte zu schaffen, die der Zeit nicht nur entsprachen, sondern auch gerecht werden konnten. Als Orthopäde sage ich dir mit großem Respekt Dank – als Freund ist es mir eine große Freude, einen Teil des Weges gemeinsam mit Dir gegangen zu sein.

Herzlich Wolfhart



Prof. Dr. Wolfhart Puhl, Orthopädiikum Allgäu

Mit dem Fahrrad durch Berlin

Seit dem 1. Juli 2014 arbeite ich für die DGOU und mit Herrn Professor Niethard. Für mich als neuen Mitarbeiter der DGOU war es in den ersten Monaten besonders

wichtig und hilfreich, einen Ansprechpartner zu haben, der sich genügend Zeit nimmt Historie, Inhalte und Struktur der DGOU darzustellen und mir zu erklären.

Ich bin Herrn Professor Niethard sehr dankbar, dass er sich diese Zeit genommen hat und habe ihn als ein wandelndes Lexikon aller Themen rund um Orthopä-

die und Unfallchirurgie kennen gelernt. Neben seinem unglaublichen Detailwissen um verschiedenste Themen, versteht er es immer, sein umfangreiches Wissen äußerst lebendig weiterzugeben und zu verdeutlichen, wo und wie Dinge weiter voran gebracht werden müssen. Es waren sehr interessante erste Monate für mich und ich freue mich sehr, dass sich Professor Niethard bereit erklärt hat, mir auch nach seinem offiziellen Ausscheiden aus der Funktion des Generalsekretärs, als

Informationsquelle und Gesprächspartner weiterhin zur Verfügung zu stehen.

Neben seinen bedeutsamen Qualitäten als Generalsekretär, habe ich Herrn Professor Niethard als einen sehr angenehmer Zeitgenossen kennengelernt, der sich zum Beispiel als Fußballfan während der Weltmeisterschaft auf der Berliner Fan Meile finden ließ, mit dem Fahrrad durch Berlin radelt und Sport und Kultur als Bereicherung erlebt.

Herzlichen Dank für die Unterstützung in den vergangenen Monaten und ich wünsche Herrn Professor Niethard alles Gute für die Zukunft.



Ulrich Biermann,
Geschäftsführer DGOU

Mit EndoCert fing es an

Lieber Fritz, nach so vielen Jahren der hochengagierten und erfolgreichen Tätigkeit den Staffeln weiterzugeben, muss ein schönes, weil innerlich befriedigendes Gefühl sein. Sicher wird die erste Zeit des Abstandgewinnens aber nicht nur einfach, wenn man es wie Du gewohnt ist, immer vollen Einsatz für die Sache zu zeigen. Ich durfte Dich und Deine Arbeit im Rahmen des EndoCert Pro-

jekts kennenlernen, das wir ja beide von Beginn an begleitet haben. Sehr schätzen gelernt habe ich dabei Deine umsichtige, alle Interessen wertschätzende Art bei der Bearbeitung auch berufspolitisch bewegender Themen.

Für Deine Zukunft wünsche ich Dir und Deiner Familie nicht nur auf diesem Wege alles Gute!

Holger Haas



Dr. Holger Haas,
Vorsitzender der
Zertifizierungskommission EndoCert
der DGOOC

Auf Augenhöhe begegnen dürfen

Lieber, sehr verehrter Herr Prof. Niethard, seit ich im Studium meine Neigung für die Orthopädie entdeckte, begleitet mich auch Ihr Name, heißt, Sie waren immer ein fester Bestandteil in meinem „orthopädischen Leben“. Zunächst vorwiegend in „schriftlicher“ Form. Inzwischen, und das freut mich ganz besonders, hatte ich mehrfach die Gelegenheit, mit Ihnen zusammenzuarbeiten. Es nicht nur Ihre Freundlichkeit, die ich an Ihnen schät-

ze, sondern auch die respektvolle Art im Umgang, Ihre Bereitwilligkeit Wissen und Erfahrungen weiterzugeben. Sie geben mir und meinen Kollegen das Gefühl, dass wir Ihnen auf „Augenhöhe“ begegnen dürfen, und Sie hören zu. Auch wenn Sie Ihr Amt nun übergeben haben, weiß ich, dass Sie mich und meine Kollegen noch lange weiterbegleiten werden. Darauf freue ich mich. Ich wünsche Ihnen und Ihrer Familie alles erdenklich Gute.

Herzlichst, Ihre Susanne Fröhlich.



Dr. Susanne Fröhlich,
Klinik und Poliklinik für
Orthopädie Uni Rostock

Freund, Urgestein und Networker

Wir lernten uns im Rahmen Deiner Übernahme des Aachener Lehrstuhls im Jahre 1997 kennen. Schnell durfte ich feststellen, dass man mit klaren Zielen sich Deiner konsequenten Unterstützung sicher sein konnte. Hierfür bin ich Dir sehr dankbar. Trotz einer nur kurzen gemeinsamen Klinikaktivität entwickelte sich schnell eine tiefe Freundschaft. FUN (Fritz Uwe Niethard) steht einerseits für Freude am Beruf und an der Berufspolitik. Für mich steht FUN aber auch für Freund, Urgestein und Networker. Niemand hat die Orthopädie und später auch die Orthopädie und Unfallchirurgie in den Jahren, in

denen ich das Fach überblicke, so maßgeblich geprägt wie Du. Ich bewundere Deine Weitsicht und Dein ausgesprochen geschicktes Taktieren im Sinne der Deutschen Orthopädie und Unfallchirurgie. Für Deinen unermüdlichen Einsatz als Generalsekretär der DGOOC und DGOU kann man Dir nicht genug danken. Du standest Deinen Weggefährten jederzeit mit wertvollem Rat und Tat zur Seite. Deine Fähigkeiten, einen Konsens im Sinne der gemeinsamen Sache zu finden, betrachte ich als legendär. Ich persönlich kann mir nicht vorstellen, dass Du Dich nun freiwillig komplett aus dem berufs-

politischen Geschehen zurückziehst und freue mich auch in Zukunft auf anregenden Austausch zu berufspolitischen Themen.

Dein Karl



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

Geschäftsstelle mit FUN-Factor

Im täglichen Tsunami hunderter Mails zwischen der Geschäftsstelle in Berlin und dem Generalsekretär in Aachen war Prof. Fritz Uwe Niethard oft kurz und präzise „FUN“ – und das auch im übertrage-

nen Sinne: Kurze, aber präzise Aufträge wiesen Weg und Ziel und ließen Gestaltungsspielräume für Eigeninitiative und eigene Ideen. Ein Anruf oder Diktat konnte stunden- oder gar tagelange Aufträge

nach sich ziehen. Geschickt und kaum merklich legte er die Latte immer ein wenig höher, und so sind wir wie ein Baum, der seine Wurzeln und sein Geäst ausbreitet, mit den quantitativ und qualitativ

größer werdenden Aufgaben einer prosperierenden Gesellschaft mitgewachsen – jeder für sich, aber mehr noch als Team. Selbst für langjährig routinierte Mitarbeiter ist es nie langweilig geworden: „Jeden Tag was Neues“ ist das unangefochtene Geschäftsstellenmotto. Mag auch der Einzelne gestöhnt haben, als Team hat es Spaß gemacht und uns zusammengeschweißt, wenn wir wieder einen gewaltigen Brocken bewegten. Bewundert haben wir immer wieder von neuem, welch enormes Arbeitspensum Prof. Niethard – selbst im Urlaub oder am Wochenende – bewältigt. Wir mussten uns straff

organisieren, um fortzuschaffen, was er nach Sitzungen oder am Sonntag-Abend für die kommende Woche an Ideen in die Pipeline schickte; zum gemütlichen Büro-Tratsch blieb da selten Zeit. Vor allem sind wir froh, dass bei so viel Effizienz auch immer Zeit blieb für uns und unsere Fragen, da wir ja mehrheitlich keine Mediziner und alles andere als Fachexperten im Bereich O&U sind. Ein offenes Ohr auch in persönlichen Dingen tat jedem von uns gut und an laute oder gar böse Worte können wir uns nicht erinnern, weil es die von unserem „Boss“ einfach nicht gab. Dafür tiefes Vertrauen in uns und stilles

Einvernehmen, wir werden aus Fehlern lernen. Für all das und noch viel mehr danken wir Geschäftsstellen-Mitarbeiter und -Mitarbeiterinnen Prof. Niethard von Herzen. Ihm wurden schon viele Ehrungen zuteil, wir haben ihm einen „Best-Boss-Award“ verliehen.



Tinija Heinlein-Müller,
eine aus dem Geschäftsstellen-
team von DGOU
· DGOOC · DGU · EPRD
· EndoCert · WIK-Forum
· VLOU

„Die Klugheit ist sehr geeignet, zu bewahren, was man besitzt, doch allein die Kühnheit versteht zu erwerben.“ (Friedrich II.)

Und kühn war es, was Sie, Herr Niethard, in den letzten Jahren für den Nachwuchs in der DGOU versucht und schließlich auch erreicht haben: In einer Zeit, in der die Stimme der nachfolgenden Generationen in unseren Fachgesellschaften selten gehört, öfter aber auch überhört wurde, haben Sie sich – mit viel persönlichem Engagement und gegen wohlbekannte Widerstände – daran gemacht, dies zu ändern. Sie haben dem Nachwuchs in O&U Möglichkeiten aufgezeigt, wie er sich einbringen kann, Fragestellungen formuliert, bei denen er mitwirken durfte und ihn immer wieder aktiv in Arbeits- und Entscheidungsprozesse einbezogen. Ihre kritischen Anmerkungen und Vor-

schläge in diesen Prozessen waren dabei nicht immer einfach umzusetzen, haben aber regelhaft dazu beigetragen, die zahlreichen Projekte weiter voran zu treiben. Für dieses Engagement für den Nachwuchs in O&U wurden Sie kürzlich mit dem Nachwuchsfördererpreis des Jungen Forums der DGOU ausgezeichnet.

Dabei ist es aber nicht geblieben: zusammen mit Herrn H. Siebert sind sie einen Schritt weiter gegangen, haben das Junge Forum der DGOU als Ausschuss etabliert und damit den jungen Kolleginnen und Kollegen aus O&U die Möglichkeit zur zukünftigen Mitarbeit nicht nur gesichert, sondern diese auch langfristig dazu verpflichtet.

Lieber Herr Niethard, mit Ihrer Kühnheit haben sie den jungen Kolleginnen und Kollegen in Orthopädie und Unfallchirurgie innerhalb der DGOU eine Stimme verliehen, Ihre Nachfolger werden mit Ihrer Klugheit dies zu bewahren wissen.

Ihr Mario Perl



Prof. Dr. Mario Perl,
stellvtr. Sprecher
Junges Forum

O&U schon lange vorweggenommen

1986 habe ich ein erstes Mal mit Fritz Niethard – erfolgreich – zusammengearbeitet. In jenem Jahr war Horst Cotta, ein außergewöhnlicher Orthopäde, Präsident des 50. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Hochbegeistert von einem Management-Seminar bei der Industrie hatte ich Herrn Cotta vorgeschlagen, ein erstes Management-Seminar für uns Unfallchirurgen auf seinem Kongress zu organisieren. Cotta war sehr skeptisch, hat sich dann aber doch überreden lassen. Um Schlimmeres zu vermeiden, hat er mir

Fritz Niethard, damals Oberarzt in Heidelberg, als „Aufpasser“ zur Seite gestellt. Das war ein Glücksfall, denn der Orthopäde Niethard und der Unfallchirurg Lob haben sich vom ersten Tag an gut verstanden und in der Zusammenarbeit ein erfolgreiches Management-Seminar abgehalten. O und U waren schon 1986 ein erfolgreiches Team, wenn sie nur wollten. Fritz Niethards Talent, in klaren Verhandlungen von der Mehrheit akzeptierte Ergebnisse zu erzielen, haben dem Zusammenschluss von Orthopäden und Unfallchirurgen sehr genutzt. So wün-

sche ich mir und natürlich der DGOU, dass er auch weiter als erfahrener „Manager“ die Gesellschaften berät und ihm, dass er auch weiterhin daran Spaß hat.

Gunter Lob



Professor Dr. Günter
Lob, München

Hart am Wind

Lieber Herr Prof. Dr. Niethard, Sie waren mit Ihrem Einsatz für das Registernetzwerk der DGOOC sowie auch mit Ihrem Engagement für die Ausweitung als gemeinsames Registernetzwerk der DGOU auch vor dem Hintergrund der zunehmenden Bedeutung verschiedener Qualitätsmaßnahmen in der Orthopädie und Traumatologie – um sich der

Fachterminologie eines Ihrer Hobbys zu bedienen – nicht nur „hart am Wind“, sondern haben auch einen zukunftsorientierten Weitblick bewiesen. Ich danke Ihnen ganz herzlich dafür und wünsche Ihnen zur Übergabe des Ruders an den „neuen Skipper“ und die Orientierung in „ruhigere Fahrwasser“ alles erdenklich Gute und mehr als nur die not-

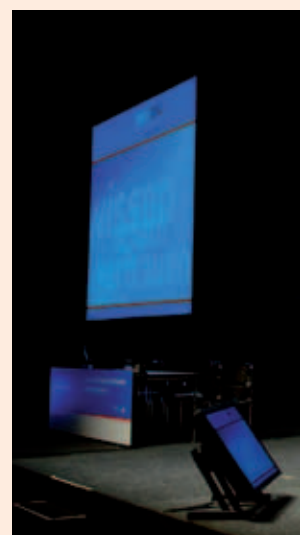
wendige „Hand breit Wasser unter dem Kiel“!



Dr. Tanja Kostuj, Leitung
Registernetzwerk der
DGOOC



Fotos: Ingo Schwarz_Starface



DKOU 2014

Wissen schafft Vertrauen

Die nicht mehr verhandelbare Einheit von O & U und die ärztliche Berufung als Gegenpol zur Ökonomisierung waren wesentliche Botschaften des DKOU 2014. Wissen ist ein Schlüsselbegriff der Zukunft, denn ohne Forschung und evidenzbasierte Wissenschaft gebe es keinen medizinischen Fortschritt und kein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis – war eine weitere. Insgesamt gab es mehr Internationalität und weniger Politik.

Vom 28. bis 31. Oktober fand der diesjährige Deutsche Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU 2014) in der Messe Süd, Berlin, statt. Er zog mehr als 11.000 Interessierte in seine Messehallen und ist damit der größte wissenschaftliche Kongress in Europa. Wenn auf diesem Kongress auch das 10.000ste Mitglied der Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) begrüßt wurde, hieß das beinahe, dass während der Kongresstage so gut wie kein Orthopäde und Unfallchirurg auf seinem „Posten“ in Klinik oder Praxis war. Dem ist nicht so, denn es gibt ja auch noch zusätzlich den Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie, der auch etwa 7.000 Mitglieder hat.

„Die Basis unserer Arbeit ist das Vertrauen“, sagte der Kongresspräsident DGU, Prof. Dr. Bertil Bouillon. Das sei keine Einbahnstraße und die Ärzte müssten sich das Vertrauen zurückgewinnen. Langfristig sei eine gute Patientenversorgung wirtschaftlicher als eine nur ökonomisch gesteuerte. Und er rief die Kongressteilnehmer auf: Lassen Sie uns wieder mit Patienten in Beziehung treten. Patienten seien verunsichert, wenn in den Medien von „zu viel Operieren“ und „Schrott im Körper“ geschrieben wird. Prof. Dr. Henning Windhagen, Kongresspräsident für die DGOOC, wies darauf hin, dass das diesjährige Kongressmotto darauf zielt, Patienten in die Entscheidungsfindung einzubeziehen. „Wir brauchen Wissenschaft, um uns als Orthopäden und Unfallchirurgen weiterzuentwickeln, um neue Konzepte für die Aufgaben zu finden, die auf uns warten.“ Fehlerminimierung, Differentialdiagnostik und individuelle Therapiekonzepte prägen heute das Fach Orthopädie und Unfallchirurgie, Dinge, die sich bereits in den Therapieerfolgen niederschlagen. In den Schwerpunktthemen des Kongresses konkretisierte sich das Motto „Wissen schafft Vertrauen“: „Implantatinfektionen“, „Der adipöse Patient“, „Individualisierte Orthopädie und Unfallchirurgie“, „Bildgebung“, „Organisationsformen in ambulanter und stationärer Versorgung“ oder „Der moderne Mann im besten Alter“ lauteten einige Überschriften.

Schulterschluss gefordert

Dr. Johannes Flechtenmacher, der Kongresspräsident des BVOU, legte dar, wie es gelingen kann, der schleichenden Entwertung medizinischer Tätigkeiten entgegenzutreten. Dazu gehöre es, einen gemeinsamen Berufsverband für alle Orthopäden und Unfallchirurgen zu schaffen, der sowohl Kliniker als auch Praktiker in O&U vertritt. Er forderte dazu auf, sich nicht mit den bestehenden Bedingungen wie dem betriebswirtschaftlich gesteuerten Gesundheitssystem, über das von den Ärzten zu tragende Morbiditätsrisiko bis hin zur finanziell greifbaren Abwertung ärztlichen Tuns abzufinden. Er forderte den Schulterschluss von Chefärzten, Assistenten und Niedergelassenen.

Neu in diesem Jahr war ein durchgehend internationaler Strang mit hochkarätigen internationalen Referenten zu vielen Fragen der Orthopädie und Unfallchirurgie. Zum Beispiel „Sports injury AC-joint and clavicular“ „Hip FAI: luxation, arthroscopy, or mini-open“ oder „Wonder drugs for osteoarthritis – the magic bullet“. Ungefähr 1000 ausländische Kongressbesucher kamen. Sicher sind dies erst die Anfänge von englischsprachigen Sessions, die Kongresspräsidenten rechnen aber mit einer weiteren Internationalisierung des DKOU. Dann werden noch mehr Besucher kommen, das Berliner Messegelände verkraftet das.

8.830 Teilnehmende

2.149 Ausstellende

250 Betroffene

190 Presse

11.419 GESAMT

Einklang mit den Medien

Es kamen die „guten“ Medien, diejenigen, die sich zielgruppenorientierte Information der Patienten und damit Aufklärung zum Ziel gesetzt haben. Die Pressekonferenzen widmeten sich jeweils einem Thema wie zum Beispiel Endoprothetik, Arthrose und „So gut versorgt wie nie – Unfallverletzte überleben doppelt so häufig!“ Mehrere Experten vertieften das jeweilige Schwerpunktthema in ihrem Sinne. In der Pressekonferenz „Wir sind einzigartig: Endoprothetik wird individuell“ kam es nicht nur darauf an, auf die zweifellos vorhandenen Erfolge zu verweisen, sondern auch auf die noch immer bestehenden Herausforderungen. Obwohl „künstliche Gelenke das Leben verlängern und die Lebensqualität stark verbessern können“, so gibt es natürlich immer noch ein individuelles Patientenrisiko. Prof. Windhagen sagte dazu „Ganz wichtig für die Patienten und einen nachhaltigen Erfolg ist vor allem, dass sie mit realistischen Erwartungshaltungen an eine solche Operation gehen und nicht sportliche Höchstleistungen anstreben sollten.“ Die Einführung von zertifizierten Endoprothesezentren durch EndoCert habe maßgeblich zu einer verbesserten Qualität beigetragen, berichtete Prof. Wolfram Mittelmeier. Prof. Heiko Reichel verwies auf die Fortschritte auf dem Gebiet der Gelenkinfektionen. Wichtig sei es, schon vor der Operation Risikopatienten mit Übergewicht, Diabetes oder anderen Erkrankungen zu identifizieren. Auch werde an der Suche nach neuen Schnell-

testverfahren und Biomarkern, gearbeitet, die eine Infektion gezielt darstellen. Die zahlreich anwesenden Journalisten begrüßten diese Art von Pressekonferenz, die nicht viele Themen nur anreißt, sondern sich einem profoundly widmet.

Erfolg beginnt im Kopf

...und das nicht nur bei unseren Fußballern. Einer, der diesen Satz fast täglich anwendet und trainiert, ist der Sportpsychologe Prof. Dr. Hans-Dieter Hermann, der unter anderem unserer Nationalelf mit zum Titel verhalf. Generell werde menschliches Handeln durch den Kopf initiiert und gesteuert. Parallelen zur Medizin sieht Hermann in der Teambildung und im mentalen Training vor Höchstleistungen, ob im Sport oder in OP und Praxis. Der Erfolg sei immer das Ergebnis eines langen Prozesses, denn man müsse sich ständig selbst übertreffen. 2006 betrug die Kontaktzeit des Balls am Fuß beim DFB-Team 2,9 Sekunden, in diesem Jahr waren es nur noch 0,9 Sekunden. Ist das noch steigerungsfähig? Nicht, wenn man sich selbst im Weg steht und sich bangt, o Gott, schaffe ich das? Prof. Hermann zeigte Erfolgsstrategien von Spitzensportlern auf. Er nannte sie handlungsleitende Selbstgespräche: „ich schaffe es nicht“, gehört nicht dazu. Sondern eher „bleib dran, mach Druck“. Jeder Sportler braucht Unterstützung, keiner gewinnt allein, auch kein Individualsportler. Da gibt es immer das Heer von fachlichen, praktischen, emotionalen Unterstützern. Mentales Trainieren ist

eine weitere Strategie zum Erfolg. Skiläufer fahren ihre Strecke tausendmal im Kopf ab. Machen das nicht auch Chirurgen, die die nächsten Abläufe antizipieren? Eine wichtige Strategie ist auch, auf Einseitigkeit zu verzichten, es müsse zum Sport auch eine intellektuelle Stimulation kommen, vielleicht ein Studium nebenbei oder zumindest ein Buch lesen. Regeneration: Yoga, Progressive Muskelrelaxation oder eine andere Gegenwelt. Und wenn alles nicht hilft, dann tun wir mal so, als ob: eine bewusst lockere Unterlippe, ein Kampfgrinsen (mindestens zwei Minuten im geschlossenen Raum) und ein wunderschönes Spiegellächeln. Merken Sie, dass Sie ab jetzt die doppelte Anzahl Patienten bewältigen? Das hat der Professor nicht gesagt.

KIDS-Betreuung und andere Dinge ringsherum

In dieser Ausgabe der OUMN lesen Sie weitere Beiträge, die über den DKOU berichten, sei es ein Bericht vom Tag der Studierenden, dem Patiententag und über den Tag der Technischen Orthopädie oder über die Preisträger und Geehrten (S. 598 ff). Ärzte und Ärztinnen haben auch Kinder, und manchmal muss man sie gar auf den Kongress mitbringen. Seit über fünf Jahren gibt es auf dem DKOU für Eltern die Möglichkeit, ihre Kinder im Rahmen der Kongressteilnahme in die Obhut der mobilen „KIDS-Betreuung“ zu geben. In diesem Jahr wurden während des Kongresses im Durchschnitt täglich 31 Kinder im Lichthof der Halle



Sportpsychologe Prof. Dr. Hans-Dieter Hermann.



Blick von oben auf die Kinderbetreuung im Lichthof

2.1 betreut. Die Altersspanne der kleinen Kongressbesucher reichte von zwei Monate bis 12 Jahre. Eine breite Vielfalt an Beschäftigungsmöglichkeiten ließ keine Langeweile aufkommen. Die Kinder konnten wählen zwischen Outdoor-Aktivitäten wie Ballspielen, Ringwerfen, Bobby Car, Springseilhüpfen oder Dosenwerfen und Indoor-Angeboten wie Bücherlesen, Kinderküche, Kinderschminke, Gesellschaftsspiele und Lego. „Besonders beliebt in diesem Jahr war das Basteln von Loomarmbändern“, berichtet Yvonne Alsleben, Leiterin der KIDS-Betreuung. In der gemütlichen Kuschecke mit Dschungelbetten konnten die Kleinsten über Mittag ausruhen oder auch ein richtiges Mittagsschläfchen halten.

Erster Charity-Lauf

Neu war auch der Fünf-Kilometer-Charity-Lauf im Tiergarten. Millionen

von aktivierten Muskelzellen und 4.500 Euro brachte der 1. DKOU-Charity-Lauf, den die Kongresspräsidenten mithilfe der Firma Brainlab anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) organisiert hatten. Mehr als 80 Läufer hatten sich unter dem Motto „Together we run for Charity“ trotz Regen am Donnerstagmorgen am Startpunkt Brandenburger Tor versammelt. Nachdem Kongresspräsident Bertil Bouillon um 7.15 Uhr den offiziellen Startschuss gab, hatten die Läufer eine Fünf-Kilometer-Strecke durch den Tierpark zu bestreiten. Die Patenschaft und auch die Tempovorgabe übernahm David Behre. Der 27-Jährige hatte im Alter von 20 Jahren beide Unterschenkel verloren, als er von einem Zug erfasst wurde. Heute ist er Paralympics-Sportler und motiviert Patienten, die wie er durch einen Unfall eine Gliedmaße verloren haben, trotz ihrer Verletzung ein sportlich ak-

tives Leben zu führen. Für Verstärkung sorgten auch die Kongresspräsidenten Johannes Flechtenmacher und Henning Windhagen, indem sie gemeinsam mit ihren Kindern selbst aktiv am Lauf teilnahmen. Alle Teilnehmer rannten in dem eigens für den Lauf für 25 Euro erworbenen Lauf-Shirt. Durch den Lauf-Shirt-Verkauf konnten 4.500 Euro gesammelt werden, die Johannes Flechtenmacher zur Abschlussveranstaltung an Frau Susanna Wiegand von Babeluga e.V. übergab. Der Verein kümmert sich um von Adipositas betroffene Kinder, Jugendliche und ihre Familien. Die drei Kongresspräsidenten wählten den Verein als Spendenempfänger, um das gesellschaftliche Bewusstsein für den Zusammenhang von Übergewicht und der damit einhergehenden Überbelastung von Gelenken bzw. deren Verschleiß zu stärken und ein Zeichen für eine gesündere Ernährung und mehr Bewegung im Alltag zu setzen.



Kongresspräsidenten sind immer dabei, auch beim Charity-Lauf.



Die vielen Mitarbeiter im Hintergrund – alle mit einem Oskar geehrt.



Tatsächlich hat unser Paralympics-Athlet David Behre den Lauf gewonnen.



Sie machen den Lindenberg – denn hinterm Horizont geht's weiter: auf dem DKOU 2015

Der krönende Abschluss

Die Abschlussveranstaltung war nach den langen Kongressvorbereitungen für manchen schneller da, als gedacht und sie begann mit der Übergabe des Schecks an den Verein Babeluga e.V. Die Poster- und EBM-Preise, der BVOU-Medipreis, und dann wurden die vielen Mitarbeiter

geehrt, aus den Präsidententeams, den Geschäftsstellen und sie bekamen tatsächlich einen Oskar. Die drei Kongresspräsidenten von 2014 übergaben ihre Insignien an ihre Nachfolger. Und weil das DKOU-Motto 2015 „Hinterm Horizont“ lautet, was von Udo Lindenberg geklaut ist, brachten das Trio Windhagen-Flechtenmacher-Bouillon das gleichnamige

Lied zu Gehör, verkleidet als dreifacher Lindenberg. Mit diesem Ohrwurm verließen viele Teilnehmer beschwingt das Messegelände. Bis zum nächsten Jahr.

*Ines Landschek, freie Medizinjournalistin und Redakteurin der OUMN
Susanne Herda; Presse- und Öffentlichkeitsarbeit; DGOU*

KONGRESSPRÄSIDENTEN 2015



Foto: Starface

Prof. Dr. R. Krauspe, Präsident DGOOC 2015, Prof. Dr. M. Nerlich, Präsident DGU 2015, Dr. H.-J. Hesselshwerdt, Kongresspräsident BVOU 2015 (von re. n. li.)

BAUMPFLANZAKTION IM HERZEN VON BERLIN

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU), der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) und der Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT) haben der Stadt Berlin erneut zehn Spree-Eichen gespendet. Direkt im Anschluss an die Vorab-Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) pflanzten die Fachgesellschaften gemeinsam mit der Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt und dem Bezirksamt Mitte den ersten der zehn Bäume. Der genaue Standort der Bäume befindet sich mitten im Herzen von Berlin, in der Paul-Löbe-Allee im Regierungsviertel. Die Bäume sind als Teil der Baumspendenkampagne „Stadtbäume für Berlin“ mit einem gelben Schild mit der Aufschrift „Ich bin ein neuer Berliner Stadtbaum“ gekennzeichnet. Die Berliner Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Umwelt hatte in Zusammenarbeit mit den Bezirken 2012 die Aktion ins Leben gerufen, um dem Verlust an Straßenbäumen der vergangenen Jahre entgegenzuwirken. Seit Herbst 2012 wurden in Berlin so rund 3.000 zusätzliche Straßenbäume gepflanzt. Die DGOU und der BVOU unterstützen das Projekt des Berliner Senats seit 2013, denn seit Entstehung des Fachbereichs der Orthopädie stehen der Aufwuchs und die Pflege des jungen Baumes sinnbildlich für die Früherkennung, die Vorbeugung und die Therapie bei Haltungsschäden von Kindern und symbolisieren die ganzheitliche Versorgung der orthopädischen Patienten vom Kindes- bis zum Seniorenalter. (sh)



Johannes Flechtenmacher, Henning Windhagen, Bezirksstadtrat Carsten Spallek, Matthias Bauche (BIV-OT) und Fritz u. Niethard (v.li) packen die Baumpflanzung gemeinsam an.



Bezirksstadtrat C. Spallek, J. Flechtenmacher, M. Bauche, B. Bouillon und H. Windhagen sowie die DGOU-Generalsekretäre F.U. Niethard und R. Hoffmann (v.li.) haben den Baum eingepflanzt.



J. Flechtenmacher, M. Bauche, B. Bouillon und H. Windhagen (v. li) gießen den Baum kräftig an



Die Baummarkierung – zu finden direkt vor dem Paul-Löbe-Haus
Fotos: Senatsverwaltung Berlin



Foto: Ingo Schwarz_Starface

Prof. Dr. Henning Windhagen: „Wir müssen diejenigen von uns stärken, die evidenzorientiert arbeiten und sich im Erfahrungsaustausch engagieren.“

PRÄSIDENTENREDE PROF. WINDHAGEN

Eine kurze Rede über das Wissen

Die Erfolge von Orthopädie und Unfallchirurgie sind nicht mehr wegzudiskutieren. Die Lebensqualität der behandelten Patienten hat sich stark verbessert, aber auch neue Herausforderungen lauern. Prof. Henning Windhagen hob in seiner Rede zur Eröffnung des DKOU hervor, dass noch effektivere und sichere Technologien und Innovationen benötigt werden.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

was wäre, wenn das medizinische und technische Wissen der Orthopädie und Unfallchirurgie vor 20 Jahren stehen geblieben wäre? Wer zu den vielen erfolgreich Behandelten gehört, genießt seine Lebensqualität. Wer gesund ist, schaut auf seine Krankenkassenbeiträge und wünscht sich Kostenkontrollen. Das ist aber die Arroganz der Gesunden.

Was aber kommt auf uns zu? Schauen wir auf die Altersprognosen – geriatri-sche Knochenbrüche werden zur Epidemie. Wir werden in den nächsten 20 Jahren die Baby-Boomer-Generation behandeln, die Patientenzahlen werden bis 2040 um 20 Prozent steigen. Wir wissen heute, dass Aktivität im hohen Alter absolute Priorität hat. Eine kanadische Studie zeigt 2013 ein 40 Prozent geringeres Herzinfarktrisiko für mit Endoprothesen behandelte Patienten, gegenüber inaktiven ohne. Ohne funktionierende Implantate werden wir noch mehr pflegebedürftige Mitmenschen haben. Wir werden mit mehr Schmerzen konfrontiert. Wir brauchen noch effektivere und sichere Technologien und Innovationen.

Basis für Therapieerfolge

Wissen ist die Basis für unsere heutigen Erfolge in der Therapie. Mehr Wissen ist unsere einzige Chance für Erfolge in der

Zukunft. Unsere Erfolge der Vergangenheit sind durchaus spektakulär: Arthro-sepatienten profitieren heute von Medikamenten und lassen Operationen seltener werden. Gewebe lässt sich zumindest in Ansätzen replizieren. Implantate sind heute knochenverträglich, bruch- und abriebsicher. Erkennen wir die minimalinvasiven Erfolge der Arthroskopie, die schonenden Verfahren für kindliche Deformitäten. Betrachten wir die rekonstruktiven Prinzipien bei Skelettumoren und Wirbelkörperersatz. Vergessen wir nicht die Möglichkeiten des Gliedmaßenersatzes durch Exprothesen und intelligente Steuerungssysteme.

Unsere letzten Erfolge haben aber einen anderen Charakter. Heute geht es um Evolution und Verfeinerung von bereits etablierten Verfahren. Die neue Innovation heißt Fehlerminimierung. Initiativen wie unsere Endocert-Endoprothetikzentren, unsere Traumacenter und die Implantatregister sind diese Meilensteine, die unsere Erfolge repräsentieren. Die evolutionäre Verfeinerung unseres gemeinsamen Wissens ist der große Erfolg der Deutschen Gesellschaften für O&U im letzten Jahrzehnt. Mit den Zahlenmengen solcher Projekte stehen wir vor gewaltigen organisatorischen Herausforderungen. Aber unser Erfolg liegt auch darin, dass die deutsche Orthopädie und Unfallchirurgie solche Projekte zusammen mit den Kostenträgern und der Industrie

betreibt. Wir haben hier im besten Sinne verstanden, dass nur die gemeinsame Wissensgenerierung Vertrauen schafft. Wissen ist also die Basis unseres Erfolges. Das Wissen in unserer Welt akkumuliert allerdings in rasender Geschwindigkeit. Es gibt Betrachtungen, nach denen bis 1950 ein halbwegs gebildeter Mensch ein Großteil des Welt-Wissens lernen konnte. Seitdem versuchen Generationen von Philologen das steigende Wissen in die mehr oder weniger unverändert bestehende Schulzeitdauer unserer Kinder zu pressen. Ähnlich geht es den Studenten an den Universitäten. Warum wundern wir uns, wenn wir in permanenten Reformen von Studiengängen trotzdem nie zur Ruhe kommen und die Nachbesserung zum Alltag geworden ist?

Auf das Können kommt es an

Die Antwort auf Wissensvermehrung bei unveränderter menschlicher intellektueller Kapazität liegt in der Differenzierung zwischen Spezialwissen und Grundwissen und den Schlussfolgerungen aus all dem Wissen: dem Können. Mit Wissen kann man komplizierte Aufgaben lösen, aber nur mit Können kann man komplexe Aufgaben lösen. Wir benötigen daher Spezialisten, die sich mit einigen Problemen bis ins Detail auskennen, aber nicht alle Probleme beherrschen. Alle müssen jedoch ein Grundwissen beherrschen, um im gemeinsamen Austausch mit anderen

Spezialisten sprachfähig zu bleiben und gemeinsam die Komplexität beherrschen.

Auf der einen Seite ist Orthopädie und Unfallchirurgie ein Fach, das diagnostisches und theoretisches Wissen verlangt. Aber auf der anderen Seite benötigen wir auch manuskriptschreibende und operative Fähigkeiten. Schon Kinder lernen motorische Fähigkeiten nur durch Ausprobieren. Die Chirurgie weiß seit Generationen, dass motorische Kompetenz nicht intellektuell gelernt werden kann, dass man sie erfahren muss. Diese Logik unserer Wissensentwicklung, intellektuell und motorisch, bedeutet für die deutsche Orthopädie und Unfallchirurgie eine viel intensivere Auseinandersetzung mit der notwendigen Spezialisierung, als das bisher geschehen ist. Es geht hier nicht mehr um die alte Diskussion Generalist versus Spezialist. Wenn wir verstanden haben, dass es nur mit zunehmender Spezialisierung weitergeht, müssen wir sinnvolle Gebiete definieren. Wir müssen für unsere junge Generation klare Spezialisierungsfelder definieren und eine Spezialisierung nicht der freien Entwicklung überlassen. Heute muss definiert werden, welche Therapieformen sich sinnvoll zusammenfassen lassen und welches Basiswissen mit welcher Formen der kollegialen Zusammenarbeit für die Zukunft notwendig sind. Wir müssen uns dabei natürlich auch an Versorgungsrealitäten orientieren.

Bürokratie eindämmen

Bei aller klugen Reaktion auf die zunehmende Komplexität: Müssen wir die Entwicklung akzeptieren? Können wir nicht gegensteuern? Während wir uns um Patienten kümmern, entwickelt sich um uns herum völlig ungehemmt eine enorme Verwaltung und Bürokratie. Unserer Dokumentationspflicht begegnen wir auch mit Spezialisierung, aber leider in einer unklugen Variante. Wir beschäftigen zunehmend hilfreiche Menschen und intelligente Technologien, die uns unseren Alltag perfekt machen lassen sollen. Aber anstatt zu helfen, perpetuieren diese Maßnahmen nur unsere Bürokratie. Wir machen Fehler, wenn wir die Bürokratie immer eleganter beherrschen wollen. Wir müssen unser Wissen vermehrt dort einsetzen, wo es dem Patienten hilft. Und hier müssen Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Wir müssen aber auch verstehen, dass unsere Bemühungen um Qualität mit erheb-

lichem Dokumentationsaufwand verbunden ist, der unbedingt auf das absolut notwendige Minimum reduziert werden muss. Wir können uns nur Zertifikate leisten, die auch unsere Ergebnisse verbessern. Auf dem Weg dahin muss zwischen Struktur- und Prozessqualität auf der einen Seite und Personenzertifizierung auf der anderen Seite unterschieden werden. Wenn wir erfolgreiche Qualitätsinstrumente haben, müssen wir die nachzuweisenden Kriterien intelligent auf das Minimum reduzieren, das zur Aufrechterhaltung des Ergebnisses notwendig ist. So erreichen wir Qualität ohne Bürokratie.

Beides ist also wichtig, Beherrschung der Komplexität durch Spezialisierung, aber gleichzeitig Vermeidung der Komplexität als Selbstzweck.

Ist Wissen und Können nun das Wichtigste? Was ist mit unseren persönlichen Erfahrungen, unseren Emotionen? Gerade wir Orthopäden und Unfallchirurgen nehmen für uns in Anspruch, dass wir den Beruf mit Leidenschaft und Herzblut ausüben. Aber gerade, wenn es um Emotionen geht, kann uns unser Wissen enorm helfen. Wir alle registrieren die aktuelle mediale Öffentlichkeit, die sich stark mit Themen der Sicherheit unserer Operationen auseinandersetzt. Sie kennen die andauernde Diskussion über Mengenaspekte. Sie sehen, wie die Themen zur Implantatsicherheit emotionalisieren. Ich vernehme den Ärger der Kollegen und eine hilflose Debatte im Umgang mit Vorwürfen. Unsere Rufe nach Gerechtigkeit und Richtigstellung sind permanent.

Vertrauen schaffen

Wir werden uns auf diesem Kongress mit diesen Themen intensiv auseinandersetzen. Aber Panik ist hier völlig fehl am Platz. Ich empfehle uns eine gehörige Portion Resilienz, ein schönes Wort, das Standhaftigkeit und Robustheit ausdrückt. Resilienz bedeutet zuerst – wir müssen die Mechanismen der modernen Medien verstehen. Sie betreffen ja nicht nur die Medizin, sondern fast alle Aspekte unserer Gesellschaft. Der Konkurrenzdruck ist enorm und es gibt eine große Lust, Prestige und Ruhm vom Sockel zu stoßen. Aber nach Sensation A kommt die Sensation B und der Sturm geht auch wieder vorbei. Resilienz bedeutet weiter: Emotionen zur Seite, Missstände erkennen, wissenschaftlich prüfen und etwaige Fehler eliminie-

ren. Wir müssen diejenigen von uns stärken, die evidenzorientiert arbeiten und sich im Erfahrungsaustausch engagieren.

Resilienz bedeutet aber auch: Erfolge zeigen und Vertrauen schaffen, wenn es berechtigt ist. Was macht mich daher sicher bei unserem wenig affektbehafteten, kontrollierten Weg im medialen Umgang mit unserem Fach? Zum einen ist das die wissenschaftliche Evidenz, die man nicht negieren kann. Zum anderen ist unser berufliches Ansehen seit 20 Jahren unverändert. Die Allensbachzahlen sind unverändert über 70 Prozent, übrigens auch für Krankenschwestern. Die Öffentlichkeit versteht unsere Leistung besser, als wir glauben. Wenn ich über Resilienz gegen eine undifferenzierte mediale Landschaft rede, sollten wir allerdings nicht vergessen, wie wichtig Medien für unser Fach sind. Orthopädie und Unfallchirurgie ist ein für die Menschen nicht vorerlebbarer Bereich. Vorerlebbar ist der Kauf eines Autos, wir können es testen, dann kaufen oder nicht. Unsere Therapien können nicht ausprobiert werden. Nicht Erlebbares kompetent darzustellen, ist Aufgabe der Medien und wir werden heute noch solch kompetente Bereiche sehen.

Meine Damen und Herren, ohne Wissensgenerierung und Forschung geht es nicht. Unsere gemeinsame berufliche Perspektive aller Orthopäden und Unfallchirurgen hängt davon ab. In den Vorjahren haben die Präsidenten unserer Fachgesellschaften immer wieder diesen gemeinsamen Weg von Orthopädie und Unfallchirurgie kommentiert, völlig zurecht in einem langen Findungsprozess. Aber Sie sehen selbst, welche Herausforderung unserer Gesellschaft in einem unsicheren Gesundheitssystem und einer sich europäisierenden Weiterentwicklung erfährt. Wir Präsidenten halten daher die Einigkeit von Orthopädie und Unfallchirurgie nicht mehr für verhandelbar. Die Art und Weise, wie wir drei Präsidenten diesen Kongress gestalten, soll das Signal für die Zukunft von Orthopädie und Unfallchirurgie sein: Gemeinsam stark ringen wir für den besten Weg in die Zukunft. Das war eine kurze Rede über das Wissen. Es ist aber nicht genug zu wissen – man muss auch anwenden (Goethe). Darüber werden wir gleich noch mehr hören. In diesem Sinne bedanke ich mich bei Ihnen, dass sie mir zugehört haben.

Prof. Dr. Henning Windhagen



Foto: Ingo Schwarz_Starface

Dr. Johannes Flechtenmacher: „Wir haben zugelassen, dass mit den DRGs und den Budgets betriebswirtschaftliche Kriterien und Standards vorbehaltlos und unkritisch in die Medizin eingeführt wurden.“

PRÄSIDENTENREDE DR. FLECHTENMACHER

Das Ziel ist die Aufwertung unserer Arbeit

Gegen die Entwertung ihrer Arbeit, wendet sich Dr. Johannes Flechtenmacher, Kongresspräsident für den BVOU. Er plädiert für einen gemeinsamen Berufsverband, in dem alle zusammenfinden: Niedergelassene und Klinikärzte, leitende Klinikärzte und Angestellte, akademisch tätige Ärzte und Ärzte in der Regelversorgung, Ärzte aus Orthopädie UND Unfallchirurgie.

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

Bewegung und Mobilität sind Leben. Für jeden von uns und vor allen für unsere Patienten bedeutet das jeweils etwas anderes. Mobilität zu sichern oder sie wieder herzustellen, ist unsere Aufgabe. Empathie, Wissen und Können sind die Voraussetzungen dafür.

Ich möchte den diesjährigen DKOU mit einem ungewöhnlichen Satz eröffnen: Mit: „*Es geht uns gut*“. Ich wiederhole den Satz sogar noch einmal. ***Es geht uns gut***.

Wir haben ein stabiles Gesundheitssystem und ein hohes Versorgungsniveau. Wir haben viele Patienten und es werden täglich mehr. Der demografische Wandel und der Lebenswandel der Gesellschaft machen unser Fach zukunftsfest. Wir haben einen hohen Versorgungsauftrag und ein hohes gesellschaftliches Ansehen. Trotzdem werden viele von Ihnen den Satz „*Es geht uns gut*“ nicht gerne hören. Sie haben den Eindruck, dass die „Entwertung“ unserer Arbeit zunehmend voranschreitet. Und sie haben gute Gründe dafür: Das Honorar, das wir Niedergelassene für einen Patienten pro Quartal erhalten,

ist heute genauso hoch wie 1985. Berücksichtigt man die Inflation, hat sich der Wert unserer Arbeit de facto halbiert. Das ist eine Entwertung unserer Arbeit.

Raus aus dem Hamsterrad

Wir Ärzte haben zugelassen, dass mit den DRGs und den Budgets betriebswirtschaftliche Kriterien und Standards vorbehaltlos und unkritisch in die Medizin eingeführt worden sind. Das zwingt viele von uns in ein Hamsterrad. Viele fühlen sich durch die betriebswirtschaftlichen Vorgaben ihrer Krankenhausträger gegängelt. Das ist eine Entwertung unserer Arbeit. Laut Gesetz liegt das Morbiditätsrisiko bei den Krankenkassen - Realität ist aber, dass wir Ärzte das Morbiditätsrisiko tragen. Wir sind zur Rationierung gezwungen, weil die Gesellschaft die Verantwortung für das, was sich an Krankheiten zeigt, an die Ärzteschaft delegiert hat, statt im gesellschaftlichen Diskurs darüber zu befinden. Das ist eine Entwertung unserer Arbeit.

Manchen Kollegen setzt auch die Skandalisierung durch die Medien zu. „Unsinnig, gefährlich, teuer: 85 Prozent der Rücken-

OPs sind überflüssig“ oder „Sinnlos unter Messer“ sind keine vertrauensfördernden Schlagzeilen. Auch das ist eine Entwertung unserer Arbeit.

Gemeinsamer Berufsverband

Was können wir tun? Schaffen wir es, von einer Entwertung unserer Arbeit zu einer Aufwertung zu kommen, so dass der Satz „*Es geht uns gut*“ von allen Kollegen mitgetragen werden kann? Ich meine ja. Erfolg beginnt im Kopf – und ich möchte schon hier auf das Motto unseres Festredners hinweisen. Was sind die Ansatzpunkte? Der erste Schritt ist bereits getan: Wir haben ein gemeinsames Fach aus Orthopädie und Unfallchirurgie. Danke den Visionären und Protagonisten, für ihre Weitsicht und ihr Durchhaltevermögen. Das deutsche Fach Orthopädie und Unfallchirurgie ist heute mehr als das amerikanische Fach „Orthopaedic Surgery“. Darauf können wir stolz sein.

Jetzt sollte der nächste Schritt getan werden! Wir brauchen einen gemeinsamen Berufsverband für die Ärzte aus Orthopädie und Unfallchirurgie. Hier müssen alle zusammenfinden: Niedergelasse-

ne und Klinikärzte, leitende Klinikärzte und Angestellte, akademisch tätige Ärzte und Ärzte in der Regelversorgung, Ärzte aus Orthopädie UND Unfallchirurgie. Gesundheit und Gesundheitsversorgung sind öffentliche Angelegenheiten. Wollen Sie, dass die Politik alleine entscheidet, wie unsere Arbeit auszusehen hat? Wir müssen unsere Interessen in die öffentliche Diskussion einbringen und diese kraftvoll vertreten. Dafür brauchen wir einen effektiven, bis auf die Bezirksebenen durchorganisierten Berufsverband,

- der sich für bessere Arbeitsbedingungen von Klinikern und Niedergelassenen einsetzt,
- der Zukunftsperspektiven für junge Kollegen aufzeigt und bei Fort- und Weiterbildung hilft,
- der die Gremienarbeit in den Ländern umsetzt,
- der die Verhandlungen mit politischen Vertretern und Kostenträgern führt,
- der den Konsens mit angrenzenden Fächern erarbeitet.
- Und der, das darf nicht vergessen werden, eine suffiziente Medienarbeit leistet.

Dem Namen und der Struktur nach existiert ein solcher Berufsverband bereits – der BVOU –, aber nicht de facto. Dem BVOU fehlen die Klinikärzte, und vor allem die Unfallchirurgen bzw. die ehemaligen Unfallchirurgen. Warum tun wir uns mit dem gemeinsamen Berufsverband noch so schwer? Sind es die besseren Versicherungskonditionen in den anderen Berufsverbänden? Das wird sich ändern. Sind es die sicherlich berechtigten Partikularinteressen? Die Schaffung einer Referatsstruktur wird diesem Genüge tun. Spannungen zwischen den unterschiedlichen Gruppen sollten in dem Verband und nicht außerhalb geklärt werden.

Oder ist das nur eine Kopfsache?

Können Chefärzte andere Interessen haben als Oberärzte, Assistenzärzte oder Niedergelassene? Oder werden hier die ärztlichen Interessen mit den Interessen Dritter etwa denen der Klinikbetreiber vermischt?

Ein weiterer Ansatzpunkt ist die Aufwertung über das Honorar. Es ist an der Zeit, den Werteverlust orthopädischer Leistungen zu stoppen, sowohl in der Praxis

wie auch in der Klinik. Sich mit weniger zufrieden zu geben – noch mehr zu arbeiten – sich noch besser zu organisieren – all das hat seine Grenzen. Leistung muss fair und mit nachvollziehbaren Preisen honoriert werden. Wie so etwas unter den heutigen Bedingungen funktionieren könnte, zeigt der mit einer großen Krankenkasse in Baden-Württemberg geschlossene Selektivvertrag für unser Fach. Diesem Vertrag liegt ein gemeinsames Verständnis der Kostenträger und Ärzte über die Aufgaben und Ziele der orthopädischen und chirurgischen Versorgung zugrunde. Ich wäre froh, wenn dieser Vertrag als Stimulus oder Schrittmacher für den Kollektivvertrag verstanden wird. Der Selektivvertrag vergütet Diagnosen und Vorhalteleistungen. Dass Vorhalteleistungen vergütet werden, ist in Deutschland ein Novum.

Ich meine, es wäre auch an der Zeit, über ein alternatives Honorierungssystem auch für Kliniken nachzudenken, bei dem Vorhalteleistungen unabhängig vom DRG System vergütet werden. Auch über ein Finanzierungskonzept für Weiterbildungskosten sollte nachgedacht werden. Übrigens, bei den Hausärzten ist solch ein Konzept schon Realität.

Der baden-württembergische Selektivvertrag stärkt zudem die konservative Orthopädie und Unfallchirurgie. Wie nötig das ist, möchte ich ihnen anhand von drei exemplarischen Fragen zeigen, die sie sich bitte selbst beantworten.

Wie viel Zeit vergeht zwischen der Diagnose einer Arthrose und der Indikation zur Operation?

Was passiert in dieser Zeit – die Patienten kommen ja weiterhin in unsere Sprechstunde?

Wie behandeln wir die Patienten, bei denen keine Indikation zur Operation gestellt wird? Auch diese Patienten kommen weiterhin in unsere Praxen.

Wir brauchen Alternativen zur Operation! Wir brauchen die konservative Orthopädie und Unfallchirurgie!

Konservative Inhalte stärken

Zahlen aus Baden-Württemberg zeigen, dass knapp 40 Prozent unserer Patienten

mit Rückenschmerzen in unsere Praxen kommen. Das ist doch die Versorgungsrealität! Der weitaus größte Teil dieser Patienten muss konservativ behandelt werden. Zudem brauchen viele Patienten mit Behinderungen und Verletzungen unsere Begleitung. Empathie ist ein Qualitätskriterium unserer Arbeit. Wir brauchen eine Weiterentwicklung der konservativen Behandlungsverfahren nach den Regeln der evidenzbasierten Medizin. Nicht nur für die degenerativen Erkrankungen, sondern auch für Verletzungen und Frakturen.

Die Weiterentwicklung der konservativen Inhalte kann nicht die Aufgabe eines Berufsverbandes sein. Ich sehe hier die wissenschaftliche Fachgesellschaft in der Pflicht. Dass zu wenig in diesem Bereich gemacht wird, zeigt der Blick auf die Zahl der eingereichten Abstracts für diesen Kongress. 60 Prozent der Abstracts wurden zu operativen Themen eingereicht und nur 11 Prozent zu konservativen Verfahren. Wenn wir diese Themen nicht besetzen, werden das andere Fächer tun. Wollen wir das wirklich?

Die konservativen Inhalte müssen aber auch in der Aus- und Weiterbildung gelebt werden. Diese sind zwar in der Weiterbildungsordnung verankert. Aus- und Weiterbildung findet jedoch bekanntlich in Kliniken statt, die vorwiegend für ihre operativen Leistungen vergütet werden. Ich glaube, alle von uns wollen, dass junge Kollegen wissen, wie man einen Patienten richtig untersucht, wie man Frakturen konservativ behandelt, wie kinderorthopädische Erkrankungen zu behandeln sind, was mit Orthopädietechnik erreicht werden kann und wie man Rheuma und Osteoporose diagnostiziert und therapiert.

Sehr geehrte Damen und Herren. Um das Ziel „Aufwertung unserer Arbeit“ zu erreichen, müssen wir uns aufeinander zubewegen und gemeinsam die angesprochenen Handlungsfelder bearbeiten. Bei konsentierter Zielsetzung und gemeinsamer Strategie kann jeder einzelne nur gewinnen. Henning Windhagen hat das Goethe-Zitat schon genannt: Erfolg hat drei Buchstaben: TUN, heute würde man eher sagen: „just do it“ Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit, wünsche Ihnen einen spannenden DKOU und freue mich auf interessante Gespräche.

Dr. Johannes Flechtenmacher



Foto: Ingo Schwarz_Starface

Prof. Dr. Bertil Bouillon: „Der Patient ist kein Kunde. Er ist ein kranker oder verletzter Mensch, der unsere Hilfe sucht. Wir müssen erkennen, dass wir hier durchaus einige Herausforderungen haben, denen wir uns stellen müssen.“

PRÄSIDENTENREDE PROF. DR. BOUILLON

Was ist Vertrauen?

Vertrauen ist die Basis unserer Arbeit. Vertrauen entsteht eher zu Menschen als zu Institutionen. Vertrauen aus ärztlicher Sicht hat etwas zu tun mit Verantwortung, Verbindlichkeit und Verlässlichkeit. Vertrauen ist die Basis jeder Beziehung zwischen Arzt und Patient.

Meine sehr verehrten Damen und Herren,

ein Film sagt manchmal mehr als 1000 Worte. Wir haben in allen drei Filmen immer wieder gesehen und gehört:

- Vertrauen ist wichtig!
- Vertrauen ist keine Einbahnstraße! Nicht nur die Patienten müssen uns vertrauen. Wir müssen den Patienten dieses Vertrauen zurückgeben.
- Vertrauen müssen wir uns verdienen.
- Was aber ist Vertrauen?

Vertrauen ist ein Grundbedürfnis des Menschen nach Sicherheit. Vertrauen ist das unausgesprochene Bekenntnis, dass man nicht alles weiß und dass man daher vertraut. Vertrauen ist emotional. Vertrauen ist wichtig. Das Vertrauen unserer Patienten ist unser Kapital, mit dem wir verantwortlich umgehen müssen. Mit Vertrauen spielt man nicht!

Verfolgt man die mediale Welt, so findet man häufig ein ganz anderes Bild:

- In der Medizin dreht sich alles nur noch um Ökonomie.

- Der Patient interessiert nicht.
- Ärzte operieren zu viel und machen Fehler.
- ... und Orthopäden und Unfallchirurgen sind ganz vorne mit dabei.

Solche Berichte sind geeignet, Patienten zu verunsichern. Diese Darstellungen gefährden das Vertrauen. Genau das, was wir für unsere Beziehung zu Patienten brauchen, ist in Gefahr. Mit Vertrauen spielt man nicht.

Ich möchte nur zwei der von mir angesprochenen Punkte adressieren.

1. In der Medizin drehe sich alles nur noch um Ökonomie ...

Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde 1992 ein gesundheitspolitischer Paradigmenwechsel vollzogen, mit dem verstärkt wettbewerbliche Steuerungsinstrumente in das Gesundheitswesen eingeführt wurden. Besonders unglücklich war, dass eine gesellschaftliche Debatte über die Einführung von Wettbewerb

nicht stattfand. 2003 wurden die DRGs eingeführt. Man wollte, dass Medizin ein „Geschäft“ wird und wundert sich heute, dass Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung im Fokus stehen.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, es kann nicht richtig sein, wenn junge Assistenten die untere Grenzverweildauer einer Prozedur besser kennen als ihre Indikation, ihre Durchführung oder das familiäre Umfeld des Patienten am Tag vor der Entlassung! Die Medizin ist keine nüchterne Dienstleistung. Der Patient ist kein Kunde. Er ist ein kranker oder verletzter Mensch, der unsere Hilfe sucht. Wir müssen erkennen, dass wir hier durchaus einige Herausforderungen haben, denen wir uns stellen müssen.

2. Ärzte operieren zuviel ...

In der Diskussion um die Frage, ob zu viel operiert wird, werden immer wieder die vermeintlich hohen Zahlen von Operationen pro 100.000 Einwohner im Vergleich zu anderen Ländern dieser Welt

aufgeführt. Das Urteil ist rasch gefällt ... in Deutschland wird unvergleichlich viel operiert und Schuld daran seien die Ärzte. Wer sagt, dass diese Zahlen zu hoch sind? Es sollte nachdenklich stimmen, dass die Zahlen in Österreich, der Schweiz und Finnland vergleichbar hoch sind. Könnte es nicht vielleicht sein, dass der Anspruch an Lebensqualität in Deutschland, verbunden mit einer hohen Versorgungssicherheit und einem freien Zugang zu medizinischen Leistungen ein ebenso guter Grund sein könnten? Früher war die Indikation zur Operation die Deformierung, heute eher der Schmerz, die eingeschränkte Funktion oder der Wunsch nach besserer Mobilität, Aktivität und Sport. In einem Artikel im Ärzteblatt haben Gesundheitsökonominnen aus Münster diese Theorie versucht, mit Zahlen zu belegen und sie erscheinen mir sehr plausibel. Das Fazit des Artikels war, dass die Argumentation, dass große Anteile des Fallzahlenanstiegs aus rein ökonomischen Gründen erfolgte und medizinisch nicht notwendig sei, vor dem Hintergrund einer offenen gesellschaftlichen Wertediskussion nicht haltbar ist. Könnte es vielleicht sein, dass wir uns einfach eine gute Versorgung leisten wollen und leisten können?

Diese zwei Punkte sollten zeigen, dass einseitig geführte Diskussionen geeignet sind, Patienten zu verunsichern. Sie bergen das Risiko, dass Patienten sich nicht trauen zu vertrauen. Mit Vertrauen spielt man nicht.

Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir brauchen eine Rückbesinnung auf Vertrauen. Wir haben gesehen wie wichtig Vertrauen ist und ohne Vertrauen geht fast nichts. Wir brauchen einen Plan!

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen sind durchaus günstig. Schaut man

auf die Wertschätzungsskala der Bertelsmannstiftung, zuletzt 2013 erhoben, so stehen Ärzte weiterhin mit Abstand an erster Stelle. In der letzten Erhebung lagen die Ärzte bei 76% Zustimmung, gefolgt mit einigem Abstand von Krankenschwestern, Polizisten und Lehrern. Dies zeigt uns, dass die grundsätzliche Wertschätzung unseres Berufsstandes weiterhin sehr hoch ist. Dieses Vertrauen sollten wir nutzen.

1. Wir brauchen wieder **mehr Zeit für unsere Patienten**. Wir sollten aufzeigen, wieviel Zeit durch nicht medizinische Tätigkeiten jeden Tag verloren geht und diese zurückfordern. Unsere Assistenten wollen nicht Facharzt für Büromedizin werden, sondern gute Fachärztinnen und Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Lassen sie uns wieder auf das fokussieren, was wichtig ist, unseren Patienten. Wir sollten zeigen, wie durch Umorganisation und Umverteilung von administrativen Aufgaben Freiräume geschaffen werden können für Tätigkeiten am Patienten und das so wichtige Gespräch.
2. **Qualität statt Kostenreduktion**. Alle reden von Kostenreduktion. Das können wir nicht, das haben wir auch nicht gelernt. Unser Fokus sollte nicht primär die Kostenreduktion sein. Sie kennen sicher den Spruch: „Kümmere Dich um Kosten und die Qualität wird sinken. Kümmere Dich um Qualität und die Kosten werden sinken.“ Lassen Sie uns Qualität wieder in den Fokus unserer Arbeit stellen und Sie werden sehen, dass die Ökonomie langfristig diesem Ziel folgen wird.
3. **Wertebasierte Aus-, Fort- und Weiterbildung**. Wir sollten jungen Kolleginnen und Kollegen zeigen, dass es

wichtiger und besser ist, das zu tun, zu dem sie angetreten sind, nämlich gute Ärztinnen und Ärzte zu werden. Wir sollten sie nicht zu Ingenieuren, Technikern oder Betriebswirtschaftlern in der Medizin machen. Lassen Sie uns die wertebasierte Medizin als unser größtes Pfund wieder in den Vordergrund rücken, damit wir Erfolge bei unseren Patienten erzielen und ihr Vertrauen zurückgewinnen. Das motiviert auch unsere jungen Kollegen und bringt ihnen wieder mehr Spaß an der Arbeit.

4. **Kommunikation**. Kommunikation ist wichtig. Ohne Kommunikation können wir all das Wissen, was wir haben, nicht an unsere Patienten bringen. Wir sollten unseren Mitarbeitern zeigen, wie wir durch bessere Kommunikation zwischen Arzt und Patienten, aber auch untereinander bessere Behandlungsergebnisse erreichen und es Spaß machen kann, sich mit Patienten über gute Resultate zu freuen, aber sie auch in schwierigen Situationen zu unterstützen. Wir sollten uns auch emotional auf unsere Patienten einlassen, sie werden es uns danken. Lassen Sie uns wieder mit unseren Patienten in Beziehung treten.

Ich möchte schließen mit einem Zitat von David Sackett, dem Stammvater der evidenzbasierten Medizin, der sich sonst vor allem mit harten Fakten in wissenschaftlichen Studien auseinandersetzt. Er sagte einmal zu Kollegen: „Das mächtigste therapeutische Werkzeug, das wir Ärzte jemals in der Hand haben werden, ist unsere eigene Persönlichkeit.“

Trauen wir uns!

Prof. Dr. Bertil Bouillon



Foto: Ines Landschek

Die Präsidenten des DKOU: Dr. Johannes Flechtenmacher, BVOU, Prof. Dr. Henning Windhagen, DGOOC, Prof. Dr. Bertil Bouillon, DGU.

INTERVIEW MIT DEN KONGRESSPRÄSIDENTEN

Die Einheit ist nicht mehr verhandelbar

Es ist die Sache mit dem Vertrauen, das so schwer wieder zu erringen ist, wenn es einmal verschwunden ist. Da ist Geduld, Wissen und Empathie gefragt, sind sich die diesjährigen Kongresspräsidenten einig.

„Wissen schafft Vertrauen“ lautet Ihr Kongressmotto. Wie sollte man das verstehen?

Prof. Dr. Henning Windhagen: Wir wollen Vertrauen vor allem zu unseren Patienten aufbauen, denn Orthopäden und Unfallchirurgen sind seit einiger Zeit erheblichen medialen Angriffen ausgesetzt. Da ist von „zu viel Operationen“ die Rede und von „Schrott im Körper“. Wir wollen Vertrauen zurückgewinnen. Das zentrale Element des Vertrauens sehen wir in der Evidenz. Wer Vertrauen zurück gewinnen will, muss sich auf das Beweisbare verlassen können. Wenn der Patient das verstanden hat, bekommt er auch wieder Vertrauen.

Prof. Dr. Bertil Bouillon: Die Zahlen der Bertelsmannstiftung besagen zwar nicht, dass der Arztberuf tatsächlich an Ansehen gelitten hat, auf der Wertschätzungsskala lagen wir im Jahr 2013 bei 76 Prozent, im Jahr 2011 waren es aber noch 82 Prozent. Wenn Patienten aber immer nur lesen, es ginge in der Medizin nur um Ökonomie, dann beginnen sie zu zweifeln. Wir erleben immer häufiger, dass Patienten fragen, muss die Opera-

tion wirklich sein. Hier haben wir aber eine gute Chance, mit dem Patienten in eine gute Kommunikation zu kommen und mit ihm gemeinsam zu entscheiden, was nach Lage der Dinge das Beste für ihn ist. Diese Gespräche schaffen auch Vertrauen.

Dr. Johannes Flechtenmacher: Wissen schafft nicht nur Vertrauen, sondern auch Selbstvertrauen. Für viele Kollegen in der Praxis ist es wichtig zu wissen, wo sie stehen. Zu wissen, das Richtige zu machen, bringt Selbstvertrauen.

Ist nicht auch die Fülle der Informationen, die sich der Patient in unserem digitalen Zeitalter selbst verschafft, geeignet, um ihn zu verunsichern, weil er nicht in der Lage ist, die Fakten zu bewerten? Und ist nicht auch der Umgang zwischen Arzt und Patient weniger autoritär als in Zeiten des Halbgotts in Weiß? Stichwort: Zweitmeinung.

Flechtenmacher: Es ist sicherlich so, dass Empathie ein Qualitätskriterium unserer Arbeit ist. Einem Patienten muss man sich als Arzt zuwenden, gleich welche Frage er hat. Und man muss ihn ernst nehmen,

auch wenn er sich mit einer Zweitmeinung vergewissern will. Da reicht nicht, dass ich mir nur das Röntgenbild des Kollagen anschau, nein, ich muss den Patienten körperlich untersuchen und ihn befragen. Gerade in unserem Fach gibt es häufig eine Diskrepanz zwischen Bildgebung und Klinik. Wir behandeln keine Bilder. Ein Beispiel: Eine Patientin soll am Rücken wegen einer spinalen Enge operiert werden, findet ihr behandelnder Arzt, die Symptomatik stimmt mit dem Röntgenbild und dem Kernspinbild überein. Aber bei der Untersuchung sehe ich, dass die Frau ein Hüftproblem hat. Die Hüfte wurde gar nicht geröntgt. Die zweite Meinung bringt also ein anderes Ergebnis. Mit der Hüftprothese lebt sie jetzt beschwerdefrei, auch der Rücken ist wieder gut.

Bouillon: Bei einer Unterschenkelfraktur haben wir eine Palette an Therapiemöglichkeiten von konservativ, über Platte, Nägel, bis zu minimal-invasiven Verfahren. Im Gespräch mit dem Patienten erfahre ich, wen ich da vor mir habe, welche Erwartungen er hat. Ist er noch aktiv und will er wieder Sport treiben oder will er nur ruhig in seinen Fernsehsessel

zurückkehren, hat er weitere Risikofaktoren wie Diabetes und raucht er. Nur wenn ich das alles weiß, kann ich gemeinsam mit ihm eine ihm entsprechende Entscheidung treffen.

Welche Highlights setzte der diesjährige DKOU, auf welchem Gebiet gibt es Innovationen?

Windhagen: In der Vergangenheit ging es bei O&U um technische und implantatbezogene Innovationen. Diese haben die Überlebensraten nach Endoprothesen von 80 auf 95 Prozent gehoben. Für heutige Standardoperationen benötigt man keine neuen Implantate. In einigen Bereichen wie der Revisionschirurgie, bei Infektionen, geriatrischer Problematik wird man weiter forschen müssen. Die heutige Innovation ist, dass wir bei einer Operation nicht nur auf das Implantat schauen, sondern es tritt die Vor- und Nachbehandlung, die Anästhesie, die Hygiene und das Management in den Krankenhäusern in den Fokus und die Frage, was lässt sich da optimieren?

Bouillon: Das gilt im Verletzungsbereich ebenso. Die Hauptfrage ist doch, wie können wir sicherstellen, dass von der Indikationsstellung bis zur Reha und Reintegration die Ergebnisse gut sind. Wir müssen die Behandlungskette schließen, d.h. wie können wir die Prozesse gemeinsam abstimmen mit niedergelassenen Kollegen, mit Physiotherapeuten, mit Rehaärzten?

Windhagen: Wir wissen, dass die Strukturen die Ergebnisqualität bestimmen. Das sehen wir am Endoprothesen- und am Traumaregister. Wir müssen allerdings erkennen, dass wir die Kosten-Nutzen-Relation dieser Instrumente noch nicht so richtig beherrschen. Wir dürfen uns von der Zertifizierungspflicht nicht so extrem unter Druck setzen lassen. Ich bin sicher, dass wir bei Endocert die Zahl der Kriterien verringern können. In ein paar Jahren wird man die Hauptkriterien kennen und damit weniger Dokumentationsaufwand betreiben müssen.

Bouillon: Auch das Traumaregister dient ja der Qualitätskontrolle. Wir sind inzwischen soweit, dass wir uns nur noch auf selektive Parameter konzentrieren. Jetzt haben wir quasi eine abgespeckte Version, die auch für lokale Traumazentren besser handhabbar ist. Das große Trau-

maregister dient neben der Qualitätsverbesserung dem wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn. Wir Operateure sollten ja nicht zu Büromedizinern verkommen.

Welche Highlights haben die niedergelassenen O&U-Kollegen auf dem Kongress gesetzt?

Flechtenmacher: Die Sektionierung in unserem Fach ist dabei sich aufzulösen. Es gibt eine Vielzahl von gelebten Kooperationsformen zwischen klinischer und niedergelassener Medizin. Somit kann eine Differenzierung zwischen niedergelassener und „nichtniedergelassener“ Medizin nicht stattfinden. Das Programm für den Kongress, sowohl für operative wie auch für nichtoperative Themen, wurde gemeinsam im vollen Konsens durch alle drei Präsidenten erarbeitet.

Die Zukunft des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie sehe ich unter anderem in der Biologisierung und der Individualisierung der Medizin. Dieser Vorstellung ist der Kongress in vielen Belangen gerecht geworden. Von der Biologisierung profitieren heute zum Beispiel Patienten mit rheumatischen Erkrankungen. Inzwischen sind wir auch bei der Diagnostik und Therapie der Osteoporose differenzierter und somit besser geworden. Auch bei unserem großen Fach Arthrose sind wir dabei, dieses besser zu verstehen. Wir werden bald in der Lage sein, auch bei diesem Krankheitsbild, Patienten individualisierter zu behandeln. Wir lernen, dass auch degenerative Knorpelerkrankungen unter bestimmten Umständen ähnlich wie Knorpeldefekte behandelt werden können.

„Die Einheit beginnt zu zweit“, ein Wendebuch nahm vorweg, was auch bei der Zusammenführung von O&U deutlich wird. Wie weit ist Ihre Einheit gediehen?

Windhagen: Unser Fach O&U ist immer noch eine bunte Welt. Aber wir sind jetzt an einem Punkt angekommen, an der die Einheit nicht mehr verhandelbar ist. Die junge Generation fühlt sich bereits als OU. Die mittlere ist differenzierter, je nach persönlichem Vor- oder Nachteil, die die Einheit unserer Fächer so mit sich bringt. Natürlich gibt es immer noch Diskussionen, manche sind auch destruktiv. Aber auch innerhalb eines Faches gibt es immer wieder Konflikte, das ist überall so. Unsere gemeinsame Kongresspräsi-

dentschaft hat ein tiefes gegenseitiges Vertrauen befördert. Wir wissen auch, dass wir viel Druck von außen bekommen, wir müssen auch zusammenhalten und gleichzeitig bringt ein bisschen Wettbewerb unser Fach auch weiter.

Bouillon: O&U ist nicht mehr verhandelbar. Unsere Teams sind sich bei der Kongressvorbereitung näher gekommen, O&U sind ein Stück Normalität geworden. Schauen Sie sich meinen Namen an, wie sähe der aus, wenn das O oder das U fehlte? Unser Fach ist ein „spannendes Buffet“ geworden von der Kinderorthopädie bis zur Polytraumaversorgung, bei dem sich jeder Kollege Dinge raussuchen kann, die seiner Neigung entsprechen. Wichtig ist, dass wir auch die Notfallversorgung so attraktiv gestalten, dass sich Kollegen nicht nur um die elektiven Bereiche unseres Faches kümmern. Wir haben insbesondere unsere politischen Gremien zusammengeführt, es gibt nur noch einen Bildungs- und einen Grundsatzausschuss der DGOU, wir müssen eine gemeinsame Botschaft nach außen verkünden. Insgesamt sind wir als Fach ein gesundheitspolitisches Schwergewicht, wir haben 10.000 Mitglieder.

Flechtenmacher: Ich stimme meinen Vordnern absolut zu. Als Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie besitzen wir eine Organisationsstruktur auf Bund-, Länder- und Bezirksebene, die der KV- und Ärztekammerstruktur entspricht, eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Gremienarbeit, aber auch eine Notwendigkeit für Verhandlungen mit Kostenträgern und Politikern. Ich würde mich freuen, wenn wir zu einem gemeinsamen Berufsverband werden, der für Kliniker und niedergelassene Orthopäden und Unfallchirurgen attraktiv ist. Wir brauchen in unserem gemeinsamen Fach konsentrierte Ziele und eine gemeinsame Strategie.

Vielen Dank für das Gespräch.



Das Interview führte Ines Landschek, freie Medizinjournalistin und Redakteurin der OUMN.



Foto: Starface

Abb. 1: Zur Eröffnung des Kongresses übergaben die Kongresspräsidenten das Osteologie-Forschungsstipendium, den Oskar der Medizin und den Grundlagenforschungspreis. Von li. n. re: Dr. Johannes Flechtenmacher, Prof. Dr. Henning Windhagen, Dr. Boris Michael Holzapfel, PD Dr. Tobias Renkawitz, Dr. Tim Klüter, Prof. Dr. Bertil Bouillon.

PREISE UND EHRUNGEN

Ehre, wem Ehre gebührt

Im Rahmen des diesjährigen Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) haben DGOU, BVOU, DGU, DGOOC zahlreiche Preise für herausragende wissenschaftliche Arbeiten vergeben. Für ihr Engagement für O&U wurden namhafte Vertreter ihres Faches geehrt.

Osteologie-Forschungsstipendium 2014

Preisverleiher: DGU

Preisträger: Dr. Tim Klüter

Forschungsvorhaben: „Bedeutung des Chemokins SDF-1 und der Chemokinrezeptoren CXCR-4/-7 auf die osteoporotische Frakturheilung“

Dotation: 25.000 Euro

Stifter: Amgen GmbH

Zusammen mit seiner Arbeitsgruppe ging Klüter der Frage nach, inwiefern Chemokine und ihre Rezeptoren einen Einfluss auf die osteoporotische Frakturheilung haben und welche therapeutischen Möglichkeiten sich daraus ergeben. In Voruntersuchungen konnte die Arbeitsgruppe bereits eine Induktion von den zunehmend an Interesse gewinnenden Chemokinrezeptoren auf Osteoblasten und deren Vorläuferzellen in humanem Knochengewebe nachweisen (► **Abb. 1**).

Grundlagenforschungspreis 2014

Preisverleiher und Stifter: DGOU

Preisträger: Dr. Boris Michael Holzapfel

Titel der Arbeit: „Species-specific homing mechanism of human prostate cancer metastasis in tissue engineered bone“

Dotation: 20.000 Euro

Im Rahmen eines von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Stipendiums an der Queensland University of Technology in Brisbane/Australien arbeitet Dr. Holzapfel an der Etablierung präklinischer, humanisierter Modelle der Knochenmetastasierung. Durch Anwendung biotechnologischer Methoden aus dem Bereich des Tissue Engineering ist es erstmals möglich, Interaktionen zwischen humanen Krebszellen und vitalem humanem Knochen im Tiermodell zu untersuchen und somit human-spezifische Therapiestrategien zu entwickeln (► **Abb. 1**).

Hans-Liniger-Preis 2014

Preisverleiher und Stifter: DGU

Preisträger: PD Dr. Patric Garcia Caso

Titel der Arbeit: „Fracture Healing and Non-union Formation in Mice: Model Development, Pathophysiology and Novel Treatment Strategies“

Dotation: 10.000 Euro

Garcia untersuchte die pathophysiologischen Mechanismen während der Entstehung von Pseudarthrosen und Möglichkeiten der pharmakologischen Stimulation der Heilung. Aufgrund der komplexen Abläufe ist eine Untersuchung in Zellkulturen hier nicht möglich, so dass für die Untersuchungen ein Modell in der Maus entwickelt wurde. Von besonderem Interesse könnte die Erkenntnis sein, dass das hämatopoetische Erythropoietin auch in der Lage ist, die Frakturheilung zu stimulieren (► **Abb. 2**).

Preis für klinisch-orthopädische Forschung 2014

Preisverleiher und Stifter: DGOOC

Preisträger: PD Dr. Thoralf R. Liebs

Titel der Arbeit: „The significance of an asymmetric extension gap on routine radiographs after total knee replacement: A new sign and its clinical significance“

Dotation: 10.000 Euro

In seiner Arbeit hat er das Auftreten von nativradiologisch nachweisbaren asymmetrischen tibiofemorale Extensionslücken bei 277 Patienten nach endopro-



Abb. 2: PD Dr. Patric Garcia Caso



Abb. 3: PD Dr. Thoralf R. Liebs



Abb. 4: Dr. Débora Cristina Corca-Huber und Dr. Ing. Daniel Klüß



Abb. 5: Daniel Macdonald



Abb. 6: Dr. Sascha Gick und Dr. Steffen Heck



Abb. 7: Dr. Konstantinidis nimmt Rehapreis entgegen

Fotos: Starface

thetischer Versorgung des Kniegelenks untersucht. Dabei hat er eine asymmetrische Extensionslücke von $\geq 1,5$ mm bei knapp 15% der Studienteilnehmer festgestellt und Assoziationen zu postoperativen Schmerzen hergestellt: Die Patientengruppe mit einer lateral aufklappenden Extensionslücke wies postoperativ eine signifikant bessere Lebensqualität auf als die Patientengruppe mit einer symmetrischen oder einer medial aufklappenden Extensionslücke (► Abb. 3).

Themistocles-Gluck-Preis 2014 (Preis geteilt)

Preisverleiher: DGOOC und DePuy Synthes (Stifter)

Preisträger: Dr. Débora Cristina Corca-Huber

Titel der Arbeit: „Bactericidal Activity of N-Chlorotaurine against Biofilm-Forming Bacteria Grown on Metal Disks“

Dotation: 5.000 Euro

In der vorliegenden Arbeit haben wir die Aktivität von N-Chlortaurin (NCT) gegen Biofilm-bildenden Bakterien in vitro untersucht. NCT zeigte mikrobizide Wirkung gegen verschiedene Bakterienstämme in Biofilmen. Wenn dies auf die klinische Situation übertragen werden kann, um in der prothetischen Gelenkchirurgie gegen bakterielle Besiedlung und Biofilmbildung sowie zu bereits etablierten Infektionen zu bekämpfen, könnte vielen Patienten signifikant geholfen werden (► Abb. 4).

Themistocles-Gluck-Preis 2014

Preisverleiher: DGOOC und DePuy Synthes

Preisträger: Dr. rer. hum. Dipl.-Ing. Cathérine Ebner und Dr. Ing. Daniel Klüß

Titel der Arbeit: „In Vivo Monitoring of Implant Osseointegration in a Rabbit Model Using Acoustic Sound Analysis“

Dotation: 5.000 Euro

Die Forschungsarbeiten an einem neuen Verfahren zur Messung der Implantatverankerung basieren auf einem akustisch-mechanischen Ansatz, welcher einer Klanganalyse entspricht. Das Implantat verfügt dabei über eine interne frei schwingende Kugel, welche über ein elektromagnetisches Wechselfeld von außen angeregt werden kann. Prallt die Kugel infolge der Anregung von Innen gegen das Implantat, entsteht ein Geräusch, welches mittels Körperschallsensor von außen gemessen und analysiert werden kann. In einer tierexperimentellen Untersuchung wurde das Verfahren an miniaturisierten Implantaten getestet und ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Frequenzverschiebungen des akustischen Signals und der Implantatverankerung im Knochen hergestellt (► Abb. 4).

Heinz-Mittelmeier-Forschungspreis 2014

Preisverleiher: DGOOC und CeramTec GmbH

Preisträger: Daniel Macdonald

Titel der Arbeit: „What Factors Influence Fretting Corrosion in Total Hip Arthroplasty with Ceramic Heads? A Retrieval Analysis“

Dotation: 5.000 Euro

Previous studies regarding head-neck taper corrosion were largely based on cobalt chrome alloy femoral heads. Less is known about taper corrosion with ceramic femoral heads. The results suggest that by using a ceramic femoral head, fretting corrosion of the head-neck taper may be mitigated but not completely eliminated (► Abb. 5).

Innovationspreis 2014

Preisverleiher: DGU und DePuy Synthes

Preisträger: Dr. Sascha Gick und Dr. Steffen Heck

Titel der Arbeit: „Photodynamisches Polymer zur Stabilisierung von Frakturen“

Dotation: 5.000 Euro

Bei diesem Osteosyntheseverfahren handelt es sich um einen flüssigen Kunststoff, der mittels eines Ballon-Katheters in den Markraum der Röhrenknochen eingebracht und dort unter blauem Licht ausgehärtet wird. Die Vorteile dieses Implantates bestehen in der minimal-invasiven Implantationstechnik. Des Weiteren kann das Implantat an jeder Stelle durch zusätzliche Osteosyntheseverfahren ergänzt werden, wobei der Knochen in der Röntgenbildgebung uneingeschränkt darstellbar bleibt. Dadurch bietet das IlluminOss-Implantat vor allem



Abb. 8: PD Dr. Christian Zeckey



Abb. 9: Dr. rer. medic. Dipl.-Ing. (FH) Martin Schulze



Abb. 10: Dr. Niklas Hübsch sowie Dr. Harald Käppner



Abb. 11: PD Dr. med. Tobias Renkawitz



Abb. 12: Dr. med. Mirko Aach und Oliver Cruziger



Abb. 13: Dr. Melanie Haffner-Luntzer

Fotos: Starface

in der Frakturversorgung des strukturell geschwächten Knochens, z.B. bei Osteoporose, neue Möglichkeiten und stellt somit für dieses wachsende Patientengut eine Alternative dar (► Abb. 6).

Preis zur Förderung der Rehabilitationsforschung 2014

Preisverleiher: DGOU

Preisträger: PD Dr. med. Anja Hirschmüller; Entgegennahme: Dr. Konstantinidis

Titel der Arbeit: „Ergebnisse isokinetischer Kraftmessungen und klinischer Funktionstests bei Patienten mit isolierten, vollschichtigen Knorpelschäden des Kniegelenks – Basis für die Entwicklung spezifischer (P) Rehabilitationsprotokolle“

Dotation: 5.000 Euro

Stifter: Klinikgruppe Enzensberg (► Abb. 7)

Reisestipendium 2014

Preisverleiher und Stifter: DGU

Preisträger: PD Dr. Christian Zeckey

Vorhaben: Besuch der Limb Reconstruction Unit am Universitätsklinik Bristol/Großbritannien

Dotation: 5.000 Euro (► Abb. 8)

Promotionspreis 2014

Preisverleiher und Stifter: DGU

Preisträger: Dr. rer. medic. Dipl.-Ing. (FH) Martin Schulze

Titel der Arbeit: „Entwicklung und Evaluierung eines Roboter gestützten Prüfauf-

baus zur Untersuchung der Biomechanik mono- und multisegmentaler lumbaler Wirbelsäulen“

Dotation: 2.500 Euro

Mono- und multisegmentale in vitro Testmethoden bilden eine wichtige Basis zur Bewertung der Biomechanik von Wirbelsäulen. Durch standardisierte und präzise Prüfaufbauten sollen Instabilitäten, Rekonstruktions- und Instrumentierungsmethoden vor einem klinischen Hintergrund untersucht werden. Mit diesem Fokus wurde ein Roboter gestützter Aufbau entwickelt und umfassend evaluiert. Anhand der Ergebnisse konnten eine hohe Genauigkeit und Reproduzierbarkeit, sowie eine gute Übereinstimmung mit der Literatur nachgewiesen werden. Zur Analyse der Kinematik beliebiger Wirbelsäulensegmente wurde darüber hinaus ein Analyse-Tool entwickelt, welches den Verlauf momentaner Gelenkachsen komplexer Bewegungen ermöglicht (► Abb. 9).

Kongress-Stipendium 2014

Preisverleiher und Stifter: DGOOC

Preisträger: Dr. Niklas Hübsch

Preisträger: Dr. Harald Käppner

Dotation: je 800 Euro (► Abb. 10)

Oskar-Medizinpreis 2014

Preisverleiher und Stifter: Stiftung Oskar-Helene-Heim

Preisträger: PD Dr. med. Tobias Renkawitz

Würdigung und Förderung der Forschungsarbeiten der letzten drei Jahre zum Thema: „Innovation und Patientensicherheit bei der elektiven Hüft- und/oder Knieendoprothetik (Primärversorgung und Wechselendoprothetik)“ und Unterstützung zukünftiger Forschungsvorhaben

Dotation: 50.000 Euro

Der Preisträger hat mit seinem Team im Bad Abbacher Klinikum eine muskelschonende (minimalinvasive) und patientenindividuell ausgerichtete Operationstechnik für den Hüftgelenkersatz entwickelt. Die Technik ermöglicht eine besonders exakte, individuelle Anpassung der künstlichen Gelenkkomponenten, die mit der Präzision moderner Schlösser funktionieren: vergleichbar mit dem exakten Ineinanderpassen eines Sicherheitsschlüssels in einem Sicherheitsschloss (► Abb. 11).

Herbert-Lauterbach-Preis 2014

Preisverleiher und Stifter: Klinikverbund der gesetzlichen Unfallversicherung (KUV)

Preisträger: Dr. med. Mirko Aach und Oliver Cruziger

Titel der Arbeit: „Voluntary driven exoskeleton as a new tool for rehabilitation in chronic it spinal cord Injury – A pilot study“ (Willkürlich gesteuerte Exoskelette als neue Therapie in der Rehabilitation chronisch Querschnittgelähmter – eine Pilotstudie)

Dotation: 10.000 Euro



Abb. 14: Springorum H. (Bad Abbach), Götz J., Baier C., Heers G., Grifka J., Keshmiri A.



Abb. 15: Omar M., Ettinger M., Reichling M., Petri M., Guenther D., Lichtinghagen R., Jagodzinski M., Krettek C.



Abb. 18: Prof. Dr. Werner Zimmerli



Abb. 16: Haasper C. (Hamburg), Kokenge T., Omar M., Kendoff D., Krettek C., Gehrke T., Guenther D.



Abb. 17: Dr. Philipp Minzlaff, Dr. Tim Sailer, Prof. Dr. Andreas B. Imhoff, Prof. Dr. Stefan Hinterwimmer

Fotos: Starface

Im Rahmen des Forschungsprojekts erfolgte die Anwendung eines neurologisch gesteuerten Exoskeletts bei chronisch querschnittgelähmten Patienten. Diese absolvierten ein dreimonatiges Trainingsprogramm mit exoskeletaler Laufbandtherapie und begleitenden Gehtests zur Evaluation der funktionellen Verbesserungen. Gezeigt werden konnte eine Verbesserung des Ganges unter Verwendung des Exoskeletts auf dem Laufband in Bezug auf Gehstrecke, -Geschwindigkeit, und -Dauer. Gleichzeitig zeigte sich ein deutlich verbessertes Gangbild ohne das Exoskelett, bei signifikant verbesserter Muskelkraft (► **Abb. 12**).

Der Wilhelm-Roux-Preis

Mit dem Wilhelm-Roux-Preis kürt die Sektion Grundlagenforschung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie jährlich den besten Vortrag aus der Grundlagenforschung, der beim Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie gehalten wird. Der Preis wird von der Firma Aesculap gestiftet und ist mit 2.000 Euro dotiert.

Der Wilhelm-Roux-Preis der Sektion Grundlagenforschung ging an die Arbeitsgruppe: Haffner-Luntzer Melanie, Heilmann Aline, Rapp Anna, Schinke T., Amling M., Ignatius Anita, Liedert Astrid mit ihrem Beitrag „Midkine-Defizienz verzögert die Chondrogenese während der frühen Phase der Frakturheilung“.

Der Beitrag wurde auf der Sitzung „Die besten Arbeiten aus der Grundlagenforschung“ unter insgesamt neun Bewerbern ausgewählt (► **Abb. 13**).

EBM-Preise DKOU 2014

(überreicht durch Prof. J. Hassenpflug – EBM-Preiskommission der DGOU)

1. Preis (2.000,- Euro)

„Kann ein verändertes Knieprothesendesign (Highflexion-Knie) die postoperative Beweglichkeit und das Outcome verbessern? Ergebnisse einer prospektiven randomisierten doppelt verblindeten Studie“

Springorum H. (Bad Abbach), Götz J., Baier C., Heers G., Grifka J., Keshmiri A. (► **Abb. 14**)

2. Preis (1.500,- Euro)

„Können septische Arthritiden mit Hilfe eines Urinstreifentests diagnostiziert werden?“

Omar M. (Hannover), Ettinger M., Reichling M., Petri M., Guenther D., Lichtinghagen R., Jagodzinski M., Krettek C. (► **Abb. 15**)

2. Preis (1.500,- Euro)

„Ausschluss von periprotetischen Infektionen mit Hilfe eines Leukozyten-Esterease-Teststreifens“

Haasper C. (Hamburg), Kokenge T., Omar M., Kendoff D., Krettek C., Gehrke T., Guenther D. (► **Abb. 16**)

BVOU-Medi Award



Preisverleiher: BVOU, **Stifter:** Firma medi GmbH & Co. KG

Preisträger: Dr. Philipp Minzlaff, Dr. Tim Sailer, Prof. Dr. Andreas B. Imhoff, Prof. Dr. Stefan Hinterwimmer

Titel der Arbeit: „Der Brace Test – Ein diagnostisches Tool bei unklaren Indikationen zur valgusierenden hohen tibialen Umstellungsosteotomie (HTO)“

Dotation: 7.500 Euro

Mit der Würdigung einer wissenschaftlichen Arbeit aus dem Gebiet konservativer Behandlungskonzepte soll die Bedeutung des Faches gefördert, und die großen Möglichkeiten auf dem Gebiet der konservativen Orthopädie sichtbar gemacht werden (► **Abb. 17**).

Pauwels-Gedächtnismedaille der DGOOC

Mit der Pauwels-Medaille würdigt die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie Menschen, die sich um die orthopädische Forschung verdient gemacht haben. Die Gesellschaft will damit an die großen Verdienste von Dr. Friedrich Franz Karl Maria Pauwels im Fach Orthopädie erinnern. In diesem Jahr wurde diese Ehre Prof. Dr. Werner Zimmerli zuteil. Sein Forschungsschwerpunkt ist die Pathophysiologie und Therapie von Implantatinfektionen. Ein entscheidender Durchbruch in der Behandlung solcher Infektionen war der experimentelle Nachweis der Wirksamkeit von Rifampicin gegen Biofilminfektionen. Er hielt die Pauwels-Gedächtnisvorlesung zum Thema „Orthopädische Implantat-assoziierte Infektionen: Pathogenese und Therapie“ (► **Abb. 18**).



Abb. 19: Prof. Dr. Carl Joachim Wirth für DGOU



Abb. 20: Prof. Dr. Dr. Norbert Haas für DGU



Abb. 21: Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard für DGOOC



Abb. 22: Dr. Martin Talke für BVOU



Abb. 23: Prof. Dr. Hartmut Siebert für BVOU



Abb. 24: Prof. Dr. Manuel Fernandes für DGOOC

Fotos: Starface

Ehrungen Ehrenmitglieder

Zu Ehrenmitgliedern der Gesellschaften können Persönlichkeiten ernannt werden, die sich um die Entwicklung und Förderung des Faches Orthopädie und Unfallchirurgie außerordentlich verdient gemacht haben. Die Ehrenmitglieder haben Stimm- und Wahlrecht entspre-

chend ihrem Status als ordentliche oder außerordentliche Mitglieder des Vereins (► Abb. 19–23).

Prof. Dr. Carl Joachim Wirth für DGOU
Prof. Dr. Dr. h. c. Norbert Haas für DGU
Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard für DGOOC
Dr. Martin Talke für BVOU
Prof. Dr. Hartmut Siebert für BVOU

Korrespondierende Mitglieder (► Abb. 24–27)

Prof. Dr. Manuel Fernandes für DGOOC
Prof. Mary L. Bouxsein, PhD für DGOOC
Prof. Pierre Guy, MD für DGOU
Prof. Dr. Inger B. Schipper für DGU
Prof. Kenneth D. Boffard, MD, PhD für DGU

Johann-Friedrich-Dieffenbach-Büste der DGU

Die Johann-Friedrich-Dieffenbach-Büste wurde 1982 als ehrenvolle Auszeichnung für wissenschaftliche Verdienste um die Unfallheilkunde gestiftet. Sie wird an Persönlichkeiten verliehen, die sich durch hervorragende wissenschaftliche Leistungen um die Unfallchirurgie besonders verdient gemacht haben.

Johann-Friedrich-Dieffenbach-Büste ging an Prof. Dr. Dr. h. c. Pol Rommers (► Abb. 28).

Carl-Thiem-Gedenkmünze

Die Carl-Thiem-Gedenkmünze wurde 1997 anlässlich des 75-jährigen Bestehens der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie gestiftet. Sie wird verliehen für besondere Verdienste um die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie unter Einbeziehung berufspolitischer und berufsständischer Leistungen.

In diesem Jahr ging die Ehrung an Prof. Dr. med. Felix Bonnaire (► Abb. 29).

Ehrennadeln

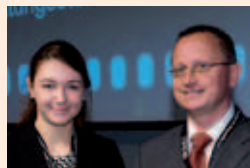
Goldene Ehrennadel DGU: Ina Kutscher

POSTERPREISE

Klinische Posterpreise



im Wachstumsalter – eine zwei Center Studie“
Dudda M. (Bochum), Bunge Pamela, Jones C., Schildhauer T., Kruppa Christiane



Hahn Franziska (Berlin), Tsitsilonis S., Koch Julia, Manegold S., Lindner T., Haas N., Wichlas F.



Langenmair E. (Freiburg), Salzmann G., Niemeyer P., Schmal H., Südkamp N., Riedemann N.

1. Preis

„Komplikationen nach intramedullärer Versorgung von Unterarm-schaftfrakturen

2. Preis

„Früherkennung von Frakturen in der Rettungsstelle – Arzt vs. Pfleger“

3. Preis

„Intraartikuläre Komplementaktivierung in der Frühphase nach Sprunggelenksfrakturen“

Experimentelle Posterpreise

ausgelobt von der Sektion Grundlagenforschung gemeinsam mit der Fa. DePuy - von Prof. Madry verliehen an

Benz Karin, Steffen F., Müller Lena, Clement Frey Flurina, Nuss Katja, von Rechenberg Brigitte, Mollenhauer J., Gaissmaier C.
Titel der Arbeit: „*Molecular profiling of spontaneous repair in surgically damaged ovine lumbar intervertebral discs*“.

Bretschneider Henriette, Stiehler M., Hartmann A., Bogner Elena, Osswald Claudia, Mollenhauer J., Gaissmaier C., Günther K.
Titel der Arbeit: „*Matrix-assisted autologous cartilage regeneration of the hip joint*“.

Schubert Rebecca, Zietz Carmen, Fabry C., Bader R.
Titel der Arbeit: „*Abriebuntersuchungen mit Titan-Nitrit (TiN) beschichteten Femurkomponenten bikondylärer Knieendoprothesen unter Worst-case Bedingungen*“.

Sengstock Christina, Motemani Y., Khare C., Schildhauer T., Ludwig A., Köller M.
Titel der Arbeit: „*Eine durch Glancing Angle Sputter Deposition (GLAD) generierte Titan-Nanostruktur induziert selektiv antibakterielle Aktivität auf adhärenzte Keime*“.



Abb. 25: Prof. Mary L. Bousein, PhD für DGOOC



Abb. 26: Prof. Pierre Guy, MD für DGOU



Abb. 27: Prof. Dr. Inger B. Schipper für DGU



Abb. 28: Prof. Dr. Dr. h.c. Pol Rommers



Abb. 29: Prof. Dr. med. Felix Bonnaire



Abb. 30: Ina Kutscher

Goldene Ehrennadel DGOOC (► **Abb. 30**): Prof. Dr. Thomas Wirth, Dr. Frank Schemmann, Prof. Dr. Wolf Arnold (2013) (► **Abb. 31**)

Hubert-Waldmann-Plakette

Für die Verdienste um Orthopädie und Unfallchirurgie sowie für die langjährige Tätigkeit im als Präsident der Gesellschaft für Osteologie und sein Engagement in der Leitlinienkommission des DVO wird Dr. Hermann Schwarz mit der Hubert-Waldmann-Plakette geehrt. (► **Abb. 32**)

Georg-Hohmann-Plakette

Die Georg-Hohmann-Plakette wird an Persönlichkeiten verliehen, die sich



Abb. 31: Prof. Dr. Thomas Wirth, Dr. Frank Schemmann, Prof. Dr. Wolf Arnold (2013)



Abb. 32: Dr. Hermann Schwarz

auch außerhalb des wissenschaftlichen Bereiches oder des Faches um die Entwicklung der deutschen Orthopädie in besonderer Weise verdient gemacht haben, als Präsidentin der Rheumaliga erhält Frau Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle die Georg-Hohmann-Plakette (► **Abb. 33**).



Abb. 33: Prof. Dr. Erika Gromnica-Ihle

GEORG FRIEDRICH LOUIS STROMEYER-MEDAILLE 2014

Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie hat



Herrn Univ.-Professor Dr. Martin Breitenheiser

Vorstand des Instituts für Radiologie und interventionelle Radiologie vom Landeskrankenhaus Horn-Allentsteig Horn / Österreich für das Buch

„Der MR-Trainer Untere Extremität“

die GEORG FRIEDRICH LOUIS STROMEYER-MEDAILLE

mit folgender urkundlicher Laudatio verliehen: Der Verfasser hat bereits mehrere stark beachtete Werke zur Magnet-Resonanz-Tomographie veröffentlicht und durch diese bedeutende Beiträge zur Ausweitung und Vertiefung der Diagnostik chirurgisch-orthopädischer, insbesondere aber speziell-unfall-

chirurgischer Zustands- und Funktionsveränderungen der Gliedmaßenorgane geleistet. Auf der Grundlage einer für das klinische Verständnis einprägsamen Darstellung dieser Technologie ermöglicht das Werk eine über die fachradiologische Differentialauswertung eigenständig hinausgehende klinische, besonders die operative Indikationsstellung stützende und über die hergebrachten morphologischen Begrenzungen hinausreichende Indikationsstellung. Hüft-, Knie- und Sprunggelenke bedürfen wegen ihrer biomechanischen Strukturen und Beanspruchungen für die Therapie insbesondere akuter Verletzungen sowie deren weiteren Folgen in jedem Einzelfall der subtilen Feststellung jeweiliger Schadenskomplexe. Diese dem Operateur zugänglich zu machen, ist das Anliegen des rasch schon in zweiter Auflage erschienenen Werkes. Der Autor hat eine oft



Beim Präsidentendinner nahm Prof. Dr. Martin Breitenheiser (Mitte) Urkunde und Georg Friedrich Louis Stromeier-Medaille entgegen. Es gratulierten der Präsident Prof. Dr. Bertil Bouillon (re.) und der Laudator Prof. Dr. Jürgen Probst.

schmerzhaft empfundene Lücke der Diagnostik sowohl durch seine Darstellung der Technik als auch interdisziplinär-didaktisch und in hervorragender sprachlicher Qualität geschlossen. Er hat sich damit um die Unfallchirurgie verdient gemacht.

Prof. Dr. Jürgen Probst



Foto: Starface

DEUTSCHER JOURNALISTENPREIS ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE 2014

Notfallretter und Spitzenmediziner für Knochen und Gelenke



BVOU und DGOU haben am 28.10.2014 zum fünften Mal den Deutschen Journalistenpreis für Orthopädie und Unfallchirurgie (JOU) verliehen. Aufgrund der hohen qualitativen Dichte zwischen den eingereichten Beiträgen wurde der Preis dieses Jahr dreigeteilt. Der Deutsche Journalistenpreis Orthopädie und Unfallchirurgie 2014 wurde verliehen an das Redaktionsteam von Ingo Bach, Der Tagesspiegel (Print), die Autoren Dr. Oliver Wittkowski und Dr. Hilmar Liebsch, SWR (Fernsehen) und das Redaktionsteam von Wolfgang Lemme, WDR (Fernsehen). Die Preisverleihung fand auf der Eröffnungsveranstaltung des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin statt.

Der Deutsche Journalistenpreis Orthopädie und Unfallchirurgie würdigt herausragende Medienbeiträge über orthopädisch-unfallchirurgische Themen aus den Bereichen Print, Hörfunk, Fernsehen und Internet. Der Preis ist mit insgesamt 5.000 Euro dotiert. Der siebenköpfigen Jury lagen insgesamt 23 Bewerbungen vor. Davon kamen 14 aus dem Bereich

der Printmedien, sieben aus dem Bereich Fernsehen, einer aus dem Bereich Hörfunk und einer aus dem Online-Bereich.

Der deutsche Journalistenpreis Orthopädie und Unfallchirurgie 2014 mit einem Preisgeld von 2.500 Euro geht an das siebenköpfige Redaktionsteam mit Ingo Bach (Konzept und Leitung), Suse

Grützmacher, Leonard Hillmann, Laura Holdack, Anna Ilin, Frieder Piazena und René Reinheckel für das Gesamtkonzept der Erstausgabe der neuen Magazinreihe „Tagesspiegel GESUND“, die unter dem Thema „Orthopädie“ stand. „Tagesspiegel GESUND“ wird von der Zeitung „Der Tagesspiegel“ herausgegeben. Das 98-seitige Heft erschien im Mai 2014 im Handel.

Das Magazin bildet in einer Mischung aus Informationen und Qualitätsdaten den gesamten Behandlungspfad orthopädischer Erkrankungen ab: von der Prävention über ambulante und stationäre Behandlungen bis hin zur Rehabilitation. Juryvorsitzender Professor Karsten Dreinhöfer sagte dazu: „Der Beitrag hat die Jury durch sein Gesamtkonzept bestochen. Mithilfe verschiedener Genres, aufwändigen grafischen Elementen und Fotos gibt das Heft Patienten und interessierten Lesern eine sehr gute Orientierungshilfe zu Erkrankungen des gesamten Muskelskelett-Systems.“

Beeindruckende Notfallretter

Der deutsche Journalistenpreis Orthopädie und Unfallchirurgie 2014 mit einem Preisgeld von 1.250 Euro geht an die Autoren Dr. Oliver Wittkowski und Dr. Hilmar Liebsch für den Fernsehbeitrag „In letzter Sekunde – die Notfallretter von Ludwigshafen“ aus der Sendung „Odysso – Das will ich wissen!“. Der Beitrag wurde am 22.05.2014 im SWR-Fernsehen ausgestrahlt. Im Zentrum des Beitrages steht die Arbeit von Unfallchirurgen im Schockraum der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Ludwigshafen. Der Beitrag verdeutlicht, wie wichtig es ist, an 365 Tagen im Jahr rund um die Uhr ein Team aus Unfallchirurgen und Orthopäden, Plastischen Chirurgen, Verbrennungsspezialisten, Neurochirurgen, Anästhesisten und Radiologen zur Verfügung zu haben, um Verletzte schnellstmöglich und optimal zu versorgen.

Juryvorsitzender Professor Karsten Dreinhöfer begründete die Preisvergabe so: „Der Beitrag vermittelt dem Zuschauer sehr verständlich die komplette Rettungskette nach einem Unfall – von der Erstversorgung vor Ort, über den Transport im Rettungshubschrauber bis hin zur Behandlung im Schockraum. Er ermöglicht dem Zuschauer einen intimen Blick auf die Akteure und ihre Entscheidungen, in einer Situation, in der jeder Handgriff sitzen muss.“

Glasknochenkrankheit

Der deutsche Journalistenpreis Orthopädie und Unfallchirurgie 2014 mit einem Preisgeld von 1.250 Euro geht an den Redakteur Wolfgang Lemme und das Autorenteam, bestehend aus Johanna Bayer, Reinhart Brüning, Hubert Filser,



Foto: Tagesspiegel

Das Autorenteam von Ingo Bach (3. v. li.) vom Tagesspiegel erhielt den 1. Preis in der Kategorie Printmedien.

Ulf Kneiding, Ingo Knopf, Carsten Linder, Kristin Raabe und Marion Werner für den Fernsehbeitrag „Leben mit Knochen aus Glas“ aus der Sendung „Quarks&Co“. Der Beitrag wurde am 05.11.2013 im WDR-Fernsehen ausgestrahlt. Im Zentrum des Beitrages steht der junge Arzt Dr. Oliver Semler, der seit seiner Geburt an der Glasknochenkrankheit – einer Knochenfehlbildung, bei der Knochen schon bei leichtesten Erschütterungen brechen können – leidet. Auf sehr einfühlsame Weise wird gezeigt, wie sich Semler als Betroffener den Weg zum Medizinstudium und in die Wissenschaft bahnt, um mit der Erforschung der seltenen Krankheit anderen von der Glasknochenkrankheit betroffenen Kindern zu helfen. Der Juryvorsitzende Professor Karsten Dreinhöfer begründete die Preisverleihung folgendermaßen: „Die Jury hat sich für diesen Beitrag entschieden, um die Berichterstattung über eine sehr seltene Krankheit zu würdigen. Der Beitrag ist sehr gut und umfangreich recherchiert und spannt einen großen Bogen von der Darstellung einer Lebensgeschichte bis hin zur Forschung und Entwicklung im Bereich von Orthopädie und Unfallchirurgie.“

Jurymitglieder

Der Jury des Deutschen Journalistenpreis für Orthopädie und Unfallchirurgie 2014 gehörten an:

- Dr. Siegrun Damas, freie Journalistin und Preisträgerin JOU 2013
- Gerda Kneifel, freie Journalistin bei der FAZ
- Susanne Herda, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit DGOU
- Ines Landschek, freie Medizinjournalistin, Redakteurin der OUMN

- Dr. med. Kay Schmidt-Horlohé, Oberarzt, Unfallchirurgie und Orthopädische Chirurgie, BG-Unfallklinik Frankfurt
- Anna Wittchen, Geschäftsstelle des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigter für Pflege
- Juryvorsitzender: Univ.- Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer, Vizepräsident Berufsverband (BVOU) sowie Chefarzt Orthopädie, Medical Park Berlin Humboldtmühle, und Professor für muskuloskeletale Rehabilitation, Prävention und Versorgungsforschung, Charité Universitätsmedizin, Centrum für Sportwissenschaften und Sportmedizin (CSSB), Centrum für Muskuloskeletale Chirurgie (CMSC)

Der Bewerbungsschluss für den Journalistenpreis Orthopädie und Unfallchirurgie endet jedes Jahr am 30. August. Eingereicht werden können Beiträge, die im davor laufenden Jahr zwischen dem 01.09. und 30.08. in einem deutschsprachigen Medium erschienen sind. Die Jury bewertet alle Beiträge in einem eintägigen, aufwendigen Sichtungungsverfahren.



Susanne Herda
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) e.V.
E-Mail: presse@dgou.de



Foto: Ingo Schwarz_Stiarface

TAG DER STUDIERENDEN

O&U ist eine attraktive Perspektive



Das Junge Forum O&U agiert an vielen Fronten beim DKOU 2014 - und dies sehr erfolgreich: Tag der Studierenden, Podiumsdiskussionen, Treffen der studentischen Foren, Ausschusssitzung des Jungen Forums O&U, Verleihung des Nachwuchsfördererpreises.

Bereits zum sechsten Mal konnte das Junge Forum O&U – dank der Unterstützung der DGOU – den „Tag der Studierenden“ beim DKOU in Berlin ausrichten. Am 29.10.2014 wurden 104 Stipendiaten (Studierende der Medizin) durch die drei Kongresspräsidenten und das Junge Forum O&U begrüßt. Danach ging es direkt los mit einer bunten Mischung aus einer Gruppendiskussionen, dem Besuch einer wissenschaftlichen Sitzung, einem Osteosynthese- und einem Exoprothetik-Workshop. Die Studierenden aus ganz Deutschland wurden dafür in Kleingruppen aufgeteilt und einem festen Tutor zugeteilt. Dieser junge Assistenzarzt oder -ärztin führte die angehenden Kollegen/-innen durch den Tag. Zu den Gruppendiskussionen und dem Besuch der wissenschaftlichen Sitzung kam jeweils ein Mentor oder eine Mentorin hinzu – also ein erfahrener Orthopäde oder Unfallchirurg. Zum Abschluss wurde eine Podiumsdiskussion zum dem Thema „Let's talk about – Perspektiven in O&U“ mit zwei erfahrenen unfallchirurgischen Kollegen als Moderatoren durchgeführt. Es kam zu einer regen Diskussion unter den Teilnehmer/-innen sowie den studentischen Zuhörer/-innen. Die Diskussionen konnten am späten Abend auf der zweiten Rookie Night in lockerer Atmosphäre fortgeführt werden. An dieser Stelle sei allen Mitwirkenden des „Tages der Studierenden“ recht herzlich gedankt!

Wieviel Ökonomie?

Eine weitere Podiumsdiskussion zu dem Thema „Kontrovers diskutiert - Wie viel Ökonomie verträgt O&U?“ wurde ebenfalls durch das Junge Forum O&U organisiert. Teilnehmer der Diskussionsrunde waren Vertreter aus O&U, der Politik, der Wirtschaft und Industrie sowie dem Abrechnungswesen. Über diese sehr erfolgreiche, neuartige Veranstaltung werden wir noch detaillierter berichten. Ein Novum stellte außerdem ein vom Jungen Forum O&U organisiertes Treffen der „Studentischen Foren in O&U“ dar. Am 31.10.2014 trafen sich etwa 20 Studierende zu einem Erfahrungsaustausch. Die YOUngster's O&U, die AGAstudents und das Junge Forum der DVSE stellten sich und ihre Projekte kurz vor und es folgte eine rege Diskussion über Gemeinsamkeiten, Unterschiede und eine mögliche Zusammenarbeit. In Zukunft soll nun versucht werden, Synergien zu nutzen. Wir sind sehr gespannt auf diesen neuartigen Ansatz.

Nachwuchsfördererpreis

Besonders stolz ist das Junge Forum O&U über die erstmalige Vergabe des Nachwuchsfördererpreises für außergewöhnliches und herausragendes Engagement in der Nachwuchsförderung. Die Preisträger 2014 sind Herr Prof. Dr. H. Siebert und Herr Prof. Dr. F.U. Niethard. Das Junge Fo-

rum O&U gratuliert an dieser Stelle nochmals recht herzlich und möchte sich für die besondere Unterstützung bedanken.

Weiterhin wurde die Ausschusssitzung des Jungen Forums O&U unter Leitung von Herrn Dr. M. Münzberg (Ludwigshafen) und Herrn Prof. Dr. M. Perl (Murnau) abgehalten. Die Sektionsleiter berichteten und es wurden neue Projekte gestartet sowie langfristige Ziele definiert.

Für das Junge Forum O&U

INFORMATION

Ein ausführlicher Nachbericht über die Aktivitäten des Jungen Forums O&U im Rahmen des DKOU 2014 wird in der „Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie“ erscheinen.



Dr. Jan Philipp Schüttrumpf (Göttingen)



David Mersch (Rummelsberg)



Foto: Junges Forum

Tagung des Jungen Forums: (von li nach re) Tabea Haas (DGOU), Scarlet Vatlach (DGKCH), Kathi Schwaab (DGKCH, vorne), Maya Niethard (DGOU), Michael Kremer (DGOU), Matthias Münzberg (DGOU), Stephanie Anetsberger (DGNC), Elisabeth Friedrich (DGKCH), Kristina Korsake (DGG), Anja Liefeld (Augenheilkunde), Tobias Dorn (DGOU), im Bild fehlen Stefanie Donner (DGOU), Lucas Seeberg (DGG)

POSITIONSPAPIER

Operieren in der Schwangerschaft



Das Junge Forum beschäftigt sich seit einiger Zeit mit einem Tabuthema: Junge, ehrgeizige und erfolgreiche Chirurginnen sollen mitbestimmen können, ob sie während ihrer Schwangerschaft unter bestimmten Voraussetzungen und Schutzmaßnahmen weiter operieren wollen. Nachteile und vermeidbare Unterbrechungen in der Weiterbildung könnten vermieden werden. Langfristige Ausfälle – schädlich für Klinikteam und individuelle Karriere – basierend auf Richtlinien aus den 60er Jahren, sollen bald der Vergangenheit angehören.

Am 20.9.2014 fand in Berlin ein weiteres erfolgversprechendes Treffen zum Thema „Operieren in der Schwangerschaft“ statt. Unter der Leitung von Frau Dr. Maya Niethard, Leiterin der Sektion Familie und Beruf des Jungen Forums der DGOU, wurde das bedeutende Projekt für die Zukunft ehrgeiziger junger Chirurginnen und damit auch für die Zukunft unseres Fachgebietes vorangetrieben. Aufgrund des für alle chirurgischen Fachdisziplinen bekannten Problems wird in Zusammenarbeit mit Kollegen/innen weiterer chirurgischer Fachdisziplinen unter dem Dach des Perspektivforums Junge Chirurgie gemeinsam beraten. Bis Ende 2014 wird – im Rahmen einer Broschüre sowie einer eigenen Homepage – Arbeitgebern eine Handlungsempfehlung zur Verfügung gestellt, die es sowohl dem Arbeit-

geber als auch der schwangeren Chirurgin vereinfacht, unter Berücksichtigung der aktuellen Rechts- und Datenlage ihre operative Tätigkeit/Weiterbildung nach einer individuellen Gefährdungsbeurteilung fortzusetzen.

In kleinen Arbeitsgruppen wurden folgende Themen bearbeitet:

- a. Übersicht über rechtliche Zuständigkeiten
- b. Narkoseführung bei schwangeren Operateuren
- c. Anpassung des OP-Umfeldes
- d. Einsatz ionisierender Strahlung
- e. Immunitätsstatus der Schwangeren/Präoperatives Patienten-Screening
- f. Aktuelle Datenlage zum Infektionsrisiko bei operativer Tätigkeit

g. Übersicht über Ansprechpartner beim Gewerbeaufsichtsamt

h. Überblick über die Situation im europäischen Ausland

Insgesamt kristallisiert sich heraus, dass auf allen Ebenen, seien es Chefärzte/-innen, Klinikverwaltung, Betriebsarzt oder Gewerbeaufsichtsämter, Unsicherheit bezüglich des Themas „Operieren in der Schwangerschaft“ herrscht. Erschwerend kommt hinzu, dass bundesweit keine einheitliche Regelung besteht, sondern die Überwachung der Einhaltung des Mutterschutzes Ländersache ist.

Risiken analysiert

Intensive Diskussionen fanden zum Thema präoperatives Patienten-Screening (HIV/HCV) statt. Betrachtet man das

Thema Infektionsrisiko im medizinischen Bereich, so stellt theoretisch bereits die Anstellung einer Frau im gebärfähigen Alter ein Risiko dar. Abschließend bleibt die Forderung, dass aufgrund der aktuellen Studienlage eine Operation in Orthopädie/Unfallchirurgie nur bei nachweislich HIV/HCV negativen Patienten unter entsprechenden Schutzmaßnahmen durchgeführt werden kann. Es obliegt den jeweiligen Fachgesellschaften, gegebenenfalls eine Positiv-Liste für Eingriffe zu erstellen, bei denen nach individueller Risikoabschätzung auf ein Screening verzichtet werden kann (z.B. minimal-invasive Eingriffe in der Kinderchirurgie oder Eingriffe in der Augenchirurgie ohne Blutkontakt). Das vermeintlich heikle Thema des Strahlenschutzes eröffnet bei genauerem Hinsehen ebenfalls eine Handlungsfreiheit für schwangere Chirurginnen. Seit Änderung der RöV von 2002 dürfte die Schwangere sogar im Kontrollbereich arbeiten (z.B. Röntgen im OP), wenn dies zur Erlangung des Ausbildungszieles notwendig ist und si-

chergestellt ist, dass die Dosisgrenzwerte eingehalten werden. Die Entscheidung trifft der Strahlenschutzbeauftragte der jeweiligen Klinik.

Risiko Anästhesie

Es gibt nur wenige Studien bezüglich einer möglichen Fruchtschädigung durch Narkosegase, jedoch stehen mit den heutigen intravenösen und regionalen Anästhesieverfahren ausgezeichnete Alternativen zur Verfügung, die die Anwesenheit einer Schwangeren im OP-Saal ermöglichen. Auf der Seite des Berufsverbandes deutscher Anästhesisten ist eine „Positivliste“ der Tätigkeiten verfügbar, die für schwangere Anästhesistinnen in Frage kommen. Aufgrund der Informationsfülle, die zu diesem Themenkomplex besteht, werden die Informationen des Positionspapiers zeitgemäß auf einer eigenständigen Homepage veröffentlicht werden, welche detaillierte Informationen mit Literaturhinweisen und daraus abgeleitete juristisch geprüfte Empfeh-

lungen, Ansprechpartner und Erfahrungsberichte zur Verfügung stellt.

Das nächste Treffen zur abschließenden Ausarbeitung ist für den 29. November 2014 in Frankfurt angesetzt. Bei Rückfragen oder Interesse zum Thema freuen wir uns über Anregungen und Mitarbeit.

KONTAKT

Dr. med. Maya Niethard
Oberärztin, Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie
Leiterin Sektion Familie und Beruf
Ausschuss Junges Forum der DGOU
Mail: familie@jf-ou.de



Dr. med. Tabea Haas
Assistenzärztin in Weiterbildung Orthopädie/Unfallchirurgie
BG Unfallklinik Tübingen
Mail thaas@bgu-tuebingen.de



Studierende probieren O + U in der Summer School aus.



Fotos: Klaus Völcker / UKR

SUMMER SCHOOL 2014

Horizonte öffnen – Neues entdecken!



Horizonte öffnen – Neues entdecken! Dieses Motto sollte bezeichnend sein für die 6. DGOU-Summer-School, die vom 22. bis 23. September 2014 in Regensburg unter der wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. Michael Nerlich (Regensburg) und Prof. Dr. Rüdiger Krauspe (Düsseldorf) stattfand.

Über den Tellerrand des Studiums hinausblicken, den eigenen Horizont erweitern, Einblicke finden in die praktischen Tätigkeiten eines Orthopäden bzw. Unfallchirurgen und dabei entdecken, dass Orthopädie und Unfallchirurgie hochkomplexe und breit aufgestellte Felder sind, die theoretisches Wissen und praktische Fähigkeiten gleichzeitig erfordern – das alles konnte die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie den 30 Studierenden aus fast allen medizinischen Fakultäten Deutschlands bieten, die aus über 200 Bewerbungen durch das Junge Forum ausgewählt wurden. Professor Dr. Michael Nerlich startete zu Beginn mit einer „Liebeserklärung“

an die Unfallchirurgie. Ein beeindruckender Kurzfilm, der die Motivation der Mitarbeiter und Ärzte der Klinik und Poliklinik für Unfallchirurgie am Universitätsklinikum Regensburg verdeutlicht, brachte die Studierenden gleich in die richtige Stimmung, während der beiden Tage unbedingt selbst Hand anlegen zu wollen bei den praktischen Übungen aus den Bereichen Osteosynthese, Endoprothetik und Arthroskopie.

Faszination O + U

An Tag eins nahmen die Studierenden an den Workshops AO Skills Lab, Plattenosteosynthese, Knie-TEP und Knie-Ar-

throskopie teil, an Tag zwei wurden weitere Stationen des AO Skills Lab erprobt, und es konnten erste Erfahrungen beim Expert-Tibianagel, bei der Hüft-TEP und bei der Schulter-Arthroskopie gemacht werden. Professor Nerlich beschrieb seine Auffassung der „Faszination O+U“, die Intention seiner Ausbildungsaktivitäten und das Ziel der Summer School: „Das Schöne an der Unfallchirurgie ist, dass sie uns so fordert; dass die jungen Menschen, wenn sie diese Begeisterung für das Fach spüren, wenn sie davon angesteckt sind, als menschliche Persönlichkeiten reifen. Und wenn ich dann das Leuchten in den Augen sehe, dieses Feuer in den Herzen, das man spürt, das ist einfach mitreißend.“

Milieu für kreative Ideen

Die DGOU-Summer-School setzt sich zum Ziel, genau diese Begeisterung auch in den 30 Studierenden zu entfachen; sie sollen von den etablierten Ärzten und Assistenzärzten, die als Tutoren und Ansprechpartner während der beiden Tage zur Verfügung standen, davon überzeugt werden, dass Orthopädie und Unfallchirurgie vielfältige Möglichkeiten bieten, dass hohes Potenzial in diesem Fach steckt. „Ein Milieu für kreative Ideen muss entstehen, um medizinische Ausbildung auf höchstem Niveau zu bieten. Nur auf dieser Basis kann man als Team arbeiten“, fassten die beiden wissenschaftlichen Leiter zusammen und waren sich sicher, dass die DGOU-Summer-School auch dieses Jahr wieder einige junge, kreative Köpfe für die Fächer Orthopädie und Unfallchirurgie begeistern konnte. Die Summer School startete mit zwei Podiumsdiskussionen zu den Themen „Forschung in O+U“ und „Karriere in O+U“. Junge Assistenzärzte mit Auslandserfahrung und starken Ambitionen im Bereich der Forschung diskutierten gemeinsam mit etablierten Oberärzten über diverse Perspektiven im Bereich der Forschung. Anschließend erfuhren die Teilnehmer etwas über unterschiedliche Karrieremodelle speziell aus weiblicher Sicht, und ein Assistenzarzt berichtete, dass trotz hoher Arbeitsbelastung dennoch auch Phasen der Elternzeit auf dem Weg zum Facharzt integriert werden können.

Perspektive durch Berufsverband

Darüber hinaus wurden aktuelle Entwicklungen der industriellen Forschung, Kooperationsmöglichkeiten mit der Industrie, die Wichtigkeit von Netzwerken und das Schlagwort „Innovation“ näher beleuchtet. Der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) legte die Vorteile einer Mitgliedschaft dar, und in einer Podiumsdiskussion hatten die Studierenden die Chance, mit extrem spezialisierten Koryphäen, wie z. B. Prof. Dr. Peter Angele, darüber zu sprechen, welche Karriereperspektiven sich neben der rein klinischen Arbeit ergeben können. Auch die YOUNGsters O&U stellten ihre Arbeit und vielfältigen Projekte zur Förderung des studentischen Nachwuchses dar. Ein typisches Regensburger Abendessen, bei dem die Studierenden die Gelegenheit hatten, mit den Veran-

staltern und den Tutoren näher ins Gespräch zu kommen, beschloss den ersten Tag der DGOU-Summer-School.

Fallbesprechungen

Ein besonderes Highlight waren die Fallvorstellungen am Dienstagmorgen. Vier Fälle – zwei aus Orthopädie und zwei aus Unfallchirurgie – wurden anschaulich präsentiert bzw. in Dr.-House-Manier systematisch in einer kleinen Fragerunde diagnostiziert. Die Regensburger Unfallchirurgie hatte extra zwei Patienten – einen jungen Polytrauma-Patienten (Motorradunfall) mit Beinprothese und einen Tumorpatienten – zu diesem Programmpunkt eingeladen, da es für die Studierenden wesentlich ist, nicht nur die theoretischen Details zu erfahren, sondern auch Gespräche mit den Patienten zu führen und dabei zu erkennen, dass hinter all den klinisch-theoretischen Informationen immer auch persönliche Schicksale und Erfahrungen stehen. Weiter ging es anschließend mit Hands-on-Übungen, und schließlich rundeten spannende Diskussionen und Vorträge zu Bewerbungs- und Kommunikationsstrategien in O+U den zweiten Tag in Regensburg ab.

Wir blicken auf eine besondere und sehr erfolgreiche Regensburger Summer School zurück, die sicherlich den einen oder anderen Studierenden für Orthopädie und Unfallchirurgie begeistern konnte. Ein besonderer Dank gilt der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) für die großzügige Unterstützung der Summer School 2014 sowie den zahlreichen Sponsoren aus der Wirtschaft, welche unsere Summer School tatkräftig unterstützt haben.

Statements der Studierenden:

„Alle Beteiligten haben eine besonders positive Einstellung zu ihrem Fach ausgestrahlt, so dass ich fast nicht mehr anders kann, als den Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie anzustreben.“

„Die Summer School in Regensburg waren die besten zwei Tage meines Studiums! Vielen Dank, dass ich dabei sein konnte! Ich habe so viel gelernt, praktische Fähigkeiten trainiert und ganz einfach selbst Hand anlegen dürfen wie die ganzen letzten vier Jahre nicht.“

„Die hochqualifizierten und gleichzeitig sehr nahbaren Referenten haben es durch

interessante Vorträge, spannende Podiumsdiskussionen, wertvolle Tipps und spektakuläre Fallvorstellungen geschafft, mir zum einen ein realistisches Bild des Arbeitsprofils in der Orthopädie und Unfallchirurgie zu vermitteln und zum anderen eine Flamme der Begeisterung für diese Fachrichtung in mir zu entfachen!“



Prof. Dr. med.
Michael Nerlich



Prof. Dr. med.
Rüdiger Krauspe



Tanja Herbst M.A.



OA Dr.
Antonio Ernstberger



Dr. Manuel Mutschler

Interdisziplinäre Kooperation von Vorteil

Zum bereits 5. Mal veranstaltete die Vereinigung Technische Orthopädie (Sektion 11) der DGOOC und DGOU (Orthopädie-Technik und Orthopädie-Schuhtechnik) in Kooperation mit dem Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik den Tag der Technischen Orthopädie am DKOU. Traditionell werden bei dieser Veranstaltung morgens die Vorstandssitzung der VTO und anschließend die Mitgliederversammlung durchgeführt.

Der Vorsitzende der VTO, Herr Prof. Greitemann, berichtete über das abgelaufene Jahr und die Aktivitäten innerhalb der VTO. Hervorzuheben ist, neben der Fertigstellung der Website der VOT (www.vereinigung-to.de), die erfolgreiche Durchführung der Fort- und Weiterbildungskurse durch die Initiative'93 Technische Orthopädie in Rheine und Magdeburg mit großem Erfolg. Prof. Greitemann betonte, dass auch der amputationschirurgische Kurs in Innsbruck (Chirurgie an Leichen) mit mehr als 90 Teilnehmern absolut ausgebucht war. Am Prüfungskurs zum Zertifikat für Technische Orthopädie haben 22 Kollegen erfolgreich teilgenommen. Des Weiteren wies er auf die Fertigstellung und Publikation des Weißbuches Technische Orthopädie in Zusammenarbeit mit dem Fachbeirat Technische Orthopädie des Bundesinnungsverbandes hin, das in Berlin anlässlich der Bundespressekonferenz im Frühjahr vorgestellt wurde. Besonders erwähnenswert ist der erstmals in Baden-Württemberg in Kooperation mit dem Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen (BGOU Ba-Wü) und der DGOU am RKU in Ulm durchgeführte Basiskurs Technische Orthopädie, der im Rahmen eines Modellversuches modellhaft die Vermittlung von Weiterbildungsinhalten über Einzelmodule erprobt hat. Er fand bei der Ärztekammer Baden-Württemberg hohe Beachtung und soll auch in Zukunft weiter fortgeführt und auf Zentren in Baden-Württemberg ausgedehnt werden.

Netzwerke geknüpft

Im Rahmen der anschließenden Sitzung des Beratungsausschusses der DGOOC für das Orthopädie-Schuhtechnikhandwerk beschäftigte man sich insbesondere mit den anstehenden Publikationen zur Versorgung von diabetischen Füßen mit Orthesen bzw. hohen Maßschuhen (Charcot-Füße Stadium III bis IV nach Sanders), der Vorbereitung eines anstehenden Papiers über afferenzstimulierende Einlagen (propriozeptive Einlagen). Highlight des Tages war dann wiederum der Mittagsempfang im Kongress, diesmal zünftig mit Currywurst und Berliner Küche, bei dem Netzwerke geknüpft, Erfahrungen und Neuigkeiten ausgetauscht werden konnten. Dieser Mittagsbrunch ist außerordentlich wichtig, da in zwangloser Atmosphäre sehr viele Informationen weitergegeben werden können.

Der wissenschaftliche Teil fand traditionell am Nachmittag statt. Nachdem in den letzten Jahren die Skoliose und das Rheuma Thema waren, hatte man sich jetzt für das Thema Klumpfuß entschieden in Kooperation mit der Sektion Kinderorthopädie. Mit Herrn Prof. Wirth (Stuttgart), Herrn PD. Dr. Kreuz (Rostock) und Herrn Michael Schäfer (Fa. Pohlig, Traunstein) sowie Herrn Tino Spreklemeyer (OST, Osnabrück) hatten die Organisatoren Experten gewinnen können, die breit die konservative Behandlung beim Klumpfuß, Indikationen für operative Eingriffe, Möglichkeiten der Orthopä-

dietechnik und Orthopädiesschuhtechnik darstellten. Das Symposium war mit mehr als 120 Teilnehmern sehr gut besucht, die rege Diskussion zeigte das Interesse am Thema, das beispielhaft die Notwendigkeit interdisziplinärer Kooperation betraf.

Abgeschlossen wurde der Tag der Technischen Orthopädie durch das traditionelle Seminar Orthopädie-Schuhtechnik, das von Prof. Greitemann durchgeführt wurde. Dieses Seminar wendet sich jährlich speziell an Kliniker und Praktiker, die im Rahmen dieses Kurzseminars die Möglichkeiten orthopädie-schuhtechnischer Versorgungen erlernen möchten. Durch die sehr praxisnahe Gestaltung besteht hier die Möglichkeit, auch spezielle Fallkonstellationen aus der eigenen Praxis mit dem Referenten zu besprechen. Insgesamt gestaltete sich der Tag der Technischen Orthopädie als ein erfolgreicher und wichtiger Baustein des Gesamtkongresses und ist für den Erhalt und Kommunikation des Fachbereiches Technische Orthopädie im Gesamtfach ein ausgesprochen wichtiger Parameter.



Prof. Dr. Bernhard Greitemann, Vorsitzender VTO



Foto: Andreas Hroß

Sieben Kliniken des Traumanetzwerks Salzburg sind zertifiziert.

TRAUMAZENTREN INTERNATIONAL

Traumanetzwerk Salzburg

Nach zweijähriger Vorarbeit und abgeschlossener Auditierung von sieben der acht teilnehmenden Kliniken gewährleistet das TNW Salzburg die Versorgung von Unfallpatienten im gesamten Bundesland Salzburg, sowie von Teilen der angrenzenden Länder Oberösterreich, Steiermark und Süd-Ostbayern. Genauere Daten werden unten dargestellt. Mit zwei überregionalen, zwei regionalen und vier örtlich perfekt situierten lokalen Traumazentren ist das Netzwerk sehr gut aufgestellt und sichert eine flächendeckende Versorgung.

Die hohe Dichte an Rettungsmitteln, vor allem im Hubschrauberbereich, und der hohe Ausbildungsstandard der Notärzte garantiert einen raschen und effizienten Primärtransport zum jeweiligen Zielkrankenhaus. Die Disposition der Rettungsmittel im Land Salzburg erfolgt durch eine Rettungsleitstelle des Roten Kreuzes. Die hochmoderne Leitstelle ist IT-technisch perfekt vernetzt an zwei Standorten im Land Salzburg lokalisiert, so dass auch bei Ausfall eines Standortes keinerlei Beeinträchtigung in der Notfallversorgung eintritt. Der hohe Standard der überregionalen Traumazentren auf universitärem Niveau komplettiert die gemeinschaftliche Versorgung aller Schwerverletzten Patienten im Bundesland Salzburg sowie den angrenzenden Regionen.

Darstellung der Organisation

Mit angrenzenden Traumanetzwerken wurden Kooperationsvereinbarungen getroffen. Die Universitätsklinik für Unfallchirurgie Salzburg ist seit 2009 im TNW

Oberbayern-Süd zertifiziert und tritt nun mit der Gründung des TNW Salzburg diesem bei. Die Kommunikation mit dem TNW Oberbayern-Süd besteht also schon generell durch die bisherige Mitarbeit dieser Klinik. Schon aus den jetzigen Versorgungsabläufen ist hinreichend bekannt, dass die Versorgung der Bevölkerung im Südosten Bayerns teilweise durch die überregionalen Traumazentren des TNW Salzburgs durchgeführt wird. Im Traumanetzwerk wurde eine Telekommunikationsplattform über einen Datenknotenpunkt via Healix oder VPN eingerichtet (www.healix.at). Alle teilnehmenden Krankenhäuser des Netzwerkes sind an dieses System angebunden.

Durch diese Plattform können vor allem radiologische Daten problemlos unter den Krankenhäusern ausgetauscht werden. Dies dient einerseits zur Konsultation der Expertise in den übergeordneten Traumazentren in besonderen Fragestellungen und ermöglicht es andererseits im Falle einer Verlegung eines Schwerverletzten die notwendigen Vorbereitungen bis zum Eintreffen des Patienten anhand dieser Vorabinformation durchzuführen.

ungen bis zum Eintreffen des Patienten anhand dieser Vorabinformation durchzuführen.

Die Kommunikation mit den Rettungsdiensten

Es existiert eine für die Notfallversorgung zuständige Rettungsleitstelle im Bundesland Salzburg, welche vom Roten Kreuz betrieben wird. Zuverlegungen aus den angrenzenden Gebieten Bayerns, Oberösterreichs und der Steiermark werden über die RLS Traunstein, Braunau, Vöcklabruck, Gmunden und Graz in jedem Fall mit der RLS Salzburg koordiniert, sie dient als kommunikative Drehscheibe für alle Beteiligten. Das Meldebild wird in einer standardisierten Checkliste zwischen den Traumazentren und der Rettungsleitstelle kommuniziert.

Darstellung des Traumanetzwerkes Salzburg

Präambel

Das Traumanetzwerk Salzburg umfasst das Bundesland Salzburg mit folgenden

Klinik	Adresse
A.ö. Krankenhaus Zell am See GmbH Bescheinigt als: Lokales Traumazentrum Auditiert am 04.04.2014	Paracelsusstraße 8 5700 Zell am See
AUVA Unfallkrankenhaus Salzburg Bescheinigt als: Überregionales TZ Auditiert am 05.04.2014	Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5 5010 Salzburg
Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus Schwarzach Bescheinigt als: Regionales Traumazentrum Auditiert am 03.04.2014	Kardinal-Schwarzenberg-Straße 2-6 5620 Schwarzach im Pongau
Klinik Diakonissen Schladming Bescheinigt als: Lokales Traumazentrum Auditiert am 02.04.2014	Salzburger Straße 777 8970 Schladming
Krankenhaus Mittersill Vorgesehen als: Lokales Traumazentrum Audit geplant	Felberstraße 1 5730 Mittersill
Krankenhaus St. Josef Braunau Bescheinigt als: Regionales Traumazentrum Re-Auditiert 22.07.2014	Ringstraße 60 5280 Braunau am Inn
Krankenhaus Tamsweg Auditiert am 22.08.2014 als Lokales Traumazentrum	Bahnhofstraße 7 5580 Tamsweg
Universitätsklinik für Unfallchirurgie Universitätsklinikum Salzburg Bescheinigt als: Überregionales TZ Re-Auditiert am 08.01.2014	Müllner Hauptstr. 48 5020 Salzburg

Versorgungsregionen: VR 51 – Salzburg Nord (Salzburg Stadt, Flachgau, Tennengau) und VR 52 – Pinzgau, Pongau, Lungau. Zusätzlich sind aufgrund der geographischen Nähe einbezogen das Diakonissenkrankenhaus Schladming (Steiermark, VR 62) und das Krankenhaus St. Josef Braunau (Oberösterreich, VR 46). Im Bundesland Salzburg wird die Einwohnerzahl auf ca. 534.000 geschätzt. Zusätzlich werden im Tourismusland 26 Mio. Nächtigungen registriert. Dies entspricht einer zusätzlichen Einwohnerzahl von 71.000. Mit 58% bzw. 42.000 ist die Zahl der Touristen im Winterhalbjahr höher als im Sommer. Ca. 200.000 Einwohner bzw. Touristen werden in der alpinen Region der VR 52 verzeichnet. In einer epidemiologischen Untersuchung aus Deutschland (Liener et al. Unfallchirurg 2004) werden pro Jahr und 100.000 Einwohner ca. 25 polytraumatisierte Patienten erwartet. Im Traumanetzwerk Salzburg beobachten wir circa 250 schwerstverletzte Patienten pro Jahr was einer Relation von circa 40/100.000/Jahr entspricht. Dies kann z.T. durch die erhöhte Risikoprävalenz für

alpine Sportfreizeitunfälle erklärt werden.

Für die notärztliche Versorgung stehen saisonal bis zu fünf Notarzhubschrauber zur Verfügung. Überregional ergänzt wird die Flugrettung durch angrenzende Standorte in Tirol (Christophorus 4, Reith), Oberösterreich (Christophorus Europa 3, Suben) der Steiermark (Christophorus 14 Niederöblarn) und Bayern (Christoph 14 Traunstein). Vervollständigt wird das notärztliche Rettungswesen durch sieben Standorte.

Im Traumanetzwerk Salzburg befinden sich die Überregionalen Traumazentren: Universitätsklinik für Unfallchirurgie der Salzburger Landeskliniken, AUVA Unfallkrankenhaus Salzburg, in der Landeshauptstadt bzw. VR 51.

In der VR 52 nimmt das Kardinal Schwarzenberg'sches Krankenhaus die Aufgabe eines regionalen Traumazentrums wahr. Gemeinsam mit den lokalen Traumazentren Zell am See, Mittersill

und Tamsweg besteht hier ein Versorgungsschwerpunkt für alpine Sportfreizeitunfälle.

Gemeinsame Vorhaltung und Nutzung von Ressourcen im TNW Salzburg

Die Blutbank Salzburg in der Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin wird von allen teilnehmenden Kliniken genutzt. Die personelle Besetzung des Notarzhubschraubers C6 und des NEF Salzburg erfolgt durch Notärzte der überregionalen Traumazentren (Univ.-Klinik und UKH). Die personelle Besetzung des Notarzhubschraubers AH 6 erfolgt durch Notärzte aus Zell am See und Mittersill. Die Kliniken Zell am See und Mittersill betreiben gemeinschaftlich und paritätisch die Transporteinheit Innerpinzgau zur Verlegung verletzter Patienten zwischen den Krankenhäusern im Pinzgau untereinander, bzw. in das regionale oder überregionale Traumazentrum.

Ziele für die Zukunft

1. Im Traumanetzwerk Salzburg soll zukünftig die Funktion eines Traumakoordinators etabliert werden, um Versorgungsengpässe auszugleichen und die Nutzung von Ressourcen zu optimieren. Dieser soll die Koordination der peripheren Krankenhäuser mit den beiden überregionalen Traumazentren steuern.
2. Durchführung des dritten gemeinsamen ETC-Kurses im Mai 2015.
3. Gemeinsame Schockraumsimulation.
4. Traumaregisterauswertung für das gesamte Netzwerk.



Netzwerksprecher:
OA Dr. Andreas Hartmann
Universitätsklinik für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie
Universitätsklinikum Salzburg
Müllner Hauptstr. 48
5020 Salzburg



Bundeslandmoderator:
Prim. Prof. Dr. Wolfgang Voelckel, M.Sc.
Abteilung für Anästhesie
AUVA Unfallkrankenhaus Salzburg
Dr.-Franz-Rehrl-Platz 5
5010 Salzburg



Foto: Jacqueline Hirscher

PATIENTENTAG AUF DEM DKOU

Der Arthrosetag

Ein Höhepunkt des Kongresses war der Arthrosetag, eine der größten Patientenveranstaltungen bei medizinischen Kongressen in Deutschland. Die Veranstaltung fand bereits zum sechsten Mal statt und hat sich inzwischen als fester Bestandteil des DKOU etabliert.

Wissen schafft Vertrauen – unter diesem Motto tagten rund 11.000 Orthopäden und Unfallchirurgen vom 28. bis 31. Oktober in Berlin. Die wissenschaftliche Leitung des Arthrosetags übernahmen Frau Prof. Dr. med. Erika Gromnica-Ihle, Präsidentin Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V. und Prof. Dr. med. Wolfgang Rüter, Direktor Orthopädie Klinikum Bad Bramstedt GmbH und Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Beide setzen sich für die Kooperation zwischen Wissenschaft, Forschung und Versorgung ein und führten nunmehr zum sechsten Mal durch die Veranstaltung.

Zum Auftakt begrüßten die Kongresspräsidenten, Prof. Dr. med. Henning Windhagen (DGOOC; Orthopädische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift) und Prof. Dr. med. Bertil Bouillon (DGU; Klinik für Unfallchirurgie, Orthopädie und Sporttraumatologie, Lehrstuhl der Universität Witten/Herdecke am Klinikum Köln-Merheim) die rund 400 Gäste. Dabei betonten sie, wie wichtig es für Mediziner sei, sich Zeit für die

Anliegen der Patienten zu nehmen. Prof. Windhagen berichtete dem erfreuten Publikum, dass Frau Prof. Dr. Gromnica-Ihle mit der Georg-Hohmann-Plakette ausgezeichnet wurde. Dr. Helmut Sörensen, Präsident der Deutschen Rheuma-Liga Berlin e.V., unterstrich in seinem Grußwort die immense Bedeutung des Arthrosetags für die Betroffenen, die sich dort über die neuesten Forschungsergebnisse und Therapiemöglichkeiten informieren können. Er mahnte eine bessere Versorgung an und rief die Betroffenen auf, sich aktiv dafür einzusetzen. Auch freute sich Dr. Sörensen über den Schwerpunkt „Bewegung“ im Programm des Arthrosetags: „Wir wollen, dass sich alle mehr bewegen, und richten uns allein in Berlin mit knapp 700 Trainingsgruppen an Betroffene.“

Was hilft bei Rückenschmerzen?

Prof. Dr. Bernd Kladny, Chefarzt der Abteilung Orthopädie und Unfallchirurgie der Fachklinik Herzogenaurach, informierte über die *konservative Behandlung*

von Rückenschmerzen. „Wenn wir von einer Gesamtheit von 100.000 Menschen ausgehen, haben davon 62.000 Rückenschmerzen, 12.000 chronische Rückenschmerzen, 9.000 suchen einen Arzt auf, 500 haben aufgrund der Schmerzen einen Krankenhausaufenthalt und bei 300 Menschen werden Operationen durchgeführt.“ Sein Fazit für die Patienten: „Finden sich keine Warnhinweise in der Befragung und Untersuchung des Patienten, dann haben akute nicht-spezifische Schmerzen unter Beibehaltung der Aktivitäten und einer Behandlung der Symptome, also des Schmerzes, eine sehr gute Prognose. Chronische Schmerzen, die länger als 12 Wochen andauern, bedürfen eines multimodalen, interdisziplinären Behandlungsprogramms. Finden wir morphologische Ursachen, dann gibt es außerhalb von Notfällen gute Möglichkeiten der nicht-operativen Behandlung. Dies trifft insbesondere für verschleißbedingte Wirbelsäulenerkrankungen und Bandscheibenvorfälle zu. Sind die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung ausgeschöpft, dann kann eine Intensi-

vierung der Behandlung unter stationären Bedingungen erfolgen. Mittel- und langfristig bestehen keine wesentlichen Unterschiede in den Behandlungsergebnissen zwischen operierten und nicht-operativ behandelten Patienten. Häufig kann aber der Verlauf einer Erkrankung durch eine Operation abgekürzt werden. Es geht hinsichtlich Operation und nicht-operative Behandlung nicht um ein „entweder oder, sondern um ein sowohl als auch“ in einem sinnvoll gestalteten Behandlungsablauf unter Einbeziehung des Patienten“.

Operative Behandlung von Rückenschmerzen: „Als Wirbelsäulen-Operateur fühlt man sich heute manchmal fast wie ein Banker“, scherzte zu Beginn seines Vortrages PD Dr. Ralph Kothe, Chefarzt der Klinik für Spinale Chirurgie der Schön Klinik Hamburg-Eilbek. In den Medien werde die höhere Anzahl von Operationen angeprangert, dabei verberge sich dahinter, dass es mehr ältere Menschen in Deutschland und ein höheres Aktivitätsniveau gebe. Er nannte klare Indikationen für eine Operation: Unfallverletzungen, Tumorerkrankungen, rheumatische Instabilitäten, Wirbelsäulenverkrümmungen und Infektionen. Grundsätzlich kann eine Operation in drei weiteren Indikationen sinnvoll sein. 1. Ein Bandscheibenvorfall: Aber, >90% können konservativ behandelt werden. Notfall-Operationen müssen bei akuter hochgradiger Lähmung durchgeführt werden. Eine elektive Operation kann notwendig sein, wenn eine konservative Therapie ineffektiv ist. Er favorisierte die mikrochirurgische Bandscheibenoperation. 2. Eine Verengung des Wirbelkanals (Spinalkanalstenose): Auch hier wird in der Regel erst 12 Wochen eine konservative Therapie durchgeführt. 3. Verschleißbedingte Instabilität, meist kombiniert mit Einengung des Nerven-

kanals. „Eine enge Kooperation zwischen konservativ behandelnden Ärzten und den Operateuren ist wichtig. Auch die bessere Dokumentation mit einer Erfassung der Patientenzufriedenheit sei wünschenswert.“

Übergewicht bei Arthrosen

Leider steigt die Zahl der übergewichtigen Menschen in Deutschland, gerade bei jungen Frauen und Kindern, berichtete Dr. Marco Ezechieli von der Orthopädischen Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift. „Wenn Menschen früh übergewichtig sind, steigt das Arthrose-Risiko deutlich“, erklärte er. „Durch das Übergewicht steigt die Last auf die Gelenke, die Muskelkraft sinkt und die Gelenke werden zu stark belastet.“ Und weiter: „Steigt der BMI (Body Mass Index) von 25 kg/m² (normal) auf 30 kg/m², steigt das Risiko, an einer Knie-Arthrose zu erkranken, schon um 35 Prozent. Eine Hüft-Arthrose ist um 11 Prozent wahrscheinlicher. Übergewichtige Patienten bekommen im Schnitt zehn Jahre früher eine Total-Endoprothese.“ Mit steigendem BMI, steigt aber auch die OP-Zeit. Jede zusätzliche OP-Minute birgt Risiken und kostet. Unter anderem steigt das Infektionsrisiko. Bei normal gewichtigen Menschen liegt das Risiko bei 0,37 Prozent bei Menschen mit einem BMI von ≥ 30 kg/m² liegt es schon bei 4,66 Prozent und bei schwer übergewichtigen Menschen mit einem BMI ≥ 30 kg/m² und zusätzlich einem Diabetes mellitus ist das Risiko bei 9,18 Prozent. Auch Thromboembolien treten bei adipösen Menschen nach der Operation häufiger auf.

Ezechieli berichtete, dass er immer wieder von übergewichtigen Patienten den Satz höre: „Wenn ich wieder laufen kann, dann nehme ich ab.“ Die Erfahrung zeige

allerdings, dass 75 Prozent der Patienten nach einer OP zunehmen, nur 19 Prozent nehmen ab.

Was man gegen Übergewicht tun kann

Übergewicht war das Thema des Vortrags von Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer, Medical-Park Berlin. Drei Komponenten müssen beachtet werden: Ernährung, Bewegung und Verhalten. Bei der Umstellung der Ernährung macht es Sinn, die Fettzufuhr zu reduzieren, eine energiereduzierte Mischkost zu wählen und eventuell unter ärztlicher Anleitung sogenannte Formularprodukte zu verwenden. Zusätzlich sollten 2.500 Kalorien pro Woche durch Bewegung verbraucht werden. Das sind umgerechnet rund fünf Stunden zusätzliche Bewegung in der Woche. Nachdem das geplante Gewicht verloren wurde, empfiehlt Dreinhöfer, weiterhin 1.500 Kalorien pro Woche mehr zu verbrauchen, das sind rund drei bis fünf Stunden Bewegung. Und die dritte Komponente ist das Verhalten: Ein Tagebuch über die Ess- und Trinkgewohnheiten zu führen, soziale Unterstützung durch die Teilnahme an Gruppen werden empfohlen.

Der Vorteil einer dauerhaften Gewichtsreduzierung liegt auf der Hand: „Schon bei 10 Kilogramm weniger Gewicht sinkt das Sterberisiko um 20 Prozent, das Risiko, an Krebs zu erkranken, um 40 Prozent und um 30 Prozent das Diabetesrisiko.“



Andrea Weingart,
Rheumatologa



Miriam Buchmann-Alisch

TNT-KONGRESS

Viele neue Pläne für die Schwerverletztenversorgung

Traumazentren und -netzwerke im internationalen Vergleich, Pläne für einen Kriterienkatalog zur Schwerverletzten-Reha und zahlreiche aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse in der Schwerverletztenversorgung – das waren einige der Highlights des ersten gemeinsamen Jahreskongresses von TraumaNetzwerk DGU®, TraumaRegister DGU® und der Sektion Notfall-, Intensivmedizin und Schwerverletztenversorgung (NIS), der am 12. September 2014 am Universitätsklinikum Düsseldorf stattfand.

TNT⁽¹⁾ hieß das Motto, mit dem bereits der Flyer für „(Spreng-)Kraft in der Diskussion neuer Entwicklungen“ warb. Ganz befriedigt konnte man aber zunächst auf die Entwicklungen im TraumaNetzwerk DGU® (TNW) zurückblicken, als Dr. Christian Kühne vom Uniklinikum Marburg die neuesten Zahlen vorstellte: 903 Kliniken hatten sich bis dato angemeldet, 98 überregionale Traumazentren waren zu vermelden, und mit 300 Traumazentren in 48 zertifizierten TraumaNetzwerken ist mittlerweile mit 98,7 Prozent der allergrößte Teil Deutschlands abgedeckt. Ende September waren bereits 454 Kliniken reauditert, 22 folgen noch in diesem Jahr. Für 2015 sind weitere 189 Reauditierungen geplant.

Rehabilitation von Schwerverletzten

Neben einer dritten Auflage des „Weißbuch Schwerverletztenversorgung“ ist ein wichtiges Ziel für das kommende Jahr die Erarbeitung eines Kriterienkatalogs „Schwerverletzten-Reha“, um die Anforderungen an Rehabilitationseinrichtungen zu definieren, die eine postakute Rehabilitation nach schwerer Unfallverletzung anbieten. Als Grundlage hierfür wur-

de bereits eine bundesweite Umfrage zur Rehabilitation von Schwerverletzten im Akutkrankenhaus durchgeführt. Ermittelt wurden unter anderem die Anzahl der Rehakliniken und Betten pro Bundesland, die Versorgungsfläche pro Rehaklinik sowie die jeweilige personelle, apparative und organisatorische Ausstattung. Im Ergebnis überraschte die große Zahl an Rehakliniken und -betten: 551 Rehakliniken, 95.563 Betten insgesamt sowie 45.444 traumato-logisch-orthopädische Betten. Es zeigten sich aber auch erhebliche demografische und strukturelle Unterschiede. Neben der Gründung eines Netzwerks ähnlich dem TNW, um bundesweit einheitliche Voraussetzungen zu schaffen, ist auch ein Register geplant. „Denn unser Wissen über die Rehabilitation von Schwerverletzten reicht nur über 90 Tage. Wir wissen aber beispielsweise nicht, wie es ihnen nach einem Jahr geht“, erklärte Kühne.

Register international

In einem internationalen Vergleich des TraumaNetzwerks DGU® mit Traumazentren und -netzen in den USA, England und Kanada analysierte Prof. Steffen Ruchholtz insbesondere folgende Aspekte: Vorhandensein eines Weißbuchs, eines lokalen Audits, einer regionalen Vernetzung, eines Traumaregisters und von

Leitlinien. Ein Unterschied zu Deutschland besteht darin, dass es in den USA keine übergeordnete Organisation und keine regionale Vernetzung der Traumazentren gibt. Annähernd ähnlich ist dagegen mit etwa 91 Prozent eine große Abdeckung der Bevölkerung. Mit der „National Trauma Data Bank“ gibt es in den USA auch ein Register. „Das Register ist zwar nicht so detailliert wie unseres in Deutschland. Doch es ist durchaus beeindruckend, wie groß mittlerweile auch in den USA die Durchdringung und Erfassung ist“, sagte Ruchholtz. Insgesamt stellte er fest, dass die Daten aus den untersuchten Ländern sich aufgrund unterschiedlicher Bevölkerungsdichte sowie unterschiedlicher Gesundheitssysteme und Komponenten nicht ohne Weiteres miteinander vergleichen lassen.

Nach diesem Ausblick über den Teller- rand kehrte Prof. Gerrit Matthes vom Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) zur Versorgungsrealität in deutschen Kliniken zurück, indem er die Abläufe in einem Traumanetzwerk an der Schnittstelle zwischen prähospitaler und innerklinischer Traumaversorgung analysierte. Gemeinsam mit der Berliner Feuerwehr als Rettungsdienstpartner war eine Umfrage initiiert worden, welche die Zufriedenheit sowohl des Rettungsdienstpersonals als auch des

⁽¹⁾ TNT = TraumaRegister DGU®/NIS/TraumaNetzwerk DGU®

Schockraumteams mit der Übergabe und der Versorgung durch das jeweils andere Team ermitteln sollte. Die Ergebnisse der Befragungen waren weitgehend positiv: geringe Wartezeiten bei der Übergabe und eine gute Übergabekooperation.

Trauma Papers of the Year

Im Anschluss daran stellte Dr. Heiko Trentzsch vom Institut für Notfallmedizin und Medizinmanagement (INM) in München die „Trauma Papers of the Year“ vor (s. Infokasten), die das NIS-Board jährlich aus den Vorschlägen der Sektionsmitglieder auswählt und bewertet. Am besten bewertet wurde eine retrospektive Diagnostikstudie von Dr. Dirk Stengel et. al, die die Treffsicherheit der Ganzkörper-Computertomographie mit Fokus auf negativen Befunden untersuchte. Eine der Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen: Negatives Trauma-CT ist kein Ersatz für Überwachung und klinische Verlaufskontrollen. Die positive Beurteilung des begutachtenden NIS-Boards: eine methodisch sehr gute Studie mit transparenter Darstellung und hoher externer Validität. Auf Platz zwei und drei kamen eine Studie aus Japan zur Etablierung einer Handlungsvorschrift für eine sichere und effektive Interpretation von CT-Bildern für Ärzte in Notaufnahmen sowie eine spanische Studie, die untersuchte, ob sich durch ATLS-Schulungen die Rate vermeidbarer Todesfälle reduzieren lässt. Bei diesen beiden Studien wurden allerdings methodische Schwächen festgestellt, die eine Übertragbarkeit nicht ohne Weiteres zulassen. Im zweiten Teil dieser Session wurden außerdem die drei wichtigsten Publikationen aus dem TraumaNetzwerk DGU® durch die jeweiligen Autoren vorgestellt (s. Info-Kasten).

In der Session „Zwischen Anspruch und Wirklichkeit“ kamen drei wissenschaftliche Untersuchungen aus dem Versorgungsalltag in den Blick. Dr. Denis Gümbel aus Greifswald analysierte Evidenz und Versorgungsrealität beim Umgang mit offenen Frakturen. Fazit der hierzu durchgeführten Umfrage: Vor allem in den Bereichen der Klassifikation, der notfallmedizinischen Erstbehandlung, der Osteosyntheseverfahren, der Antibiotikatherapie sowie des Weichteilmanagements gibt es kein einheitliches Behandlungskonzept in Deutschland. Daher sieht Gümbel die Notwendigkeit weiterer klinischer Studien und evidenzbasierter Leitlinien.

Dr. Antonio Ernstberger aus Regensburg befasste sich mit dem Einfluss von Versorgungsdichte und Versorgungslevel der neurochirurgischen Kompetenz im TraumaNetzwerk DGU®. Dabei standen insbesondere Fragen der Verteilung, der Therapie und der Ergebnisse bei Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma im Mittelpunkt. Untersucht wurden überregionale, regionale und lokale Traumanetzwerke mit und ohne Neurochirurgie. Zu den wichtigsten Ergebnissen gehörte, dass die Patienten durchaus in die für sie geeignete Klinik gebracht werden, weiteres Arbeiten an der Ergebnisqualität aber nötig sei und teleradiologische Anwendungen weitere Möglichkeiten eröffnen könnten.

Erstmals Nachweis eines Fallzahleneffektes

Dr. Stefan Huber-Wagner aus München untersuchte Fallzahlen unter der Fragestellung, ob bei der Versorgung Schwerverletzter ein Zusammenhang zwischen Patientenfallzahl pro Traumazentrum pro Jahr und der Mortalität besteht. Hierfür wurden Daten aus dem TraumaRegister DGU® zwischen 2009 und 2012 ausgewertet. Erstmals konnte damit der Nachweis eines Fallzahleneffektes für die Schwerverletztenversorgung in der Bundesrepublik erbracht werden.

Dass das TraumaRegister DGU® fortlaufend weiter optimiert wird, zeigten einige Kurzvorträge zu formalen und inhaltlichen Neuerungen. Prof. Rolf Lefering vom Institut für Forschung in der Operativen Medizin (IFOM) in Köln stellte die Vorteile der neuen Schweregrad-Adjustierung mit „RISC 2“ vor, einem Update des für das TraumaRegister DGU® eingesetzten Re-

vised Injury Severity Classification Scores. Dr. Ulrike Nienaber von der Akademie der Unfallchirurgie (AUC) beschrieb die Möglichkeiten des Daten-Imports, Publikationsrichtlinien sowie die wissenschaftlichen Auswertungsmöglichkeiten des TraumaRegisters DGU® auch für externe Institutionen. Dr. Mario Perl von der BG Unfallklinik Murnau erläuterte die automatisierte Datenübertragung von Präklinikdaten an das TraumaRegister DGU® über ein elektronisches Notfallprotokoll und Dr. Axel Franke vom Bundeswehrkrankenhaus Koblenz stellte das Schuss- und Explosionsregister „SEX-Reg“ vor.

Traditionsgemäß endete der Kongress mit der Ausgabe des Jahresberichts 2014 von TraumaRegister DGU® und AKUT, der eine positive Bilanz zieht: 2013 konnte die Zahl der aktiv teilnehmenden Kliniken weiter gesteigert werden. Auch die Anzahl der dokumentierten Patienten ist im Vergleich zum Vorjahr gestiegen. Insgesamt umfasst das TraumaRegister DGU® mittlerweile rund 160.000 Patienten. „Mit 300 Teilnehmern und vielen neuen Impulsen war dies ein sehr gelungener Kongress. Gratulation für die vielen guten Ergebnisse“, resümierte DGU-Generalsekretär Prof. Reinhard Hoffmann. „Wir sollten überlegen, dieses Joint Meeting zukünftig zum Standard zu machen.“

Trauma Papers of the Year

1. Accuracy of single-pass whole-body computed tomography for detection of injuries in patients with major blunt trauma, D. Stengel et al. CMAJ. 2012, 184(8): 869-76.
2. Establishment and implementation of an effective rule for the interpretation of computed tomography scans by emergency physicians in blunt trauma, Y. Ikegami et al. World J Emerg Surg. 2014, 27(9): 40ff.
3. Impact of ATLS training on preventable and potentially preventable deaths, World J Surg. 2014, 38(9): 2273-8

Die drei wichtigsten Publikationen aus dem TraumaNetzwerk DGU®:

- Factors influencing lengths of stay in the intensive care unit for surviving trauma patients: a retrospective analysis of 30,157 cases (Critical Care 2014), A. Böhmer, K. Just, Köln
- Survival benefit of helicopter emergency medical services compared to ground emergency medical services in traumatized patients (Critical Care 2014), H. Andruszkow, Aachen
- The role of gender in severely traumatized patients on outcomes: A Matched-pair analysis (Ann Surg 2014); H. Trentzsch, München



Miriam Buchmann-Alisch

NEUE S3-LEITLINIE ZUR VERBESSERUNG DER PATIENTENVERSORGUNG

Volumentherapie im OP und auf der Intensivstation

Mitte September wurde die in Fachkreisen bereits mit Spannung erwartete neue S3-Leitlinie „Intravasale Volumentherapie beim Erwachsenen“ veröffentlicht. An der Entwicklung der Leitlinie waren unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie e. V. (DGAI) auch die DGOU und weitere zwölf medizinische Fachgesellschaften beteiligt.

Die Volumentherapie ist ein zentraler Pfeiler der intraoperativen Therapie und auf der Intensivstation. Es bestehen klare Zusammenhänge zwischen dem Operationserfolg, der Komplikationsrate, teilweise sogar der Sterblichkeit und der Art und Qualität der Infusionsbehandlung mit Flüssigkeit. Die S3-Leitlinie „Intravasale Volumentherapie beim Erwachsenen“, herausgegeben von der DGAI, gibt auf der Basis der besten verfügbaren wissenschaftlichen Kenntnisse einen aktuellen und hochwertigen Handlungsrahmen für Ärzte im Operationssaal und auf Intensivstationen vor. Weltweit gab es bisher keinen Standard auf einem vergleichbar hohen Niveau. Methodisch begleitet wurde der Leitlinienentwicklungsprozess von Mitarbeitern des „Institut für Forschung in der Operativen Medizin“ (IFOM) der Universität Witten/Herdecke. Die Erkenntnisse sind in 42 Empfehlungen und sechs Statements zusammengefasst und basieren auf der Auswertung von 17.898 internationalen Studien.

Alte Zöpfe abgeschnitten

Viele bisherige Handlungsweisen konnten bestätigt werden, aber ebenso viele neue Erkenntnisse werden zukünftig Eingang in einheitliche Standards finden und mancher „alte Zopf“ wurde abgeschnitten. So gibt es klare Statements gegen die Messung des zentralvenösen Drucks zur Steuerung der Volumentherapie oder gegen die Verwendung von reinen Kochsalzlösungen. Vielmehr sollen nur noch balancierte Lösungen eingesetzt werden, die besser an die physiologische Zusammensetzung des Blutplasmas angepasst sind. Großes Augenmerk wurde auf die Diagnosestellung eines Volumenmangels und der Überwachung der Volumentherapie gelegt. Neben der Berücksichtigung der klinischen Untersuchung sollen Laborpa-

rameter wie Laktat, Basenexzess, ScvO₂, oder Hämatokrit herangezogen werden. Sofern möglich, sollte die Volumenreagibilität durch Autotransfusions-Manöver wie Hochlagern der Beine oder Trendelenburg-Lagerung, geprüft werden, um einen möglichen Volumenbedarf verifizieren zu können. Insbesondere in unklaren und instabilen Situationen wird ein erweitertes hämodynamisches Monitoring mithilfe dynamischer bzw. flussbasierte Vorlastparameter, wie etwa das Schlagvolumen oder die Schlagvolumenvariation, und die Anwendung von Ultraschallverfahren empfohlen. In anderen Bereichen gibt es hingegen keine ausreichende Evidenz, so z. B. zur Volumentherapie in der präoperativen Nüchternphase.

Aktuellster Kenntnisstand

Die Diskussion zum Stellenwert von Hydroxyethylstärke (HAES) kann allerdings auch durch die Leitlinie nicht abschließend geklärt werden. Hier gelten zunächst die regulatorischen Vorgaben der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA, wonach ein Einsatz von HAES bei Intensivpatienten allenfalls Situationen mit einer anders

nicht zu stabilisierenden hämorrhagischen Hypotension vorbehalten ist. Hier ist weiterer Forschungsbedarf gegeben. Für die periinterventionelle Behandlung einer Hypovolämie konstatiert die Leitlinie hingegen, dass kristalloide und kolloidale Lösungen (6% HAES 130 und Gelatine) gleichberechtigt als Volumenersatz verwendet werden können. Durch die S3-Leitlinie wurde ein Meilenstein gesetzt. Prof. Dr. Gernot Marx, der Koordinator der Leitlinie, fasst treffend zusammen: „Dank dem nun vorliegenden, weltweit aktuellsten Kenntnisstand können Ärzte zukünftig besser und evidenzbasiert entscheiden, welche Volumentherapie für ihre Patienten am besten geeignet ist“.

www.awmf.org



Univ.-Prof. Dr. med. Christian Waydhas, Mitautor der Leitlinie „Intravasale Volumentherapie beim Erwachsenen“ im Auftrag der DGOU Klinik für Unfallchirurgie Universitätsklinikum Essen Hufelandstr. 55

AN DER LEITLINIE BETEILIGTE FACHGESELLSCHAFTEN:

- Initiator: Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. (DGAI)
- Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie e. V. (DGAV)
- Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH)
- Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGOG)
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. (DGIM)
- Deutsche Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und
- Notfallmedizin e. V. (DGIN)
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie e. V. (DGK)
- Deutsche Gesellschaft für Neurointensiv- und Notfallmedizin e. V. (DGINI)
- Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU)
- Deutsche Gesellschaft für Pflegewissenschaft e. V. (DGP)
- Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie e. V. (DGTHG)
- Deutsche Gesellschaft für Urologie e. V. (DGU)
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin e. V. (DIVI)
- Deutsche Sepsis-Gesellschaft e. V. (DSG)



DACHVERBAND OSTEOLOGIE (DVO) E.V.

Neue AWMF S3 Leitlinie „Osteoporose“

Die neue S3-Leitlinie „Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Männern ab dem 60. Lebensjahr und bei postmenopausalen Frauen“ ist seit dem 13.11.2014 mit einfacher Mehrheit durch die Fachgesellschaften des Dachverbandes Osteologie verabschiedet.

Die aktualisierte S3-Leitlinie 2014 des Dachverbandes Osteologie (DVO) e.V. wendet sich an alle Ärzte, welche als Primärversorger oder Spezialisten mit Fragestellungen der postmenopausalen Osteoporose der Osteoporose des Mannes und sekundären Osteoporosen konfrontiert sind, aber auch an andere Personen in Gesundheitsberufen, die mit dem Krankheitsbild regelmäßig Kontakt haben. Somit gelten die Empfehlungen der Leitlinien nur dann, wenn diagnostische und therapeutische Konsequenzen damit verbunden sind. Davon unberührt bleibt die Eigenverantwortung jedes Behandlers für die diagnostische und therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung im Rahmen des Krankheitsbildes. Das Ziel dieser Leitlinien besteht darin, Versorgungsabläufe zu optimieren, Frakturinzidenzen zu reduzieren und die Lebensqualität und Funktionsfähigkeit von Patienten mit Frakturen zu erhalten bzw. zu verbessern.

Die inhaltliche Erstellung der Leitlinien erfolgte diesmal in Zusammenarbeit mit dem AWMF. Der gesamte Leitlinienprozess unterliegt daher dem Regelwerk des AWMF und wird daher sowohl beim DVO als auch bei dem AWMF publiziert. Auf der Seite des Dachverbandes für Osteologie lassen sich aktuell sowohl die Lang- und Kurzfassung als auch eine Kitteltaschenversion nachlesen. Grob zusammengefasst enthält die Leitlinie generelle Empfehlungen für eine Osteoporose- und Frakturprophylaxe, die Voraussetzungen und Inhalte einer Basisdiagnostik, die generellen Indikationen für eine medikamentöse Osteoporosetherapie nach Risikoprofil sowie Anleitungen für Verlaufskontrollen und Therapiedauer.

Die Leitlinie gilt nicht für Kinder, Jugendliche, prämenopausale Frauen und Männer bis zum 60. Lebensjahr sowie Männer und Frauen mit schweren Niereninsuffizienzen. Hier wird auf die Empfehlungen der jeweiligen Fachgesellschaften verwiesen. Analoges gilt zum großen Teil für die sekundären Osteoporosen.

Verbesserte Wahrnehmung

Die Vielzahl neuer Publikationen innerhalb weniger Monate, welche ggf. Inhalte der aktuellen Leitlinie präzisieren oder aber auch negieren können, macht es erforderlich, dass die Leitliniengruppe in Zukunft im Rahmen eines kontinuierlichen Prozesses arbeitet und ggf. Aktualisierungen kurzfristig zur Verfügung stellt. Immerhin erscheinen monatlich im Schnitt bis zu 500 Publikationen weltweit, von denen bis zu 100 eine Relevanz für die vorliegenden Leitlinien haben können und entsprechend bewertet werden müssen. Die Fachgesellschaften haben daher zugestimmt, jeweils 2 Vertreter in die Leitlinienkommission zu entsenden, um diesem Prozess Rechnung zu tragen. Unabhängig davon kann bereits jetzt konstatiert werden, dass die Leitlinien für Osteoporose, betrachtet über den Zeitraum der letzten 11 Jahre, eine Entwicklung genommen haben, welche eine deutlich verbesserte Wahrnehmung des Krankheitsbildes Osteoporose zur Folge hatte und zur einer verbesserten Diagnostik und Therapie dieser Patienten geführt hat. Es kann davon ausgegangen werden, dass in der jetzigen Konstellation dieser Prozess sich fortsetzen wird.

Es muss an dieser Stelle anerkennend der hohe persönliche Aufwand genannt

werden, den die Mitglieder der Leitlinienkommission zu deren Erstellung geleistet haben und weiter leisten. Insbesondere soll die herausragende Leistung von Herrn Professor Johannes Pfeilschifter, Internist aus Essen, als wesentlicher Initiator und Kopf der Gruppe erwähnt werden. Allen Mitgliedern der Leitliniengruppe sei an dieser Stelle ein großes Dankeschön ausgesprochen.

(www.dv-osteologie.org/dvo_leitlinien/osteoporose-leitlinie-2014)



Prof. Dr. Andreas Kurth



Dr. Hermann Schwarz



Prof. Dr. Andreas Roth



Foto: staras_Fotolia.com

DISEASE MANAGEMENT PROGRAMM KREUZSCHMERZ

Das Kreuz mit dem Kreuz

Der Gemeinsame Bundesausschuss legt in Richtlinien geeignete chronische Krankheiten für strukturierte Behandlungsprogramme fest. Im Jahr 2002 wurden erstmals Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Brustkrebs, koronare Herzkrankheit und chronische obstruktive Atemwegserkrankungen benannt. Wie ist der Stand bezüglich des Kreuzschmerzes?

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat 2005 chronische Herzinsuffizienz als eine geeignete Erkrankung identifiziert. Am 20. Februar 2014 hat der G-BA nun dazu aufgerufen, weitere Vorschläge bezüglich festzulegender Krankheiten einzureichen. Die Vorschläge waren anhand eines vorgegebenen Fragenkatalogs zu begründen und innerhalb einer Frist von 8 Wochen nach dem Erscheinen im Bundesanzeiger einzureichen (Abgabedatum 02.05.14). Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU e. V.) hat zusammen mit dem Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU e. V.), der Deutschen Gesellschaft Neurochirurgie (DGNC e. V.), der Sektion Schmerz der DGOU (IGOST), der Sektion Wirbelsäule der DGOU sowie der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG e. V.) einen Antrag zur Begründung der Notwendigkeit eines DMP Kreuzschmerz eingereicht. Eine fristgerechte Einreichung war dank des großen Engagements aller Beteiligten möglich.

Autoren (alphabetisch):

Dr. Detlef Bonnemann
Reinhard Deinfelder
Prof. Dr. Bernd Kladny
Dr. Burkart Lembeck
Dr. Hermann Locher
Prof. Dr. Bernhard Meyer

Dr. Matthias Psczolla
Prof. Dr. Rauschmann
Prof. Dr. Marcus Schiltenswolf
Dr. Klaus Schnake

Dabei zeigte sich die Funktionsfähigkeit der Interessengemeinschaft konservative Orthopädie und Unfallchirurgie der DGOU in Kooperation mit dem Referat Orthopädische Rheumatologie/konservative Orthopädie und Unfallchirurgie des BVOU.

Unzureichend umgesetzt

Die Nationale Versorgungsleitlinie Kreuzschmerz ist in unserem Gesundheitssystem immer noch unzureichend umgesetzt und ein DMP könnte diesbezüglich bei der Implementierung der Leitlinie wichtige Unterstützung leisten. In der differentialdiagnostischen Abgrenzung von nicht-spezifischem zu spezifischem Kreuzschmerz kommt den beteiligten Gruppierungen eine große Bedeutung zu. Die Nationale Versorgungsleitlinie fordert beim Vorhandensein von sogenannten „red flags“ oder spätestens nach 12-wöchiger Beschwerdedauer eine einmalige Bildgebung, die im Kontext der Beteiligten einer fachärztlichen Wertung bedarf. Anträge, die die Notwendigkeit eines DMP Kreuzschmerz begründen, gingen ebenso vom Berufsverband der Ärzte

und Psychologischen Psychotherapeuten in der Schmerz- und Palliativmedizin in Deutschland e. V. (BVSD), der Deutschen Schmerzgesellschaft und dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. sowie dem Berufsverband Deutscher Arbeitsmediziner ein.

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat am 21.8.2014 das IQWiG mit Leitlinienrecherchen zu den Diagnosen chronische Herzinsuffizienz, rheumatoide Arthritis, Osteoporose und chronischer Rückenschmerz beauftragt. Experten rechnen nicht mit Ergebnissen der beauftragten Literaturrecherchen und damit neuer Beschlüsse zu dem Thema durch den G-BA vor Ablauf von einem Jahr. Die an der Formulierung des Antrags zur Begründung der Notwendigkeit eines DMP Kreuzschmerz mit der DGOU beteiligten Gruppierungen sind in einem engen Kontakt hinsichtlich der Formulierung eines DMP Kreuzschmerz.



Prof. Dr. Bernd Kladny
Chefarzt Orthopädie
und Unfallchirurgie
m&i-Fachklinik Herzogenaurach
In der Reuth 1
91074 Herzogenaurach

Kritische Bestandsaufnahme der Forschung im Fachbereich O&U

Die Einwerbung begutachteter Drittmittel ist ein wichtiger Maßstab zur Evaluierung von Forschungsleistung. In der universitären Forschung stellen öffentliche Fördermittel der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) eine wesentliche und – aufgrund objektiver Begutachtungsverfahren – die angesehenste Finanzquelle dar. Im Fach O&U scheinen aber Forschungsleistungen unterrepräsentiert.

Ohne Drittmittel keine Forschung. Dies wird durch die hohe Bewertung dieser Drittmittel durch die medizinischen Fakultäten deutlich. Gemäß einer im „Weißbuch Forschung in O&U“ (2013) publizierten Erhebung in den Jahren 2007-2009 stammt auch in O&U der überwiegende Teil der Forschungsmittel von der DFG. Eine Analyse der von der DFG geförderten Projekte im Zeitraum von 1999-2009 zeigte jedoch, dass, gemessen an der Größe des Faches, die Zahl der DFG Projekte vergleichsweise gering und die Forschungsaktivitäten auf wenige Zentren beschränkt waren. Die Hälfte der Projekte wurde an nur zwei Standorten bearbeitet (L. Claes, Unfallchirurg 2009, 112:1079). Als wichtigste Ursachen der Diskrepanz zwischen der sozioökonomischen Bedeutung des Faches und der Forschungsaktivität werden v.a. die mangelnde Institutionalisierung der Forschung und der starke Rückgang wissenschaftlich aktiver Ärztinnen und Ärzte beklagt (E. Neugebauer, Zentralbl Chir 2013, 138:157-163; Stellungnahme der Senatskommission für Klinische Forschung der DFG 2014).

Wenig Forschungsanträge

Hat sich die Situation in den letzten Jahren verändert? Eine aktuelle Analyse der DFG Förderung der letzten drei Jahre (01.07.2011 - 30.06.2014) ergab, dass im Fachbereich O&U 281 Einzelanträge gestellt wurden. Gemessen an der Größe des Faches ist die Zahl der Anträge immer noch vergleichsweise niedrig, was auch zu einer Reduktion der Zahl der für das Fach zuständigen DFG Fachvertreter von ehemals vier auf drei führte. 54 der 281 gestellten Anträge wurden bewilligt. Die Förderquote von 19,2% ist damit nicht wesentlich niedriger als der Durchschnitt über alle medizinischen Fächer (20%). Allerdings erhielt im ausgewerteten Zeit-

raum nur die Hälfte der Standorte DFG Förderung. Nur 13% der Standorte wiesen kontinuierliche DFG Förderung von mindestens einem bewilligten DFG Antrag pro Jahr auf. 65% der DFG Projekte im Fach O&U wurden an fünf, 44% an nur zwei Standorten bearbeitet. Besonders bedauerlich ist, dass nur zwei Projekte in DFG Nachwuchsprogrammen (Emmy-Noether) bewilligt wurden.

Insgesamt sind die Forschungsaktivitäten nach wie vor auf wenige Zentren beschränkt. Breite Forschungsaktivität fehlt als eine wesentliche Voraussetzung für die erfolgreiche Einwerbung von großen, in der Außenwirkung starken Forschungsverbünden und für die erfolgreiche Vernetzung mit anderen Disziplinen. Nachwuchsprogramme werden nur wenig nachgefragt. Die vielfach beklagte Diskrepanz zwischen der klinischen Bedeutung unseres Faches einerseits und der wissenschaftlichen Aktivität der Akteure andererseits besteht also nach wie vor. Dabei verfügt gerade das Fach O&U über ein ausgeprägtes Potential der Translation – also der Übertragung von Grundverständnis in klinische Anwendungen – was durch die Entwicklung innovativer Therapieformen über viele Jahre bewiesen wurde. Gerade in der translationalen Forschung liegt ein wesentlicher Schlüssel zur Weiterentwicklung des Faches O&U. Der Umkehrschluss legt nahe, dass ohne exzellente Forschung O&U seine universitäre Berechtigung verlieren würde.

Mehr Forschungsleistung gefragt

Wenn auch in den letzten Jahren mehr Forschungsprofessuren und -vollzeitstellen (z.B. aktuell 5 Forschungsordinariate) eingerichtet wurden, besteht aus Sicht der O&U Forschungsordinarien nach wie vor dringender Handlungsbedarf (The-

sen zur Muskuloskelettalen Forschung, OUMN, 04/2014). Insbesondere die abnehmende Zahl klinischer Nachwuchswissenschaftlerinnen und -wissenschaftler muss beunruhigen, da sie die akademische Zukunft des Faches bilden und Translationalität der Forschung sicherstellen. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, müssen die Rahmenbedingungen weiter verbessert werden. Dazu wurden bereits vielfach zahlreiche Maßnahmen vorgeschlagen, die jedoch nur langsam umgesetzt werden. Aus Sicht der O&U Forschungsordinarien ist besonders die Förderung von *Clinician Scientists* von großer Bedeutung. Dazu muss neben der klinischen auch die wissenschaftliche Ausbildung integraler Bestandteil der akademischen Ausbildung in O&U werden. *Clinician Scientists* müssen durch strukturierte Programme gewonnen und Forschungszeiten in der Facharztausbildung anerkannt werden (von Roth P et al., Nat Biotechnol, 2011, 29:1145-8). Zudem müssen langfristige Perspektiven für Forschungskarrieren aufgezeigt werden. Es müssen vermehrt Forschungspositionen auf W2 und W3 Niveau geschaffen werden, die eine attraktive Alternative zur klinischen Tätigkeit darstellen. Generell ist eine höhere ideelle und materielle Wertschätzung von Forschungsleistung zu fordern. Nur so wird das Fach O&U in einem sich wandelnden wissenschaftspolitischen Umfeld akademisch bleiben.



Prof. Dr. Anita Ignatius
Institut für Unfall-
chirurgische Forschung
und Biomechanik
Zentrum für Muskulo-
skelettale Forschung
Ulm (ZMFU)
Universitätsklinikum
Ulm



Foto: Fotodesign-jegg.de_Fotolia.com

Bei der Schlüsselübergabe sollte man sich vertraglich absichern.

VERTRAGSGESTALTUNG

Wettbewerbsverbote für ausscheidende Chef- und Oberärzte

Wettbewerbsverbote für ausscheidende Chefärzte und Oberärzte im Krankenhaus wurden bisher nur sehr stiefmütterlich behandelt. Dabei ist der Umstand, dass sich ein Chef- oder Oberarzt nach Kündigung seines Dienstverhältnisses in direkter räumlicher Nähe zu seinem bisherigen Krankenhaus in eigener Praxis niederlässt oder zu einem anderen Krankenhaus in der Nachbarschaft wechselt und damit zum unmittelbaren Konkurrenten seines bisherigen Arbeitgebers wird, nicht neu.

Mit dem Aufbau einer solchen Konkurrenztaetigkeit ehemaliger Ober- oder Chefärzte in der Nachbarschaft des ehemaligen Krankenhauses geht oft eine mehr oder minder starke Patientenabwanderung einher. Patienten, die bislang von ausscheidenden Ärzten im Krankenhaus – etwa in der Privat- oder Spezialprechstunde – behandelt wurden, werden vielfach auch künftig diese Ärzte in eigenen Praxen oder nahegelegenen Klinischen Einrichtungen aufsuchen. Dies ist zwangsläufig mit unmittelbaren wirtschaftlichen Folgen für das Krankenhaus, den nachrückenden Chefarzt oder den verbleibenden Chefarzt verbunden, der seinen bisherigen Oberarzt an eine Praxis, an ein MVZ oder ein Krankenhaus in der unmittelbaren Nachbarschaft verliert. Zudem müssen die Krankenhausträger den Verlust von hochqualifiziertem Personal befürchten.

Mit der vertraglichen Vereinbarung eines nachvertraglichen Wettbewerbsverbots bzw. eines frühzeitigen Konkurrenzschutzes bestehen für diese Fälle wirksame Gestaltungsmöglichkeiten, mit denen der Arbeitgeber die drohende Konkurrenz durch den ehemaligen Mitarbeiter einschränken kann – allerdings nur, wenn man rechtzeitig daran denkt. Auch für den

veränderungswilligen Chef- oder Oberarzt ist es wichtig, die rechtlichen Rahmenbedingungen zu kennen und so beurteilen zu können, ob ggf. ein Konkurrenzverbot besteht, ob dieses wirksam ist und ob eine vom Arbeitgeber angebotene Karenzentschädigung der Höhe nach richtig bemessen ist.

Kein Konkurrenzschutz ohne vertragliche Regelung

Häufig ist es allerdings bereits zu spät, um die drohende Konkurrenz zu unterbinden – dann nämlich, wenn der Dienstvertrag des ehemaligen Arztes kein ausdrücklich vereinbartes nachvertragliches Wettbewerbsverbot enthält. Zwar enthalten Dienstverträge regelmäßig Regelungen über Treueverpflichtungen bzw. das Verbot, Wettbewerb zum Arbeitgeber zu unterlassen. Dieses Wettbewerbsverbot bezieht sich aber in der Regel nur auf die laufende Dienstzeit und entfällt mit Beendigung des Vertrags mit der Folge, dass eine Konkurrenztaetigkeit unmittelbar in räumlicher Nähe aufgenommen werden darf. Nach Beendigung des Arbeitsverhältnisses unterliegt der ausscheidende Arzt daher – in den Grenzen des gesetzlich Zulässigen – grundsätzlich keinen Wett-

bewerbsbeschränkungen. Auch eine nachvertragliche Verschwiegenheitspflicht sowie eine nachvertragliche Treuepflicht im Dienstvertrag begründen gegen den ausgeschiedenen Arzt keine Ansprüche auf Unterlassung von Wettbewerbshandlungen. Es kann ausscheidenden leitenden Ärzten sogar erlaubt sein, die bislang von ihnen behandelten Patienten – sachlich und in angemessener Form – über den geplanten Wechsel in die eigene Niederlassung oder zu einem anderen Krankenhaus zu informieren. Für verbeamtete Ärzte hat das Bundesverwaltungsgericht erst kürzlich entschieden, dass diese im Ruhestand in unmittelbare Konkurrenz zu ihrem bisherigen Dienstherrn treten dürfen. Ein verbeamteter Hochschullehrer im Fachgebiet der Pathologie und Institutsdirektor an einem Universitätsklinikum hatte nach Ausscheiden aus dem Dienst mit Erreichen der Altersgrenze seine bisherige genehmigte Nebentätigkeit in einem eigenen Institut fortgesetzt. Das Bundesverwaltungsgericht sah darin keine Beeinträchtigung dienstlicher Interessen, da – im Gegensatz zu aktiven Beamten – Ruhestandsbeamte mit Wegfall des Hauptamtes hierauf keine Rücksicht mehr nehmen müssten (BVerwG, Urteil vom 26.06.2014 – 2 C 23.13).

Beim Vertragsschluss an den Konkurrenzschutz denken

In den gängigen Musterverträgen (z.B. der Deutschen Krankenhausgesellschaft) sind bisher (noch) keine Konkurrenzschutzklauseln enthalten, so dass davon auszugehen ist, dass bislang nur sehr wenige Ober- und Chefärzte an nachvertragliche Wettbewerbsverbote gebunden sind. Um künftig zu verhindern, dass ehemalige Ärzte des Krankenhauses in unmittelbarem Wettbewerb zum Krankenhaus treten, empfiehlt es sich daher, vertraglich mit diesen Ärzten eine Konkurrenzschutzklausel zu vereinbaren. Wurde bei Vertragsschluss nicht daran gedacht, kann grundsätzlich auch noch nachträglich zwischen Arzt und Krankenhausträger ein Konkurrenzschutz vereinbart werden. Eine einseitige Bestimmung durch den Krankenhausträger reicht allerdings für einen wirksamen Vertragsabschluss nicht aus.

Strenge Anforderungen an die Zulässigkeit

Inhaltlich müssen nachvertragliche Wettbewerbsverbote strengen Anforderungen genügen, um überhaupt Wirksamkeit zu entfalten. Sie bestehen in der Regel aus drei Elementen: Einem sachlich/gegenständlichen, einem räumlichen und einem zeitlichen Element. Das Wettbewerbsverbot legt damit ausdrücklich fest, welche konkrete Tätigkeit innerhalb eines bestimmten räumlichen Bereichs für einen bestimmten Zeitraum untersagt wird. Häufig sind die Klauseln jedoch zu weit gefasst mit der Folge, dass sie insgesamt keine Rechtswirkung entfalten und überhaupt kein nachvertraglicher Wettbewerbschutz besteht. Ob die Wettbewerbsklausel in zeitlicher, sachlicher und räumlicher Hinsicht das zur Erreichung des Schutzzwecks notwendige Maß überschreitet oder nicht, richtet sich dabei immer nach den Umständen des Einzelfalls. Dies hat der Bundesgerichtshof (BGH) mit Urteil vom 14.07.1997 – II ZR 238/96 – grundlegend entschieden. Es ist dabei je nach Fachgebiet und örtlicher Lage zu differenzieren mit der Folge, dass keine verbindlichen Vorgaben hinsichtlich der einzuhaltenden Anforderungen bestehen. Entsprechend groß ist die Gefahr, das Wettbewerbsverbot insbesondere in räumlicher Hinsicht zu großzügig zu bemessen. Da dies die Unwirksamkeit der gesamten Klausel nach sich ziehen würde, ist bei der Formulierung von nachver-

traglichen Wettbewerbsverböten besondere Sorgfalt zu wahren.

Sachliche Reichweite

Zunächst ist zu berücksichtigen, dass der Dienstvertrag und damit auch das nachvertragliche Wettbewerbsverbot zwischen dem Krankenhausträger und dem betreffenden Arzt vereinbart werden, um eine später möglicherweise einmal bestehende tatsächliche Konkurrenzsituation vertraglich zu regeln. Die beabsichtigte Niederlassung eines bis dahin angestellten Krankenhausarztes kann für das betreffende Krankenhaus also nur dann überhaupt zu einer rechtlich relevanten Konkurrenzsituation führen, wenn das Krankenhaus die gleiche Versorgungsform anbietet. Krankenhausabteilungen, die ausschließlich der *stationären* Patientenversorgung dienen, stehen daher zu niedergelassenen ausschließlich ambulant tätigen (Vertrags-)Ärzten nicht in unmittelbarer Konkurrenz mit der Folge, dass ein entsprechendes Niederlassungsverbot nicht sachlich gerechtfertigt ist. Ein auf die Niederlassung in eigener Praxis gerichtetes Wettbewerbsverbot ist daher nur dann zulässig, wenn die Klinik auch an der *ambulant* Patientenversorgung teilnimmt. Ausreichend ist dazu das Unterhalten einer Privatambulanz. Nicht ausreichend ist dabei lediglich die persönliche Ermächtigung des Klinikdirektors zur ambulanten Behandlung oder eine ambulante Versorgungsmöglichkeit im Klinik-MVZ; erforderlich ist eine trägerbezogene Institutsermächtigung zur ambulanten Behandlung, z.B. bei festgestelltem besonderem Bedarf, Hochschulambulanzen, psychiatrische und geriatrische Institutsambulanzen. Liegt eine solche ambulante Patientenversorgung, insbesondere in Form einer Privatambulanz, vor, kann dem ausscheidenden Arzt untersagt werden, ebenfalls an der ambulanten Versorgung teilzunehmen, sei es in eigener Praxis oder als Angestellter in einem MVZ. Auch die angestellte Tätigkeit für ein unmittelbares klinisches Konkurrenzunternehmen, etwa als Chef- oder Oberarzt in einem anderen Krankenhaus, kann ebenfalls wirksam durch das Wettbewerbsverbot untersagt werden, da auch insoweit eine echte Konkurrenzsituation besteht.

Zeitliche Reichweite

In zeitlicher Hinsicht wird eine Geltungsdauer von zwei Jahren von den Gerichten regelmäßig als zulässig erachtet und auch

vom Bundesgerichtshof im Urteil vom 07.05.2007 noch einmal ausdrücklich bestätigt. Überschreitungen des zeitlichen Rahmens wären zwar grundsätzlich unschädlich, da (und nur) in diesem Fall das Wettbewerbsverbot nicht insgesamt unwirksam wäre, sondern lediglich auf die maximal zulässige Geltungsdauer von zwei Jahren beschränkt werden würde. Dennoch empfiehlt es sich, von vornherein ein maximal zweijähriges Wettbewerbsverbot zu vereinbaren. Angesichts der während des Konkurrenzverbotes zu entrichtenden nicht unerheblichen Karenzentschädigung (dazu s.u.) kann selbstverständlich auch eine kürzere Geltungsdauer vereinbart werden.

Räumliche Reichweite

Die räumliche Reichweite des Wettbewerbsverbots ist der für die Wirksamkeit entscheidende Aspekt und führt durch eine zu weite Bemessung der räumlichen Grenzen in den meisten Fällen zur Unwirksamkeit der gesamten Wettbewerbsklausel. Die Schwierigkeit liegt darin, dass bei der Bemessung die Umstände des Einzelfalls zu berücksichtigen sind und daher keine verbindlichen Vorgaben bestehen. Die Rechtsprechung stellt in diesem Zusammenhang in der Regel auf den Einzugsbereich der Praxis bzw. des Krankenhauses ab. Dabei spielt es keine Rolle, wenn vereinzelt Patienten aus weiter entfernten Regionen kommen; es muss der Haupteinzugsbereich bestimmt werden. Bei Internisten, Dermatologen oder Gynäkologen etwa geht dieser Bereich in der Regel nicht über den Stadtteil oder den Ort der Klinik bzw. einen Umkreis von 2km hinaus. Fachgebiete mit hohen Investitionskosten oder hohem Spezialisierungsgrad, wie etwa Radiologen oder Strahlentherapeuten, haben demgegenüber grundsätzlich einen größeren Einzugsbereich, so dass hier Wettbewerbsverbote im Umkreis von 5 bis 10km von der Rechtsprechung als zulässig erachtet werden. Zu differenzieren ist dabei jedoch auch danach, wo sich die Klinik befindet, so dass in ländlichen Gebieten der Einzugsbereich regelmäßig größer ist als in einer Großstadt. Das Oberlandesgericht Stuttgart hatte in seiner Entscheidung vom 13.03.1998 – 2 U 21/98 – eine räumliche Reichweite von 10km für eine neurologisch-radiologische Gemeinschaftspraxis als zu weitgehend erachtet, da damit beinahe das gesamte Stadtgebiet von Stuttgart umfasst gewesen wäre.

Im Zweifel Zurückhaltung üben

Da letztlich nicht abzuschätzen ist, wie ein Gericht im Streitfall die räumliche Bemessung bewerten würde, sollte bei der räumlichen Reichweite kein Risiko eingegangen werden und im Zweifel eine Grenze bestimmt werden, die möglicherweise nicht die maximal zulässige ist, jedoch sicher von der Rechtsprechung als rechtswirksam anerkannt wird. Anhaltspunkt dafür ist der tatsächliche Einzugsbereich für den jeweiligen Standort, der sich stadtauswärts ggf. vergrößert. Eine räumliche Reichweite von 3 bis 5 km wird in der Regel jedoch nicht beanstandet. Ggf. bietet es sich auch an, für *einzelne Leistungen* eine größere räumliche Reichweite festzulegen. So hat der Bundesgerichtshof mit Urteil vom 07.05.2007 – II ZR 281/05 – ein Wettbewerbsverbot zweier Fachärzte für Innere Medizin/Nephrologie als wirksam erachtet, das eine Tätigkeit als Internist in einem Umkreis von 2 km untersagte, für Dialyseleistungen jedoch eine räumliche Reichweite von 20 km vorsah. Der BGH stellte darauf ab, dass angesichts der erheblichen finanziellen Aufwendungen Dialyseleistungen nur dann wirtschaftlich zu erbringen seien, wenn eine entsprechende Zahl von Patienten sie in Anspruch nehme.

Zahlung einer angemessenen Karenzentschädigung

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass nachvertragliche Wettbewerbsverbote immer nur dann wirksam sind, wenn sich der bisherige Arbeitgeber während der Dauer des Wettbewerbsverbotes verpflichtet, für jedes Jahr des Verbotes mindestens die Hälfte der vom Arbeitnehmer zuletzt bezogenen Vergütung zu zahlen. Zugrunde zu legen ist dabei das Bruttogehalt des Arztes, so dass bei einem zweijährigen Wettbewerbsverbot ein ganzes Jahresbruttogehalt als Karenzentschädigung zu zahlen ist. Dies hat das Bundesarbeitsgericht (BAG) zuletzt mit Urteil vom 10.01.2014 – 10 AZR 243/13 – noch einmal so ausdrücklich bestätigt. Dabei werden sämtliche bisherigen Einkommensbestandteile berücksichtigt, also auch (widerrufbare) Leistungszulagen, Provisionen, Gehalt, Gratifikationen, Beteiligungen an privatärztlichem Honorar etc.

Unter diesen erheblichen wirtschaftlichen Aspekten erscheint die Vereinbarung eines nachvertraglichen Wettbe-

werbsverbotes auf den ersten Blick völlig unwirtschaftlich. Allerdings muss sich der ausscheidende Arzt auf die Karenzentschädigung all das anrechnen lassen, was er anderweitig verdient bzw. böswillig unterlässt zu verdienen. Die Zahlungsverpflichtung des Krankenhauses ist nämlich die konkrete Gegenleistung für die vom Arzt übernommene Unterlassungspflicht. Sie ist ausdrücklich in den schriftlichen Vertrag aufzunehmen. Verdient also der Chef- oder Oberarzt an anderer Stelle außerhalb des Wettbewerbsgebietes durch anderweitige Tätigkeit ein übliches, meist ja besseres Gehalt, wird sich die Karenzentschädigung häufig ganz erheblich reduzieren oder ganz entfallen. Hält sich der ehemalige Arzt demgegenüber nicht an das Wettbewerbsverbot, entfällt auch sein Anspruch auf Karenzentschädigung; außerdem bestehen ggf. weitergehende Schadensersatzansprüche des ehemaligen Arbeitgebers. Möglich ist auch – allerdings ebenfalls nur bei ausdrücklicher vertraglicher Regelung – die Zahlung einer Vertragsstrafe für den Fall des Zuwiderhandelns durch den Arzt.

Wettbewerbsverbot und Kündigung

Je nachdem, wer und aus welchem Grund das Arbeitsverhältnis beendet, hat dies unterschiedliche Auswirkungen auf die Wirksamkeit des Wettbewerbsverbots: Es tritt in Kraft, sofern der jeweilige Arzt das Arbeitsverhältnis mit dem Krankenhaus von sich aus ordentlich kündigt, d.h. innerhalb der vorgesehenen Frist. Bei ordentlicher Kündigung *durch das Krankenhaus* wird das Wettbewerbsverbot allerdings *unwirksam*, vgl. § 75 Abs. 2 HGB. Bei *fristloser* Kündigung aus wichtigem Grund durch den Arzt wird das Wettbewerbsverbot dann nicht wirksam, wenn er vor Ablauf eines Monats nach der Kündigung schriftlich erklärt, dass er sich an die Vereinbarung nicht gebunden erachtet (§ 75 Abs. 1 HGB).

Wettbewerbsverbote auch für angestellte Ärzte in Praxen und im MVZ

Die dargestellten Möglichkeiten über nachvertragliche Wettbewerbsverbote gelten natürlich nicht nur im Verhältnis zwischen Krankenhäusern und den dort angestellten leitenden Chef- oder Oberärzten; dieselben rechtlichen Voraussetzungen können auch auf das Dienstverhältnis zwischen angestellten Ärzten in Praxen niedergelassener Ärzten und/oder Medizinischen

Versorgungszentren übertragen werden. Auch bei angestellten Ärzten in der Praxis niedergelassener Ärzte besteht in der Regel ein Schutzbedürfnis des Praxisinhabers daran, dass sich der ehemalige angestellte Kollege nach Beendigung der Kooperation nicht in unmittelbarer Nähe niederlässt und die Patienten veranlasst, mit ihm zu ziehen. Auch in diesen Fällen können wirksam vereinbarte Wettbewerbsklauseln einen wirtschaftlich angemessenen Schutz des bisherigen Arbeitgebers darstellen.

Fazit

Nachvertragliche Wettbewerbsverbote bieten bei sorgfältiger Bemessung und spezifischer vertraglicher Regelungen einen wirksamen Schutz vor unmittelbarer Konkurrenz durch ehemalige Krankenhausmitarbeiter. Bei der Formulierung ist allerdings streng darauf zu achten, insbesondere bei der räumlichen Reichweite nicht übers Ziel hinauszuschießen. Ärzte, die vertraglich eine Konkurrenzschutzklausel vereinbart haben, sollten bei entsprechenden Vorhaben stets prüfen, ob die Klausel Bindungswirkung entfaltet, da erfahrungsgemäß viele Klauseln zu weit gefasst sind und damit unwirksam sind. Insbesondere beim Abschluss neuer Verträge oder sofern nachträglich ein Wettbewerbsverbot vereinbart werden soll, ist ferner darauf zu achten, dass die angebotene Karenzentschädigung die erforderliche Mindesthöhe aufweist.



Rechtsanwalt
Dr. Albrecht Wienke
Fachanwalt für
Medizinrecht



Rechtsanwältin
Rosemarie Sailer, LL.M.
Fachanwältin für
Medizinrecht

KONTAKT

Wienke & Becker – Köln
Sachsenring 6
50677 Köln
Tel.: 0221 - 3765310
Fax: 0221 - 3765312
Mail: AWienke@Kanzlei-WBK.de



Foto: apops_Fotolia.com

Auszubilden macht Spaß, aber es sind auch rechtliche Dinge zu beachten.

RECHTLICHE ASPEKTE DER WEITERBILDUNG

Was darf der Weiterbildungsassistent, was nicht?

Weiterbildungsassistenten sind aus keiner Krankenhausabteilung mehr wegzudenken und leisten wertvolle Dienste im Klinikalltag. Auch in den Praxen niedergelassener Ärzte hat die ärztliche Weiterbildung einen festen Platz. Die derzeit bestehenden Überlegungen, die Weiterbildung im ambulanten Bereich zu stärken, werden zukünftig zu einer erheblichen Zunahme von Weiterbildungsassistenten in den Praxen niedergelassener Ärzte führen. Bei der Beschäftigung und Betreuung der Weiterbildungsassistenten sind einige rechtliche und tatsächliche Gesichtspunkte zu beachten.

Während der Weiterbildung zum Facharzt sollen Weiterbildungsassistenten alle in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen festgelegten theoretischen und praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten erlernen, um nach Ablegen der Facharztprüfung eine Behandlung nach Facharztstandard erbringen zu können. Die in der Regel fünfjährige Weiterbildungszeit hält bei der praktischen Umsetzung allerdings sowohl für den Weiterbildungsassistenten selbst als auch für den weiterbildenden Arzt tatsächliche und rechtliche Klippen bereit, die leider oft genug nicht ausreichend bedacht werden und später für beide Seiten zu unangenehmen Folgen führen können. Die grundlegenden Anforderungen sind in der Musterweiterbildungsordnung und den dazu ergänzend erlassenen Weiterbildungsrichtlinien niedergelegt; rechtlich verbindliche Wirkung entfalten jedoch nur die Weiterbildungsordnungen der jeweiligen Landesärztekammern. Diese regeln mal mehr, mal weniger ausführlich, wie die Weiterbildungszeit auszugestalten ist. Während der Katalog

der Leistungsinhalte, die ein Weiterbildungsassistent während seiner Weiterbildungszeit ableisten und nachweisen können muss, detailliert festgelegt ist, bleiben in Bezug auf den Praxis- und Klinikalltag einige wichtige Fragen unbeantwortet. So stellt sich immer wieder die Frage, was mit dem Weiterbildungsassistenten passiert, wenn der weiterbildende Arzt im Urlaub oder erkrankt ist. Muss der Weiterbildungsassistent dann ebenfalls Urlaub nehmen oder kann er den Praxisinhaber vertreten? Was gilt bei kurzer Abwesenheit, z.B. bei Hausbesuchen oder akademischen Aufgaben? Darf der Weiterbildungsassistent seinen Ausbilder während dieser Zeit vertreten bzw. einem Kollegen unterstellt werden? Diese und andere wichtige Fragen sollen nachstehend erörtert und ein Überblick über die Rechtslage gegeben werden.

Persönliche Zuordnung des Weiterbildungsassistenten

Einige rechtliche Gesichtspunkte sollte der Chefarzt als Abteilungsleiter und der nie-

dergelassene Kollege in der eigenen Praxis als Inhaber einer Weiterbildungsbefugnis unbedingt kennen, um Aufgaben im jeweiligen Verantwortungsbereich richtig zuweisen zu können und Haftungsrisiken zu vermeiden. Fehler können nicht nur zu falschen Abrechnungen, sondern je nach Einzelfall neben der Haftung des Weiterbildungsassistenten auch zur persönlichen Haftung des Chefarztes oder des Praxisinhabers wegen Organisationsverschuldens oder zum Entzug der Weiterbildungsbefugnis führen. Grundsätzlich kann die Weiterbildung nicht bei jedem beliebigen Arzt absolviert werden. Die Weiterbildungsordnungen sehen insoweit vor, dass die Weiterbildung in einer von der Ärztekammer zugelassenen Weiterbildungsstätte bei einem zur Weiterbildung befugten Arzt persönlich erfolgt und die Weiterbildung im Einzelfall genehmigt werden muss. Jeder Weiterbildungsassistent ist damit persönlich einem weiterbildenden Arzt zugeordnet, unter dessen Anleitung und persönlicher Verantwortung die Weiterbildung zu erfolgen hat. Der Weiterbildungsassistent, der in einer

Gemeinschaftspraxis tätig ist, ist daher trotz gemeinsamer Berufsausübung mehrerer Praxispartner streng an den ihm zugeordneten weiterbildungsbefugten Arzt gebunden. In Krankenhäusern hat regelmäßig der Chefarzt – ggf. gemeinsam mit einem Oberarzt – die Weiterbildungsbefugnis für die in seiner Abteilung beschäftigten Weiterbildungsassistenten. Trotz gemeinsamer Berufsausübung mehrerer Fachärzte sind die Weiterbildungsassistenten daher streng an den Chefarzt als weiterbildungsbefugten Arzt gebunden, der die Anleitung und ggf. Überwachung persönlich und verantwortlich leisten muss. Bestehen Zweifel an der Geeignetheit des weiterbildenden Arztes, etwa aufgrund von Berufspflichtverletzungen, kann die Weiterbildungsbefugnis von der Ärztekammer wieder entzogen werden. Wie viele Assistenten ein weiterbildungsbefugter Arzt zeitgleich weiterbilden darf, ist weiterbildungsrechtlich nicht geregelt. Während im ambulanten Bereich aufgrund der Pflicht zur persönlichen Leistungserbringung und des festgelegten Versorgungsauftrags in der Regel nur ein bis zwei Weiterbildungsassistenten pro Vertragsarzt möglich sein werden, kann der Chefarzt, alleine oder mit einem weiteren befugten Oberarzt gemeinsam, auch mehrere Weiterbildungsassistenten beschäftigen. Hier kommt es entscheidend darauf an, dass die erforderliche persönliche Anleitung, Betreuung und Dokumentation im Einzelfall gewährleistet werden kann.

Stationäre Weiterbildungsassistenten im Klinik-MVZ

Auch die mancherorts anzutreffende Handhabung einiger Kliniken, die im Krankenhaus beschäftigten Weiterbildungsassistenten nach Bedarf ins eigene Klinik-MVZ zu schicken, ist unzulässig, wenn das MVZ nicht als Weiterbildungsstätte zugelassen ist. Ist das Klinik-MVZ als Weiterbildungsstätte zugelassen, kommt eine Beschäftigung von im Krankenhaus angestellten Weiterbildungsassistenten aber auch nur dann in Betracht, wenn diese zusätzlich auch im MVZ angestellt werden. Andernfalls ergeben sich Abrechnungs- und Anerkennungsprobleme, da die Tätigkeit im MVZ als Teil der vertragsärztlichen Versorgung und damit in einem anderen Rechtskreis als in der Klinik erfolgt. Die praktische Relevanz zeigt sich darin, dass in den vergangenen Jahren die Beschäftigung von stationären Weiterbildungsassistenten in Klinik-MVZ zunehmend in den

Fokus der Kassenärztlichen Vereinigungen und Strafverfolgungsbehörden gerückt ist und in diesem Zusammenhang Strafverfahren wegen Abrechnungsbetrugs gegen die verantwortlichen weiterbildenden Ärzte und die Geschäftsführer der beteiligten Anstellungskörperschaften eingeleitet worden sind.

Wie viel persönliche Anleitung ist nötig?

Nach den Weiterbildungsordnungen hat die Weiterbildung unter der persönlichen Anleitung des zur Weiterbildung befugten Arztes zu erfolgen. Diese pauschale Formulierung sorgt regelmäßig für Verunsicherung, weil das erforderliche Maß der Anleitung im Praxisalltag unklar ist. Persönliche Anleitung ist dabei nicht mit ständiger Aufsicht zu verwechseln. Der zur Weiterbildung befugte Arzt muss daher nicht jeden Handgriff des Weiterbildungsassistenten vorgeben und überwachen. Dies wird insbesondere vor dem Hintergrund deutlich, dass der Weiterbildungsassistent als approbierter Arzt – im Gegensatz etwa zu Studenten im Praktischen Jahr – bereits in der Lage sein muss, ärztliche Leistungen selbständig zu erbringen. Darüber hinaus ist das Ziel der Weiterbildung gerade die Vermittlung praktischer Fähigkeiten, wofür ein gewisses Maß an Selbständigkeit zu fordern ist. Es ist daher in der Regel ausreichend, wenn sich der weiterbildende Arzt zumindest in greifbarer Nähe befindet, um jederzeit eingreifen bzw. den Weiterbildungsassistenten überwachen zu können. Bei niedergelassenen Ärzten ist dafür der Aufenthalt in den Praxisräumen ausreichend, die ständige Anwesenheit im Behandlungszimmer dagegen nicht erforderlich. Je fortgeschrittener der Weiterbildungsassistent ist, desto weniger benötigt er eine umfassende Überwachung und Anleitung durch den weiterbildenden Arzt. In diesen Fällen ist auch die selbstständige Anamnese, Erstellung eines Therapieplans und die Behandlung in Absprache mit dem weiterbildenden Arzt grundsätzlich möglich.

Weiterbildungsassistenten und Urlaub

Eine der am häufigsten gestellten Fragen betrifft den Fall, dass der weiterbildende Arzt im Urlaub, bei Tagungsaufenthalten oder auch aufgrund eines Hausbesuchs nicht in der Praxis oder Klinik anwesend ist. Hier muss differenziert werden: Generell ist es nicht zu beanstanden, wenn

der weiterbildende Arzt für einen kurzen Zeitraum, etwa wegen Lehrverpflichtungen oder wegen eines Hausbesuchs oder Notfalls, die Klinik oder Praxis verlässt und der Weiterbildungsassistent für diese Zeit ohne Anleitung durch den ihm zugeordneten weiterbildungsbefugten Arzt ist. Dagegen können die Anforderungen an die persönliche Anleitung nicht mehr erfüllt werden, wenn sich der Ausbilder für längere Zeit im Urlaub befindet oder an Kongressen teilnimmt. Der Weiterbildungsassistent darf in diesen Zeiten zwar unter der Anleitung und nach fachlicher Weisung eines anderen Facharztes oder Oberarztes tätig werden; eine Anrechnung dieser Abwesenheiten der Ausbilder auf die Weiterbildungszeiten ist jedoch dann nicht mehr zulässig, wenn die Abwesenheit des weiterbildungsbefugten Arztes eine Dauer von sechs Wochen im Kalenderjahr überschreitet.

Weiterbildungsbefugnis bei Anleitung entscheidend

Insoweit hatte der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg mit Urteil vom 12.04.1984 – 9 S 2612/82 – ausdrücklich festgestellt, dass das Fehlen eines befugten Weiterbildunglers sich nicht ersetzen lässt und die Anleitung durch einen qualifizierten und förmlich anerkannten Arzt die zwingende Voraussetzung für eine berufsrechtliche Anerkennung der Weiterbildung ist. Ist der Chefarzt daher häufiger nicht in der Klinik und sind die Weiterbildungsassistenten ohne dessen Anleitung, besteht die Gefahr, dass die entsprechenden Weiterbildungszeiten nicht anerkannt werden. Nach den Weiterbildungsordnungen stellt gesetzlicher und sonstiger arbeitsrechtlicher Urlaub bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr keine Unterbrechung der Weiterbildungszeit dar. Kann der Chefarzt oder Praxisinhaber aufgrund häufiger Abwesenheit und daraus folgender mangelnder persönlicher Anleitung die Weiterbildung nicht zuverlässig sicherstellen, kann die Ärztekammer ggf. die Weiterbildungsbefugnis wieder entziehen. Daneben bestehen haftungsrechtliche Risiken, wenn der Chefarzt die Anleitung der Weiterbildungsassistenten durch geeignete Fachärzte während seiner Abwesenheit nicht zuverlässig koordiniert.

Weiterbildungsassistent als Vertreter?

Aus den vorgenannten Gründen ergibt sich auch, dass der Weiterbildungsassis-

tent seinen Ausbilder grundsätzlich nicht vertreten darf. Einige Weiterbildungsordnungen sehen jedoch Ausnahmen vor. So ist es etwa in Baden-Württemberg Weiterbildungsassistenten ab dem fünften Weiterbildungsjahr erlaubt, für einen bestimmten Zeitraum den weiterbildenden Arzt zu vertreten.

Haftung bei Fehlern des Weiterbildungsassistenten

Nach ständiger Rechtsprechung gilt für die Anforderungen an den Behandlungsstandard für die ärztliche Versorgung im Krankenhaus und in der Praxis niedergelassener Ärzte in allen Phasen der ärztlichen Betreuung der Facharztstandard. Dies bedeutet zwar nicht, dass nur Fachärzte die Behandlung übernehmen dürfen. Es darf jedoch durch die Übertragung von Aufgaben an einen Weiterbildungsassistenten, für die er noch nicht ausreichend qualifiziert ist, kein zusätzliches Risiko für den Patienten entstehen. Bei Anfängeroperation muss daher immer ein Facharzt assistieren. Ist das nicht der Fall und führt die Operation zu Komplikationen für den Patienten, besteht ein Indiz dafür, dass die unzureichende Qualifikation ursächlich dafür ist. Im Schadensersatzprozess tragen dann der Krankenträger sowie der verantwortliche (Chef-) Arzt die Beweislast dafür, dass die eingetretene Komplikation gerade nicht auf der geringeren Erfahrung des Weiterbildungsassistenten beruht. Unter dem Stichwort Organisationsverschulden haftet der Chefarzt grundsätzlich, wenn er seine Auswahl-, Überwachungs- und Anleitungspflichten als leitender Arzt verletzt, da der Fehler dann im „Organisationsbereich“ des Krankenhauses entstanden ist. Daneben kommt grundsätzlich die eigene Haftung des Weiterbildungsassistenten wegen Übernahmeverschuldens in Betracht, wenn er eine Aufgabe übernimmt, der er fachlich (noch) nicht gewachsen ist und seine mangelnde Qualifikation hätte erkennen müssen.

Problem Bereitschafts- und Nachtdienst

Im vertragsärztlichen ambulanten Bereich ist ausdrücklich geregelt, dass Weiterbildungsassistenten nicht am Notdienst teilnehmen dürfen. Für die stationäre Versorgung gibt es keine entsprechende Regelung mit der Folge, dass Weiterbildungsassistenten häufig zum Bereitschaftsdienst und zur Nachtschicht eingeteilt

werden. Haftungsrechtlich ist dies dann nicht zu beanstanden, wenn der Weiterbildungsassistent bereits die notwendigen Kenntnisse und praktischen Fähigkeiten besitzt, um auch ohne förmliche Facharztanerkennung den Facharztstandard gewährleisten zu können und im Zweifel einen erfahrenen Facharzt hinzuzieht. Allerdings droht hier stets die eigene Haftung des Chefarztes, wenn er Weiterbildungsassistenten zu viel abverlangt und zum Dienst einteilt, obwohl diese noch nicht die nötige Erfahrung besitzen.

Persönliche Leistungserbringungspflicht

Aber auch in Bezug auf eine ordnungsgemäße Abrechnung spielt das Maß der persönlichen Anleitung eine Rolle. Der Vertragsarzt in eigener Praxis ist vertragsarztrechtlich zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet. Auch nach Berufsrecht hat der Arzt Leistungen grundsätzlich höchstpersönlich und in eigener Verantwortung zu erbringen, um dem Vertrauen des Patienten auf die fachlichen Fähigkeiten des ausgewählten Arztes gerecht zu werden. Leistungen des Weiterbildungsassistenten können ihm daher nur dann zugerechnet werden, wenn sie unter der persönlichen Anleitung des weiterbildenden Arztes erfolgen. Folglich sind nur solche Leistungen des Weiterbildungsassistenten anrechnungsfähig, bei denen sich der Ausbilder vergewissert hat, dass die Behandlung den qualitativen Anforderungen entspricht. Die Grenze des Zulässigen ist in der Regel erreicht, wenn der Praxisinhaber den Umfang seiner vertragsärztlichen Tätigkeit durch die Einstellung von Assistenten soweit ausdehnt, dass eine persönliche Überwachung und Anleitung nicht mehr möglich ist. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass nach § 32 Abs. 3 der Zulassungsverordnung-Ärzte die Beschäftigung eines Assistenten nicht zu einer Vergrößerung der Praxis oder der Aufrechterhaltung eines übergroßen Praxisumfangs führen darf. Im Rahmen von Plausibilitätskontrollen prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen, ob ein Vertragsarzt die Leistungen persönlich oder im Rahmen einer zulässigen Delegation durch genehmigte Ärzte – z.B. durch Weiterbildungsassistenten – erbracht hat. Auffälligkeiten sind immer dann zu beobachten, wenn eine auffällige und unerklärliche Zunahme der Fallzahlen bzw. des gesamten Abrechnungsvolumens vorliegt. Durch die Rechtsprechung an-

erkannt ist eine Anrechnung der Leistungen des Weiterbildungsassistenten und damit Vergrößerung des Praxisumfangs um 25%, wobei dies keine feste Grenze darstellt, sondern auch unterhalb dieser Grenze eine unzulässige Praxisvergrößerung anzunehmen sein kann. Bei der Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten ist daher immer auch darauf zu achten, dass der Weiterbildungsassistenten nicht durch eine übermäßige selbständige Tätigkeit das Praxisvolumen vergrößert und der Praxisinhaber gegebenenfalls Konsequenzen, wie Disziplinarverfahren, Zulassungsentziehungsverfahren oder gar die Verurteilung in einem Strafverfahren wegen Abrechnungsbetruges, welches je nach Strafmaß den Entzug der Approbation nach sich ziehen kann, riskiert.

Fazit

Verbindliche Vorgaben, die die Weiterbildung detailliert regeln und jeden denkbaren Praxisfall abbilden, gibt es nicht. Die vorgenannten Ausführungen sind dabei als Faustregeln zu verstehen. Letztlich ist jedoch in jedem Einzelfall und nach den Fähigkeiten des jeweiligen Weiterbildungsassistenten zu entscheiden, wie viel Betreuung, Anleitung und Kontrolle dieser benötigt, um für sich selbst maximale Weiterbildungserfolge zu erzielen und den Patienten jederzeit eine Behandlung nach Facharztstandard zu garantieren.



Rechtsanwalt
Dr. Albrecht Wienke
Fachanwalt für
Medizinrecht



Rechtsanwältin
Rosemarie Sailer, LL.M.
Fachanwältin für
Medizinrecht

KONTAKT

Wienke & Becker – Köln
Sachsenring 6
50677 Köln
Tel.: 0221 - 3765310
Fax: 0221 - 3765312
Mail: AWienke@Kanzlei-WBK.de



Teilnehmer aus 14 Ländern beim Autumn Travelling Fellowship in Florenz.



Fotos: privat

REISESTIPENDIUM EFORT

EFORT 2014 Autumn Travelling Fellowship

Jeweils im Frühjahr und Herbst des Jahres wird von der europäischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (EFORT) ein Reisestipendium ausgeschrieben. Das diesjährige „EFORT 2014 Autumn Travelling Fellowship“ wurde von der italienischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (SIOT) unter der Schirmherrschaft der EFORT ausgerichtet und organisiert.

Ich habe mich sehr gefreut, als ich erfahren habe, dass ich als Vertreter der DGOOC und DGOU von deutscher Seite für dieses Stipendium an die EFORT ge-

meldet wurde und schließlich als Teilnehmer ausgewählt wurde. Am 19.10.2014 traf ich dann mit Teilnehmern aus 13 weiteren europäischen Ländern an un-

serem ersten Reiseziel in Turin ein. An insgesamt drei Tagen gewannen wir einen tiefen Einblick in die Klinikstruktur und Behandlungskonzepte des „Centro

Traumatologico Ortopedico“ in Turin. Das dortige Zentrum beherbergt zwei Zentren für Orthopädie und Traumatologie die von Prof. Paolo Rossi bzw. Prof. Filippo Castoldi geleitet werden. Beiden Zentren stehen insgesamt zehn Operationssäle zur Verfügung, wobei in sechs Sälen überwiegend orthopädische und in vier Sälen überwiegend traumatologische Eingriffe vorgenommen werden. In dem sechzehnstöckigen Haus des CTO Turin befinden sich noch eine Verbrennungseinheit und einige weitere eigenständige Abteilungen.

Neue Hybridtechnik

Aufgrund der Vielzahl von Eindrücken kann ich an dieser Stelle nur ein paar Besonderheiten hervorheben, die zum Teil von den in Deutschland favorisierten Behandlungsmethoden abweichen. So werden etwa proximale Humerusfrakturen, sofern denn keine Indikation zum prothetischen Ersatz besteht, mittels einer speziellen Pinningtechnik versorgt. Dabei werden nach der offenen oder geschlossenen Reposition die Fragmente mittels spezieller Pins fixiert. Die ersten Drähte werden beginnend von der Diaphyse durch die Fraktur und Epiphyse in Richtung Proc. Coracoideus in anteriorer und posteriorer Ausrichtung eingebracht. Dann erfolgt eine Durchbewegung der Schulter, um die Stabilität zu prüfen. Im Weiteren erfolgt die Fixierung im proximalen Anteil. Um das Problem einer postoperativen Pin-Dislokation zu vermeiden, weisen die Pins ein langes Gewinde auf und werden abschließend mit einem speziellen Fixateur externe stabilisiert. Bei Beteiligung des Tuberculum majus erfolgt teilweise eine Kombination mit Schrauben. Bezüglich der Nachbehandlung erfolgt zunächst die passive Mobilisation. Nach 45 bis 50 Tagen werden die Drähte unabhängig von Frakturtyp, Patientenalter oder Röntgenbild entfernt. Danach erfolgt die aktive Mobilisation. Die Ergebnisse dieser Technik wurden von Prof. Castoldi und seinem Team mehrfach publiziert. Vorteile dieser neuen Hybridtechnik (Galaxy-System) sieht man in der geringeren Komplikationsrate im Vergleich zur winkelstabilen Plattenosteosynthesen, bei besserer Stabilität im Vergleich zur klassischen

Pinningtechnik und der Möglichkeit, komplexere Frakturen zu behandeln. Da man in Turin mittlerweile vollständig auf Plattenosteosynthesen oder andere Osteosynthesearten verzichtet, gibt es keine prospektiv randomisierten Studien. Die getroffenen Aussagen beziehen sich auf die eigenen Ergebnisse mit der Pinning-Technik im Vergleich zu Ergebnissen anderer Studien mit alternativen Osteosyntheseverfahren.

Im weiteren wurden eine Vielzahl von weiteren Behandlungskonzepten und deren Indikationen präsentiert, u.a. der Ersatz des Radiusköpfchens, Umstellungsosteotomien im Kniebereich, die Versorgung von Abrissverletzungen der oberen und unteren Extremitäten, sowie Behandlungskonzepte chronischer und akuter Osteomyeliden. Bei der Versorgung von vorderen Kreuzbandverletzungen setzt man auf die single-bundle Technik und eine anatomische Fixierung. Eine trans-tibiale Anlage der Bohrkanäle wird daher nicht durchgeführt. Neben der Klinik wurde uns von unseren Gastgebern im Rahmen der zwei gemeinsamen Abendessen auch die Stadt Turin und die lokale Küche etwas näher gebracht.

Von Turin nach Florenz

Am 22.10. führte uns unsere Reise weiter nach Florenz. Die Distanz von etwa 400 km konnten wir aufgrund einer hervorragenden Zugverbindung in knapp drei Stunden bewältigen. In Florenz angekommen, wurden wir erneut herzlich willkommen geheißen. Unsere Gastgeber waren in diesem Fall Prof. Massimo Innocenti und Prof. Rodolfo Capanna vom Centro Traumatologico Ortopedico der Universitätsklinik Florenz. Wie schon in Turin stellten sich zunächst alle Fellows bei ihren Gastgebern vor und präsentierten die eigene Klinik sowie die eigenen klinischen und wissenschaftlichen Schwerpunkte. Als Vertreter der EFORT wurden wir dabei jeweils auch von Prof. Maurilio Marcacci besucht, der jeweils aus Bologna angereist war.

Composite-Allograft Technik

In den folgenden Tagen konnten wir in jedem der acht OP-Säle hospitieren. Her-

vorzuheben hierbei sind die diversen Entfernungen knöcherner Tumoren. Ein wohl nicht alltägliches Operationsverfahren stellt die Composite-Allograft Technik da. Dabei werden nach der Resektion eines tumorbefallenen Knochens die entstandenen Defekte mittels eines Megaallografts und einer darin verankerten Endoprothese ersetzt. Diese Technik ist in Florenz sehr gut etabliert und wurde während unseres Aufenthaltes dreimal durchgeführt. Darüber hinaus wurden diverse weitere Vorgehensweisen bei den diversen muskuloskeletalen Tumoren von Mitarbeitern der Klinik vorgetragen und diskutiert. Die Knochenregeneration bei kritischen Knochendefekten stellt einen weiteren Schwerpunkt der Klinik da. Die verschiedenen Techniken wurden im Rahmen von Vorträgen beleuchtet und ebenfalls intensiv diskutiert.

Neben der fachlichen Weiterbildung wurde uns auch in Florenz die italienische Gastfreundlichkeit zu teil, was sich nicht zuletzt auch in der kulinarischen Vielfalt ausdrückte. Insgesamt habe ich während des Fellowships eine Menge neuer Dinge dazulernen dürfen. Darüber hinaus konnte ich Kontakte zu den Vertretern der Kliniken in Turin und Florenz knüpfen bzw. pflegen. Auch der Austausch und die teilweise entstandene Freundschaft mit den Fellowship-Teilnehmern der dreizehn weiteren Länder bedeutet mir viel.

Ich möchte an dieser Stelle der DGOOC, der DGOU, der SIOT und der EFORT danken, dass sie mir dieses Reisestipendium ermöglicht haben. Des Weiteren möchte ich unseren Gastgebern Vorort, insbesondere Prof. Innocenti, Prof. Capanna, Prof. Castoldi, Prof. Rossi, Dr. Civinini und Dr. Bonasia, für ihre herzliche und kompetente Betreuung danken.



PD Dr.
Stefan Landgraber

Personalia



Dr. Wilfried Dick hat zum 1.10.2014 die Leitung des Departments Endoprothetik, Fuß- und Unfallchirurgie bei der STENUM Ortho GmbH Fachklinik für Orthopädie übernommen. Zuletzt war er Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie am Altmark Klinikum Salzwedel.



Prof. Dr. Christian Lüring ist seit 1.11.2014 Direktor der Orthopädischen Klinik am Klinikum Dortmund gGmbH. Zuvor war er Leitender Oberarzt und Stellvertretender Direktor der Klinik für Orthopädie am Uniklinikum in Aachen.



Prof. Dr. med. Christian Heiß (43), vormals stellvertretender Direktor und leitender Oberarzt hat zum 1.10.2014 den Ruf auf die W-3-Professur für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie an der Universität Gießen und die Chefarztstelle als Direktor der Klinik für Unfallchirurgie des UKGM in Gießen angenommen.



Prof. Dr. med. Martinus Richter (45) übernahm am 17.10.2014 in Barcelona die Präsidentschaft der Europäischen Fußgesellschaft (European Foot and Ankle Society - EFAS). Die EFAS ist mit mehr als 3.500 Mitgliedern die größte wissenschaftliche Gesellschaft für Fuß- und Sprunggelenkchirurgie weltweit.



PD Dr. Hansjörg Heep, ltd. OA/ Stellvertreter des Direktors der Klinik für Orthopädie am Universitätsklinikum Essen wurde in der Vorstandssitzung der Ärztekammer Nordrhein vom 5.11.2014 zum Vorsitzenden des Weiterbildungsausschusses gewählt. Er ist auch neuer Schriftführer des Gesamtvorstandes DGOOC.



Prof. Andreas Roth, Orthopäde und Hüft- und Knie-Experte, leitet seit August den Bereich Endoprothetik/Orthopädie am Universitätsklinikum Leipzig. Der 53-jährige wechselt nach seiner Berufung auf die Professur für Orthopädie/Endoprothetik vom Waldkrankenhaus Rudolf Elle in Eisenberg.



Dr. Jan-Hauke Jens ist neuer Chefarzt am Krankenhaus Tabea Hamburg. Gemeinsam mit Dr. Christian Friesecke leitet er das Kompetenzzentrum für Endoprothetik und Gelenkchirurgie seit Oktober cheffärztlich. Vorher leitete er die Allgemeine Orthopädie und das Zentrum für Endoprothetik der Schön Klinik Eilbek Hamburg.



Prof. Dr. Werner Siebert, Ärztlicher Direktor der Vitos Orthopädischen Klinik Kassel, übernahm auf dem Kongress der Europäischen Gesellschaft für Hüfterkrankungen (European Hip Society - EHS) die Präsidentschaft der EHS. Kongresspräsident Gösta Ullmark führte Prof. Siebert offiziell in sein Amt ein.



Dr. Frank Johannes Lünghake wurde am 1.9.2014 zum Chefarzt der Klinik für Handchirurgie und Rekonstruktive Mikrochirurgie am Heinrich Braun Klinikum Zwickau, SAV-Klinik der Berufsgenossenschaften und Krankenhaus der Schwerpunktversorgung, ernannt. Er war langjährig als Oberarzt am KH Waldfriede Berlin bzw. am KH Erding tätig.



Dr. med. Eckard Sträßner ist seit 01.10.2014 neuer Ärztlicher Leiter des Reha-Zentrums Schömborg/Klinik Schwarzwald sowie Chefarzt der Abteilung Orthopädie. Zuletzt leitete er die orthopädische Abteilung in der Johanner-Ordenshäuser Bad Oeynhausen gemGmbH.

Nachruf: Prof. Dr. Bernd F. Claudi



Am Montag, den 1. September 2014 ist Prof. Dr. Bernd F. Claudi im Alter von 73 Jahren plötzlich und unerwartet verstorben. Bernd Claudi wurde am 7.3.1941 als zweites von sechs Kindern in Wipperfurth geboren. Er studierte Medizin in Mainz und Hamburg. Nach der chirurgischen Ausbildung in Basel unter Martin Allgöwer (1969 - 1972) arbeitete er 1972 - 1974 im Spital Davos (Peter Matter) und 1974 - 1977 erneut in Basel. Von 1977 - 1980 arbeitete er am Klinikum Großhadern war, wo er sich 1980 habilitierte.

Anschließend übernahm er bis 1982 die Position des Director of Orthopaedic

Trauma an der University of Texas am Health Science Center in Dallas, Texas, USA. Von 1982-1994 war er als Leiter der Sektion Unfallchirurgie am Klinikum rechts der Isar tätig. 1984 wurde er zum C3-Professor auf Lebenszeit ernannt. 1995 übernahm er die Chefarztposition der Unfallchirurgie am Krankenhaus Dachau bis zu seiner Pensionierung im Jahre 2006. Von 2006 bis 2010 war Bernd Claudi Leiter der Sektion Trauma und Orthopädie am Rashid Hospital in Dubai (VAE).

Bernd Claudi war einer der ersten Pioniere der AO und für diese bei zahlreichen nationalen und internationalen Veranstaltungen weltweit tätig. In den Diskussionen mit seinen Schülern war es ihm ein besonderes Anliegen, neue Techniken zu diskutieren und diese auch in schwierigen Rahmenbedingungen umzusetzen. Unzählige AO Stipendiaten waren bei ihm

auf seinen zahlreichen beruflichen Stationen zu Gast und haben ihn als herausragenden und passionierten Lehrer, Mentor, Motivator und Freund kennen- und schätzen gelernt.

Er vermittelte zahlreichen Schülern das Rüstzeug für Ihre spätere medizinische Laufbahn. (*Chapman – Seattle, Ketterl – Traunstein, Oedekoven – Straubing, Plauermann – Neustadt, Raschke – Münster, Remiger – Nidwalden (CH), Scherer – Dachau, Schüler – Münsterlingen (CH), Schildhauer – Bochum, Seebauer – München, Steinau – Bochum*)

Die DGU und die AO Trauma Deutschland verbinden mit seinem Wirken die „**Biologischen Osteosynthesen**“.

Prof. Dr. med. Michael J. Raschke, Präsident AOTrauma Deutschland

Abschied von Fritz Povacz



Am 30. Juli 2014 haben wir unseren Freund Fritz Povacz mit einer sehr großen Trauergemeinde, darunter Vertretern der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie, in Gastpoltschhofen, Oberösterreich, wo er auch geboren wurde, zu Grabe getragen. Er ist nach langer schwerer Krankheit am 22. Juli 2014 verstorben. Mit ihm haben wir einen der markantesten Unfallchirurgen Österreichs, der deutschsprechenden Länder und darüber hinaus, verloren. Fritz Povacz wurde 1930 in ärmlichen Verhältnissen geboren. Zu seiner schulischen und akademischen Ausbildung hat er mit harter Arbeit, die vom Brennholz- und Braunkohlesammeln bis zur Hilfe in der Landwirtschaft zur Führung eines Pferdegespanns reichte, selbst beigetragen. Fritz Povacz war ein entschlossener, disziplinierter, für alle Fragen offener Mensch, dessen bedeutende Erfolge als langjähriger Primarius des oberösterreichischen Unfallkrankenhauses Wels (1975-1991) seiner kompromisslosen Führung des Hospitals im Dienst sei-

ner Patienten zu verdanken war. Fritz Povacz war korrespondierendes Mitglied der Deutschen und Schweizerischen Gesellschaft für Unfallchirurgie und Ehrenmitglied der Österreichischen Gesellschaft für Unfallchirurgie.

Seine unfallchirurgischen Wurzeln hatte er in der weltweit anerkannten Konzeption von Lorenz Böhler (1885 bis 1973) und dessen Sohn Jörg Böhler, der seine Ausbildung ebenfalls geprägt hat. Diese Prinzipien, die auch Maxime seiner ärztlichen Tätigkeit waren, hat er in seinem Buch „Der Geist der Böhler-Schule“ (Verlag Wilhelm Maudrich, 2004) eindrucksvoll beschrieben.

Internationale Anerkennung hat er sich mit der Veröffentlichung seines Buches „Geschichte der Unfallchirurgie“ (Springer Verlag, Erstauflage 2000), der ersten globalen Bearbeitung dieser Thematik, erworben. Dafür hat er den „Georg Friedrich Louis Stromeyer Preis“ der DGU für das beste unfallchirurgisch ausgerichtete Buch des Jahres 2000 erhalten. Sein letztes Aufsehen erregendes Buch mit dem Titel „Menschsein – Ein geistiges Abenteuer“ (Böhlau Verlag 2007), gewährt in zahlreichen autobiographischen Passagen Einblicke über seine schwere Jugend

in einem armen Elternhaus, sein Ringen um die richtige Berufswahl zwischen katholischer Theologie und Medizin, seine ganz persönlichen Auffassungen über das Arztsein und seine persönlich erlebten Beziehungen zu Krankheit und Tod. Grundlage dieser Erinnerungen waren jahrzehntelange Tagebuchaufzeichnungen.

Fritz Povacz war sehr selbstbewusst und gerecht und absolut konsequent. Seinen Angehörigen, Kollegen und Freunden gegenüber war er sehr liebenswert, großzügig, zuhörend und inspirierend. Erwähnen möchte ich besonders seine Ehefrau Christl. Sie war ihm Jahrzehnte eine unersetzbare und liebe Ehefrau, hat ihn beruflich begleitet und gefördert und 6 Kindern mit nachfolgenden 13 Enkeln und bisher einem Urenkel das Leben geschenkt. Ihnen allen wünschen wir Kraft und Zuversicht.

Lieber Fritz, Dein Freund Karl Heinrich Waggener hat geschrieben: „Wir sterben viele Tode, solange wir leben, der letzte ist nicht der bitterste.“

Wir behalten Dich dankbar in unseren Herzen. R.I.P.

Prof. Dr. Eberhard Markgraf, Jena

Wir gratulieren ...



Zum 80. Geburtstag

... Dr. Otto Burk, Rüsselsheim
... Medizinalrat Dr. Lothar Doberenz, Eisenberg
... Dr. Wolf-Dieter Fehrer, München
... Dr. Ralf Ferdini, Neuss
... Dr. Klaus Fibich, Celle
... Dr. Hansjürgen Freick, Herdecke
... Dr. Walter Hartig, Bad Vilbel
... Medizinalrat Dr. Wolfgang Kurz, Lübben
... Dr. Edgar Lorenz, Timmendorfer Strand
... Dr. Elfriede Malzahn, Eisenhüttenstadt
... Dr. Maximil.-P. Ostermeier, Nürnberg
... Dr. Helmut Pißarek, Cottbus
... Dr. Anneliese Schneider, Barntrop
... Prof. Dr. Josef Steinhäuser, Zülpich
... Hannelore Tiedemann, Rostock
... Prof. Dr. Klaus-Hermann Wilhelm, München
... Dr. Heinz Gerd Zimmer, Moers

Zum 85. Geburtstag

... Dr. Marian Cmelik, Waldenbuch
... Dr. med. Wolfgang Grewing, Saarbrücken
... Josef Kazior, Löhne
... Dr. Heinz-Adolf Treu, Hamburg

Zum 90. Geburtstag

... Dr. Beatrix Jungblut, Potsdam
... Dr. Wolf-Dieter Montag, Riegsee
... Dr. Heimo Pinder, Künzell

Zum 95. Geburtstag

... Prof. Dr. Berthold Hübner, Friedberg
... Dr. Hans Nicolai, Friedberg

STELLUNGSWECHSEL?

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



Fotos: privat

Prof. Dr. Wolf-Eberhard Mutschler

Ein Vater von O & U

Prof. Dr. med. Wolf-Eberhard Mutschler wird am 30.11.2014 emeritieren und es ist mir daher eine große Ehre, seine wesentlichen Leistungen darzustellen: Aufgrund des umfassenden Oeuvres werde ich diese strukturieren in Klinik, Wissenschaft, Lehre, Berufspolitik und Gesellschaftspolitik.

Klinik

Er hat im Jahr 1975 am physiologischen Institut der Johannes Gutenberg Universität Mainz promoviert, dann von 1976-1982 seine Facharztweiterbildung an der Chirurgischen Klinik der Universität Ulm absolviert. Gleich nach dem Facharzt 1982 für Chirurgie, dann 1983 die Habilitation und Venia legendi für das Fach Unfallchirurgie an der Universität Ulm erhalten, sowie im Jahr 1986 die Teilgebietsbezeichnung Unfallchirurgie verbunden mit der Bestellung zum Oberarzt. Im Jahr 1992 wurde er dann Direktor der Abteilung Unfallchirurgie an der Universitätsklinik des Saarlandes. Von dieser Position aus hat er im Jahr 1999 gewechselt an die Chirurgische Klinik

und Poliklinik Standort Innenstadt am Klinikum der Ludwig Maximilians Universität München und diese Position bis heute bekleidet. Er hat die Klinik nach modernen Kriterien umgestaltet und den einzelnen Bereichen vergleichbar mit dem US Consultant System weitgehende Freiheit in der therapeutischen Entscheidung und dem operativen Vorgehen gegeben, so dass wir, seine ehemaligen Oberärzte, unser operatives Portfolio uneingeschränkt entwickeln konnten. Hierfür möchte ich an dieser Stelle nochmals meinen besonderen Dank aussprechen.

Wissenschaft

Sein wissenschaftliches Werk ist viel zu umfassend, um es hier auch nur annä-

hernd ausreichend darstellen zu können, die wesentlichen Eckdaten sollen genannt werden. Es finden sich 359 Medline gelistete Publikationen, mehrere Reverenzwerke in Buchform zum Thema Unfallchirurgie sowie unzählige Buchbeiträge, Vorträge etc. Dies repräsentiert auch seine zahlreichen Funktionen in wissenschaftlichen Gesellschaften und Gremien, so ist er seit 2010 der Sprecher des Trauma Netzwerks München Oberbayern Süd, war 2008 – 2011 der Sprecher des Forschungsverbundes der Bayerischen Forschungsförderung, von 2006 – 2008 der Sprecher des Forschungsverbundes-Implantate der Bayerischen Forschungsförderung, im Jahr 2005 war er der Präsident des ersten gemeinsamen Kongresses der Deutschen Gesellschaft

für Unfallchirurgie und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und operative und orthopädische Chirurgie, im Jahr 2003 Präsident der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen, von 1994 – 2008 der Präsident der IGOF (Indo German Orthopaedic Foundation), von 2002 – 2008 Mitglieder der Strukturkommission beim Bundesministerium des Inneren und von 1996 – 2003 Mitglied des Fachausschusses Chirurgie der Deutschen Forschungsgemeinschaft.

Seine wichtigste Leistung für die Wissenschaft lag in seinem unermüdlichen Bestreben, eine strukturierte wissenschaftliche Herangehensweise an alle Fragestellungen der Unfallchirurgie zu propagieren. Er hat eine Entwicklung vorausgesehen, welche die Entscheidungsfreiheit des klassischen Chirurgen in Zukunft beeinträchtigen könnte: Die Geschäftsführer der Kliniken könnten die Operateure mehr und mehr in das reine Maschinisten-Dasein drängen, um die strategischen Entscheidungen über zukünftige Entwicklungen alleine und ausschließlich unter ökonomischen Gesichtspunkten treffen zu können. Um hiergegen eine effektive Gegenstrategie entwickeln zu können, ist die wissenschaftliche Herangehensweise unerlässlich und hierfür ist seinen unermüdlichen Bemühungen größte Anerkennung auszusprechen.

Auszeichnungen

Daher wurden ihm zahlreiche Auszeichnungen verliehen, 2013 Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 2011 Ehrenmitglied der Vereinigung Bayerischer Chirurgen, 2011 Lehrpreis der Medizinischen Fakultät LMU München, 2008 Dieffenbach Büste der DGU, 2002 Innovationspreis der DGU, 2001 Innovationspreis der DGU, 1996 Forumspreis der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie, 1995 Forumspreis der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie und 1984 Merkle Forschungspreis der Universität Ulm. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen auf der Erkundung von molekularbiologischen Hintergründen des Wachstums von Knochenweichteilgewebe, der Alterstraumatologie und Osteoporose, der Pathophysiologie und klinischen Algorithmen nach Polytrauma sowie dem Computergestützten

operieren. In diesen Gebieten wurden durch sein unermüdliches Motivieren und seine überaus unterstützende Art zahlreiche wissenschaftliche bahnbrechende Erkenntnisse erzielt. Unter anderem wurde an der chirurgischen Klinik und Poliklinik Standort Innenstadt ein herausragendes Labor etabliert. Dieses wissenschaftliche Interesse hat sich auch in seiner jahrelangen Tätigkeit als Editor der Zeitschrift „Der Unfallchirurg“ niedergeschlagen. Hier hat er mit unermüdlichem Engagement junge Kollegen motiviert Beiträge für die Zeitschrift zu verfassen bzw. die verfassten Beiträge entsprechend voran zu bringen. Diese Bemühungen schlagen sich auch in seinen umfangreichen Aktivitäten der Weiterbildung und Lehre nieder.

Weiterbildung und Lehre

Er war beteiligt an der Leitung der Akademie der DGU und der AE und hat in zahlreichen Teaching Komitees mitgewirkt und sich an der Umsetzung des Modelstudiengangs Medizin an der LMU verdient gemacht. Die wichtigste Leistung war aber sicherlich sein tägliches unermüdliches bedside teaching mit Generationen von Medizin Studentinnen, die er mit größtem persönlichem Engagement an die Unfallchirurgie herangeführt hat. Ganz besonders erwähnen möchte ich hier die berühmten Kölner Kurse „Von der Idee zur Publikation“. In diesen Kursen wurde interessierten High Potential Mitarbeitern aus dem Gebiet der Unfallchirurgie und Orthopädie intensiv die Möglichkeiten wissenschaftlichen Arbeitens beigebracht und in einem überaus persönlichen Stil wurden die entsprechenden Teilnehmer zu Höchstleistungen angespornt.

Berufspolitik

Ich möchte noch einmal auf die bereits erwähnte Präsidenschaft im Jahr 2005 für die DGU eingehen, da in diesem Jahr Prof. Mutschler ein bahnbrechender Erfolg gelungen war, gemeinsam mit Prof. Rainer Gradinger als Leiter der Klinik und Poliklinik für Orthopädie der TU München, war es Prof. Mutschler gelungen war, den ersten gemeinsamen Kongress auf die Beine zu stellen und somit das Zusammenwachsen zwischen Orthopädie und Unfallchirurgie ganz entscheidend positiv mit zu gestalten. Ich war damals

Kongresssekretär dieser Veranstaltung und kann nur bewundernd berichten, wie Prof. Mutschler seinen roten Faden konsequent in allen Sitzungen, Besprechungen, Gremien, Pressekonferenzen etc. verfolgt hat, indem er immer versucht hat, Gemeinsamkeiten zu suchen, Brücken zu bauen, Verständnis und Vertrauen zu schaffen, Ausgrenzungen zu vermeiden und ein positives Zusammengehen zwischen Orthopädie und Unfallchirurgie zu ermöglichen.

Gesellschaftspolitik

Über diese rein beruflichen Interessen hinaus hat Prof. Mutschler seine gesellschaftspolitische Verantwortung sehr ernst genommen und versucht, anhand unterschiedlicher Stiftungen die Lebensbedingungen und die Versorgung unfallchirurgischer Patienten in den unterschiedlichen Ländern der 3. Welt zu fördern. Hier soll erwähnt werden, das Jimma Projekt in Äthiopien mit Menschen für Menschen, die von ihm maßgeblich ins Leben gerufene Aktivität zum Bau einer Schule in Myanmar, wofür er seine rotarischen Freunde des Rotary Clubs Mitte gewinnen konnte, neben Aktivitäten in der Enneker Stiftung in der AO Foundation und in der IGOF.

Ich möchte schließen mit einem ganz persönlichen Dank für die vielen Dinge, die ich bei ihm über die vielen Jahre lernen durfte und hier spielt neben den rein medizinischen Aspekten ganz besonders seine empathische Herangehensweise mit den Patienten eine große Rolle.

„Gut zu sein und doch zu Leben“, dieses Zitat aus dem guten Menschen von Szuan von Bertolt Brecht entspricht dabei seiner Einstellung, und ich wünsche ihm daher für seine Zeit nach der Emeritierung alles Gute, viel Erfolg bei seinen zahlreichen weiteren Projekten und immer das richtige Quentchen Fortune.



Univ.-Prof. Dr.
Peter Biberthaler
Klinikdirektor



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



Foto: Jürgen Flächle, Fotolia.com

Berufsunterbrechungs-Versicherung für Orthopäden



Olga Zöllner, Funk Gruppe

Für den niedergelassenen Orthopäden, der eine eigene Praxis betreibt, kann eine länger andauernde Unterbrechung der Praxis durch Krankheit, Unfall oder durch einen versicherten Sachschaden wie z.B. wegen eines Brandes oder Schadens, verursacht durch Leitungswasser, das finanzielle „Aus“ bedeuten. Ohne dass in dem Unterbrechungszeitraum Einkünfte erzielt werden, laufen die Praxiskosten weiter und ggf. muss ein Praxisvertreter bezahlt werden. Mit diesem Problem konfrontiert werden können auch Chefärzte mit liquidationsberechtigter Tätigkeit.

Ärzte-BU

Zur Absicherung dieser Risiken und insbesondere zur Vermeidung der finanziellen Schieflage des Praxisbetreibers unterhält der BVOU seit Jahren für seine Mitglieder einen Rahmenvertrag zur Berufsunterbrechungs-Versicherung (Ärzte-BU). Diese Versicherungslösung hat sich für zahlreiche Ärzte bereits als segensreiche Einrichtung erwiesen. So sind in mehreren Einzelfällen bereits Entschädigungsleistungen in sechsstelliger Höhe geflossen.

Mit dem über den Berufsverband bestehenden Versicherungskonzept können die Mitglieder bei einem Ausfall in Verbindung mit den fortlaufenden Kosten ihres Praxisbetriebes (Gehälter, Praxismiete, Leasingraten etc.) auch den ent-

gangenen Gewinn absichern, damit ihre Praxis auch weiterhin liquide bleibt.

Ausfälle versichern

Versichert werden können die Ausfälle, die einem niedergelassenen oder liquidationsberechtigten Orthopäden erwachsen, wenn er wegen Unfall oder Krankheit arbeitsunfähig ist. Auch falls die eigene Praxis z.B. durch ein Feuer, Leitungswasserschaden oder Vandalismus bei einem Einbruch verwüstet wird und nicht genutzt werden kann, wäre es ein Fall für diese Praxisausfalldeckung. Für jeden leistungspflichtigen Unterbrechungstag (Werktag) kann im Rahmen dieser Ausfalldeckung ein Tagegeld versichert werden, wobei verschiedene Karenztage für ambulante Behandlung und stationäre Aufenthalte vereinbart werden können.

Im Falle der versicherten Unterbrechung (bei Krankheit oder Unfall gegen Vorlage der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung eines anderen Arztes) leistet der Versicherer das Tagegeld in vereinbarter Höhe für die Dauer der Berufsunterbrechung, max. jedoch 12 Monate.

Fordern Sie auf Wunsch kostenlos und unverbindlich Ihr persönliches Angebot an und nutzen Sie die Möglichkeit einer individuellen Beratung durch Ihren Betreuer beim Funk Ärzte Service. Zur Er-

mittlung der Versicherungssumme sowie des Tagegeldes – anhand der BWA-Unterlagen (Unterlagen aus der betriebswirtschaftlichen Auswertung) – stehen Ihnen die Spezialisten des Funk Ärzte Service gerne beratend zur Seite.

Abschließend noch ein Hinweis:

Zur steuerlichen Behandlung von Versicherungsprämien sowie eventuellen Versicherungsleistungen wird dringend eine Abstimmung mit dem Steuerberater empfohlen.

Ihre Anfragen richten Sie an unseren langjährigen Kooperationspartner, die

Funk Hospital-Versicherungsmakler GmbH
Funk Ärzte Service
Valentinskamp 20
20354 Hamburg
fon +49 40 35914-0
fax +49 40 35914-423
Mail: o.zoellner@funk-gruppe.de



Olga Zöllner,
Funk Gruppe

Erbringung und Abrechnung wahlärztlicher Leistungen durch nicht fest angestellte Honorarärzte

Dr. jur. Jörg Heberer

Bislang war in der Rechtsprechung umstritten, ob die Erbringung und Abrechnung wahlärztlicher Leistungen durch am Krankenhaus nicht fest angestellte, sondern freiberuflich aufgrund einer Kooperationsvereinbarung tätige, Honorarärzte rechtlich zulässig ist. Die mehrheitliche Rechtsprechung der Instanzgerichte lehnte dies ab, indem hierin ein Verstoß gegen § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntG, der als Verbotsgesetz qualifiziert wurde, festgestellt wurde. Lediglich die Landgerichte Würzburg, Nürnberg-Fürth und Kempten erließen für niedergelassene Ärzte und Krankenhäuser positive Urteile, wonach die Erbringung und Abrechnung wahlärztlicher Leistungen durch Honorarärzte als zulässig angesehen wurde, da § 17 Abs. 3 Satz 1 KHEntG kein Verbotsgesetz darstelle, sondern dieser Regelung lediglich Erstreckungsfunktion zukomme.

Urteil des BGH vom 16.10.2014 – III ZR 85/14

Diesen Meinungsstreit hat nunmehr der BGH mit seinem Urteil vom 16.10.2014 entschieden, indem er sich der Auffassung der mehrheitlichen Rechtsprechung anschloss. Die schriftlichen Urteilsgründe, aus denen man detailliertere Ausführungen erwarten darf, stehen derzeit noch zur Veröffentlichung aus, sodass diese für eine abschließende Beurteilung der nunmehr geltenden Rechtslage und etwaiger Ausnahmefälle abzuwarten bleiben. Aus der Pressemitteilung des BGH lässt sich jedoch folgendes deutlich entnehmen:

Der BGH kommt zu dem Schluss, dass vom Krankenhausträger nicht fest angestellte Honorarärzte, die im Krankenhaus Operationen durchführen, ihre operative Tätigkeit gegenüber (Privat-) Patienten nicht als Wahlleistungen i.S.d. § 17 Abs. 1 S. 1 KHEntG erbringen und gesondert abrechnen können. Ein Vergü-

tungsanspruch ergibt sich weder aus der Wahlleistungsvereinbarung zwischen Krankenhaus und Patient, noch aus einer zwischen dem Honorararzt mit dem Patienten individuell getroffenen Vereinbarung über die Behandlung gegen Privatrechnung.

Wahlleistungsvereinbarung

Aus der Wahlleistungsvereinbarung ergebe sich deshalb schon kein Vergütungsanspruch, da der niedergelassene Facharzt für Neurochirurgie weder als Wahlarzt noch als „gewünschter“ Stellvertreter des Wahlarztes in der Wahlleistungsvereinbarung aufgeführt gewesen sei. Denn gemäß dem Gesetzeswortlaut des § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntG erstrecke sich eine Vereinbarung über wahlärztliche Leistungen auf alle an der Behandlung des Patienten beteiligten angestellten oder beamteten Ärzte des Krankenhauses, soweit diese zur gesonderten Berechnung ihrer Leistungen im Rahmen der vollstationären und teilstationären sowie einer vor- und nachstationären Behandlung (§ 115a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch) berechtigt sind, einschließlich der von diesen Ärzten veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Der BGH urteilte hier sodann streng am Wortlaut orientiert, wonach Honorarärzte eben weder Beamte noch Angestellte des Krankenhauses seien, noch seien sie externe Wahlärzte, da keine Tätigkeit „auf Veranlassung“ eines angestellten oder beamteten Krankenhausarztes mit eigener Liquidationsberechtigung erfolge.

Zudem äußerte sich der 3. Senat des BGH dahingehend, dass § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntG den Kreis der liquidationsberechtigten Wahlärzte abschließend festlege. Diese Vorschrift stelle eine zwingende preisrechtliche Norm zum Schutz der Patienten dar. Hiervon könne auch

nicht durch individuelle Vergütungsabreden (in diesem Fall zwischen Honorararzt und Patient) abgewichen werden, da diese einen Verstoß gegen ein gesetzliches Verbot gemäß § 134 BGB darstellen würden. Dem Honorararzt wurde deshalb auch der Vergütungsanspruch aus dieser zwischen ihm und der Patientin getroffenen individuellen, schriftlichen Vereinbarung versagt. Folglich lässt sich hieraus aus Sicht des Verfassers eindeutig entnehmen, dass der BGH § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntG als Verbotsgesetz qualifiziert.

Stellungnahme

Vorbehaltlich der ausführlichen schriftlichen Urteilsbegründung ist es nach derzeitiger Auffassung des Verfassers entsprechend diesem Urteil zum einen nicht möglich, durch ausdrückliche Benennung des nicht fest angestellten Honorararztes als Wahlarzt in der Wahlleistungsvereinbarung die Erbringung und Abrechnung wahlärztlicher Leistungen durch diesen zu ermöglichen. Denn der 3. Senat hat hierzu festgestellt, dass der Kreis der liquidationsberechtigten Wahlärzte in § 17 Abs. 3 S. 1 KHEntG abschließend festgelegt sei. Dies sind jedoch eben nur angestellte oder beamtete Krankenhausärzte mit Liquidationsrecht oder externe Wahlärzte, die auf Veranlassung des liquidationsberechtigten Krankenhausarztes und somit ausdrücklich nicht auf Veranlassung des Krankenhausträgers aufgrund bestehender Kooperationsvereinbarung tätig werden.

Zum anderen sind sämtliche Vereinbarungen zur Umgehung dieser Regelung gemäß § 134 BGB unzulässig und nichtig. Dies gilt einmal entsprechend der BGH-Rechtsprechung für individuelle Vereinbarungen zwischen Patient und Honorararzt. Ferner betrifft dies nach Auffassung des Verfassers aber auch solche Konstellationen, in denen von vorn-

herein und planmäßig die Durchführung der Wahlleistung durch den Honorararzt beabsichtigt ist und lediglich zur Umgehung der gesetzlichen bzw. durch die Rechtsprechung geschaffenen Voraussetzungen der liquidationsberechtigten Arzt dazwischen geschaltet wird, um die „Veranlassung“ zu erteilen. Die nach dem Gesetz und dem BGH zulässige Veranlassungsleistung durch einen angestellten oder beamteten liquidationsberechtigten Krankenhausarzt meint nach Einschätzung des Verfassers nämlich nur solche Fälle, in denen im Einzelfall eine medizinische Notwendigkeit zur Heranziehung und Durchführung der Wahlleistung durch den Honorararzt besteht.

Somit ist im Ergebnis juristisch von jeglichen Umgehungsgeschäften im Hinblick auf die BGH-Rechtsprechung zwingend

abzuraten. Dies vor allem deshalb, da hier unter Umständen erhebliche Rückforderungsansprüche durch Patienten oder Krankenversicherungen, die sich den Rückforderungsanspruch des Patienten abtreten lassen können, gemäß § 812 Abs. 1 S. 1 Alt. 1 BGB drohen. Für derartige Rückforderungsansprüche gilt die 3-jährige Verjährungsfrist, die mit Entstehung des Anspruchs und Kenntnis der anspruchsbegründenden Umstände (= Voraussetzungen der anspruchsbegründenden Norm) sowie der Person des Schuldners am Ende eines Jahres zu laufen beginnt.

Derzeit bestehende Honorararzt-/Kooperationsarztverträge sowie die tatsächlich durchgeführte Praxis hinsichtlich Erbringung und Abrechnung von Wahlleistungen sollten zudem zwingend

auf deren rechtliche Zulässigkeit überprüft werden.

Die rechtssicherste Möglichkeit zur Erbringung und Abrechnung wahlärztlicher Leistungen durch einen Honorararzt ist nach Ansicht des Verfassers damit wie bisher, nun auch zukünftig, ein Anstellungsvertrag.



Dr. jur. Jörg Heberer
Justitiar BVOU e. V.,
Berlin
Rechtsanwalt und Fach-
anwalt für Medizinrecht,
München

Neue Mitglieder

Dr. med. Christof **Becker** · Heidelberg
Mark **Behme** · Essen
Vitali **Bidiak** · Bad Oeynhausen
Dr. med. Peter **Breitenbach** · Heilbronn
Dr. med. Mario **Bucher** · Stuttgart
Martin **Deeg** · Stuttgart
Barbara **Deike** · Düsseldorf
Dr. med. Karl **Erbes** · Landshut
Bartholomäus **Gabrys** · Berlin
Dr. med. Thomas **Genss** · Gräfelfing
Dr. med. Dietmar **Golter** · Lauffen a. N.
Philipp Alexander **Groeben** · Ratingen
Maximilian **Groeben** · Ratingen
Dr. med. David **Hausmann** · Köln

Stephan **Kirschner** · Karlsruhe
Vasileios **Kommatas** · Iserlohn
Dr. med. Martin **Kraemer** · Friedrichshafen
Dr. med. Renita **Krause** · Karlsruhe
Saskia **Krüger** · Greifswald
Dr. med. Christian **Kuhn** · Berlin
Dr. med. Benita **Kuni** · Karlsruhe
Dr. med. Horst **Leitsmann** · Zwickau
Dr. med. Robert **Lindner** · Rüdesheim
Dr. med. Franz-Peter **Maichl** · Ludwigshafen
Dr. med. Philipp **Minzlaff** · Frankfurt am Main
Carsten **Moser** · Bochum
Christoph **Müller** · WÖRGL
PD Dr. med. Thomas **Naumann** · Augsburg

Dr. med. Caroline **Pak** · Bad Nauheim
Dr. med. Jan **Plötzner** · Nürnberg
PD Dr. med. Christian **Probst** · Köln
Dr. med. Oliver **Rehm** · Berlin
Eduard **Rempesz** · Düren
Dr. med. Gilbert **Rosar** · Bad Zwischenahn
Dr. med. Timm **Schmidt-Mertens** · Münster
Dr. med. Edith **Schnack** · Bochum
Babak **Shojaie** · Bremen
Carsten **Teichert** · Berlin
Dr. med. Ralph **Wetzel** · Karlsruhe
Christian **Wiese** · Flensburg

Änderungen der Mandatsträger in den BVOU-Bezirken

Bayern

Bezirk Oberpfalz: Dr. med. Ulrich Graeff aus Regensburg wurde wieder als Bezirksvorsitzender gewählt. Seine Stellvertreter sind Dr. med. Michael Koob aus Burglengenfeld und Dr. med. Siegfried Späth aus Schwandorf.

Mecklenburg-Vorpommern

Landeswahlen: Dr. med. Ulf Schneider aus Anklam wurde zum Landesvorsitzenden wiedergewählt. Zum neuen Stellvertreter wurde Matthias Träger aus Neubrandenburg gewählt, er ist Nachfolger von Bernd Grigo aus Schwerin.

Bezirk Mecklenburg: Zum neuen Bezirksvorsitzenden wurde Dr. Ulrich Graumüller aus Rostock gewählt. Er ist Nachfolger von Dr. med. Eckhardt Krieger aus Rostock.

Bezirk Vorpommern: Zum neuen Bezirksvorsitzenden wurde Dr. Dietmar Höchel aus Greifswald gewählt. Er ist Nachfolger von Dr. med. Detlef Jungnickel aus Stralsund.

Niedersachsen

Bezirk Hannover: Dr. med. Jürgen-Andreas Schultz aus Hannover wurde zum neuen Bezirksvorsitzenden gewählt. Neuer Stellvertreter wurde Dr. med. Frank Oreschko aus Hannover.



Foto: Agentur Baganz

Prof. Dr. Karsten Dreinhöfer und Christian Bahrmann mit den Kindern der Papageno Grundschule.

„Zeigt her Eure Füße“ – Orthofit-Aktion an Grundschulen

Joachim Stier

Fehlstellungen im Fuß können zu Schmerzen am ganzen Körper führen. Das wissen Orthopäden und Unfallchirurgen, deshalb besuchten sie bundesweit vom 17. – 21.11.2014 Grundschulen, um die Jüngsten über die Fußgesundheit aufzuklären. In diesem Jahr beteiligten sich über 280 Orthopäden/Unfallchirurgen in über 500 Grundschulklassen quer durch die Republik an der Orthofit Aktion „Zeigt her Eure Füße“ des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie“ (BVOU) e.V. Die Aktion fand in diesem Jahr zum 5. Mal statt. Schirmherr der Aktion war dieses Mal Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe.

Erst die Knie, dann die Hüfte...

„Über 200 Knochen hat der Mensch – auf die muss er gut aufpassen“, eröffnete Prof.

Dr. Karsten E. Dreinhöfer, Vizepräsident des BVOU, an der Papageno Grundschule in Berlin-Mitte die Aktionswoche. Christian Bahrmann, von der Sendung Kikaninchen, moderierte den Auftakt bereits zum fünften Mal und zeigte sich entsprechend sachkundig: „Wenn ihr nicht Acht gebt, hat eine Fußfehlstellung zur Folge, dass erst die Knie, dann die Hüfte und der Rücken und schließlich der Nacken und der Kopf weh tun. Der Knochenmensch ist ein Wunderwerk. Deshalb schön aufpassen. Schon die kleinste Fehlhaltung kann zu Schmerzen führen.“ Die Folge sind Haltungsschäden und Verschleißerkrankungen, wenn die Fehlhaltung oder -stellung nicht rechtzeitig entdeckt wird. Daher, so die Orthopäden und Unfallchirurgen, ist Prävention so wichtig. Nicht nur bei den Füßen, aber dort besonders, weil die Bewegung hier beginnt.

70 Fußabdrücke

In Berlin, als jährlichem Auftaktort, ist das Spektakel mit Unterstützung von Christian von Kikaninchen natürlich besonders groß. Doch bundesweit stecken die sich beteiligenden Orthopäden/Unfallchirurgen viel Herzblut in ihren Aktionstag. In der Organisation werden sie von der Berliner Geschäftsstelle bestens unterstützt. Aber welche Schule, welcher lokale Schirmherr, das alles müssen die Fachärzte selbst bestimmen. Von jedem der teilnehmenden Schülerinnen

und Schüler – in Berlin an der Papageno Grundschule waren es 70 Kinder – wird ein Fußabdruck angefertigt, dem zentralen Bestandteil der Teilnehmerurkunde, und ein kleines Geschenk gibt es auch noch.

Glücklich über ihre Füße

In Berlin war Emma die erste Schülerin, von der Prof. Dreinhöfer einen Fußabdruck nahm: „Der Fuß sieht sehr gesund aus. Die Stellen, die belastet werden sollen, sind belastet und die Fußwölbung – das „Gewölbe“ – ist gut ausgeprägt. Wäre die Wölbung nicht, könnten wir kaum vernünftig laufen.“ Zwischen dem vierten und fünften Lebensjahr bildet sich das Gewölbe bei den Kindern aus. Deshalb, so Prof. Dreinhöfer, sei das auch ein guter Zeitpunkt, dass sich Orthopäden/Unfallchirurgen die Füße mal genauer ansehen, um rechtzeitig bei Bedarf eingreifen zu können. Emma war jedenfalls über den „guten Befund“ sehr glücklich.



(v. l. n. r.): Gleich geht's los: Prof. Dr. med. Karsten E. Dreinhöfer und Christian Bahrmann warten auf den ersten Fußabdruck.



Joachim Stier, freier Journalist, Berlin



Foto: Starface

DKOU 2014: BVOU Mitgliederversammlung

Dr. Johannes Flechtenmacher ist neuer BVOU Präsident



Dr. Johannes Flechtenmacher ist ohne Gegenstimme zum neuen Präsidenten des Berufsverbandes für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) gewählt worden. Er tritt die Nachfolge von Dr. Andreas Gassen an, der nach seiner Wahl zum KBV Vorstandsvorsitzenden im Frühjahr bereits angekündigte hatte, vom Präsidentenamt des Berufsverbandes zurückzutreten. Die Wahl wurde im Rahmen des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) in Berlin durchgeführt.

Johannes Flechtenmacher sieht den Verband als einen, der entschieden die Interessenvertretung der niedergelassenen und klinisch tätigen OU wahrnimmt – diesen verbindenden Akzent will er verstärken. Die Verbandsstrukturen möchte Johannes Flechtenmacher weiter modernisieren. So sollen Referatsstrukturen

eingerichtet werden, in die Sachverständigen auch von außerhalb des Vorstands aus der Mitgliedschaft eingebunden werden soll.

Zeichen von Kontinuität

Unterstützt wird Johannes Flechtenmacher vom geschäftsführenden Vorstand, der bis auf eine Änderung der alte ist. Es stellte sich im Vorfeld die Frage, ob man nur den Präsidenten neu wähle oder ob man dem Souverän die Möglichkeit gebe, den neuen Präsidenten mit einem neuen Team auszustatten – kurz: ihm einen neuen oder einen bestätigten alten Vorstand an die Seite zu stellen. Die Entscheidung lag nun bei jedem Vorstandsmitglied. Und sie wurden aktiv: Die Mitglieder des Altvorstands setzten im Vorfeld der Wahl ein Zeichen: Als Gesetze der Vertrauensbildung dem künftigen

Präsidenten und der Basis gegenüber traten die Vorstände bis auf Herrn Helmut Mälzer und Prof. Dr. Fritz Niethard, der von Amts wegen als DGOU-Generalsekretär geborenes Mitglied ist, zurück. Sie wurden ohne Gegenkandidaten erneut in ihren Ämtern durch Zuwahl bestätigt. Eine Zuwahl ist dann das Procedere, wenn nicht alle Vorstandsmitglieder zurückgetreten sind. Die zum DKOU 2013 begonnene Wahlperiode wird bis zu ihrem Ablauf in drei Jahren fortgeführt. Das ist ein Zeichen für Kontinuität.

Andreas Gassen ist als Mitglied weiterhin im Vorstand vertreten. Dr. Angela Mowes stellte sich nicht mehr zur Wahl; sie wird im Auftrag des Vorstands die wichtigen Projekte im Bereich der Gewinnung von Medizinstudierenden/Marketing für das Fach intensiv vorantreiben, die sie bisher bereits betreute.

Johannes Flechtenmacher ist niedergelassener Orthopäde und Unfallchirurg in einer Gemeinschaftspraxis mit dem Schwerpunkt der Konservativen Orthopädie in Karlsruhe.

Die OU werden sich weiter Gehör verschaffen, zeigte sich zum Abschied Andreas Gassen überzeugt. Nicht zuletzt als fünft größte Facharztgruppe infolge des Zusammenschlusses. Das Zusammenwachsen mache den Verband stark und setze ein Zeichen an die nachfolgenden Mediziner, die alle als OUs die Weiterbildung verlassen.

Abschied

Der Grund für den Rücktritt von Andreas Gassen war allen bekannt: Wenn einem

der Vorstandsvorsitz der KBV angetragen wird, kann man sich dem kaum entziehen: „Aus Sicht der OU lag im Frühjahr 2014 der Ball auf dem Elfmeterpunkt – sich nicht trauen zu schießen, das geht gar nicht“, so der ehemalige Präsident. Das Präsidentenamt fordere einen gerade in Zeiten, in denen der Übergang abgeschlossen und gefestigt werden muss, mit ganzem Einsatz. Zur Person seines Nachfolgers formulierte Andreas Gassen: „Johannes Flechtenmacher, der nicht nur ein hervorragender Kongresspräsident war, wird den Verband voranbringen – strategisch liegen wir auf einer Linie.“ Zum Schluss ein Appell von Andreas Gassen an die Mitglieder des BVOU: „Ich brauche einen starken BVOU, der die Position des Facharztvorstands der KBV stärkt.“

Der Vorstand:

Präsident Dr. med.
Johannes Flechtenmacher
Vizepräsident Helmut Mälzer
Vizepräsident Prof. Dr. med.
Karsten E. Dreinhöfer
Vizepräsident Prof. Dr. med.
Karl-Dieter Heller
Schatzmeister Dr. med. Helmut Weinhart
Mitglied Dipl. Med. Frank-Ulrich Schulz
Mitglied Prof. Dr. med. Alexander Beck
Mitglied Dr. med. Andreas Gassen
Mitglied DGOU Generalsekretär
Prof. Dr. med. Fritz U. Niethard

*Joachim Stier, freier Journalist,
Berlin*

VERSORGUNGSSTÄRKUNGSGESETZ

„Das Gesetz wird seinem Namen und Anspruch nicht gerecht“

Gleich nach seiner Wahl zum BVOU-Präsidenten gab es gleich das erste politische Statement von Johannes Flechtenmacher. Im Namen der Orthopäden und Unfallchirurgen übte er scharfe Kritik an dem Entwurf zum Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz – GKV-VSG): „Der Entwurf stärkt nicht die Versorgung, sondern schwächt sie“, kritisierte Dr. Johannes Flechtenmacher. „Die größten Verlierer sind die niedergelassenen Fachärzte. Und die Patienten, denn die wohnortnahe fachärztliche Versorgung ist gefährdet. Eine Verschlechterung der Patientenversorgung wird seitens der Politik billigend in Kauf genommen.“ so Flechtenmacher weiter. Der BVOU fordert die politisch Verantwortlichen auf, sich für den Erhalt der freien Arztwahl und der wohnortnahen fachärztlichen Versorgung einzusetzen.

Praxisaufkauf und Terminservicestellen – ein schlechtes Tandem

Der BVOU warnt davor, die wohnortnahe ambulante Patientenversorgung im Bereich der Orthopädie und der Unfallchirurgie durch den Aufkauf von Arztsitzen zu gefährden. Die gute Versorgungssituation in Deutschland beruht nicht nur auf den hervorragenden medizinischen Leistungen, sondern auch auf der räumlichen Nähe zwischen Facharzt und Patient. Diese Nähe zeichnet das Gesundheitssystem in der Bundesrepublik aus. Die Politik, so der BVOU, breche hier willkürlich ein Stück Versorgungssicherheit aus dem deutschen Gesundheitssystem heraus. Welche Auswirkungen das hätte, zeigt ein Rechenbei-

spiel für das Land Baden-Württemberg. Würde das Gesetz in seiner jetzigen Form in Kraft treten, müssten sich eine Million gesetzliche Versicherte einen neuen Arzt suchen. Rund 2.800 Arztsitze wären gefährdet (Quelle: Ärzte Zeitung, 03.11.2014).

Außerdem wäre mit einer künstlich erzeugten Terminnot zu rechnen. Weniger Praxen bedeuten nämlich auch weniger Termine beim Facharzt. Die von der Politik geforderten Terminservicestellen würden daher nur den Mangel verwalten und die Patienten auf lange Versorgungswege schicken. Und: Der Termin bei „irgendeinem Arzt“ verdrängt den bewährten „Termin bei meinem Arzt“ – die Arzt-Patientenbindung würde gelöst: „Damit wäre auch das bewährte Prinzip der freien Arztwahl Geschichte“, kritisiert Johannes Flechtenmacher.

Sektionierung im KV-System

Auf Ablehnung des BVOU stößt auch die Sektionierung in ein haus- und ein fachärztliches Abstimmungslager: „Eigentlich sollte die Sektionierung zwischen Fach- und Hausärzten überwunden werden“, sagt der BVOU-Präsident. „Hier wird sie eingeführt. Damit macht die Politik ein gutes Versorgungsmanagement zwischen Haus- und Fachärzten sowie den Kliniken unmöglich“, so Flechtenmacher weiter.

Praxisnetze

Auch den guten Ansatz Praxisnetze zu fördern, kassiert das Gesetz gleich wieder ein. Die überfällige Förderung soll aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung kommen. „Bei einer solchen Situation werden die Verteilungskämpfe zwischen den Ärzten, die an den Netzen teilnehmen und solchen, die

nicht daran teilnehmen, nicht lange auf sich warten lassen. Eine gute Versorgungsebene wird so unnötig geschwächt“, gibt Flechtenmacher zu bedenken.

Medizinische Versorgungszentren

Auf Ablehnung des BVOU stößt auch die zu erwartende Wettbewerbsverzerrung durch die Gründung von Medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen, die trotz der angespannten Haushaltslage die finanziellen Mittel dazu haben. Das ist ein klarer Wettbewerbsnachteil für die freiberuflich tätigen (Fach)Ärzte.

Klarheiten beseitigt: Paragraphen 73a und 73c kassiert

Der Gesetzentwurf sieht vor, die Paragraphen 73a (Strukturverträge) und 73c (Besondere ambulante ärztliche Versorgung) aufzuheben und unter § 140a zusammenzufassen. Dieser Paragraph heißt bislang „Integrierte Versorgung“ und soll künftig „Besondere Versorgung“ heißen. Diese Umstellung wertet fachärztliche Selektivverträge im Sinne des bisherigen § 73c SGB V schon alleine durch den Wegfall einer eigenständigen Normierung im SGB V deutlich ab. Wenn der Hintergrund dieser Änderung die Systematisierung der Direktverträge mit den Krankenkassen sein soll, müsste erklärt werden, warum nur der bisherige § 73c betroffen ist, nicht aber § 73b. Paragraph 73c bezieht sich auf Fachärzte, 73b auf Hausärzte.

„Es ist nicht nachvollziehbar, warum ein wichtiges Instrument, mit dem Kassen und Ärzte gemeinsam Versorgungsalternativen im fachärztlichen Bereich gestalten und die Patientenversorgung verbessern, nicht mehr definiert sein soll“, so Johannes Flechtenmacher.

1. Stuttgarter Osteoporosetag

Reinhard Deinfelder, Rainer Kruse

Rund 400 Besucher nutzten den Nachmittag am 18. Oktober, um sich im Rahmen des 1. Stuttgarter Osteoporosetages im Marienhospital umfassend über das Krankheitsbild der Osteoporose zu informieren. Gemeinsam mit zahlreichen Partnern aus der Region haben es die Veranstalter ermöglicht, das Bild der verkannten Knochenkrankheit mehr in die Öffentlichkeit zu rücken. Dabei ist es das erklärte Ziel aller, sich gemeinsam für eine bessere Versorgung einzusetzen.

Patienten, Angehörige und Interessierte waren begeistert von der Vortragsreihe durch Osteoporose-Experten aus Stuttgart und Umgebung. Neben einem Überblick über die Entstehung und Behandlung der Osteoporose wurden auch die Themen Gelenkersatz, Sturzvorbeugung und Ernährung sowie der Zusammenhang von Rheuma und Osteoporose erläutert. Darüber hinaus konnten die

Anwesenden einen der Ärzte zu ihrem persönlichen Osteoporose-Fall befragen. „Wir freuen uns sehr, dass der Tag so gut angenommen wurde. Denn nur mit den Patienten gemeinsam und einer engen Zusammenarbeit mit Kollegen in Praxis und Klinik können wir an einer besseren Versorgung arbeiten“, so der Hauptinitiator Prof. Dr. Ulrich Liener, Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Marienhospitals und Leiter des Zentrums für Alterstraumatologie.

Bewegung und Ernährung

Auch Bewegung und Hilfestellung im Alltag waren ein großes Thema an diesem Gesundheitstag. Unter fachlicher Anleitung von Vertretern der regionalen Sportverbände konnten die Anwesenden für sie geeignete Übungen ausprobieren und sich über Osteoporose spezifische Bewegungsprogramme und Kurse infor-

mieren. Zuspruch und wichtige Tipps zur Bewältigung des Alltags gab es bei Vertretern der regionalen Selbsthilfegruppen. Die 78-jährige Osteoporose-Patientin Babette Stark freute sich: „Ich konnte heute sehr viel über meine Krankheit lernen. Jetzt weiß ich ganz genau, was ich auch selber tun kann und wo ich bei Fragen Hilfe bekomme.“

Netzwerk

Stuttgart nimmt mit diesem Osteoporosetag eine wichtige Vorreiterstellung ein, was die Aufklärung und den Einsatz für eine bessere Versorgung betrifft. Denn in Deutschland erhalten immer noch lediglich 30 Prozent der Betroffenen eine adäquate Therapie. Dabei betrifft diese Erkrankung 21 Prozent aller Frauen und 6 Prozent aller Männer über 50 Jahre. „Wir sind sehr froh darüber, dass wir in unserer Region dieses Projekt auf die Beine gestellt haben“, betont Professor Dr. Clemens Becker, Chefarzt der Abteilung für Geriatrie am Robert Bosch Krankenhaus. „Mit diesem Netzwerk aus Hausärzten, Orthopäden und Physiotherapeuten und anderen relevanten Partnern, setzen wir uns für eine lückenlose Versorgung ein.“

Um Ärzte in der Region für das Thema zu sensibilisieren, fand am Vormittag eine Fortbildungsveranstaltung statt. Neben den beiden ortsansässigen Kliniken gehören der fachübergreifende Ärzteverband MEDI, der Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) sowie REKO – die Regionalen Experten-Kreise für Osteoporose – zu den Veranstaltern dieses Tages.



Die Veranstalter v. l. n. r. Prof. Dr. med. Clemens Becker (Robert-Bosch-Krankenhaus Stuttgart), Dr. med. Werner Kneer, (Vorsitzender Regionaler Expertenkreis Osteoporose e. V. Südwest); Prof. Dr. med. Ulrich C. Liener (Ärztlicher Direktor der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Marienhospital Stuttgart), Reinhard Deinfelder (Landesvorsitzender des Berufsverbands für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) e. V. Württemberg), Dr. med. Markus Klett (Mitglied des geschäftsführenden Vorstands MEDI Baden-Württemberg)



Besucher konnten sich zum Thema Bewegung bei Osteoporose beraten lassen



Spannende Vorträge rund um das Thema Osteoporose



Beratung zur spezifischen Ernährung

Fachexkursionen für BVOU-Mitglieder in 2015

Aufgrund vielfachen Wunsches nach weiteren interessanten Reiseangeboten möchten wir Ihnen im Rahmen unserer Serviceleistungen für Mitglieder auch für 2015 wieder zwei attraktive Reiseziele mit **berufsbezogenem Fachprogramm** anbieten. Wir laden Sie ein nach **Sri Lanka vom 28.03. – 06.04.2015 in den Osterferien und im Herbst nach dem DKOU geht es vom 29.10. – 06.11.2015 nach Japan.**

Sri Lanka

Auszüge aus dem Fachprogramm:

- Besuch des Suwahasa Ayurvedic Center oder *Ayurvedic General Hospital*. mögliche Themen: Geschichte und Philosophie der Ayurveda und ihre Bedeutung für die Srilanka Kultur; zur ayurvedischen Heilkunde gehörende, spezielle Ernährungslehre
- Besuch des National Hospitals in Colombo, Vortrag über Anwendungen der Traditionellen ayurvedischen Medizin in der Orthopädie; Einsatz der traditionellen Kräuter in Rehabilitation; Aktuelle Situation und Entwicklung der Orthopädie in Sri Lanka, Unfallchirurgie in Sri Lanka, Medizin in der Orthopädie“



Japan

Auszüge aus dem Fachprogramm:

- Besuch einer Kampo-Praxis, wie z.B. **Center for Kampo Medicine** an der Keio Universität in Tokio. Kampo, eine in Japan praktizierte traditionelle ost-asiatische Arzneipflanzentherapie, ist eine moderne eigenständige Heilkunde, die durch eine Weiterentwicklung und Verfeinerung der traditionellen chinesischen Kräuterheilkunde in Japan entstanden ist. Sie erfahren Wissenswertes über den momentanen Stand der Forschung und der klinischen Praxis der Kampo-Medizin in Japan, Vorführung einer japanischen Akupunktur und die dabei erkennbaren Unterschiede zu der Vorgehensweise traditioneller chinesischer Akupunktur
- Besuch im **Panasonic Matsushita Memorial Hospital**. Seit 2010 findet der Roboter „Hospi“ seinen Einsatz in diesem Krankenhaus, welcher von der Panasonic Production Engineering Co. entwickelt wurde



Weitere Einzelheiten zu den Reisekosten finden Sie aus den Anmeldeformularen und im BVOUNET:

Da die Teilnehmerzahl begrenzt ist, sollten Sie Ihre **Reiseanmeldung baldmöglichst**

an die Anschrift der Geschäftsstelle senden. Die Anmeldungen werden in der Reihenfolge des Eingangs berücksichtigt. Wir freuen uns auf Ihre Teilnahme und wünschen Ihnen eine interessante und angenehme Reise.

Ihr Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU), Straße des 17. Juni 106-108, 10623 Berlin, Fax. 030 797 444 45, bvou@bvou.net



Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.

Reiseanmeldung - Rückfax 030 / 797 444 - 45

(bzw. per Post an Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V.
Straße des 17. Juni 106 – 108, 10623 Berlin)

Hinweise zur Reiseanmeldung:

Bitte füllen Sie die Reiseanmeldung vollständig und deutlich lesbar aus und kreuzen evtl. Zusatzleistungen an. Geben Sie unbedingt auch Ihre Telefon-/Fax-Nr. für evtl. Rückfragen an. **Der unter 1. genannte Teilnehmer unterschreibt die Reiseanmeldung und erhält die Reisebestätigung/Rechnung sowie sämtliche Reiseunterlagen zugleich für alle mit**

aufgeführten Teilnehmer. Mit Übersendung der Reisebestätigung/Rechnung sowie der Reisebedingungen und des Sicherungsscheins gilt die Anmeldung als angenommen. Ohne Widerspruch innerhalb von 10 Tagen nach Zugang (bzw. unverzüglich bei Buchung innerhalb von 6 Wochen vor Reisebeginn) kommt der Reisevertrag zu diesen Bedingungen zustande.

Leistungen lt. Prospekt. Alle Preise gelten pro Person.

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

Reiseziel	Reisetermin	Abflugort	Abflugort
SRI LANKA	28.03. – 06.04.2015	Frankfurt/Main Oman Airways	1.795,- €
Preis inkl. Flughafensteuern, Flugsicherheitsgebühren, aktuellen Kerosinzuschlägen sowie der gesetzlichen Luftverkehrssteuer			
Zusatzleistungen			Mehrpreis
☐ Rail & Fly Bahnfahrt, 2. Klasse ab / an allen DB-Bahnhöfen zum Flughafen Frankfurt / M.			50,- €
☐ Einzelzimmerzuschlag für Teilnehmer-Nr. _____			370,- €
☐ ½ Doppelzimmer (falls wir bis 1 Monat vor Abreise keinen Zimmerpartner für Sie gefunden haben, besteht die Möglichkeit, den Einzelzimmerzuschlag zu bezahlen, die Reise umzubuchen oder kostenlos zu stornieren)			-----
☐ Ausflugspaket: 2 Stadtbesichtigungen und 1 ganztägiger Ausflug inkl. Mittagessen			120,- €
☐ Badeverlängerung 05.04. – 10.04.2015			330,- €
☐ Einzelzimmerzuschlag für Teilnehmer-Nr. _____ (Badeverlängerung)			275,- €
☐ RDB/HanseMerkur – Reiseversicherungspaket inkl. Reisegepäckversicherung Reisenotfall- und Auslandsrankenversicherung ohne Selbstbehalt		(Vers.-Summe 1.500,- €),	19,- €

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

FAMILIENNAME, Vorname (lt. Reisepass)	Alter	Beruf	Genaue Rechnungsanschrift, Telefon / Fax-Nr.
1.			
2.			
3.			
4.			

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____



Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.

Reiseanmeldung - Rückfax 030 / 797 444 - 45

(bzw. per Post an Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V.
Straße des 17. Juni 106 – 108, 10623 Berlin)

Hinweise zur Reiseanmeldung:

Bitte füllen Sie die Reiseanmeldung vollständig und deutlich lesbar aus und kreuzen evtl. Zusatzleistungen an. Geben Sie unbedingt auch Ihre Telefon-/Fax-Nr. für evtl. Rückfragen an. **Der unter 1. genannte Teilnehmer unterschreibt die Reiseanmeldung und erhält die Reisebestätigung/Rechnung sowie sämtliche Reiseunterlagen zugleich für alle mit**

aufgeführten Teilnehmer. Mit Übersendung der Reisebestätigung/Rechnung sowie der Reisebedingungen und des Sicherungsscheins gilt die Anmeldung als angenommen. Ohne Widerspruch innerhalb von 10 Tagen nach Zugang (bzw. unverzüglich bei Buchung innerhalb von 6 Wochen vor Reisebeginn) kommt der Reisevertrag zu diesen Bedingungen zustande.

Leistungen lt. Prospekt. Alle Preise gelten pro Person.

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

Reiseziel	Reisetermin	Abflugort	Reisepreis
Japan mit Anschlussprogramm Shanghai	29.10. – 06.11.2015	Frankfurt / M.	2.295,- €
Preis inkl. Flughafensteuern, Flugsicherheitsgebühren, aktuelle Kerosinzuschläge sowie die gesetzliche Luftverkehrssteuer insg. 380,- €			
Zusatzleistungen			Mehrpreis
☐ Rail & Fly Bahnfahrt, 2. Klasse ab / an allen DB-Bahnhöfen zum Flughafen Frankfurt / M.			60,- €
☐ Ausflugspaket (Stadtrundfahrt in Tokio, Kyoto, Ausflug nach Nikko)			170,- €
☐ Einzelzimmerzuschlag für Teilnehmer-Nr. _____			320,- €
☐ ½ Doppelzimmer (falls wir bis 1 Monat vor Abreise keinen Zimmerpartner für Sie gefunden haben, besteht die Möglichkeit, den Einzelzimmerzuschlag zu bezahlen, die Reise umzubuchen oder kostenlos zu stornieren)			-----
☐ Anschlussprogramm Shanghai 05.11. - 08.11.2015			250,- €
☐ Einzelzimmerzuschlag für Teilnehmer-Nr. _____ (Shanghai)			85,- €
☐ RDB / HanseMerkur – Reiseversicherungspaket Inkl. Reisegepäckversicherung (Vers.-Summe 1.500,- €), Reisenotfall- und Auslandsrankenversicherung ohne Selbstbehalt			19,- €

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

FAMILIENNAME, Vorname (lt. Reisepass)	Alter	Beruf	Genaue Rechnungsanschrift, Telefon / Fax-Nr.
1.			
2.			
3.			
4.			

Ort _____ Datum _____ Unterschrift _____

DGOU begrüßt ihr 10.000stes Mitglied

Susanne Herda



Foto: starface

Dr. Stephanie Schibur wurde als 10.000stes Mitglied der DGOU begrüßt.

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU) nimmt mit der Assistenzärztin Dr. Stephanie Schibur das 10.000ste Mitglied auf. Sie wurde offiziell am 28. Oktober 2014 in der Mitgliederversammlung auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie (DKOU) vom Präsidenten der DGOU, Professor Henning Windhagen, begrüßt. Die DGOU wurde 2008 gegründet. Sie umfasst neben den direkten DGOU-Mitgliedern auch die Mitglieder ihrer beiden Trägervereine – das sind die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) und die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU). Sie ist damit eine der größten medizinischen Fachgesellschaften in der Chirurgie.

Dr. Stephanie Schibur arbeitet seit 2008 als Ärztin und befindet sich im letzten Abschnitt ihrer Facharztausbildung zur Orthopädin und Unfallchirurgin. Ihre aktuelle Ausbildungsstation ist die Klinik für Orthopädie im Waldkrankenhaus „Rudolf Elle“ in Eisenberg in Thüringen. Mit ihrer

Dissertation in experimenteller Biophysik gelang ihr der Nachweis von Bestandteilen der Extrazellulären Matrix des Knorpels mittels Massenspektrometrie. Ihr wurde die Doktorwürde mit magna cum laude durch die Medizinische Fakultät der Universität Leipzig verliehen. 2014 wurde sie zudem mit dem Nachwuchsförderpreis des Verbandes leitender Orthopäden und Unfallchirurgen ausgezeichnet. Die 35-Jährige ist verheiratet und hat eine Tochter.

Frauen werden mehr

Die Ärztin ist eine von rund 1.500 Frauen in der DGOU. Während der Frauenanteil in der Fachgesellschaft insgesamt bei circa 15 Prozent liegt, ist er mit rund 25 Prozent in der Altersgruppe der 30- bis 39-Jährigen am größten. „Die Feminisierung in der Medizin wird auch in unserem Fach Orthopädie und Unfallchirurgie sichtbar. Stephanie Schibur ist eine von vielen Frauen, die Familie und Karriere meistern. Und ich wünsche mir, dass ihnen auf ihrem Weg die bestmögliche Unterstützung zuteil wird. Denn in den nächsten 30 Jahren gibt es viel zu tun für

Orthopäden und Unfallchirurgen“, sagt Windhagen.

Der Versorgungsbedarf bei orthopädischen und unfallchirurgischen Erkrankungen und Verletzungen wird künftig stark steigen. Dabei müssen Orthopäden und Unfallchirurgen in den nächsten Jahren insbesondere auch die Versorgungsaufgabe für die jetzt 50-jährige Babyboomer-Generation, die von sogenannten Volkskrankheiten wie Arthrose, Rückenschmerz und Osteoporose nicht verschont bleiben wird, übernehmen. Zudem wird es aufgrund des demografischen Wandels zu einer deutlichen Zunahme von Altersbrüchen kommen – der Oberschenkelhalsbruch ist dabei eine typische und häufige Verletzung älterer Menschen.

Auf dem DKOU

„Schon als Ärztin im Praktikum war für mich die DKOU-Kongresswoche die spannendste und arbeitsreichste Zeit des ganzen Jahres“, sagt Schibur. Nun befindet sich die Ärztin am Ende ihrer Facharztausbildung und sucht den gezielten Austausch mit Fachkollegen innerhalb der Fachgesellschaft. Insbesondere auf dem Gebiet der Alterstraumatologie möchte sich Schibur vernetzen. „Im Bereich der Alterstraumatologie konfrontiert uns eine stets wachsende Patientengruppe mit komplexen Fragestellungen. Um den speziellen Bedürfnissen dieser Patienten gerecht werden zu können, besteht Innovationsbedarf vom präoperativen Management über die Anpassung von Osteosyntheseverfahren bis hin zur Verknüpfung der innerklinischen mit der poststationären Weiterbehandlung“, so Schibur.



Susanne Herda
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der DGOU

Interview: Möglicherweise bin ich ein Leitwolf

Ulrich Biermann ist seit Juli Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie. Im OUMN-Interview spricht er über seinen Start bei der DGOU.



Ulrich Biermann ist Geschäftsführer der DGOU.

„Was mich bei der DGOU ganz besonders reizt, sind die neuen Inhalte, mit denen ich es zu tun habe: nämlich an der Gestaltung zukünftiger Versorgungsstrategien beziehungsweise an der Organisation des Gesundheitswesens mitzuwirken.“

OUMN: Herr Biermann, Sie kommen aus der Wirtschaft. Aus welchem Bereich?

Ulrich Biermann: Ich habe nach dem Abitur in Karlsruhe an der Technischen Hochschule Wirtschaftsingenieurswesen studiert. Nach dem Studium habe ich bei einem großen deutschen Automobilhersteller eine Ausbildung in Richtung Verkauf gemacht und war dann knapp fünf Jahre im Außendienst tätig. Nach erfolgreicher Teilnahme an einem Assessment-Center habe ich dann Aufgaben in der Verkaufsleitung übernommen und blieb dort weitere fünf Jahre an verschiedenen deutschen Standorten. Zufällig bin ich dann mit der Medizintechnikindustrie in Kontakt gekommen und habe mich schnell für diesen Bereich begeistern können. Daraufhin habe ich mich bewusst dafür entschieden, von einem Konzern zu einem mittelständischen Unternehmen zu wechseln. Ich ging zu einer Firma, die Instrumente und Implantate für degenerative und traumatologische Versorgung herstellt und vertreibt. Dort blieb ich konsequent auf der Vertriebschiene. Ich habe angefangen als Bereichsleiter für den Bereich Trauma und war nebenher auch verantwortlich für die Navigation, damals eine völlig neue Geschäftsidee. Auch mit der Entwicklung und dem Vertrieb von Knie-Endoprothesen hatte ich zu tun, die Firma hat den Geschäftsbe- reich Endoprothetik aber dann verkauft.

Alles in allem habe ich 21 Jahre lang für das Unternehmen gearbeitet, davon 18 Jahre als Geschäftsführer.

Wieso haben Sie beschlossen, zu neuen Ufern aufzubrechen?

Die Firma wurde im vergangenen Jahr an einen amerikanischen Konzern verkauft. Ich habe ja schon einmal einen Konzern verlassen, weil ich selbstständiger und umfangreicher arbeiten wollte. Je größer eine Firma wird, umso kleiner werden die eigenen Entscheidungsmöglichkeiten. Das heißt, der Druck, vorgegebene Gedanken umzusetzen und nicht mitgestalten zu können, wird größer. Das ist in einem mittelständischen Unternehmen anders, da kann man kreativ sein. Für einen Verein sehe ich das genau so. Insofern kam die Anfrage, ob ich mir vorstellen könnte, Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie zu werden, sehr gelegen. Es erscheint mir sehr sinnvoll, die Erfahrungen aus der Industrie in einem anspruchsvoller werdenden Umfeld für die DGOU nutzbar zu machen und die Generalsekretäre und Präsidenten zu entlasten.

Es heißt immer, in einem Verband mahlen die Mühlen etwas langsamer und brauchen Entscheidungen länger, bis sie reifen. Könnte das schwierig werden für jeman-

den, der 18 Jahre lang die Gesamtverantwortung für ein Unternehmen hatte?

Gute Frage (*lacht*). Also: Gleich zu Beginn meiner Tätigkeit für die DGOU habe ich festgestellt, dass hier erstaunlich viele Themen bearbeitet werden – ganz anders als in der Industrie, wo man sich viel stärker auf Einzelthemen fokussiert. Es liegt auf der Hand, dass hier sehr unterschiedliche Interessen wahrgenommen werden müssen. Sobald zwei Leute an einem Tisch sitzen, muss man sich Gedanken darüber machen, welche Vor- und Nachteile eine Entscheidung mit sich bringt. Das ist in der Industrie nicht anders. Insofern glaube ich gar nicht, dass die Mühlen langsamer mahlen. Ich habe vielmehr den Eindruck, dass der Vorstand sehr konsequent an vielen unterschiedlichen Themen arbeitet. Die Menge der Meinungen, die er dabei berücksichtigen muss, ist eben etwas größer.

Möchten Sie die Inhalte der DGOU mitgestalten?

Wir müssen eine klare Linie zwischen medizinischen und organisatorischen Fragen ziehen. Ich bin kein Mediziner und werde mich bei den medizinischen Themen zurückhalten. Da liegt die Gestaltungshoheit ganz klar bei den Gesellschaften und den verantwortlichen Mediziner in den Gremien. Bei anderen Themen, die organisatorischer und vielleicht auch politischer Natur sind, denke ich durchaus, dass ich möglicherweise einen Input oder eine unbelastete dritte Meinung abgeben könnte.

Orthopäden und Unfallchirurgen sollen unterschiedliche Mentalitäten haben. Ist Ihnen das schon aufgefallen?

Das ist eine sehr süffisante Frage. Grundsätzlich ist es so, dass sich das Berufsbild von Orthopäden und Unfallchirurgen im

klinischen Alltag spürbar unterscheidet. Die Unfallchirurgie hat üblicherweise mit Notfällen zu tun, also es gibt wesentliche Einflüsse von außen, die unkalkulierbar sind. Anders in der Orthopädie, hier gibt es eine höhere Planungssicherheit, die zu einem etwas geregelteren Arbeitsprozess in der Klinik führt. Die beiden unterschiedlichen Tagesabläufe führen zu unterschiedlichen Mentalitäten. Am Ende des Tages jedoch, wenn es darum geht, sich fachlich miteinander auseinanderzusetzen, überwiegt der Respekt vor der Leistung des anderen. Deshalb macht es auch Sinn, dass die Gesellschaften sich zusammengeschlossen haben. Beide, der Orthopäde und der Unfallchirurg, sind operativ maximal gefordert, damit für den Patienten hinterher das beste Ergebnis herauskommt.

Was reizt Sie an Ihrer neuen Tätigkeit besonders?

Ich war 30 Jahre lang im Verkauf. Verkaufen lässt sich ganz dramatisch reduzieren auf zwei wesentliche Zielgrößen: Wachstum zu produzieren und Profit zu machen. Das ist entscheidend für den Erfolg eines jeden unternehmerischen Engagements. Was mich bei der DGOU ganz besonders reizt, sind die neuen Inhalte, mit denen ich es zu tun habe: nämlich an der Gestaltung zukünftiger Versorgungsstrategien beziehungsweise an der Organisation des Gesundheitswesens mitzuwirken. Das geht weit über kommerzielle Aspekte hinaus. Zudem empfinde ich es als große Herausforderung, die Denkweise der Akteure, die die medizinischen Leistungen vollbringen, mit Detailkenntnissen von Industrie- und Gesundheitsseite zusammenzuführen.

Wie denken Sie über das deutsche Gesundheitswesen?

Was seine Leistungsfähigkeit anbelangt, ist das deutsche Gesundheitswesen sehr gut. Kein Mensch muss sich Sorgen machen – wer krank ist, dem wird geholfen, und das auf sehr hohem Niveau. Aber es gibt ein paar Sachen, die mir nicht gefallen. Die Politik drückt sich um ein paar unangenehme Entscheidungen herum. Die Mittel, die uns zur Verfügung stehen, sind begrenzt. Gesundheit wird immer teurer, die Kosten steigen nach wie vor. Wir müssen uns über das System Krankenhaus ein paar grundsätzliche Gedanken machen. Die Krankenhauslandschaft

ist wirtschaftlich nicht gesund und wird sich nicht aus sich selbst heraus regenerieren. Das DRG-System hat einige gute Teilelemente, die gezeigt haben, dass Effizienzen im System stecken, die gehoben werden können. Andererseits trägt das DRG-System extreme Ungerechtigkeiten in sich und bietet keine Lösungsoptionen an. Manche Kliniken zum Beispiel schreiben rote Zahlen, weil sie Patienten mit sehr schwierigem Krankheits- oder Verletzungsbild aufnehmen und auf höchstem Niveau kostspielig behandeln. Dass sie sich dafür an die Wand nageln lassen müssen, finde ich nicht okay.

Wie gefällt Ihnen die Geschäftsstelle?

Ich bin sehr beeindruckt davon, wie komplex die Tätigkeiten verteilt sind und dass hier eigentlich jeder auf jeder Hochzeit mittanzt. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind sehr engagiert und sehr freundlich. Sie haben mich mit offenen Armen empfangen, wofür ich sehr dankbar bin. Ich habe den Eindruck, dass alle ein großes Interesse daran haben, im Team neue Herausforderungen anzunehmen.

Wie würden Sie Ihren Führungsstil beschreiben?

Möglicherweise bin ich ein Leitwolf, bin mir aber sehr bewusst, dass ich die Beute nicht allein erlegen kann. Ich bin davon überzeugt, dass ich nur funktionieren kann, wenn das Team funktioniert. Ich habe Respekt vor der Leistung des Individuums und vertraue darauf, dass die Mitarbeiter ihren jeweiligen Job besser beherrschen als ich. Auf der anderen Seite bin ich in der Lage, Themen aufzunehmen, die von den Generalsekretären oder den Präsidenten an mich herangetragen werden, und diese Themen gemeinsam mit dem Team anzugehen und nach Wegen zu suchen, mit denen man am effektivsten und effizientesten zu Lösungen kommt. Ich glaube, mein wesentliches Merkmal besteht darin, dass ich in der Lage bin, unterschiedliche Strömungen zu bündeln. Ich hatte bislang Erfolg, weil ich in der Lage bin, Menschen zu motivieren und Ideen zu filtern.

Sie kennen den Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie schon von Ihrer früheren Tätigkeit. Wie haben Sie ihn jetzt erstmals als DGOU-Geschäftsführer erlebt?

Der DKOU ist für die Gesellschaften und für die medizintechnische Industrie in gleicher Weise von besonderer Bedeutung. Das Besondere ist die hohe Zahl an Teilnehmern, die in der Kongresswoche zu einer unglaublichen Aktivitätsdichte führt. Der Kongress ist eine umfangreiche Informationsbörse, die Teilnehmer können sich über das wissenschaftliche Rahmenprogramm über die aktuellen medizinischen Themen updaten und in den Vortragspausen über technische Neuerungen bei der Industrie informieren. Das habe ich dieses Jahr in gleicher Weise erlebt wie in den vielen Jahren als Industrievertreter zuvor. Neu war meine Teilnahme an den diversen Vorstandssitzungen der Gesellschaften. Der Kongress ist eben auch die Woche, in der wesentliche Weichen für die Gesellschaften gestellt werden, Wahlen werden abgehalten, Meinungen gebildet, Themen diskutiert. Dieser Teil war neu und sehr interessant.

Vielen Dank für das Gespräch!



Das Interview führte
Jana Ehrhardt-Joswig.

ULRICH BIERMANN PRIVAT

Ulrich Biermann hat Unternehmensführung sozusagen von der Pike auf gelernt: Er wurde 1956 in Marburg als drittes von vier Kindern einer Kinderkrankenschwester und eines selbständigen Schuhgroßhändlers geboren. Er sagt von sich, er sei kein besonders guter Schüler gewesen, aber einer, der immer seinen Weg gemacht habe. Nach dem Abitur hat er an der Technischen Hochschule Karlsruhe Wirtschaftsingenieurswesen studiert. Mit seiner Lebensgefährtin lebt er in Freiburg im Breisgau. Seit Sommer pendelt er nach Berlin und genießt den Kontrast zwischen Großstadt und idyllischem Schwarzwald. In seiner Freizeit ist er gern in der Natur, fährt Renn- und Mountainbike, geht wandern und im Winter skifahren. Er besucht gern Musikkonzerte jeglicher Couleur und liest leidenschaftlich gern Krimis.

Protokoll der Mitgliederversammlung der DGOU

**28. Oktober 2014, 12.45 bis 14:00 Uhr,
Großer Saal, Messe Süd, Berlin**



Prof. Dr. Fritz Uwe Niethard, Prof. Dr. Henning Windhagen



Foto: Starface

Bei der Verleihung des Nachwuchsfördererpreises: v.l.n.r. Dr. Matthias Münzberg/JuFo, Prof. F. U. Niethard, Prof. H. Siebert, Prof. Mario Perl/JuFo.

1. Begrüßung und Eröffnung der Mitgliederversammlung, Feststellung der satzungsgemäßen Einladung, Genehmigung der Tagesordnung

Prof. Windhagen begrüßt im Namen des Vorstandes die Teilnehmer, stellt die fristgemäße Ladung wie auch die Beschlussfähigkeit fest und eröffnet die Sitzung. Der Einladung sind 113 Mitglieder gefolgt. Ergänzungen zur vorgeschlagenen Tagesordnung werden nicht gewünscht.

2. Bericht der Präsidenten

Prof. Windhagen lädt im Rahmen des DKOU zum Charity-Lauf am 30. Oktober 2014 ein. Die Einnahmen aus der Veranstaltung gehen vollständig an den Verein Babeluga e. V., der adipöse Kinder und Jugendliche unterstützt.

In diesem Jahr ist die Kongressbeteiligung mit ca. 11.000 Teilnehmern und die Ausstellungsfläche mit rund 5.800 qm in etwa vergleichbar mit dem Vorjahr. Die Gastländer Schweden und Frankreich

sind mit Experten für das internationale Programm vertreten. Mit einem internationalen Sitzungsstrang in englischer Sprache wird die Internationalisierung vorangetrieben. Auch die Teilnahme von ungefähr 600 ausländischen Gästen verdeutlicht den zunehmenden internationalen Stellenwert des DKOU.

Die Hohmann-Plakette hat in diesem Jahr die Präsidentin der Deutschen Rheuma-Liga/Bundesverband Frau Prof. Dr. med. Erika Gromnica-Ihle erhalten. Der Patiententag Arthrose gemeinsam mit der Rheuma-Liga wird in bewährter Weise fortgeführt.

Bei der Raumplanung gibt es einige Neuerungen. Der Große Saal ist für die Mitgliederversammlungen reserviert, um in ungestörter Atmosphäre die Sitzungen gestalten zu können.

Vor dem Kongress fand auch in diesem Jahr die gemeinsame Baumpflanzaktion mit dem Bundesinnungsverband für Orthopädie-Technik (BIV-OT), dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (BVOU) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) statt. Nach dem Präsidentenwechsel bei der Chinese Orthopaedic Association (COA) gestaltet sich der Kontakt zur chinesischen Fachgesellschaft schwieriger. Der diesjährige DGOU-Präsident Prof. Windhagen und der zukünftige DGOU-Präsident Prof. Nerlich werden in diesem Jahr die COA besuchen, um die Kontinuität in der Kooperation aufrechtzuerhalten.

Um die Entwicklung der DGOU und des gesamten Bereiches von Orthopädie und Unfallchirurgie zu diskutieren, weiter voranzubringen und neue strategische Ziele zu formulieren, wird im November

gemeinsam mit dem Berufsverband der Strategieworkshop „Potsdam III“ stattfinden.

Zu den Themen der DGOU im Berichtszeitraum zählen unter anderem Fortbildungen und Kurse sowie die Zusammenarbeit mit den zahlreichen Gremien und weiteren Gesellschaften. Auch Ausbildung, Weiterbildung, Weiterentwicklung von O und U und die Situation an den Hochschulen stehen im Fokus der Arbeit der Fachgesellschaft. Daneben wird der Nachwuchs mittels Summer School, Tag der Studierenden und weiterer Maßnahmen gefördert. Der Family Fonds soll einen Beitrag für die Attraktivität des Faches O und U vor allem für junge Wissenschaftlerinnen leisten.

Der Mitgliederzuwachs bei der DGOU ist ungebrochen. Prof. Windhagen begrüßt auf der Mitgliederversammlung feierlich das 10.000ste Mitglied, Frau Dr. Stephanie Schibur aus Eisenberg.

Erstmals vergibt das Junge Forum der DGOU in loser Folge den Nachwuchsfördererpreis durch den Ausschussleiter Prof. Mario Perl an Prof. Hartmut Siebert und an Prof. Fritz Uwe Niethard für die entgegengebrachte Wertschätzung und die anhaltende Unterstützung des Nachwuchses. Unter anhaltendem Beifall bedankt sich Prof. Hartmut Siebert bei dem zum Jahresende ausscheidenden Generalsekretär Prof. Fritz Uwe Niethard für sein insgesamt 12 Jahre währendes Engagement als DGOU- bzw. DGOOC-Generalsekretär. Als Gründungsmitglied der DGOU im Sommer 2008 hat er nicht nur wesentlich zur Bildung gemeinsamer Strukturen und Projekte beigetragen, sondern stets fröhlich und bestimmt zum Zusammengehen des gemeinsamen Faches motiviert und die Bereitschaft zu



Foto: Starface
Freundschaft zwischen O&U

einer nachhaltigen Veränderung geweckt mit dem gemeinsamen Ziel, eine den Interessen der Patienten dienende und fördernde Versorgung und Fürsorge in die tagtägliche Praxis umzusetzen. In seinen Dankesworten an den Vorstand betont Prof. Niethard, dass für ihn das Modell des Zusammengehens von O und U vor allem auf Freundschaft beruht.

3. Bericht der Generalsekretäre

Prof. Niethard dankt auch den Mitarbeitern der Geschäftsstelle für die gute Arbeit und stellt Ulrich Biermann als neuen Geschäftsführer vor. Seit Juli koordiniert er die Arbeit in der Geschäftsstelle und will in größerem Maß als bisher Synergien erschließen.

Schwerpunkte der Arbeit im vergangenen Jahr waren und sind die Vertretung der spezifischen orthopädisch-unfallchirurgischen Belange national und international, die Weiterentwicklung von O und U, die Kooperation mit allen Strukturen in O und U sowie die Durchführung zeitlich begrenzter Projekte.

Die Attraktivität des Faches O und U ist ungebrochen, was sich auch durch die intensive und lebendige Gremienarbeit ausdrückt: 4 Ausschüsse, 18 Sektionen, 13 Arbeitsgemeinschaften, 1 Kommission und das Junge Forum. Prof. Niethard dankt für die eingebrachte Fachkompetenz und die gute Kooperation.

Die DGOU vertritt die spezifisch orthopädisch-unfallchirurgischen Belange national und zunehmend auch international. Auf der internationalen Ebene hat das europäische Komitee für Normung (CEN; französisch Comité Européen de Normalisation) ein neues Geschäftsfeld, die Normierung der Gesundheitsberufe, ins Leben gerufen. Es droht ein direkter

Zugriff auf die Weiterbildung in O und U, was die DGOU kritisch sieht, weil eine zu weitgehende Vereinheitlichung angesichts der unterschiedlichen Systeme in Europa nicht sinnvoll ist. Zudem ist die DGOU aktiv in anderen Fachgesellschaften, wie AWMF, EFORT, UEMS und DGCH, und in Institutionen, wie BÄK, GBA, AQUA-Institut und viele weitere, vertreten. Derzeit gibt es bei der Novellierung der Musterweiterbildungsordnung einen Stopp, so dass mit der Verabschiedung aufgrund ungeklärter Sachverhalte vor 2016/2017 nicht zu rechnen ist.

Im Fokus der Aktivitäten der Gesellschaft steht die Weiterentwicklung von O und U: eine gemeinsame Mitgliederverwaltung, die Weiterbildungsordnung sowie zahlreiche Projekte wie Qualitätssicherung, das WIK-Forums, eine Bedarfsanalyse, die Registerforschung und das Referat internationale Angelegenheiten der DGOU. Zahlreiche Projekte und Aktionen der DGOU wie das Leitlinien-Sekretariat, das EPRD, die EndoCert-Initiative und die Traumazentren werden aufgeführt.

Für die kommenden Jahre sollen die konservativen Inhalte gestärkt und Synergien in Orthopädie und Unfallchirurgie erschlossen werden. Zudem steht das Fach O und U vor Herausforderungen wie dem demographischen Wandel, dem Geldmangel im System, höheren Qualitätsansprüchen mit Überprüfungsmöglichkeiten, Nachwuchsmangel und dem wachsenden Wettbewerb unter den Fächern um die Patienten und Ärzte. Der scheidende Generalsekretär wünscht bei der Bewältigung dieser Fragen seinen Nachfolgern Prof. Bernd Kladny und Prof. Reinhard Hoffmann viel Glück und Erfolg.

Als Stellvertretender Generalsekretär der DGOU hat Prof. Reinhard Hoffmann Prof. Niethard als disziplinierten und uneitlen Strategen mit klarem Denken kennengelernt. Er bedankt sich bei ihm für die gute Zusammenarbeit und hofft, auch künftig auf seine langjährigen Erfahrungen zurückgreifen zu können.

Der Tagungsordnung folgend erläutert Prof. Niethard die Notwendigkeit einer Satzungsänderung der DGOU bezüglich der Aufwandsentschädigung für die Tätigkeit der Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstands: Mit Wirkung ab 01.01.2015 wird durch das Ehrenamt-Stärkungsgesetz das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) geän-

dert. §27 Abs. 3 BGB sieht dann vor, dass die Mitglieder des Vorstandes eines Vereins grundsätzlich ehrenamtlich tätig sind. Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass die Zahlung einer Vorstandsvergütung – weil abweichend vom Gesetz – in der Satzung ausdrücklich bestimmt werden muss. Die Steuerberatungsgesellschaft der DGOU schlägt daher folgende Ergänzung für die Satzung vor:

§8 Der Geschäftsführende Vorstand

15) Die Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstands können eine pauschale Aufwandsentschädigung erhalten. **Über die Höhe der Vergütung entscheidet der Gesamtvorstand.**

Ergebnis der geheimen Abstimmung: 86 Ja-Stimmen, 8 Nein-Stimmen und 7 Enthaltungen. Die Satzung wird wie vorgeschlagen ergänzt.

4. Bericht des Schatzmeisters Prof. Joachim Windolf

Das Jahr 2013 wurde mit einer schwarzen Null durch Mitgliedsbeiträge und Zuschüsse aus den Muttergesellschaften abgeschlossen. Die meisten Ausgaben stehen für die Förderung der Wissenschaft in Orthopädie und Unfallchirurgie an. Neben steigenden Reisekosten wegen erhöhter Aktivitäten der Gremien wachsen auch die Personalkosten aufgrund von Neueinstellungen. Im Ergebnis wird für 2014 ein Minus von ca. 130.000 Euro erwartet. Um das Defizit auszugleichen, wird die Bezuschussung der DGOU durch die DGU und die DGOOC von 100.000 Euro je Fachgesellschaft auf maximal 150.000 Euro erhöht.

Es gibt keine Fragen zum Bericht des Schatzmeisters.

5. Bericht der Kassenprüfer

Der Kassenprüfer PD Dr. Reinhold-Alexander Laun trägt auch im Namen von Prof. Dr. Heino Kienapfel den Bericht für das Geschäftsjahr vom 1. Januar bis 31. Dezember 2013 vor. Die Kassenprüfung fand am 16. September 2014 im DGOU-Büro im Tiergarten-Tower statt – in Anwesenheit der zuständigen Sachbearbeiterin des Steuerberaterbüros, des Schatzmeisters und einem Mitarbeiter der Geschäftsstelle. Alle für die Prüfung erforderlichen Unterlagen standen vollständig zur Verfügung, so z. B. der Kassenbericht des Steu-

erbüros, die Rechnungsunterlagen und Kontoauszüge. Im Ergebnis konnten die beiden Kassenprüfer die sachgerechte und regelhafte Verwendung der Mittel feststellen. Dr. Laun stellt daher den Antrag auf Entlastung des Vorstandes.

6. Entlastung des Vorstands

Als Ergebnis der offenen Abstimmung wird der Geschäftsführende Vorstand einstimmig entlastet – bei Stimmenthaltung der Vorstandsmitglieder.

7. Wahlen

7.1 Wahl des Präsidenten 2015

Zur Wahl steht Prof. Dr. Michael Nerlich (Regensburg), ergänzende Wahlvorschläge werden nicht gemacht. Ergebnis der geheimen Abstimmung: 86 Ja-Stimmen, 4 Nein-Stimmen und 9 Enthaltungen. Prof. Nerlich nimmt die Wahl an und dankt für das Vertrauen.

7.2 Wahl des Stellvertretenden Präsidenten 2015

Auch für diese Wahl gibt es keine Ergänzungen zum Vorschlag des Vorstandes für Prof. Dr. Rüdiger Krauspe (Düsseldorf) als Stellvertretender DGOU-Präsident des Jahres 2014. Ergebnis der geheimen Abstimmung: 79 Ja-Stimmen, 12 Nein-Stimmen und 8 Enthaltungen. Prof. Krauspe nimmt die Wahl an und dankt für das Vertrauen.

7.3 Wahl des Generalsekretärs 2015

Zur Wahl steht Prof. Dr. Bernd Kladny (Herzogenaurach), ergänzende Vorschlä-

ge werden nicht vorgebracht. Ergebnis der geheimen Abstimmung: 90 Ja-Stimmen, 8 Nein-Stimmen und 1 Enthaltung. Prof. Kladny nimmt die Wahl an und dankt für das Vertrauen.

7.4 Wahl zum Nichtständigen Beirat 2015 bis 2017

Gemäß der Satzung muss je ein zum Zeitpunkt der Wahl selbstständiger und ein als nicht selbstständig tätiger Arzt gewählt werden. Von den Mitgliedern wurde für den Bereich der Selbstständigen Dr. Lutz Mahlke (Paderborn) vorgeschlagen, für den Bereich der nicht selbstständigen Ärzte liegen zwei namentliche Vorschläge vor: PD Dr. Carl Haasper (Hamburg) und PD Dr. Hansjörg Heep (Essen).

Ergebnis der geheimen Abstimmung über den Vertreter im Nichtständigen Beirat aus dem Bereich der Selbstständigen: 75 Ja-Stimmen, 4 Nein-Stimmen und 18 Enthaltungen für Dr. Mahlke. Er nimmt die Wahl an und dankt für das Vertrauen.

Ergebnis der **Stichwahl** für den Vertreter im Nichtständigen Beirat aus dem Bereich der Nichtselbstständigen Ärzte in geheimer Abstimmung: 30 Stimmen für Dr. Carl Haasper, 43 Stimmen für Dr. Hansjörg Heep bei insgesamt 24 Enthaltungen. Dr. Heep nimmt die Wahl zum Vertreter im Nichtständigen Beirat an.

7.5 Wahl der Kassenprüfer für das Rechnungsjahr 2014

Der Vorstand schlägt Herrn Prof. Dr. Heino Kienapfel (Berlin) und Herrn PD Dr. Reinhold-Alexander Laun (Berlin) zur

Wiederwahl vor. Bei der offenen Abstimmung gibt es keine Gegenstimmen, so dass beide Kassenprüfer in ihrer Funktion bestätigt werden. Laun nimmt die Wahl an und bedankt sich für das Vertrauen. Da Prof. Dr. Kienapfel persönlich nicht anwesend sein kann, hat er im Vorfeld im Falle seiner Wahl ein schriftliches Einverständnis erklärt.

Verschiedenes

Da es keine weiteren Fragen oder Wortmeldungen gibt, dankt Prof. Windhagen für die Teilnahme, wünscht den Mitgliedern einen erfolgreichen Kongressbesuch und schließt die Mitgliederversammlung um 14:00 Uhr.



Henning Windhagen

Prof. Dr.
Henning Windhagen,
Präsident



Fritz Uwe Niethard

Prof. Dr.
Fritz Uwe Niethard
Generalsekretär

Bericht der Sektion für Grundlagenforschung der DGOU (SGF)

Prof. Dr. Markus Schwarz

Die Amtszeiten der 1. Präsidentin, des Schatzmeisters sowie der Beisitzer endeten turnusgemäß dieses Jahr. Die Sektion für Grundlagenforschung (SGF) der DGOU führte am 28.10.2014 auf der Mitgliederversammlung in Berlin die Wahlen durch. Die vom Vorstand vorgeschlagene Liste der Kandidaten wurde von den Mitgliedern angenommen.

Zum **2. Präsidenten** wurde Herr Prof. Dr. Frank Hildebrand, Aachen gewählt.

Zum **Schatzmeister** wurde Herr Prof. Dr. Ulrich Nöth, Berlin, wieder gewählt.

Als **Beisitzer** wurden gewählt:

Herr Prof. Dr. Henning Madry, Homburg/Saar

Herr Prof. Dr. Rainer Bader, Rostock

Herr Prof. Dr. Markus Huber-Lang, Ulm

Herr Prof. Dr. Sascha Flohe, Düsseldorf

Herr PD Dr. Christof Hurschler, Hannover

Herr Prof. Dr. Torsten Blunk, Würzburg

Herr PD Dr. Arne Berner, Regensburg

Herr PD Dr. Christoph Zilkens, Düsseldorf

Wir freuen uns, Herrn PD Dr. Berner und Herrn PD Dr. Zilkens neu im Vorstand begrüßen zu dürfen. Beide werden uns bei den Vorbereitungen zum DKOU 2015 unterstützen und die Verbindung zu den nächstjährigen Präsidenten Herrn Prof. Dr. Krauspe und Herrn Prof. Dr. Nerlich bilden.

Die Netzwerke sind im Vorstand der SGF durch ihre Sprecher Herrn Prof. Dr. Huber-Lang (Netzwerk Traumaforchung), Herrn Prof. Dr. Bader (MSB-Net) und Herrn Prof. Dr. Blunk (Netzwerk Muskuloskelettale Regeneration) wieder ver-

treten. Die Nachwuchsförderung wird begleitet von Herrn Prof. Dr. Madry und Herrn Prof. Dr. Flohé. Herr PD Dr. Hurschler wird unsere Homepage pflegen. Wir freuen uns, dass Herr Prof. Dr. Hildebrand zum Präsidenten gewählt wurde. Er wird der Sektion satzungsgemäß ab der nächsten Mitgliederversammlung auf dem nächsten DKOU im Oktober 2015 als 1. Präsident vorstehen. Es freut uns sehr, dass Herr Prof. Dr. Nöth das Amt des Schatzmeisters wieder übernommen hat und es auch von Berlin aus weiterführen wird. Herrn Dr. Daniel Klüß danken wir ganz herzlich, dass er sich wieder als Kassenprüfer zur Verfügung gestellt hat und freuen uns, dass er in dem Amt auch bestätigt wurde. Besonders bedanken wir uns bei Frau Prof. Dr. Anita Ignatius für die hervorragende Präsidentschaft der SGF. Sie wird die Sektion und ihre Belange als Mitglied des Wissenschaftsausschusses der DGOU weiter unterstützen.

Preisträger

Die Sektion hat den traditionellen **Wilhelm Roux Preis**, der wieder von der Fa. Aesculap gestiftet wurde, an die Arbeitsgruppe: Haffner-Luntzer Melanie, Heilmann Aline, Rapp Anna, Schinke T., Amling M., Ignatius Anita, Liedert Astrid mit ihrem Beitrag mit dem Titel: „*Midkine-Defizienz verzögert die Chondrogenese während der frühen Phase der Frakturheilung*“ übergeben können. Der Beitrag wurde auf der Sitzung „Die besten Arbeiten aus der Grundlagenforschung“ unter insgesamt neun Bewerbern ausgewählt. Alle Autoren, die auf der Sitzung präsentierten, haben erweiterte Abstracts eingereicht, die einer zusätzlichen Bewertung unterzogen wurden.

Die vier **Posterpreise der SGF** gingen an: Benz Karin, Steffen F., Müller Lena, Clement Frey Flurina, Nuss Katja, von Rechenberg Brigitte, Mollenhauer J., Gaissmaier C. Titel der Arbeit: „*Molecular profiling of spontaneous repair in surgically damaged ovine lumbar intervertebral discs*“.

Bretschneider Henriette, Stiehler M., Hartmann A., Bogner Elena, Osswald Claudia, Mollenhauer J., Gaissmaier C., Günther K. Titel der Arbeit: „*Matrix-assisted autologous cartilage regeneration of the hip joint*“.

Schubert Rebecca, Zietz Carmen, Fabry C., Bader R. Titel der Arbeit: „*Abriebuntersuchungen mit Titan-Nitrit (TiN) beschichteten Femurkomponenten bikondylärer Knieendoprothesen unter Worst-case Bedingungen*“.

Sengstock Christina, Motemani Y., Khare C., Schildhauer T., Ludwig A., Köller M. Titel der Arbeit: „*Eine durch Glancing Angle Sputter Deposition (GLAD) generierte Titan-Nanostruktur induziert selektiv antibakterielle Aktivität auf adhärenzte Keime*“.

Die Posterpreise wurden von der Fa. DePuy gemeinsam mit der SGF ausgelobt. Den PreisträgerInnen gratulieren wir und bei den Stiftern bedanken wir uns sehr.

Dank

Auf dem diesjährigen DKOU konnten aus der Grundlagenforschung insgesamt 117 Beiträge als Vorträge auf 13 Sitzungen vorgestellt werden, bei einer Annahmequote von 41%. Besonders eindrucksvoll war außerdem die gut bestückte Postersitzung mit den vielen Teilnehmern und



Prof. Dr.
Frank Hildebrand,
2. Präsident



PD Dr. Arne Berner,
Beisitzer



PD Dr. Christoph
Zilkens, Beisitzer

vielen Diskutanten. Für die Unterstützung der Grundlagenforschung bedanken wir uns bei den Kongresspräsidenten, der Fa. Intercongress, den Organisatoren und Vorsitzenden.

Besonders bedanken möchten wir uns bei den Kolleginnen und Kollegen, die sich als Gutachter der Abstrakts zur Verfügung gestellt haben und so der Qualität unseres Jahreskongresses dienen, ohne in Erscheinung zu treten.

Das nächste Treffen des Forschungsnetzwerkes Muskuloskelettale Biomechanik (MSB-Net) wird am 25. und 26. Juni 2015 am Institut für Biomechanik der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau und der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Salzburg in Murnau am Staffelsee stattfinden. Hinweise dazu finden Sie auf der Homepage (MSB-Net.org). Wir freuen uns auf ein Wiedersehen spätestens auf dem nächsten DKOU, der vom 20. Oktober bis 23.

Oktober 2015 wieder in Berlin stattfinden wird.



Für den Vorstand
Prof. Dr.
Markus Schwarz



IN EIGENER SACHE

Neue Mitarbeiterin in der Geschäftsstelle DGOU Anja Teske



Anja Teske verstärkt das Geschäftsstellenteam.

Am 1. Juli 2014 konnten wir Anja Teske als neue Mitarbeiterin in unserer Geschäftsstelle in Berlin begrüßen. Frau Teske ist eine echte Berlinerin, genau gesagt, stolze Köpenickerin, und somit bestens geeignet für die Mitarbeit in unserem Hauptstadtbüro. Ihr Aufgabenschwerpunkt ist die Mitgliederverwaltung, hier hat sich in den letzten Jahren sowohl über die positive Entwicklung der Mitgliederzahl, aber auch durch die geänderten Abläufe in der Verwaltung eine Lücke aufgetan, die wir dank der schnellen Einarbeitung von Frau Teske bereits spürbar schließen konnten. Frau Teske arbeitet zusammen im Team mit Frau Lehnert und Herrn Schulz.

Anja Teske ist Mutter eines 10-jährigen Sohnes und neben den vielfältigen Aufgaben

im Umfeld Ihrer Familie ist Sie besonders an künstlerischen Aktivitäten interessiert. Nachdem sie sich zunächst mit der Gitarre als Hobbymusikerin beschäftigt hat, ist sie inzwischen beim Nähen angekommen und gestaltet und näht eigene Taschen in Patchwork Technik. Es gibt auch schon eine MiniTasche in der Geschäftsstelle, in der Bürountensilien sicher und gut gepolstert verwahrt werden.

Frau Teske hat eine abgeschlossene Ausbildung zur Kauffrau und freut sich darüber, bei der DGOU einen Arbeitsbereich gefunden zu haben, in dem sie zunehmend eigenverantwortlich Aufgaben übernehmen kann.

Ulrich Biermann, Geschäftsführer DGOU

Ärztchammer Berlin und DGOU kooperieren mit Dubai

Die Ärztekammer Berlin (ÄKB) und die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) haben gemeinsam mit der Dubai Health Authority (DHA) ein strukturiertes Facharzttrainingsprogramm in Dubai auf Basis der Berliner Weiterbildungsordnung vereinbart. Das so genannte „Dubai Residency Program in Orthopädie und Unfallchirurgie“ stellt einen neuen und äußerst unkonventionellen Weg enger kollegialer und internationaler Zusammenarbeit dar und wird vom Bundesgesundheitsministerium sowie der deutschen Botschaft in den Vereinigten Arabischen Emiraten begrüßt. Der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, sagte bei der Unterzeichnung der Vereinbarung in Dubai: „Kollegiale Zusammenarbeit und gute Weiterbildung sind die Grundlagen besserer Behandlungsergebnisse bei unseren Patienten. Mit diesem Pilotprojekt ist ein neuer Weg internationaler Kooperation in der Unfallchirurgie und Orthopädie betreten worden.“

„Wir wollten konkrete Unterstützung zum Aufbau einer eigenen Weiterbildungsordnung in den Vereinigten Arabischen Emiraten geben, um die Weiterbildung nach deutschen Qualitätsanforderungen auch außerhalb der Europäischen Union zu verwirklichen. Die Ärztekammer Berlin räumte wesentliche Hindernisse aus

dem Weg“, erläuterte Professor Dr. Almut Tempka, Vorsitzende des Bildungsausschusses der DGOU, die Zielsetzung. Das Projekt geht auf eine Anfrage von Unfallchirurgen des Rashid Hospitals der DHA zurück, wie Prof. Dr. Hartmut Siebert, ehemaliger Generalsekretär der DGOU, erklärte. Beide Seiten suchten nach einer besseren Lösung, die Standards der Facharztweiterbildung für Orthopädie und Unfallchirurgie nach dem Muster der Berliner Weiterbildungsordnung auch außerhalb Deutschlands mit dem Angebot der Ablegung der Facharztprüfung an der Ärztekammer Berlin zu etablieren – selbstverständlich unter Berücksichtigung der Zuständigkeiten der beiden deutschen Partner, für die DGOU somit auf Deutschland und für die Ärztekammer Berlin auf ihren Kammerbereich begrenzt.

„Diese Vereinbarung eröffnet unseren jungen Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, ihre Weiterbildung in Orthopädie und Unfallchirurgie in den Vereinigten Arabischen Emiraten zu absolvieren und die Gewissheit zu haben, dass sie eine Deutsche Facharztqualifikation erreichen können, ohne dafür für mehrere Jahre ins Ausland gehen zu müssen“, stellte der Direktor der DHA, seine Exzellenz Essa al Maidoor, fest. Die Presse in Dubai spricht von einer „historischen Vereinbarung“.

Das gemeinsam entwickelte Facharzt-Curriculum entstand in enger Zusammenarbeit von Dr. Jamal Almulla und Dr. Bilal el Yafawi vom Rashid Hospitals der DHA in Dubai sowie Prof. Dr. med. Hartmut Siebert und Prof. Dr. Almut Tempka von der DGOU sowie Dr. med. Werner Wyrwich, Vorstandsmitglied der Ärztekammer Berlin. „Das Dubai Residency Program baut vollständig auf der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Berlin auf“, erklärte Wyrwich. „Es bietet aber darüber hinaus gehend einen sehr klar strukturierten Ablauf der zu erwerbenden Kompetenzen, Fähigkeiten und Fertigkeiten über die Zeit. Auch die Anbindung der Trainees an die für sie verantwortliche Mentoren ist in Dubai beispielhaft und vorbildlich geregelt. Hier können wir in Deutschland durchaus noch etwas lernen.“

Regelmäßige Überprüfungen der erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten werden in den ersten 5 Jahren durch die Gesundheitsbehörde in Dubai gefordert, die sich selbst eine externe Qualitätssicherung auferlegt hat. Sie wird mittels eines externen Peer-Review-Verfahrens durch Experten der DGOU und der ÄKB gewährleistet.

Susanne Herda, Presse- und Öffentlichkeitsarbeit DGOU

Sascha Rudat; Pressestelle Ärztekammer Berlin

Neue Mitglieder

A

Afzalzada, Abdul Salim · Lippstadt
Alhabyan, Abdulhassib Dr. med. · Lübbecke
Al-Hakami, Talal · Soest
Alshrafy, Ahmed · Lippstadt
Ambrusch, Marcus · Erlangen
Amedi, Azad · Berlin
Arrebola-Gerardi, Benjamin · Bonn
Aubele, Marc-Torsten Dr. med. · Böhmenkirch
August, Florian Dr. med. · Göttingen

B

Baharestani, Farokhzad Dr. med. · Frankfurt (Oder)
Bakir, Sinan · Berlin
Bambauer, Carolin Dr. med. · Mainz
Basar, Mehtap · Köln
Bausch, Björn · Wolfenbüttel
Bechara, Michael Dr. med. · Wildeshausen
Beck, Gerhard Dr. med. · Bayreuth
Beisemann, Nils · Speyer
Bentz, Nadine · Saarbrücken
Bergmann, Martin Dr. med. · Marburg
Bochenek, Martin · Heidelberg
Boenigk, Ines Dr. med. · Bad Oeynhausen
Bonse, Robert · Berlin
Brakopp, Florian · Halle (Saale)
Braun, Markus Dr. med. · Dortmund
Broddack, Julian · Berlin
Brüggemann, Lisa Dr. med. · Köln
Bruil, Natallia · Marburg
Buhk, Sven · Regensburg
Buhs, Andreas Dr. med. · Köln
Büttner, Annemarie · Berlin

C

Catena, Marcello · Neu-Ulm
Cichon, Robert · Dinslaken
Cieslok, Claus Dr. med. · Heinsberg
Condemi, Tatiana · Lüdenscheid

D

Daus, Dorothea · Berlin
Dey Hazra, Rony-Orijit · Hannover
Diederichs, Alexander Dr. med. · Veysonnatz
Dietzel, Colette · Berlin
Dima, Oana · Bremen
Dimitrova, Maya · Berlin
Döring, Tanja Dr. · Essen

Dorofeev, Anton · Schwarzenbruck
Döttger, Philipp · Tübingen

E

Echteler, Tobias Dr. · Stuttgart
Ehmann, Yannick · Heidelberg
Eisermann, Curd-J. · Berlin
Eliasch, Eugen · Berlin
Ertmer, Thomas Dr. med. · Stuttgart
Evertz, Matthias Dr. med. · Frechen

F

Falkenstein, Christian · Bochum
Feilke, Katharina · Roseburg
Fenske, Fabian · Göttingen
Fenyves, Daniel · Aachen
Feuchtenhofer, Frank · Neuhofen
Fischer, Anna-Lena · Leipzig
Fischer, Alexander Dr. med. · Thun
Foige, Julia · Suhl
Friedrich, Christiane Dr. med. · Jerxheim
Fritschken, Marc Sven · Teltow
Frommer, Adrien · Münster
Fülöp, Miklos Dr. · Leverkusen

G

Gabrys, Bartholomäus · Berlin
Gadow, Ina Marie · Kiel
Gaußelmann, Christoph · Münster
Geis, Stefan · Aschaffenburg
Geisendörfer, Nils · Münster
Glaßmann, Friederike · Hohenstein-Ernstthal
Glowalla, Claudio · München
Goebel, Lars · Saarwellingen
Gollnast, Henning Dr. med. · Berlin
Götze, Sebastian Dr. med. · Hamburg
Grill, Robert Dr. med. · Aachen
Grimaldi, Gina · Köln
Gründler, Johannes Dr. med. · Wien

H

Hagenkamp, Katharina · Recklinghausen
Hager, Denise · Kaufbeuren
Hamann, Miriam Dr. · Hamburg
Händlmayer, Kurt Dr. med. · York
Hannemann, Martin Dr. med. · Leverkusen
Hansmann, Janine · Ulm
Hauswald, Thomas · Bochum
Heidt, Emanuel · Freiburg

Heine, Markus Claudius Dr. med. · Frankfurt am Main
Heitmann, Fabian · Berlin
Hellmann, Stephanie · Köln
Hempel, Rebecca Dr. med. · München
Hentiu, Richard · Böblingen
Herberger, Katrin · Gottmadingen
Heuer, Hinrich · Hamburg
Hirte, Daniel · Dortmund
Hochdaninger, Moritz Dr. med. univ. · Berlin
Hoffart, Carsten · Ulm
Hoffmann, Martin · Kottenheim
Hoffmann, Isabel · Göttingen
Hoffmeister, Thomas · Lübeck
Hoppelshäuser, Christian · Gladbeck
Hotze, Anna-Lena · Düsseldorf
Hower, Ralph Dr. med. · Murnau
Hoyng, Carina A. · Hameln
Hundeshagen, Alexander · Köln
Hundsdorf, Achim · Erzhausen
Hünsche, Malte Sören · Bonn
Hüper, Moritz · Berlin

I

Ibrahim, Somar · Magdeburg
Ijagha, Ola · Berlin
Ioannides, Andreas · Bielefeld

J

Jungel, Esra · Stuttgart

K

Kapferer, Hans-Joachim · Berlin
Käppler, Kathrin · Heidelberg
Kiehn, Barbara Dr. med. · Köln
Klabinus, Thomas · Berlin
Klauke, Friederike · Hergisdorf
Klehm, Thomas · Magdeburg
Klinc, Peter Dr. med. univ. · München
Knippel, Sabine · Marburg
Knobloch, Sibylle · Ulm
Koch, Michael Dr. med. · München
Koettnitz, Julian · Gießen
König, Julian · Berlin
Konstantopoulos, Dimitrios · Berlin
Kretzschmar, Carsten Dr. med. · Bad Döben
Kreutzer, Lili · Berlin
Krex, Sylvia Dr. med. · Ursberg
Krolczyk, Nicole Dr. med. · Remscheid
Kroll, Florian Dr. med. · Neu-Ulm

Kurlemann, Tobias · Göttingen
Kurzrock, Andreas Dr. med. · Bischofswiesen

L

Landinger, Markus · Traunstein
Lang, Siegmund · Rothhaus
Lange, Andreas Dr. med. · Rheinfelden
Lehnert, Harald Dr. · Friedberg
Lemke, Christoph · Berlin
Lernbass, Andreas Dr. med. · Konstanz
Lewens, Tobias · Aschau
Leweux, Nick · Hameln
Liebl, Hans · Oldenburg
Liktoras, Karolis · Herzberg
Linnert, Andreas Dr. med. · Hamburg
Löhr, Stephanie · Köln
Ludik, Marco · Hamburg
Lutz, Bernd Dr. med. · Ulm

M

Machó, David Dr. med. · Berlin
Manner, Johanna Dr. med. · Stuttgart
Mattes, Philip · Düsseldorf
M'Baidanoun, K. Christophe Dr. med. · Trier
Mikulic, Tonci · Stuttgart
Milstrey, Alexander · Münster
Minkus, Marvin · Berlin
Miska, Matthias Dr. med. · Heidelberg
Mohr, Juliane · Carlsberg
Morani, William · Meiningen
Mühlbayer, Monika Dr. med. · München
Müller, Freyja · Hannover
Müller-Graff, Tassilo · Gaiberg

N

Nassar, Adel · Gelsenkirchen
Natho, Christian · Zerbst
Nette, Anja · Bayreuth
Neutschel, Franca · Magdeburg
Ninck, Jutta Dr. Dr. med. · Köln
Nordmeyer, Veit Dr. · Stendal
Nürnberg, Hans-Joachim · Woldzegarten

O

Osta, Raed · Mannheim
Owerst, Irina · Delmenhorst
Özalp, Cilem · Kirchheimbolanden

P

Parlayan, Atila · Berlin
Pfeifer, Eva Viktoria Sabine Dr. med. · Bayreuth
Pichler, Valentin Dr. med. · Köln
Pieringer, Alexander · München
Pliske, Gerald · Magdeburg
Plock, Christin · Berlin
Ploekl, Alexander · Bonn
Pobloth, Anne-Marie Dr. · Berlin
Pohlmann, Nadine · Hamburg
Pohlmann, Jan · Berlin
Poncelet, Romain · Berlin
Predel, Bernadett · Kaufbeuren

R

Rahim, Ghafar Dr. med. · Höxter
Rakow, Anastasia · Berlin
Rase, Steffen · Hamburg
Rau, Riccarda Dr. · Bad Soden
Rauf, Rauend Dr. med. · Bremen
Ravandi, Arash Dr. med. · Lübben
Reichel, Andreas · Berlin
Reiser, Sigmar · Freiberg am Neckar
Rick, Katrin · Köln
Rohde, Lutz Dr. med. · Halle
Roos, Christina Dr. med. · Bremen
Rubino, Giulia · Berlin

S

Samweber, Benedikt · München
Schaible, Jan Dr. med. · Regensburg
Scheidt, Sebastian · Tübingen
Schiemann, Stojanka Dipl. Med. · Berlin
Schiller, Frans-Timon Dr. · Konstanz
Schilling, Birgit Dr. · Mainz
Schmauch, Andreas · Berlin
Schnells, Igor Dr. med. · Leverkusen
Scholz, Nina · Schermbeck
Scholz, Marion · Magdeburg
Schönhoff, Michaela · Dobberkau
Schroeder, Friederike · Bonn
Schüler-Karpf, Elisabeth Dr. med. · Ergolding
Schultka, Rüdiger Dr. med. · Potsdam
Schwab, Anna Nadine · Monzelfeld
Sebald, Julia Dr. med. · Nürnberg
Seeger, Daniel Dr. med. · Hamburg
Seitzer, Friedemann · Hildesheim
Sekandary, Omid · Aachen
Sengenberger, Corinna · Kitzingen
Siebert, Christin · Hamburg

Siemßen, Kerstin Dr. · Berlin
Siva'k, Daniel MUDr. · Eckersdorf
Söhl, Stephanie Dr. med. univ. · Steinkirchen
Sommer, Fabian Dr. med. univ. · München
Spangenberg, Ulrike Dr. med. · Erfurt
Stöbe, Claudio Dr. med. · Nuglar
Stotz, Samuel Dr. med. · München
Strunck, Sebastian Dr. med. · München
Sturm, Katharina · Frankfurt am Main

T

Till, Alexander Dr. med. · Fulda
Trautmann, Lukas · Oldenburg
Trommer, Natalie · Berlin
Turakulov, Fedor · Roththalmünster

U

Urlaub, Stefanie · Ulm
Vavricka, Jürgen Dr. · Oberndorf
Vogel, Dennis Dr. · Leverkusen
Vogt, Marius Dr. · Berlin
Vollrath, Jan Tilmann · Aachen

W

Wagner, Sebastian Dr. med. · Bünde
Waibel, Jürgen · Forchheim
Weidert, Simon Dr. med. · München
Weingart, Jochen Dr. med. · Urbach
Weise, Katja Dr. med. · Berlin
Weniger, Lisa · Würzburg
Wenzel, Lisa · Gilching
Wesemann, Florian · Münster
Westphal, Elisa · Erlangen
Weyh, Hans-Henning · Delmenhorst
Wick, Martin · Magdeburg
Widmaier, Karoline · Stuttgart
Wiemers, Felix · Marburg
Wiltskamp, Lisa · Dossenheim
Witt, Rike · Berlin

Y

Yousaf, Nargis · Hamburg

Z

Zwirner, Ulrich · Hannover



Flugzeugaufnahme von der Anstalt auf dem Waldgelände (1926).

100 Jahre Oskar-Helene-Heim

Prof. Dr. Holger Mellerowicz, PD Dr. Stephan Tohtz

Vor 100 Jahren, am 27. Mai 1914, wurde mit der Einweihung des Oskar-Helene-Heims (► **Abb. 1**) in Berlin-Zehlendorf eine Einrichtung für „Krüppelkinder“ ins Leben gerufen, die mit ihrem integrativen Ansatz schnell zur „Modellanstalt“ avancierte. Gründungsväter waren der Kinderarzt Konrad Biesalski (1868-1930) (► **Abb. 2**), der sich als Initiator einer reichsweiten Krüppelzählung (1906) und

als Befürworter einer modernen Krüppelfürsorge einen Namen gemacht hatte, und sein Mitstreiter Hans Würtz (1875-1958), der bis heute als ein Begründer der Sonderpädagogik gilt [1]. Sie verfolgten das Ziel, im Zusammenwirken von medizinischer Versorgung, therapeutischer Behandlung und pädagogischer Ausbildung körperbehinderten Kindern den Weg in ein eigenständiges Leben zu

eröffnen und so aus „Almosenempfängern Steuerzahler“ zu machen [2].

Von der Gründung bis zur Gleichschaltung

Das auf einem weitläufigen Waldgelände gelegene „Heim zur Heilung und Erziehung gebrechlicher Kinder“ hielt mit Elektrisation und Höhensonne, gymnastischen Übungen und Zander-Apparaten ein breites therapeutisches Angebot (► **Abb. 4**) für die vor allem an Knochen- und Gelenktuberkulose und Rachitis erkrankten jungen Patienten bereit und ermöglichte ihnen in hauseigenen Lehrwerkstätten eine berufliche Ausbildung. Kurz nach Eröffnung wurde das OHH mit Beginn des 1. Weltkrieges zum Lazarett und übernahm eine führende Rolle in der „KriegsKrüppelfürsorge“ und der Versorgung von Ohnhänder-Patienten [3]: Neueste operative Verfahren wie die „Krukenberg-Operation“ mit Spaltung von Elle und Speiche zu einer „natürlichen Greifzange“ (► **Abb. 5**) und apparative Hilfsmittel wie eine am OHH entwickelte künstliche Arbeitshand („Fischer-Hand“) demonstrierten bis in die 1920er Jah-



Abb. 1: Kaiserin Auguste-Viktoria bei der Einweihung des OHH am 27.5.1914.



Abb. 2: Konrad Biesalski, Kinderarzt und Begründer der modernen „Krüppelfürsorge“.



Abb. 4: Sonnenbaden an der Planschwiese: Aufenthalte im Freien, auch der Unterricht in der Waldschule, gehörten zur Lichttherapie, basierend auf der von Kurt Huldshinsky (1883-1940) am OHH entwickelten Heilbehandlung von Rachitis durch UV-Bestrahlung.

re publikumswirksam die Erfolge in der beruflichen Rehabilitation von Kriegsverwundeten. Nach der „Gleichschaltung“ des Hauses 1933 und einer erneuten Fokussierung auf „Kriegsorthopädie“ und Unfallchirurgie ab 1938/39 spielte die Klinik nach 1945 eine zentrale Rolle in der Versorgung und Koordination während der Berliner Poliomyelitis-Epidemie.

Ausbau zur orthopädischen Spezialklinik nach 1945

Ab 1954 setzte mit Alfred N. Witt (► **Tab. 1**) der Ausbau zur orthopädischen Spe-

zialklinik ein u.a. mit der Stärkung der Wiederherstellungschirurgie, der Einrichtung einer Sonderstation für Schwerbeschädigte und im Zuge dessen einer umfassenden Physio-, Hydro- und Beschäftigungstherapie. Unter Günter Friedebold (ab 1969) erfolgte der Aufbau der Traumatologie mit moderner Anästhesie und Intensivmedizin und des Biomechanik-Labors (Reinhard Kölbel). In der

Kinderorthopädie (Elisabeth Zapfe), in den 1960er Jahren Behandlungszentrum für Berliner „Contergan-Kinder“, spezialisierte sich das OHH u.a. auf Skoliosebehandlung und die Früherkennung von Hüftluxationen durch Ultraschalluntersuchungen. 1976 wurde als eine nahezu einzigartige Einrichtung bundesweit das Replantationszentrum für abgetrennte Gliedmaßen eröffnet, das die Vorreiterrolle des OHH innerhalb der Orthopädie bekräftigte. Auch die Spezialisierung auf mikrochirurgische Eingriffe und minimalinvasive Techniken bei Wirbelsäulen-Operationen (Ulrich Weber), die Etablierung der bundesweit ersten Abteilung für Psychosomatische Orthopädie (Helmut Albrecht) und der Abteilung Technische Orthopädie (Georg Neff) wie auch später ab 2003 die Konzentration auf die Endoprothetik der Knie- und Hüftgelenke (Jörg Scholz) trugen zum Ruf des OHH als eine der führenden orthopädischen Fachkliniken Deutschlands bei. Ungeachtet dessen stand das OHH angesichts rückläufiger Belegzahlen und massiver Bettenstreichungen in Berlin nach dem Mauerfall vor der Entscheidung, im Jahr 2000 den traditionsreichen Standort aufzugeben und mit zwei weiteren Kliniken des Bezirks Zehlendorf, der Lungenklinik Heckeshorn und dem Behring-Krankenhaus, zur „Zentralklinik Emil von Behring“ zu fusionieren.

Am neuen „Standort Behring“ ist das OHH heute innerhalb des HELIOS-Klinikums Emil von Behring präsent in der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie (Stephan Tohtz) und der Klinik für Kinderorthopädie und Kindertraumatologie (Holger Mellerowicz) mit einer Spezialisierung vor allem in der operativen Versorgung als „Zentrum für Gelenkmedizin und Wirbelsäulenchirurgie“ u.a. mit Revisionsendoprothetik, Knochen-transplantationen, bandscheibenersetzenden Verfahren oder Stabilisierungsoperationen. In der Kinderorthopädie steht die Versorgung von Patienten mit Skiosen – in enger Zusammenarbeit mit der orthopädischen Werkstatt –, mit posttraumatischen Deformitäten und mit Behinderungen auf neuropädiatrischer Basis im Vordergrund.

Lehrstuhl und Schule der modernen Orthopädie

Von Beginn an beheimatete das OHH eigene Schulen für Krankenpflege, Kranken-

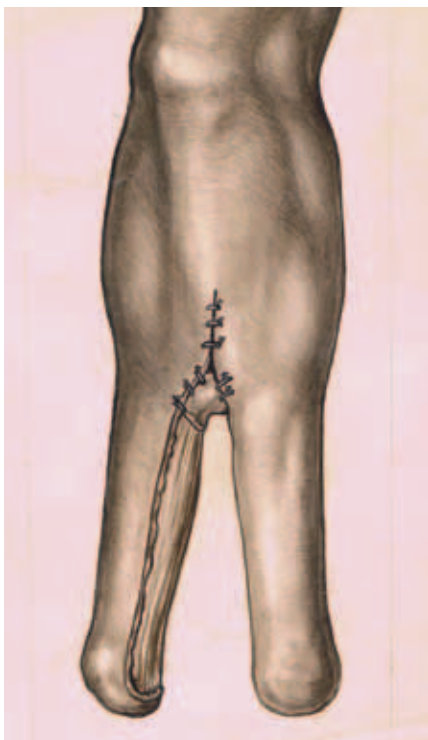


Abb. 5: Zeichnung der Krukenberg-Operation mit gespaltener Elle und Speiche.

Ärztl. Direktor	Amtszeit
Konrad Biesalski (1868-1930)	1914 - 1930
Friedrich Mommsen (1885-1976)	1930 - 1934
Hermann Gocht (1869-1938)	1934 - 1938
Lothar Kreuz (1888-1969)	1938 - 1945
Rudolf Keyl (1901-1964)	1945 - 1954
Alfred Nikolaus Witt (1914-1999)	1954 - 1968
Günter Friedebold (1920-1994)	1969 - 1988
Ulrich Weber (Jg. 1943)	1988 - 2004
Jörg Scholz (Jg. 1947)	2004 - 2013
Stephan Tohtz (Jg. 1968)	2013

Tabelle 1: Die Ärztlichen Direktoren des OHH



Abb. 6: Der Oskar-Medizinpreis.

Jahr	Preisträger	Thema
2010	Prof. Stefan Andreas (Immenhausen / Göttingen)	COPD und Tabakentwöhnung
2011	Prof. Britt Wildemann (Berlin), Prof. Gerhard Schmidmaier (Heidelberg)	Stimulation der Knochenheilung
2012	Prof. Sigrid Elsenbruch(Essen), Prof. Michael Schemann (München)	Reizdarmsyndrom
2013	Prof. Andreas Günther, Prof. Philipp Makart (beide Gießen)	interstitielle Lungenkrankheiten
2014	PD Dr. Tobias Renkawitz, Bad Abbach	Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit beim elektiven Hüftersatz

Tabelle 2: Die Preisträger des Oskar-Medizinpreises

gymnastik und Beschäftigungstherapie sowie die „Zentrale Fortbildungs- und Forschungsanstalt“ für Orthopädiemechanik und erhielt 1938 den Rang einer „Orthopädischen Universitätsklinik und Schulungsanstalt für Körperbehinderte“ der Charité. Mit der Berufung von Witt auf den 1954 neu begründeten Lehrstuhl für Orthopädie der Freien Universität Berlin erlangte die Klinik erneut universitären Status und wurde zu einer der bedeutendsten orthopädischen Ausbildungsstätten Deutschlands, wie die Wittschen Schüler und späteren Lehrstuhlinhaber Heinz Mittelmeier (Homburg-Saar), Dieter Hohmann (Erlangen), Horst Cotta (Heidelberg), Günter Friedebold (Berlin) und Moritz Hans Rettig (Gießen) belegen [4]. Mit einem breiten Spektrum an orthopädischen Krankheitsbildern stand das OHH viele Jahrzehnte für ein hohes Ausbildungsniveau, zeitweilig versehen mit weiteren Professuren für Technische Orthopädie und für Kinderorthopädie. Heute ist es Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité.

Wissenschaftliche Meriten erwarb die Klinik durch wegweisende Forschungstätigkeiten u.a. in der Endoprothetik mit der Erstbeschreibung der Partikelerkrankung durch Implantatverschleiß und der Entwicklung von Keramik-Endoprothesen-Gleitpaarungen (Mittelmeier), mit der Belastungsstudie zur Schultergelenks-Endoprothese (Kölbel) und vor allem mit der von Georg Bergmann entwickelten „sprechenden Messhüfte“, die weltweite Anerkennung fand. Weitere Forschungen galten der Weiterentwicklung eines Wirbel-Fixateurs externe, dem Fibrinklebesystem, der Verblockung von Wachstumsfugen nach Frakturen sowie im Bereich der Prothetik der Anwendung der CPM-machine-Fingermotorikschiene und des UTHA-Arms. Heutige Forschungsprojekte stehen in enger Kooperation mit der Stiftung OHH, sei es die Oberschenkelvermessung im Formetric unter Einsatz eines Steh-MRTs oder die Langzeitbeobachtung zu den Folgen von Bewegungsmangel bei Kindern.

Die Stiftung im Wandel

Die Trägerschaft des OHH oblag seit 1966 der Stiftung Oskar-Helene-Heim, der Rechtsnachfolgerin des 1905 von Biesalski begründeten „Krüppel-Heil- und Fürsorgevereins für Berlin-Brandenburg“. Mit dem Fusionsbeschluss 2000 übernahm die Stiftung die Gesamtleitung der neuen „Zentralklinik“, bis sie 2004 mit der Ausgründung in die „HELIOS Emil von Behring GmbH“ eine strategische Partnerschaft mit dem HELIOS-Konzern einging und sich allein der „Förderung der Wissenschaft und Forschung auf dem Gebiet der Medizin“ verschrieb. Den Kernkompetenzen der ursprünglich drei Kliniken folgend konzentriert sich die Förderung auf die Gebiete der Orthopädie/-technik (OHH), der Lungenheilkunde (Heckeshorn) und der Gastroenterologie/Viszeralchirurgie (Emil von Behring) in Form von (Co-)Finanzierung von Studien oder gemeinnützigen Gesundheitsfördernden Projekten, Vergabe von Stipendien sowie Verleihung von Preisen.

„Der Oskar der Medizin“

In ihrem nunmehr 10-jährigen Bestehen hat die Stiftung über 30 Projekte mit einem Volumen von 2,6 Mio. Euro gefördert. Seit 2010 wurde darüber hinaus fünfmal der „Oskar-Medizinpreis“ (► **Abb. 6**) vergeben, zuletzt für Forschungen zur Verbesserung von Qualität und Patientensicherheit bei elektivem Hüftersatz. Der „Oskar der Medizin“ ist mit 50.000€ einer der höchstdotierten Medizinpreise in Deutschland, der sowohl Auszeichnung für bisher Geleistetes als auch eine Anschubfinanzierung und Nachwuchsförderung darstellt (► **Tab. 2**).

Aktuell unterstützt die Stiftung – teils unter Einsatz der Großgeräte G-Scan-MRT und PET-CT – Forschungsprojekte z.B. zu Höhen- und Volumenveränderungen bei Bandscheiben, zu Einsatz und Belastungsfolgen von Kniegelenkorthesen oder zur Wirksamkeit von Aircast-Schienen. Eine von der Orthopädie der Universität Rostock und der Orthopädie OHH ge-

meinsam durchgeführte Vergleichsstudie widmet sich der ambulanten vs. stationären Rehabilitation bei Kniegelenkendoprothetik. Zudem vergibt die Stiftung mit der „Helene-Medaille“ eine weitere Auszeichnung, die ganz im Sinne ihrer Finanziers und Namensgeber Oskar und Helene Pintsch an ehrenamtliche Initiativen im gesundheitlich-sozialen Sektor geht. Mit der Förderung innovativer Wissenschaft und sozialen Engagements sieht sich die Stiftung ganz in der Tradition des OHH und dessen Maxime, stets medizinisch „up to date“, therapeutisch innovativ und wohl tätig zu wirken.

Literatur beim Verfasser

Stiftung Oskar-Helene-Heim
Walterhöfer Str. 11
14165 Berlin
info@stiftung-ohh.de
Tel.+49 (0 30) 81 02-1100

Prof. Dr. Wolfgang Kuhla, Vorsitzender der Stiftung Oskar-Helene-Heim (Berlin)

Prof. Dr. Robert Loddenkemper, Kuratoriumsmitglied der Stiftung Oskar-Helene-Heim (Berlin)

PD Dr. Holger Mellerowicz, Leiter der Klinik für Kinderorthopädie und Kindertraumatologie im HELIOS-Klinikum Emil von Behring (Berlin)

Prof. Dr. Wolfram Mittelmeier, Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik (Rostock)

Prof. Dr. Georg Neff, ehem. Leiter der Abteilung Technische Orthopädie, Dysmelie und Rehabilitation (Berlin)

Prof. Dr. Wolfgang Noack, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie und Kuratoriumsmitglied der Stiftung Oskar-Helene-Heim (Berlin)

Vera Seehausen (Berlin)

Dr. Stephan Tohtz, Leiter der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie (Zentrum für Gelenkmedizin und Wirbelsäulenchirurgie) im HELIOS-Klinikum Emil von Behring (Berlin)

Werner Ukas, Geschäftsführer der Stiftung Oskar Helene-Heim (Berlin)

PROTOKOLL zur Mitgliederversammlung 2014 der DGOOC



**Deutsche Gesellschaft für Orthopädie
und Orthopädische Chirurgie e. V.
am Donnerstag, 30.10.2014, 12.45 –
13.40 Uhr
Messe Süd Berlin, Großer Saal**

Tagesordnung

1. Anträge zur Tagesordnung

Der Präsident Professor Windhagen eröffnet pünktlich die Mitgliederversammlung, zu der 69 Mitglieder erschienen sind. Die Ladung ist frist- und formgerecht erfolgt, es liegt Beschlussfähigkeit vor.

Zur Tagungsordnung werden folgende Ergänzungen vorgebracht:

Dem Vorstand liegt ein schriftlicher Antrag der Arbeitsgemeinschaft 4 „Tumoren des Haltungs- und Bewegungsapparates“ auf Bildung einer Sektion der DGOOC vor. Dieser Antrag soll unter TOP 7 Wahlen verhandelt werden.

Außerdem wird für TOP 7.3 Wahl des Beirats Herr Prof. Dr. med. Wolfgang Rüther/Bad Bramstedt als zusätzlicher und damit vierter Kandidat benannt für die Neuwahl von insg. 3 Beiratsmitgliedern im Gesamtvorstand.

Professor Dr. med. Andreas Imhoff steht nur noch bis Ende des Jahres 2014 als Schriftführer zur Verfügung. Daher hat der Geschäftsführende Vorstand Herrn Hans-Jörg Heep (Essen) als neuen Schriftführer berufen. Dies bedarf ebenfalls der Bestätigung durch die Mitgliederversammlung unter TOP 7 Wahlen.

2. Bericht des Präsidenten

Mit Bezug auf den DKOU berichtet Prof. Windhagen, dass die absoluten Zahlen der Abstract-Einreichungen leicht rückläufig sind, die Annahmequote jedoch gestiegen ist. Er hofft, dass dies auch im kommenden Jahr für alle Mitglieder

motivierend wirkt. Die Aussteller- sowie Besucher-Zahlen sind mit geringen Schwankungen mit dem Vorjahr vergleichbar. Das Etablieren fester Säle für die Mitgliederversammlungen und die Festveranstaltungen bringt mehr Ruhe und eine qualitative Verbesserung. Die Internationalisierung des Kongresses wird vorangetrieben, was sich z. B. in einem durchgehenden Slot in englischer Sprache widerspiegelt, in der Registrierung von ca. 600 Teilnehmern aus dem Ausland und einen internationalen Empfang am Mittwochabend. Gastländer sind diesmal Frankreich und Schweden. Nach dem Präsidentenwechsel bei der Chinese Orthopaedic Association (COA) gestaltet sich der Kontakt zur chinesischen Fachgesellschaft schwieriger. Deshalb wird er recht bald gemeinsam mit dem nächstjährigen DGOOC-Präsidenten Prof. Nerlich die COA besuchen, um die Kontinuität in der Kooperation aufrechtzuerhalten, die letztes Jahr mit der Berliner Deklaration einen Höhepunkt erfahren hatte.

Als Themenschwerpunkte im Jahr seiner Präsidentschaft für DGOOC und DKOU führt er an:

- Im Bereich Ausbildung: Summerschool im September 2014, Tag der Studierenden zum DKOU und das Projekt yOUNgsters mit dem BVOU
- Im Bereich Weiterbildung: insb. die Novellierung der neuen Weiterbildungsordnung, für die sich die Fachgesellschaften im BÄK-Wiki-Portal vehement ins Zeug gelegt haben und die nun voraussichtlich bis 2017 zunächst auf Eis liegt.
- bei der Weiterentwicklung von O&U: insbes. bei den konservativen Inhalten, der Bildgebung und der Situation an den Hochschulen
- im Bereich Forschung das Weißbuch Forschung in O + U
- bei der Fortbildung die Kurse „fit after eight“ und „Spezielle Orthopädische Chirurgie“

- und nicht zuletzt die Initiative Qualität und Sicherheit in O + U mit dem Endoprothesen-Register, dem Endo-Cert-Projekt und der AG Implantatsicherheit

Ein wichtiges Thema der wissenschaftlichen Gesellschaft für das nächste Jahr ist die Weiterbildung, z. B. die Spezielle orthopädische Chirurgie, die Spezielle Unfallchirurgie, die Kinderorthopädie, die orthopädische Rheumatologie wie auch die konservativen Inhalte. Ein Schwerpunkt bleibt die Rekrutierung eines gut ausgebildeten stabilen Nachwuchses. Dafür wünscht er dem neuen Generalsekretär Prof. Kladny, der im nächsten Jahr in die großen Fußstapfen von Prof. Niethard tritt, wie auch dem Vorstand viel Erfolg. Er bedankt sich bei allen für die hervorragende Unterstützung in seinem Amt als Generalsekretär.

Prof. Kladny ergreift das Wort und würdigt die Verdienste des scheidenden Generalsekretärs: Seit 1985 ist Prof. Niethard im Vorstand der Fachgesellschaft engagiert, im Jahr war er 2000 Präsident der DGOT wie die Gesellschaft damals hieß, 2002 hat er das Amt des Generalsekretärs der DGOOC übernommen und bis 2014 in hervorragender Weise geführt. 2008 gehörte er zu den maßgeblichen Gründungsmitgliedern der gemeinsamen Gesellschaft DKOU und ist seither im zweijährigen Wechsel zusätzlich Generalsekretär der DKOU. Damit wird aus den Vorstandsreihen ein Mann verabschiedet, der sich zielstrebig für den Aufbau des gemeinsamen Faches einsetzt und der in 30 Jahren Vorstandsarbeit nicht verlernt hat, seine Freude und sein Lachen zu bewahren.

Prof. Niethard dankt für die Ehrung anlässlich des Amtswechsels und ist überzeugt, dass Prof. Kladny für sein neues Amt prädestiniert ist. Nicht zuletzt, weil der Prof. Hoffmann von der DKOU seit Kindesbeinen kennt und gemeinsam mit

ihm ein gutes Gespänn beim Führen der gemeinsamen Gesellschaft abgibt.

3. Bericht des Generalsekretärs

In seinem Bericht dankt Prof. Niethard für die geleistete Arbeit den Vorstandsmitgliedern wie auch den Mitarbeitern der gewachsenen gemeinsamen Geschäftsstelle von DGOOC, DGU und DGOU. Die Mitgliederverwaltung, die Pressearbeit und die Homepages sind weitgehend zusammen gewachsen. Die Anforderungen an die Geschäftsstellen von prosperierenden Gesellschaften sind qualitativ anspruchsvoller geworden. Daher wurde Herr Ulrich Biermann zur Koordination all dieser Abläufe zwischen den Gesellschaften im Juli 2014 als Geschäftsführer der DGOU eingestellt, der im Saal ist und von den Mitgliedern mit Applaus begrüßt wird

In Ergänzung zu den vom Präsidenten präsentierten Themenschwerpunkten im Jahr 2014 führt der Generalsekretär die Auseinandersetzung mit den Normierungsbestrebungen von DIN und CEN/CENELEC zur europaweiten Normierung von Gesundheitsberufen an. Im Verein mit der Bundesärztekammer und den Ministerien ist es gelungen, eine gemeinsam ausgerichtete Stellungnahme zu verfassen, die äußerst unterschiedlichen Gesundheitssysteme und Weiterbildungskonzepte als auch Zuständigkeiten hinweist.

Nennenswert sind die nicht weniger als 64 Projekte von DGOOC, DGU und DGOU, die häufig vom heftigen Bemühen um eine quantitativ und qualitativ gute Versorgung der Bevölkerung geprägt sind – so z. B. Projekte zur Netzbildung im Bereich Versorgungsforschung, das Leitlinien-Online-Portal, das inzwischen auch auf internationalem Parkett anerkannte EPRD-Projekt, das nun mit den EndoCert-Bemühungen verknüpft wird; und nicht zuletzt die Qualitätsoffensive Wirbelsäule sowie die Qualitätssicherung im Kongressbereich durch das WIK-Forum. Von der gemeinsamen Strategiekonferenz Potsdam III Mitte November d. J. wird nicht weniger als ein weiterer Schub für die Fortentwicklung des Faches O + U unter der Führung der gemeinsamen Gesellschaft erwartet.

Auch die Verbesserung der Zusammenarbeit mit dem Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie unter der

Präsidentschaft von Dr. Gassen wird von Prof. Niethard gewürdigt. Er bittet alle Mitglieder, den designierten Nachfolger Dr. Flechtenmacher zu unterstützen, damit der gemeinsame Weg erfolgreich fortgeführt werden kann.

Als Ausblick für 2015 verweist er auf die weitere Stärkung von Orthopädie und Unfallchirurgie innerhalb der deutschen Chirurgie wie auch europaweit als Vertretung in der EFORT, wo wir schon heute zu den stärksten Säulen bzw. mitgliederstärksten Ländern gehören.

Prof. Niethard dankt zum Ende seiner Ausführungen allen für die gute Zusammenarbeit in den 12 Jahren, die er als Generalsekretär mitgestalten durfte. Es hat ihm viel Spaß gemacht und er tritt nun mit tiefer innerer Zufriedenheit in die zweite Reihe zurück.

3.1 Satzungsänderung der DGOOC und Abstimmung

Prof. Niethard erläutert die Notwendigkeit einer Satzungsänderung der DGOOC bezüglich der Aufwandsentschädigung für die Tätigkeit der Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstandes: Mit Wirkung ab 01. Januar 2015 wird durch das Ehrenamt-Stärkungsgesetz das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) geändert. § 27 Abs. 3 BGB sieht dann vor, dass die Mitglieder des Vorstandes eines Vereins grundsätzlich ehrenamtlich tätig sind. Mit dieser Regelung wird klargestellt, dass die Zahlung einer Vorstandsvergütung – weil abweichend vom Gesetz – in der Satzung ausdrücklich bestimmt werden muss. Die Steuerberatungsgesellschaft schlägt daher folgende Ergänzung für die Satzung der DGOOC (gleichlautend wie die Änderung für die Satzung der DGOU) vor:

§ 3 Gemeinnützigkeit

(2) Mittel des Vereins dürfen nur für die satzungsgemäßen Zwecke verwendet werden. Die Mitglieder des Geschäftsführenden Vorstandes können eine pauschale Aufwandsentschädigung erhalten. „Über die Höhe der Vergütung entscheidet der Gesamtvorstand.“

In geheimer Abstimmung votieren 48 Mitglieder mit JA, 5 Mitglieder mit NEIN und 7 enthalten sich der Stimme. Damit ist die Änderung der Satzung angenommen.

4. Bericht des Schatzmeisters

Prof. Werner Siebert stellt anhand von Diagrammen und Statistiken dar, dass die Einnahmen und die Ausgaben der Gesellschaft stabil und ausgeglichen sind. Neben den unumgänglichen Reisekosten für die rege Gremienarbeit, den Personal- und Mietkosten stehen die Förderung der Wissenschaft durch Vergabe von Preisen und Stipendien, der Förderung von Forschungsnetzwerken und Weiterbildungskursen an der Spitze der Ausgabenliste. Auch die Beiträge für Mitgliedschaften in anderen nationalen und internationalen Verbänden sind ein nicht unerheblicher Ausgabe-posten. Der Schatzmeister versichert, dass auch im nächsten Jahr die solide Finanzierung der DGOOC durch die Einnahmen aus Mitgliedsbeiträgen und den Kongress weiterhin gewährleistet ist.

5. Bericht der Kassenprüfer

PD Dr. Jens Richter trägt auch im Namen von Prof. Heino Kienapfel den Bericht der Kassenprüfer vor:

Die Kassenprüfung der DGOOC fand am 13. Oktober 2014 in der Geschäftsstelle statt in Anwesenheit eines Vertreters der Steuerberatungsgesellschaft Roever Broenner Susat GmbH & Co. KG und eines Mitarbeiters der DGOOC-Geschäftsstelle. Prof. Werner Siebert als Schatzmeister stand telefonisch für Anfragen zur Verfügung. Alle zur Prüfung erforderlichen Unterlagen wie Jahresabschlüsse 2013, Kassenbücher, Buchungsbelege und Kontoauszüge lagen vor. Die genaue Überprüfung ergab keine Beanstandungen, alle Belege waren vorhanden, die Beträge korrekt verbucht.

Die Kassenprüfer können für den Zeitraum vom 1. Januar bis 31. Dezember 2013 eine regelhafte ordnungsgemäße Buchführung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. bestätigen. Es bestehen keine Beanstandungen in der Abrechnung. Die beiden Kassenprüfer schlagen deshalb der Mitgliederversammlung vor, den Vorstand zu entlasten.

6. Entlastung des Vorstands

In geheimer Abstimmung wird der Vorstand einstimmig bei Stimmenthaltung der Vorstandsmitglieder entlastet.

7. Wahlen

Vorab steht der Antrag der Arbeitsgemeinschaft 4 „Tumoren des Haltungs- und Bewegungsapparates“ auf Bildung einer Sektion der DGOOC zur Abstimmung.

50 Mitglieder stimmen in geheimer Abstimmung mit JA, 8 mit NEIN und 5 enthalten sich der Stimme. Damit ist die Sektion „Muskuloskeletale Tumoren“ eine neue, unselbständige Sektion der DGOOC. Ihr Vertreter gehört als Fachbeirat dem Gesamtvorstand der DGOOC an und ist abstimmungsberechtigt – vorausgesetzt, er ist Mitglied der DGOOC.

1.1 Wahl des 3. Vizepräsidenten

Der Vorstand schlägt Frau Prof. Dr. med. Andrea **Meurer**, Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim in Frankfurt am Main, als Kandidatin für die 3. Vizepräsidentin und damit für das Amt der DGOOC-Präsidentin für das Jahr 2017 vor. Frau Prof. Meurer hat sich vorab mit einer Kandidatur einverstanden erklärt. In geheimer Abstimmung erhält die Kandidatin 51 JA-Stimmen und 2 Gegenstimmen bei insg. 9 Enthaltungen. Damit ist Frau Prof. Meurer gewählt. Sie nimmt die Wahl an und bedankt sich für die Ehre und das große Vertrauen, das in sie gesetzt wird.

1.2 Wahl des Generalsekretärs

Der Gesamtvorstand hat Herrn Prof. Dr. Bernd **Kladny**, Herzogenaurach für das Amt bestellt. Satzungsgemäße Amtsperiode für den Generalsekretär: 3 Jahre. Prof. Kladny hat den Vorschlag des Gesamtvorstands der DGOOC angenommen. Die Bestellung erfordert die Bestätigung durch die Mitgliederversammlung. In offener Abstimmung wird Prof. Kladny

einstimmig zum DGOOC-Generalsekretär gewählt und sein Amt am 1. Januar kommenden Jahres antreten. Prof. Kladny dankt für das Vertrauen und hofft auf weiterhin gute Zusammenarbeit.

1.3 Wahl des Beirats

2014 laufen die Amtszeiten von folgenden Beiratsmitgliedern ab: Prof. Dr. med. Volkmarr **Jansson**, Orthopädische Klinik Großhadern (München), Prof. Dr. med. Stefan **Rehart**, Agaplesion Markus-Krankenhaus (Frankfurt a. M.) und Prof. Dr. med. Dieter Ch. **Wirtz**, Universitätsklinik und Poliklinik für Orthopädie und Unfallchirurgie (Bonn). Die Genannten können satzungsgemäß nicht für eine weitere Amtsperiode wiedergewählt werden.

Der Vorstand schlägt Frau Dr. med. Tanja **Kostuj**, Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim (Frankfurt a. M.), Frau Prof. Dr. med. Christina **Stukenborg-Colsman**, Orthopädische Klinik II MHH Annastift (Hannover) und Herrn Prof. Dr. med. Markus **Rickert**, Klinik und Poliklinik für Orthopädie und orth. Chirurgie (Gießen) als Kandidaten für den gewählten Beirat vor. Hinzu kommt laut Antrag an die Mitgliederversammlung Prof. Dr. med. Wolfgang **Rüther** (Bad Bramstedt). Alle vier Genannten sind mit der Kandidatur einverstanden und stehen für die Neuwahl von insg. 3 Beiratsmitgliedern zur Verfügung. Damit sind Dr. Kostuj, Prof. Rüther und Prof. Stukenborg-

Colsmann als neue Mitglieder in den Beirat gewählt. Die drei genannten nehmen die Wahl an.

1.5 Wahl der Kassenprüfer 2015

Der Vorstand schlägt Prof. Dr. med. Heino Kienapfel, Auguste-Victoria-Klinikum, Abt. Orthopädie, Berlin und PD Dr. med. Jens Alexander Richter, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, Marienhospital, Gelsenkirchen zur Wiederwahl vor. Prof. Dr. med. Kienapfel und PD Dr. med. Richter haben im Vorfeld den Vorschlag zur erneuten Kandidatur angenommen. Bei offener Wahl im Block werden Prof. Kienapfel und PD Dr. Richter einstimmig wiedergewählt. Es gibt keine Gegenstimmen und keine Enthaltungen.

In der Position des Schriftführers steht Professor Dr. med. Andreas Imhoff dem Gesamtvorstand nur noch bis Ende des Jahres 2014 zur Verfügung. Daher hat der Geschäftsführende Vorstand Herrn PD Dr. med. Hans-Jörg **Heep** (Essen) als neuen Schriftführer berufen. Dies bedarf der Bestätigung durch die Mitgliederversammlung. In offener Abstimmung wird Dr. Heep einstimmig ohne Enthaltungen bestätigt.

8. Verschiedenes

Da es keine weiteren Fragen aus der Mitgliedschaft gibt, dankt der Präsident den ausgeschiedenen Beiratsmitgliedern Prof. Jansson, Prof. Rehart und Prof. Wirtz sowie Prof. Imhoff als Schriftführer für ihr Engagement im Gesamtvorstand der DGOOC. Er wünscht allen eine weiterhin erfolgreiche Teilnahme am Kongress und schließt die Sitzung um 13.40 Uhr.



Prof. Dr.
Henning Windhagen,
Präsident DGOOC



Prof. Dr.
Fritz Uwe Niethard
Generalsekretär DGOOC

Forum der Nichtselbstständigen Ärzte der DGOOC

Prof. Dr. Ulrich Nöth

Das Forum NSO ist die Organisation aller nicht-selbstständigen Ärzte in der DGOOC. Die vielfältigen Belange dieser enorm großen Gruppe werden hier diskutiert und ihre mehrheitlichen Interessen durch den Vorsitzenden im Vorstand der DGOOC vertreten. Dabei galt es immer insbesondere die Interessen der Fach- und Oberärzte gleichermaßen zu berücksichtigen. Seit Gründung des jungen Forum als Interessenvertretung vor allem der jüngeren Kollegen, obliegt es dem Forum NSO umso mehr den älteren Fachärzten und Oberärzten eine Heimat zu sein. Diese sind zwar Leistungsträger in ihren Kliniken, aber im eigentlichen Sinne des Forums nicht selbstständig, sondern Leitenden Ärzten, Chefarzten oder Direktoren unterstellt. Gerade diese Gruppe erfahrener Kollegen hat etwas beizutragen zur Entwicklung der DGOOC und der DGOU.

Über das Forum NSO ist dies auf direktem Wege möglich. Wird ein Mitglied des Forum NSO selbst Chef – so ist er heute sicherlich nicht wirklich selbstständig, wie das vielleicht früher einmal der Fall

war –, dann endet satzungsgemäß seine Mitgliedschaft. Dies gilt natürlich auch und besonders für den Vorsitzenden, als der ich mich nach 3-jähriger Tätigkeit als Vorsitzender hiermit verabschiede.

Neuer Vorsitzender und Stellvertreter des Forum NSO

Im Anschluss an die bereits zum zweiten Mal beim DKOU Kongress in Berlin organisierte gemeinsame Sitzung von NSO und NSU (nichtständiger Beirat der DGU) über aktuelle Themen der Führungs- und Leitungsebene wurden Neuwahlen des Vorsitzenden und des stellvertretenden Vorsitzenden durchgeführt. Die Wahl des Vorsitzenden fiel auf Herrn PD Dr. med. Ralf Skripitz, Leitender Oberarzt an der Universität Rostock. Zu seinem Stellvertreter wurde Herr PD med. Tobias Renkawitz, Leitender Oberarzt an der Asklepios Klinik Bad Abbach für die Universität Regensburg gewählt. Das Forum NSO gratuliert den beiden neu gewählten sehr herzlich und wünscht Ihnen für Ihre zukünftigen Aufgaben viel Geschick und Erfolg.



Prof. Dr. med. Ulrich Nöth, MHBA
Chefarzt Orthopädie
und Unfallchirurgie
Evangelisches Waldkrankenhaus Spandau



PD. Dr. med. Ralf Skripitz
Leitender Oberarzt
Orthopädische Klinik
Universität Rostock



PD med. Tobias Renkawitz
Leitender Oberarzt
Asklepios Klinik Bad Abbach für die Universität Regensburg

Prof. Dr. Ernst Marquardt zum 90. Geburtstag

Univ.-Prof. em. Dr. Georg Neff



Prof. Marquardt, einer der Großen der technischen Orthopädie und Vorreiter der kombinierten chirurgisch-orthopädisch-technischen Methoden zur Funktionsverbesserung bei Gliedmaßenschäden und -defekten, hat sein 90. Lebensjahr vollendet.

Er begann sein Medizinstudium im Krieg, musste dies wegen der Einberufung zur Marine mit Fronteinsätzen – u.a. nach Schnellkurs als U-Bootarzt – immer wieder unterbrechen. Seine Liebe zum Geigenspiel führte bereits mit dreizehn Jahren zu ersten öffentlichen Auftritten und nach dem Krieg zum Engagement als Erster Geiger im Städtischen Orchester Kiel. Sie ermöglichte die Finanzierung und den Abschluss des Medizinstudiums. Diejenigen, die mit ihm operiert haben, wissen, dass Marquardt dabei mit Vorliebe klassische Musik hörte, denn diese Begeisterung hat ihn bis heute nicht losgelassen.

Die Weiterbildung am großen Annastift Hannover brachte ihn mit Kurt Lindemann zusammen, der Marquardt bei seinem Ruf auf den Lehrstuhl für Orthopädie in Heidelberg 1955 mitnahm. Marquardt hat sich dort schwerpunktmäßig mit der Prothesenversorgung und Rehabilitation von doppelseitig hand- und armamputierten Kriegs- und Zivilverehrten beschäftigt, und dabei u.a. die Heidelberger

pneumatische Armprothese (Pneumatik als Prothesenfremdkraft) weiterentwickelt. Seine Ergebnisse fanden internationale Anerkennung, so z.B. auch in der International Society für Prosthetics and Orthotics (ISPO).

Seine Erkenntnisse auf dem Gebiet der fremdkraftbetriebenen Prothesen waren Ausgangspunkt für die große Herausforderung der Versorgung Congergeschädigter Kinder. Die sogenannte „Congerkatastrophe“ hat Marquardt als Arzt, Chirurg, Orthopädietechniker, Gutachter aber auch Teammanager mit psychologischem Feingefühl ab 1961 gleichermaßen gefordert. Marquardt ist es zu verdanken, dass die anfänglich dem äußerlichen Eindruck angepasste Amputationschirurgie einer funktionellen Betrachtung gewichen ist, bei der sogar das kleinste Fingerbürzel noch eine Bedeutung bekam.

Nach der Habilitation wurde Marquardt 1965 zum „Wissenschaftlichen Rat“ ernannt und mit der Leitung der neu an der Orthopädischen Klinik eingerichteten „Abteilung für Dysmelie und Technische Orthopädie“ betraut, später folgte die Berufung zum Universitäts-Professor der Universität Heidelberg. Seine Abteilung umfasste im Endstadium nicht nur ein eigenständiges Gebäude mit einer Bettenstation und angemessen ausgestatteten Funktionsräumen, sondern zwei Sonderwerkstätten für die oft komplizierten Versorgungen der oberen und unteren Gliedmaßen congergeschädigter und anderweitig fehlgebildeter Kinder. Ein Forschungsinstitut unter Leitung eines Physikers sorgte u.a. für die Entwicklung von Steuerungssystemen und von speziellen Passteilen insbesondere für kindgerechte Armprothesen, die seinerzeit auf dem Markt nicht erhältlich waren.

Marquardt war dabei immer ein „Teamplayer“. Sein Programm war ein „holistic approach“, d. h. eine gesamtheitliche Beurteilung und Vorgehensweise entsprechend den individuellen Bedürfnis-

sen des einzelnen Patienten. Die unter Mitwirkung von Orthopädie-Technikern, Physio- und Ergotherapeuten und Psychologen durchgeführten ambulanten Sprechstunden und Teambesprechungen waren beispielhaft und haben immer wieder interessierte Fachleute aus dem In- und Ausland angezogen. Mit genialen Ideen hat Marquardt neue Operationsmethoden beschrieben, die die funktionellen Fähigkeiten von Amputierten und anderweitig Behinderten verbesserten, so z.B. die tenomyoplastische Chopartamputation, die Winkelosteotomie langer Humerusstümpfe, die Stumpfkappenplastik bei drohender Stumpfdurchspießung etc.

Seine Tätigkeit fand Eingang in eine umfangreiche Publikationsliste mit ca. 250 Veröffentlichungen zu den Themen Rehabilitation, Amputationstechnik, prothetische Versorgung von Bein- und Armamputierten, spezielle Operationsmethoden im Hinblick auf die orthopädie-technische Versorgung bei Gliedmaßenfehlbildungen, die Ganzheitsbehandlung Gliedmaßenfehlgebildeter etc.

In Anerkennung seiner über die Jahre vielfältig gepflegten Kontakte in den USA und der wissenschaftlichen Zusammenarbeit auf internationaler Ebene wurde er 1968 als „Horowitz-Visiting-Professor of Rehabilitation Medicine“ der New York University geehrt. Marquardt hat die internationale Zusammenarbeit stets gefördert und in der ISPO als Vizepräsident, dann als Präsident nachhaltig vorangebracht. Unter den Auspizien der ISPO geriet das internationale „Symposium on the Limb Deficient Child“ in Heidelberg 1988 zur Würdigung seines Lebenswerkes und zum krönenden Abschluss seiner Tätigkeit in Heidelberg ein Jahr danach.

Univ.-Prof. em. Dr. Georg Neff

(Nach einer Laudatio anlässlich der Jahrestagung der ISPO-Austria e.V. in Salzburg am 15.11.2013.“)

Neue Mitglieder

Dr. med. Gafar Adam Gafar **Ahmed** · Heuchelheim

Dr. Burak **Altintas** · Nürnberg

Stephan **Berger** · Hannover

PD Dr. med. Roland **Biber** · Nürnberg

Christoph **Biscas** · Mannheim

PD Dr. med. Peter U. **Brucker** · München

PD Dr. med. Kiriakos **Daniilidis** · Hannover

Dr. med. Heiko **Durst** · Lappersdorf

Curd-J. **Eisermann** · Berlin

Dr. med. Ziad **El Rabih** · Dresden

Dr. Dara **Froemel** · Frankfurt am Main

Dr. med. Franca **Genest** · Würzburg

Carola **Georgi** · Berlin

Magdalena Maria **Gilg** · Deutschfeistritz

Lars **Goebel** · Saarwellingen

PD Dr. med. Lars **Großterlinden** · Hamburg

Dr. med. David **Hausmann** · Leverkusen

Dr. Nael **Hawi** · Hannover

Julia **Hierholzer** · Köln

PD Dr. med. Jörg **Holstein** · Bexbach

Lukas **Holzer** · Klagenfurt

Finn **Kornau** · Berlin

Laura **Kremer** · Frankfurt am Main

Dr. Harald **Lehnert** · Friedberg

Dr. Mourad **Mana** · Bonn

Sarah **Mohr** · Eppelheim

Dr. Stefan **Nachbaur** · Schweinfurt

Dr. med. Annette **Oskamp** · Dresden

Mitja **Scheuermann** · Berlin

Daniel **Schrednitzki** · Falkensee

Dr. med. Verena **Stockhammer** · Wien

Dr. med. Martin **Ulatowski** · Remscheid

Jürgen **Waibel** · Forchheim

Pia **Will** · Würzburg

Timur **Yenerim** · Berlin

Erstes Treffen des Ausschusses TNW der DGU

Prof. Dr. Steffen Ruchholtz

Der neugegründete Ausschuss TraumaNetzwerk (TNW) der DGU hat sich am 23. September 2014 erstmalig im Airport Conference Center in Frankfurt/Main zusammengesetzt. Der Ausschuss berät übergeordnet inhaltliche, organisatorische, wirtschaftliche und internationale Angelegenheiten des TNW und setzt sich aus Verantwortlichen unterschiedlicher Gremien der DGU und des TraumaNetzwerkes DGU® zusammen.

Mitglieder des Ausschusses sind:

Leiter: Prof. Dr. Steffen Ruchholtz, AKUT, Marburg
Prof. Dr. Reinhard Hoffmann, Generalsekretär der DGU, Frankfurt
Prof. Dr. Johannes Sturm, Geschäftsführer der AUC – Akademie der Unfallchirurgie
Prof. Dr. Sascha Flohe, Leiter Sektion NIS, Düsseldorf
Prof. Dr. Wolfgang Lehmann, Hamburg
Prof. Dr. Gerrit Matthes, Berlin
Prof. Dr. Thomas Mittlmeier
Dr. Jens-Peter Stahl, Dortmund
Prof. Dr. Norbert Südkamp, Freiburg
Dr. Florian Debus, Leiter Geschäftsstelle TNW, Marburg

Re-Auditierung

Zunächst wurde der Bereich Re-Auditierung thematisiert. Dabei wurde über das Intervall zwischen dem ersten und dem zweiten Re-Audit diskutiert. Dieser Punkt war bereits im Rahmen des diesjährigen Jahreskongress TNT in Düssel-

dorf ausführlich mit den Leitern der regionalen TraumaNetzwerke sowie den Vertretern der Traumazentren erörtert worden. Aus Gründen der Transparenz und der Glaubwürdigkeit sowie der Notwendigkeit, die im Rahmen des ersten Audits in vielen Kliniken vereinbarten Aufgaben zu überprüfen, beschließt der Ausschuss, die Phase zwischen dem ersten und dem zweiten Audit auf drei Jahre festzusetzen. Über das Intervall zwischen dem zweiten und dritten Audit soll in einer weiteren Ausschusssitzung beraten werden.

In einem weiteren TOP wurde der Ablauf des 2.Re-Audits unter Berücksichtigung der Checkliste für die Kliniken im Detail durchgesprochen. Hierbei konnte, unter Beratung der Firma DIOcert, eine Reihe von redundanten oder obsoleten Fragen aus dem Programm gestrichen werden. Dadurch wurde gleichzeitig eine Verschlankung des Ablaufs erzielt. Um die Transparenz sowie die qualitative Beurteilung der Re-Audits zu erhöhen, wurde vom Ausschuss die Einrichtung eines Fachbeirates beschlossen. Mitglieder dieses Fachbeirates sind ehemalige Chefarzte größerer unfallchirurgischer Kliniken aus ganz Deutschland. Das Konzept der Einbindung von sehr erfahrenen und allgemein anerkannten Unfallchirurgen in das TraumaNetzwerk hat sich bereits bei den Schlichtungsverfahren als effektiv herausgestellt. Der Fachbeirat wird im Wesentlichen die Beurteilungen der Re-Audit-Berichte durchführen, so wie in die Beurteilung einzelner Kliniken

beziehungsweise Schlichtungsverfahren mit eingebunden werden. Des Weiteren wird angeregt, die Kompetenz des Fachbeirates, insbesondere für Kliniken mit auffälligen Abläufen beziehungsweise Ergebnissen, im TraumaRegister zu nutzen.

Lebensqualität erfassen

Eine weitere Zielsetzung im TraumaNetzwerk DGU ist die bundesweite Erfassung der Lebensqualität zwei Jahre nach Trauma. Diesbezüglich wird ein Arbeitskreis eingerichtet werden, der unter Einbindung von Spezialisten in der Erfassung der Lebensqualität, des Datenschutzes und der Datenverarbeitung ein Konzept erstellen soll, mit welchem eine möglichst einheitliche deutschlandweite Erhebung der Lebenssituation zwei Jahre nach schwerem Trauma durchgeführt werden kann.

Der Ausschuss TNW wird sich regelmäßig in mindestens halbjährigen Abständen treffen. Über weitere Entwicklungen im TraumaNetzwerk DGU wird durch den Ausschuss an dieser Stelle berichtet werden.



Prof. Dr. Steffen Ruchholtz, Leiter des Ausschusses TraumaNetzwerk

Sektion Kindertraumatologie 2014

PD Dr. Dirk Sommerfeldt

Für die aktive Mitarbeit finden Sektionstreffen zweimal pro Jahr im Rahmen der Sektionstagung im Sommer und des DKOU im Herbst statt. Zusätzlich konnte ein drittes, wissenschaftliches Arbeitstreffen institutionalisiert werden, das in 2015 zum dritten Mal durchgeführt werden wird. Es findet Ende Januar im Odenwald statt. Organisator ist Prof. Dr. Schmittenbecher (Karlsruhe). Aus den bisherigen Treffen sind bereits abgeschlossene Multicenterbefragungen zu den Themen „Operative Versorgung der Femurschaftfraktur im Kindesalter bei erhöhtem BMI“, „Versorgungsrealität der Femurschaftfraktur im Kindesalter bei Patienten unter 3 Jahren“ und ein erster Entwurf für ein Register zur Erfassung von pathologischen Frakturen im Kindesalter entstanden. Diese Projekte wurden im Rahmen der wissenschaftlichen Sitzung Kindertraumatologie auf dem diesjährigen DKOU vorgestellt.

Projekte

Studien:

Die von der DFG und dem BMBF geförderte, prospektive Multicenterstudie AFIC (Angulated fractures in children) unter Leitung von Prof. Dr. Wessel (Mannheim) und PD Dr. Sommerfeldt (Hamburg) ist angelaufen. Allerdings haben erst zwei Zentren Patienten in diese Studie eingebracht. Ziel ist die schnelle Initiierung möglichst aller geplanten Zentren in 2015.

Kurse:

In 2014 fand der AO-Kurs Kindertraumatologie mit Prof. Dr. Marzi als Gastgeber in Frankfurt statt. Wieder war der Kurs mit 60 Teilnehmern schnell ausge- und überbucht. Die Resonanz des minutiös evaluierten Kurses war wiederum sehr positiv. In 2015 findet der AO-Kurs Kindertraumatologie im September in Hamburg statt. Gastgeber sind Prof. Dr. Hahn (Bremen) und PD Dr. Sommerfeldt (Hamburg). Des Weiteren finden jährlich zahlreiche Fortbildungsveranstaltungen „Kindertraumatologie für D-Ärzte“ im Rahmen der Fortbildungspflicht im berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren statt. Hier sind immer Mitglieder der Sektion aktiv beteiligt.

Bücher/ Artikel:

Die Publikationsleistung der Sektion soll auf der DGU-Website gebündelt dargestellt werden. Wir bitten alle Autoren um Meldung ihrer Veröffentlichungen an Prof. Dr. Strohm (Freiburg). Zwei Themenhefte Kindertraumatologie (Der Unfallchirurg, EJTES) wurden in diesem Jahr realisiert.

Beratende Tätigkeit für die DGUV:

Die Sektion ist weiterhin eingebunden in die Erstellung von Richtlinien zur Behandlung unfallverletzter Kinder sowohl im Bereich der Schwerverletztenversorgung (Weißbuch, Traumanetzwerk, VAV, SAV) als auch in entsprechenden Bereichen der Neuausrichtung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens (D-Arzt, Fortbildungsangebote, s.o.).

MWBO:

Im Rahmen der Novellierung der Weiterbildungsordnung und der Arbeit an wiki.baek.de wurde eine Abbildung der Inhalte der Kindertraumatologie in den jeweiligen Weiterbildungsordnungen der Fachgesellschaften für Kinderchirurgie und Orthopädie und Unfallchirurgie erreicht. Ein von beiden Facharzttrichtungen aus erreichbares Zertifikat Kindertraumatologie ist geplant.

Tagungen

Die Sektionstagung 2014 fand mit großem Erfolg und guter Resonanz in Lübeck unter der Leitung von PD Dr. Kaiser statt, dem wir an dieser Stelle für seine Arbeit danken. Tagungsort der Sektion für das Jahr 2015 wird Koblenz sein, die wissenschaftliche Leitung haben PD Dr. Gercek (Koblenz) und Dr. Seif el Nasr (Andernach) übernommen. Hauptthemen sind Ellenbogenluxationen, die Kreuzbandruptur und Patellaluxationen im Kindesalter. In 2016 wird die Tagung in Köln stattfinden.

Auf dem diesjährigen DKOU war die Sektion wie immer mit mehreren wissenschaftlichen Sitzungen und Workshops vertreten. Bei Besuch von drei Veranstaltungen à 90min wurde die oben angesprochene Fortbildungspflicht für D-Ärzte mit Zertifikat durch die DGUV erfüllt.

Etabliert ist eine gemeinsame Sitzung mit der Vereinigung Kinderorthopädie (VKO) der DGOOC, in diesem Jahr unter dem Thema „Knochenstoffwechsel“. Eine fallbasierte Sitzung mit intensiver Diskussion fand ebenfalls bereits zum dritten Mal statt, in diesem Jahr unter dem Thema „Sprunggelenk“.

In eigener Sache

Nach zwei dreijährigen „Legislaturperioden“ gebe ich zum Jahresende die Sektionsleitung der Sektion Kindertraumatologie der DGU an Prof. Dr. Schmittenbecher (Karlsruhe), den bisherigen Stellvertreter, ab. Sein Stellvertreter wird Prof. Strohm (Freiburg). Ich weiß somit die Sektionsleitung in den besten Händen und die angestoßenen Entwicklungen werden fortgeführt. Ich freue mich über das Erreichte, insbesondere die feste Verankerung der Kindertraumatologie als anerkannte Spezialisierung innerhalb der Orthopädie/Unfallchirurgie und der Kinderchirurgie, die in der zweiten Auflage des Weißbuchs „Schwerverletztenversorgung“ und in der Neuordnung des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens der DGUV zum Ausdruck gekommen ist.

Ein von mir weiter zu verfolgendes Ziel wird die Arbeit an einer internationalen, wissenschaftlichen Vereinigung für Kindertraumatologie in Zusammenarbeit mit der DGOU sein. Ich wünsche mir hier einen Zusammenschluss von auf dem Gebiet der Kindertraumatologie tätigen Kollegen in Europa, gleich welcher Fachrichtung, mit den Zielen der Standardentwicklung und des Erfahrungsaustausches, aber auch der Generierung von wissenschaftlicher Evidenz auf hohem Niveau. Erste erfolgversprechende Gespräche wurden bereits geführt.



PD Dr. Dirk Sommerfeldt
Sektionsleiter der
Sektion Kindertraumatologie

Aus dem Wissenschaftsausschuss der DGU

Prof. Dr. Ingo Marzi und Prof. Dr. Hans-Christoph Pape

Die vom Wissenschaftsausschuss der DGU initiierte Gründung des „Netzwerkes Traumaforschung“ innerhalb der Sektion Grundlagenforschung der DGOU e.V. hat sich zu einer sehr aktiven Plattform für die Polytraumaforschung und Wundheilungsforschung entwickelt. Das von Prof. Huber-Lang und Frau PD Dr. Stefanie Flohé geleitete Netzwerk hat zwischenzeitlich die – auch von der DGU geförderte – Etablierung einer Serum-Bank polytraumatisierter Patienten sowie einer Wundflüssigkeiten-Bank nach Operationen gestartet. Die Netzwerkstruktur ist etabliert, die Ethik-Voten vorhanden und die rechtlich abgesicherten Auswertungen mit Daten des Trauma-Registers sind geregelt. Diese langfristig angelegten Projekte zielen auf eine Drittmittel-geförderte Verbundförderung, die durch dieses große Start-Up Projekt ihre Vorarbeiten definiert. Fünf Kooperationspartner haben den Prozess bereits durchlaufen und weitere Interessenten haben sich schon gemeldet.

Summer School

Als eine weitere Initiative des „Netzwerk Traumaforschung“ wurde im Juli 2014 eine Summer School durchgeführt. Dieses Symposium richtet sich insbesondere an Nachwuchswissenschaftler zur Vermittlung von wissenschaftlichen und klinischen Grundlagen im Bereich der Traumaforschung. Das Schwerpunktthema der diesjährigen Veranstaltung in der Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie des Universitätsklinikums Aachen unter Leitung von Prof. Pape und Prof. Hildebrand war die „Traumaforschung im Groß- und Kleintiermodell“. Neben Vorträgen standen insbesondere Live-Demonstrationen von Operationstechniken im Kleintiermodell und die Diskussion aktueller Publikationen im Mittelpunkt.

Multilaterale Forschungsprojekte

Eines der weiteren Projekte des „Netzwerk Traumaforschung“ ist die Durchführung eines Forschungsprojektes im Großtiermodell. Im Rahmen dieses Kooperations-

vorhabens mehrerer unfallchirurgischer Kliniken soll der Einfluss der Primärversorgung von Femurschaftfrakturen auf lokale (z.B. frühe Frakturheilung) und systemische (z.B. pulmonale und hepatische Funktion, Inflammation) im Rahmen eines Monotraumas und eines Polytraumas untersucht werden. Eine Besonderheit des geplanten Modells ist die im Vergleich zu vorhergehenden Studien sehr lange post-traumatische Nachbeobachtungsphase von 72 Stunden, welche unter klinischen relevanten Bedingungen (Beatmung und intensivmedizinische Therapie) durchgeführt wird. Die Versuche werden im Dezember 2014 in Aachen beginnen. Neben diesem multi-lateralen Forschungsprojekt haben sich mittlerweile circa 20 bi- oder tri-laterale weitere Forschungskooperationen entwickelt.

Die Darstellung der Forschungsaktivitäten soll auch auf der DGU/DGOU Internetseite aktueller sichtbar gemacht werden. Hierzu wurde ein *Forschungsforum* entwickelt, das alsbald allen – auch klinisch aktiven – Gruppierungen der Fachgesellschaft als Online-Tool angeboten wird. Diese Formular-basierte Information wird es in Zukunft erlauben, leicht einen Überblick über die Forschungsaktivitäten zu gewinnen. Die Leiter aller Gruppierungen werden hierzu von der Geschäftsstelle informiert.

Ein weiterer wesentlicher Fokus des WA soll die Nachwuchsförderung sein. Dieses ist in den o.g. Forschungsinitiativen bereits gut etabliert. Inwieweit hier weitere Sitzungen innerhalb der DKOU, z.B. „first talk“, „meet the professor“ eine Option darstellen, wird derzeit evaluiert. Insbesondere bei den Studierenden sollen diese Konzepte bei Umsetzung bekannt gemacht werden, um das Fachgebiet auch hier zu unterstützen.

Forschung im Ausland

Weitere Aspekte bestehen in der Verbesserung der Vertretung der deutschen Forschung im Ausland. Bisher ist hier eine Kooperation zwischen ESTES und EFORT

sowie der AAST vorhanden. In 2014 kam auch eine Kooperation mit der OTA hinzu, welche zum ersten Mal mit einer Sitzung im Rahmen der ESTES vertreten war. Eine Koordination der Forschungsaktivitäten und eine Bündelung der Meetings soll mittelfristig, auch mit anderen Forschungsgesellschaften, angestrebt werden. In diesem Zusammenhang ist auch die Darstellung der Versorgungsforschung vorgesehen.

Während der Sitzung des WA der DGU im Rahmen des DKOU 2014 wurde auch die Weiterentwicklung des WA der DGOU diskutiert. Es wurde vorgeschlagen, alle forschungsaktiven AGs oder Netzwerke der DGOU dort zu bündeln. Dies würde eine Vertretung aller Forschungsnetzwerke der Sektion Grundlagenforschung der DGOU e.V., die bisherigen Wissenschaftsausschüsse, Vertreter der Versorgungsforschung sowie der klinisch-wissenschaftlichen AGs betreffen. Die Leitung des WA der DGU wurde im Rahmen dieser Sitzung nach 6-jähriger Tätigkeit von Prof. Marzi, Frankfurt, an Prof. Pape, Aachen übergeben und Prof. Huber-Lang, Ulm, ist als Stellvertreter benannt. Prof. Marzi bedankt sich für die stets konstruktive und sehr produktive Arbeit in diesem wichtigen Gremium der Fachgesellschaft. Die Weiterführung der Aktivitäten des WA mit einem vorwiegend klinisch orientierten Wissenschaftler (Pape) und seinem insbesondere auf Grundlagenforschung fokussierten Partner (Huber-Lang) ist daher bestens gesichert.



Prof. Dr. med. Ingo Marzi, Frankfurt



Prof. Dr. med. Hans-Christoph Pape, Aachen

„Staffelstabübergabe“ in der Leitung der AG Septische Chirurgie

Prof. Dr. Andreas Tiemann

Prof. Gunther Hofmann übergab am 28.10.2014 im Rahmen der Mitgliederversammlung der AG Septische und rekonstruktive Chirurgie seinen Posten als Vorsitzender der AG an den bisherigen Schriftführer, Herrn Prof. Andreas Tiemann.

Hofmann, Ärztlicher Direktor der BG Kliniken Bergmannstrost in Halle, ist Gründungsmitglied der im Jahr 2008 entstandenen Arbeitsgemeinschaft. In den Jahren als Leiter der AG hat er sich couragiert und konstruktiv für die Belange der septisch-rekonstruktiven Chirurgie eingesetzt. Er hat damit die wissenschaftliche Arbeit, die Aspekte der praktischen Anwendungen sowie auch standespolitische Diskussionen auf ein bis dahin nie erreichtes hohes Niveau gehoben. Wesentlicher Aspekt seiner Intention war die Zusammenführung einzelner und unterschiedlicher praktischer Vorgehensweisen in der Diagnostik und Therapie der muskuloskeletalen Infektion zu einer gemeinsamen „Schule“ ebenso wie der von ihm geförderte ständige enge Kontakt und der intensive Dialog mit den in der AG zusammenkommenden Experten. Auch der Blick über den Tellerrand der Unfallchirurgie/Orthopädie hinaus war ihm als ein

Befürworter einer interdisziplinären Behandlung muskuloskeletaler Infektionen immer wesentlich.

Neuer Leiter der AG

Als neuer Leiter der Arbeitsgemeinschaft wurde Herr Prof. Dr. med. Andreas Tiemann, Ärztlicher Leiter des SRH Zentralklinikums Suhl und Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, ernannt. Ähnlich wie Hofmann befasst auch er sich seit mittlerweile fast 20 Jahren mit dem Problem muskuloskeletaler Infektionen. Zu seinen Lehrern gehörten Prof. Muhr und Prof. Josten. Bis zum 31.12.2013 war er der leitende Arzt der Abteilung für septische und rekonstruktive Chirurgie der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannstrost in Halle.

Konstante Größe der Leitung der Arbeitsgemeinschaft bleibt Prof. Rudolf Ascherl, der auch in Zukunft der stellvertretende Leiter der AG sein wird und hier mit großem Engagement den orthopädischen Part vertritt. Zum neuen Schriftführer wurde Herr Dr. Andreas Miltz aus Murnau ernannt. Er ist der Leiter der dortigen Abteilung für septisch-rekonstruktive Chirurgie am BG-Klinikum in Murnau. „Gemeinsam werden wir die AG in

Zukunft im Sinne der bisherigen Leitung weiterführen. Schwerpunkte unserer Arbeit werden kurzfristig die Überführung der AG in eine Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie sein. Weiterhin werden wir mit Elan anstehende Themen, wie z.B. die Ausbildung des unfallchirurgisch-orthopädischen Nachwuchses anhand von entsprechenden Curricula oder aber die Einrichtung einer Datenbank zum Thema muskuloskeletale Infektionen vorantreiben“. Auch Herr Prof. Nerlich nahm an der Sitzung der AG teil und dankte im Namen des geschäftsführenden Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie dem bisherigen Leiter der AG Herrn Prof. Hofmann für dessen engagierte Arbeit in den letzten Jahren und wünschte der neuen Crew viel Erfolg und eine sichere Hand bei der Bewältigung der anstehenden Probleme.



Prof. Dr. Andreas Tiemann
Leiter der AG Septische und Rekonstruktive Chirurgie

Aus dem Programmausschuss der DGU

Prof. Dr. Ulrich Stöckle, Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch

Der Programmausschuss koordiniert im Wesentlichen die Aktivitäten der Arbeitsgemeinschaften und Sektionen der DGU. Daher wird im Folgenden eine kurze Zusammenfassung der aktuellen Projekte im Bereich der Arbeitsgemeinschaften und Sektionen erfolgen. Basis hierfür sind die Berichte anlässlich des jährlichen Treffens, bei dem alle Arbeitsgemeinschaften und Sektionen berichten und bei dem dieses Jahr auch Prof. Marzi als Vertreter des Wissenschaftsausschuss anwesend war. Allgemeiner Schwerpunkt der Aktivitäten ist der Aufbau bzw. die Pflege von speziellen Registern.

Die **AG klinische Geweberegeneration** der DGOU zählt fast 100 Mitglieder. Schwerpunkt der Tätigkeiten ist der Aufbau eines Registers zur Knorpeltherapie. Die Teilnahme ist momentan kostenlos und soll daher auch für Nichtmitglieder der AG zukünftig geöffnet werden. Zunehmend problematisch aus Sicht der AG zeigen sich Aktivitäten zur EU-weiten Regulierung auch der zellbasierten Therapie. Die geforderten groß angelegten randomisierten Studien seien kaum zu realisieren.

Die **Sektion Notfall-/Intensiv- und Schwerverletztenversorgung (NIS)** ist weithin bekannt durch die Pflege des Traumaregisters und zahlreiche Publikationen hieraus. Aktuelles Projekt ist die Verbindung von klinischen Daten mit Bilddaten. Erste Ergebnisse hierzu sind für 2015 zu erwarten. Weiterhin müsste das Kriterium Lebensqualität definiert und operationalisiert werden.

Die **AG Alterstraumatologie** hat aktuell einen Wechsel in der Leitung mit Prof. Liner als neuer Leiter der AG. Aktuelles Projekt ist auch hier der Aufbau eines Registers. Das Alterstrauma-Register entspricht dabei den Vorgaben des FFN-Registers (Fragility Fracture Network), das bereits in mehreren Ländern verwendet wird.

Die **AG Arthroskopische Chirurgie** der DGU ruht aktuell und arbeitet als „Komitee Trauma“ der AGA. In dieser Funktion ist die AG sehr aktiv. Aktuelles Problem

ist jedoch weiterhin die Obergrenze von 10 Mitgliedern pro Komitee.

Die **AG Becken III** unter der Leitung von Dr. Stuby führt die erfolgreiche Datenbank des Beckenregisters weiter und hat den Datensatz auf einen Basisdatensatz reduziert. Aktuell sind Daten aus über 20 Jahren der Aktivität verfügbar.

Die **AG Einsatz-, Katastrophen- und Taktische Chirurgie** ist die bislang jüngste Gruppierung der DGU. Sie ist vornehmlich von Bundeswehrangehörigen geprägt, steht jedoch prinzipiell allen offen. Bei der Leitfrage, was nach dem Schockraum passiert, ist der Fokus essentiell für das Selbstverständnis der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Modulare Fortbildungen in Ergänzungen zur Weiterbildungsordnung und in Abstimmung mit bereits existierenden Kursen wie dem DSTC-Kurs oder dem Taktik-Kurs werden angeregt.

Die **AG Osteologie** hat neben zahlreichen Aktivitäten den Schwerpunkt in der Mitwirkung an den DVO-Leitlinien, die ansonsten recht internistisch geprägt sind. Gemeinsame Projekte mit der AG Alterstraumatologie sind durchaus möglich.

Die **AG Prävention von Verletzungen/Sektion Prävention der DGOU** hat zwischen 20 und 30 aktiven Mitgliedern. Schwerpunkt dabei ist vor allem die Verkehrsunfallprävention, die thematische Verbreiterung auf andere Präventionsfelder soll in den nächsten Jahren angegangen werden.

Die **AG Rechnergestütztes Operieren** arbeitet innerhalb der DGOU als AG Intraoperative Bildgebung und Technologie-Integration.

Die **AG Septische und Rekonstruktive Chirurgie** hat eine zunehmende Bedeutung hinsichtlich der öffentlichen Wahrnehmung von Hygieneproblemen und auch Infektionen. Bei aktuell ungenügender Studienlage hinsichtlich Infektionen bei Osteosynthesen sollen entsprechende Studien initiiert werden.

Die **AG Ultraschall** hat aktuell 60 Mitglieder mit 15-20 Aktiven. Ziel ist eine weitere Verbreitung der Ultraschalldiagnostik im klinischen Alltag. Hierfür soll ein Kurs „Chirurgischer Ultraschall in der Notaufnahme“ angeboten werden.

Die **AG Wirbelsäule** ruht innerhalb der DGU und arbeitet in der Sektion Wirbelsäule der DGOU. Es bestehen sieben Arbeitsgruppen, wovon zwei wesentlich unfallchirurgisch geprägt sind. Schwerpunkt der Arbeit sind auch hier unterschiedliche Studien, so z.B. zu osteoporotischen Frakturen und auch die sogenannte Rasputi-Studie (Randomization of Stabilization Procedures for Unstable Thoracolumbar spine fractures). Hierbei sollen Scores und auch basierende Handlungsempfehlungen entwickelt werden.

Die **AG Sporttraumatologie** ruht derzeit innerhalb der DGOU. Im Bereich der DGOU werden die Aktivitäten von der GOTS übernommen. Bei entsprechenden Fragestellungen wäre eine Reaktivierung der AG zu prüfen.

Die **Sektion Handchirurgie** ist in Vorbereitung eines Handtraumaregisters. Die Jahrestagung der Sektion ist nach dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Handchirurgie der größte Handchirurgiekongress in Deutschland.

Die **Sektion Kindertraumatologie** hat aktuell 350 Mitglieder, davon ca. 250 bei den Jahreskongressen und ca. 40 sind wissenschaftlich aktiv. In enger Kooperation mit der Vereinigung für Kinderorthopädie (VKOU) werden Module mit kindertraumatologischen Inhalten entwickelt. Weiterer Schwerpunkt ist die DFG geförderte Studie „Distaler Unterarm“. Hier sind die Kliniken rekrutiert und legen zum Großteil die Voten der Ethikkommission vor.

Die **AG Fuß** hat keinen aktuellen Bericht vorgelegt.

Die **Sektion Rehabilitation** der DGU ruht. Die Aktivitäten erfolgen innerhalb der DGOU-Sektion, der Bericht ebenfalls.

Insgesamt zeichnen sich alle Arbeitsgemeinschaften und Sektionen durch einen sehr hohen Aktivitätsgrad aus. Die einzelnen laufenden bzw. geplanten wissenschaftlichen Studien sollen zukünftig über die Geschäftsstelle und speziell den Wissenschaftsausschuss koordiniert werden. Ausführliche Berichte zu Studienaktivitäten der Arbeitsgemeinschaften und Sektionen sind über die Homepage der DGU oder auf Nachfrage in der Geschäftsstelle verfügbar.

Weiterer Schwerpunkt der Tätigkeit des Programmausschusses ist die Koordination des Unfallchirurgischen Kongressprogrammes auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

In Absprache mit dem Verantwortlichen der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie (DGOUC) wird hier seit mehreren Jahren das Schwerpunktprogramm alternierend entsprechend der Regionen oberer Extremitäten, Wirbelsäule/Rumpf, untere Extremitäten koordiniert. Dies hat zu einer deutlichen Verbesserung der Programmqualität und insbesondere auch zur Fokussierung der Thematik im Sinne von State-of-the-Art-Vorträgen geführt. Für die zukünftige Gestaltung des Chirurgenkongress hat sich der Programmausschuss mit konstruktiven Vorschlägen eingebracht, um die Bedeutung auch für O&U deutlich zu verbessern.



Prof. Dr. Ulrich Stöckle,
Leiter des Programmausschusses



Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch,
Stellvertr. Leiter des Programmausschusses

Jahresbericht der AG Ultraschall

Dr. Gerhard Achatz, Dr. Kay Großer, Dr. Torsten Andres

Nun neigt sich das Jahr langsam dem Ende zu, hält doch der Herbst inzwischen überall deutlich Einzug und liegt auch bereits ein interessanter DKOU hinter uns. Diese Gelegenheit möchten wir nutzen, Ihnen einen kurzen Überblick über die Aktivitäten der AG Ultraschall im Jahr 2014 zu geben.

Entwicklung der AG Ultraschall

Unsere AG führt zur Zeit 60 Mitglieder. Mit den Arbeitsschwerpunkten „Berufspolitik“, „Aus- und Weiterbildung“ und „Wissenschaft“ haben wir auch in diesem Jahr daran gearbeitet, die Sonographie weiter als Hilfsmittel in unserem Fachgebiet zu etablieren, Kooperationen zu pflegen und auszubauen, neue Kursformate zu initiieren sowie wissenschaftliche Studien voran zu treiben. (<http://www.dgu-online.de/en/ueber-uns/arbeitsplattformen/arbeitsgemeinschaften/ag-ultraschall.html>)

Mitgliedertreffen: So fanden in diesem Jahr erneut jeweils ein Mitgliedertreffen im Rahmen des VSOU-Kongresses in Baden-Baden sowie des DKOU in Berlin statt. Hierbei konnte u.a. erneut die wichtige kooperative Zusammenarbeit

mit der Sektion Bildgebung der DGOUC herausgearbeitet werden, jedoch auch die Bedeutung der Eigenständigkeit unserer AG unterstrichen werden. Aus diesen Treffen konnten wir die Initiative ableiten, ergänzend zu den umfangreichen modularen Kurssystemen der DEGUM, Sonographiekurse zu etablieren, die das Interesse an der Sonographie im chirurgischen Fachgebiet, insbesondere bei den jungen Kolleginnen und Kollegen, wecken sollen und sich deshalb inhaltlich und thematisch an den Bedürfnissen aus und in der Klinik ausrichten. An diese konstruktiven Mitgliedertreffen werden wir auch im kommenden Jahr jeweils während der Kongresse in Baden-Baden und Berlin anknüpfen.

Kongressbeiträge

1.) Wissenschaftliche Sitzung der AG Ultraschall auf dem Jahreskongress der VSOU am 02.05.2014 in Baden-Baden mit dem Titel: „Sonographie – Aktuelles aus der Wissenschaft für den täglichen Einsatz in Praxis und Klinik“. Erstmals in diesem Jahr gestaltete die AG Ultraschall mit einer eigenen 90-minütigen wissenschaftlichen Sitzung am VSOU-Kongress in Baden-Baden diesen aktiv mit. Im ersten

Teil der Sitzung wurde auf die Bedeutung von therapeutischen Ultraschallanwendungen eingegangen. Es konnten hier interessante wissenschaftliche Erkenntnisse aus Forschungsprojekten mit unfallchirurgischem Fokus von Kliniken aus Bochum, Wermelskirchen, Hamburg und Dresden zur Beeinflussung der Knochenbruchheilung durch niedrigerenergetisch gepulsten Ultraschall vorgetragen werden. Diese lösten eine lebhaft und konstruktive Diskussion aus.

Der zweite Teil der Sitzung legte einen akzentuierten Schwerpunkt mit Vorträgen zu sonographischen Anwendungsoptionen im sportmedizinischen Umfeld. In der Diskussion zeigte sich, dass der Ultraschall mit seinen speziellen Anwendungen der Kontrastmittelsonographie oder auch der Elastographie besonders für diese Fragestellungen im Vergleich zur MRT immer effektiver nutzbar wird. Typisch aufgezeigte Anwendungsoptionen mit bereits teilweise klinischer Implementierung sind z.B. die Darstellung struktureller Umbauvorgänge bei der Achillodynie.

2.) Wissenschaftliche Sitzung der AG Ultraschall am DKOU in Berlin am

28.10.2014 mit dem Titel „Muss es denn gleich immer CT oder MRT sein? Die Wertigkeit der Ultraschalldiagnostik in O&U“. Im Rahmen unserer wissenschaftlichen Sitzung am diesjährigen DKOU konnte einmal mehr die Bedeutung der Sonographie in unserem Fachgebiet unterstrichen und vorgestellt werden. Durch die Referenten wurden in spannenden Vorträgen, welche sich jeweils einem großen Gelenk widmeten, insbesondere die vielfältigen Einsatzmöglichkeiten der Sonographie als additives, aber auch – ganz im Sinne des Sitzungstitels – als alternatives Diagnostikinstrument herausgestellt. Es wurden die diagnostischen Möglichkeiten zur Beurteilung von Pathologien der großen Gelenke im klinischen Kontext dargestellt. Dabei konnten die Vor- und Nachteile der Sonographie für den klinischen Anwender an Schulter, Ellenbeuge und Hand sowie Hüfte, Knie und Sprunggelenk durch die Vortragenden sowie die anschließenden Diskussionen herausgearbeitet werden. Abschließend wurde an Fallbeispielen die erweiterte Bedeutung der Methode in der Anwendung bei Kindern dargestellt.

Im Rahmen der Sitzung wurde deutlich, dass die sonographischen Befunde mit neuen Geräten der MRT-Qualität nicht mehr nachstehen, dabei jedoch schneller und preiswerter verfügbar sind und an vielen Gelenken ebenso viele klinische Fragestellungen beantworten können. Für die Untersuchung des Schultergelenks beispielsweise ist die Sonographie schon in vielen Händen etabliert. Die wissenschaftlich fundierte Diskussion zeigt sich hier an den stetig steigenden Zahlen der bei PubMed gelisteten Veröffentlichungen zu den Fragestellungen der Ultraschalldiagnostik an der Schulter. In der sonographischen Beurteilung beim schwerverletzten Kind hat der Ultraschall – wann immer dies möglich ist – grundsätzlich eine wichtige Filterfunktion vor der reflexhaften Indikation zur Röntgen- oder CT-Diagnostik.

In vielen Bereichen sind jedoch weiterführende wissenschaftliche Studien nötig. Die sonographische Untersuchung der kindlichen Hüfte durch Graf hat anfänglich in den 1980-iger Jahren eher

Skepsis hervorgerufen, denn Beachtung gefunden. Die im Verlauf bahnbrechende und anerkannte Etablierung dieser Methode sollte Mut machen, die neuen Möglichkeiten der Sonografie auch in O&U weiter unbeirrt zu erforschen!

Wissenschaft und Forschung

Daher stellen Wissenschaft und Forschung einen der zentralen Aspekte in der Arbeit der AG Ultraschall dar, da neue Techniken und Anwendungsoptionen in Ihrer Wertigkeit nur auf der Basis klinisch relevanter wissenschaftlicher Fragestellungen als auch dazugehöriger valider Forschungsergebnisse in Ihrer Bedeutung unterstrichen werden können und damit Berücksichtigung in der täglichen Arbeit bekommen werden. Aktuell werden, gerade unter Einbeziehung neuer technischer Optionen, sieben wissenschaftliche Studien in Zusammenarbeit mit der AG Ultraschall der DGU bearbeitet. Ein Projekt konnte dabei zuletzt sogar eine entsprechende Anschubfinanzierung von Seiten der DGU erhalten.

Publikationspreis

Um die wissenschaftlichen Bemühungen noch deutlich mehr zu forcieren und einen Anreiz zur wissenschaftliche Betätigung zu schaffen, wird die AG Ultraschall der DGU nach Abstimmung mit dem Vorstand der Gesellschaft einen Publikationspreis für wissenschaftliche Arbeiten ausschreiben. Hierbei sollen Arbeiten zur Ultraschalldiagnostik im Fachgebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie sowie ihrer unmittelbaren Nachbarggebiete berücksichtigt werden, der Preis wird mit € 1500.- dotiert sein. Die Publikation der Ergebnisse soll im Anschluss zusammen mit der AG Ultraschall in der Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie erfolgen und die Ergebnisse im Rahmen eines Key-Note – Lecture – Vortrages während der Sitzung der AG Ultraschall auf dem Deutschen Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie vorgestellt werden.

Eine entsprechende Ausschreibung dazu wird über die O&U Mitteilungen & Nachrichten als auch über die Homepage der DGU erfolgen.

Weitere Termine

Abschließend dürfen wir die Gelegenheit nutzen, an dieser Stelle bereits auf zwei Termine im kommenden Jahr hinzuweisen und Sie bereits jetzt recht herzlich dazu einzuladen.

Unsere wissenschaftliche Sitzung während des VSOU in Baden-Baden wird am Freitag, den 01.05.2015, von 08.30 – 10:00 Uhr stattfinden. Unmittelbar im Anschluss an die wissenschaftliche Sitzung findet das 11. Mitgliedertreffen unserer AG statt.

So dürfen wir Ihnen abschließend bereits an dieser Stelle einen guten Jahresausklang, eine ruhige Adventszeit, besinnliche Weihnachtsfeiertage sowie einen „Guten Rutsch“ ins Jahr 2015 wünschen. Hier freuen wir uns dann auf eine rege Teilnahme an unseren weiteren Veranstaltungen mit hoffentlich wieder anregenden und konstruktiven Diskussionen sowie auf viele interessante und innovative Beiträge für die Bewerbung um unseren Publikationspreis.



Dr. med. Gerhard Achatz, Leiter der AG Ultraschall der DGU



Dr. med. Kay Großer, Stellv. Leiter der AG Ultraschall der DGU-



Dr. med. Torsten Andres, Schriftführer AG Ultraschall der DGU -

Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V.

Die Mitgliederversammlung der DGU fand am 29.10.2014, 12.50 Uhr bis 13.40 Uhr, Berlin, Messe Süd, Großer Saal, statt.

Prof. Dr. Andreas Seekamp, Prof. Dr. Bertil Bouillon, Prof. Dr. Reinhard Hoffmann

Der Präsident Prof. Dr. Bertil Bouillon eröffnet die Mitgliederversammlung um 12.50 Uhr und begrüßt alle erschienenen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie. Einladung und Tagesordnung wurden in Heft 4 der Orthopädie und Unfallchirurgie Mitteilungen und Nachrichten veröffentlicht, Auslieferungstermin 18.8.2014; die Einladung ist somit satzungsgemäß erfolgt. Die Tagesordnung wird ohne Änderungsanträge genehmigt. Es nehmen 210 Mitglieder an der Mitgliederversammlung teil.

Vor dem Eintritt in die Wahlen gibt der Wahlleiter, Prof. Dr. med. Alexander C. Beck (Würzburg), eine kurze technische Einführung in das elektronische Wahlsystem. Es folgt eine Testabstimmung, die die störungsfreie Funktion des Wahlsystems bestätigt.

Wahl des Dritten Vizepräsidenten 2015 und damit DGU-Präsident 2017

Der Präsident gibt bekannt, dass das Präsidium der DGU entsprechend dem Votum der Findungskommission Prof. Dr. med. Ingo Marzi aus Frankfurt/Main für das Amt des 3. Vizepräsidenten 2015 vorschlägt. Marzi ist Direktor der Klinik für Unfallchirurgie, Hand- und Wiederherstellungschirurgie des Klinikums der Goethe-Universität Frankfurt und derzeit Leiter des Wissenschaftsausschusses der DGU.

Die Wahl wird per TED-System durchgeführt. Am Ende der Mitgliederversammlung wird das Wahlergebnis durch den Wahlleiter bekannt gegeben. Herr Prof. Marzi wird mit überwältigender Mehrheit der abgegebenen Stimmen zum dritten Vizepräsidenten und damit zum DGU-Präsidenten 2017 gewählt. Er bedankt sich für das ausgesprochene Vertrauen und nimmt die Wahl an.

Wahlen zum Nichtständigen Beirat 2014-2016

Es sind 3 neue Mitglieder für den Nichtständigen Beirat zu besetzen. Das Präsidium hat satzungsgemäß aus den Vorschlägen der Mitglieder 6 Kandidaten ausgewählt. Aus diesen sind 3 Mitglieder zu wählen. Nach Abschluss der Wahl wird bekanntgegeben, dass als neue Mitglieder des Nichtständigen Beirates 2015-2017 mit relativen Stimmenmehrheiten Prof. Dr. Gerrit Matthes aus Berlin, PD Dr. Sabine Ochmann aus Münster sowie PD Dr. Christian Probst aus Köln gewählt sind. Alle drei danken für das Vertrauen der Mitgliederversammlung und nehmen die Wahl an.

Bericht des Präsidenten Prof. Dr. Bertil Bouillon (Köln)

Der Präsident berichtet einleitend über den großen Erfolg des erstmals veranstalteten Charity-Laufs zugunsten des Berliner Vereins BABELUGA, für den David Behre, der Paralympics-Bronzemedaillengewinner von 2012, die Patenschaft übernommen hat. Der Präsident verweist auf die Termine des Rahmenprogramms und wirbt um rege Teilnahme.

Er gibt einen Überblick über die aktuell wichtigsten Projekte und Veröffentlichungen sowie über Pressethemen, die innerhalb seines Präsidenschaftsjahres von besonderer Bedeutung waren. Er bedankt sich bei allen aktiv Beteiligten für ihr Engagement.

Bericht des Generalsekretärs Prof. Dr. Reinhard Hoffmann (Frankfurt/Main)

Hoffmann beginnt seinen Bericht mit einer Danksagung an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Geschäftsstelle und stellt den seit 1. Juli 2014 zum Team ge-

hörenden DGOU-Geschäftsführer, Ulrich Biermann, vor.

Als Schwerpunktthemen, die innerhalb des Jahres 2014 zu bearbeiten waren bzw. auch künftig weiterer Aktivitäten bedürfen, werden die Hubschrauberlandeplätze, EU-Normierungen, die Musterweiterbildungsordnung sowie Alterstraumazentren genannt. Darüber hinaus ist für 2015 die Intensivierung der Engagements für Projekte wie das Notfallrettungssystem in China, engere internationale Kooperationen mit SECOT, CAOS, OTA etc. sowie das Aktionsbündnis Traumaversorgung in Zusammenarbeit mit der DGUV und politischen Partnern vorgesehen.

Hoffmann informiert über das Ergebnis der Wirtschaftsprüfung der AUC durch die KPMG, das die Ordnungsmäßigkeit der Geschäftsführung und Prozessabläufe der AUC bestätigt.

Abschließend spricht er seinen Dank an die ausscheidenden Gremienmitglieder für ihren jahrelangen engagierten Einsatz für die Interessen der Fachgesellschaft aus.

Bericht des Schatzmeisters Prof. Dr. Joachim Windolf (Düsseldorf)

Windolf berichtet über die Mitgliederentwicklung, die weiterhin einen leichten Zuwachs aufweist. Es folgt der Kassenbericht mit abschließender Darstellung der Einnahmen und Ausgaben. Die Kassenlage ist auch in diesem Jahr stabil.

Vorstellung und Beschlussfassung Änderung der Satzung

Hoffmann erläutert den Vorschlag des Vorstandes zur anstehenden Satzungsänderung, der in Heft 4 der OUMN publiziert wurde. Die Satzungsänderung

Aus den Verbänden

betrifft § 11 und beinhaltet die Aufnahme des Leiters des Ausschusses TraumaNetzwerk DGU® in den Präsidialrat, wodurch er gleichzeitig stimmberechtigtes Mitglied des Präsidiums wird. Die Satzungsänderung wird ohne Gegenstimmen angenommen.

Bericht der Kassenprüfer für das Rechnungsjahr 2013 und Entlastung des Vorstandes

Der Kassenprüfer Prof. Michael Wich (Berlin) berichtet von der Kassenprüfung, die er am 16. September gemeinsam mit dem anderen Kassenprüfer, Prof. Dr. Karl-Heinz Frosch (Hamburg), in der Geschäftsstelle der DGU durchgeführt hat. Anwesend waren der Schatzmeister Prof. Dr. Joachim

Windolf, Frau Lydia Menzel von der Steuerberatungsgesellschaft Dr. Strack GmbH sowie Frau Lehnert von der Geschäftsstelle. Vorgelegt wurden der Kassenbericht und die dazugehörigen Belege. Die Prüfung ergab keinen Anlass für Beanstandungen; die Buchführung sowie der Jahresabschluss entsprechen den gesetzlichen und vereinsrechtlichen Vorschriften. Beck bittet daraufhin um Entlastung des Vorstandes. Der Vorstand wird einstimmig bei 7 Enthaltungen der Vorstandsmitglieder per Handzeichen entlastet.

Wahl des Kassenprüfers für das Jahr 2014

Vonseiten des Präsidiums werden Frank Klufmöller (Berlin) und Prof. Dr. Klaus-

Dieter Schaser (Berlin) als Kassenprüfer für das Jahr 2014 vorgeschlagen. Zunächst wird mit dem Ergebnis von zwei Enthaltungen per Handzeichen dafür abgestimmt, dass beide Kandidaten kumuliert gewählt werden. Anschließend werden Klufmöller und Schaser von den Mitgliedern ohne Gegenstimmen als Kassenprüfer gewählt.

Weitere Punkte werden unter Verschiedenes nicht vorgebracht.

Der Präsident schließt die Mitgliederversammlung um 13:40 Uhr und wünscht allen Teilnehmern einen weiterhin erfreulichen und interessanten Kongressverlauf.



Prof. Dr. A. Seekamp
Schriftführer



Prof. Dr. B. Bouillon
Präsident



Prof. Dr. R. Hoffmann
Generalsekretär

Neue Mitglieder

A

Altemeier, Vanessa · Bünde
Aschhab, Maan MD · Göttingen

B

Balzien, Benjamin · Köln
Barzen, Stefan · Frankfurt am Main
Baumann, Rainer Dr.med. · Pulheim
Birmmeyer, Christian Dr.med. · Bayreuth
Brucker, Peter U. Priv.Do. Dr.med. · München
Bucher, Sebastian · München
Büchner, Mara · Zürich
Buß, Fokko Dr.med. · Hannover

D

Dallmann, Sabine Dr.med. · Siegsdorf
Deichmann, Jan · Berlin
Dobstetter, Ursula · Neuler
Durst, Heiko Dr.med. · Regensburg
Düwell, Klaus · Oberstdorf

E

Eisermann, Curd-J. · Berlin
Emmer, Sabine · Mannheim

F

Färber, Caroline Dr.med.univ. · St. Leonhard/
 Salzburg
Fehske, Kai · Würzburg
Frommhagen, Juliane · Rostock

G

Gärtner, Wiebke · Potsdam
Giehler, Jörg · Frankfurt am Main
Großterlinden, Lars Priv.Do. Dr.med. ·
 Hamburg

H

Haake, Michael Prof.Dr.med. · Bad Fried-
 richshall
Harnoß, Tobias Dr.med. · Kempten (Allgäu)
Hartmann, Antonie · Wildpoldsried
Heim, Norbert Dr.med. · Stuttgart
Hellwig, Mathias Dr.med. · Münster
Hennecke, Daniel · Heiligenhaus
Heppner, Stefan · Westerstede
Hierholzer, Julia · Köln
Huelsebusch, Mareike Dr. med. univ. · Tann
Hullmann, Sebastian · Gevelsberg

K

Kadlecek, Jan MuDr. · Weiden i.d. Oberpfalz
Kammerer, Irene · Karlsruhe
Kladny, Bernd Prof.Dr.med. · Herzogen-
 aurach
Klingelhöfer, Eric · Göttingen
Kröger, Bernd Dr. · Leverkusen
Kulke, Diana · Köln

L

Lauinger, Stefan · Itzehoe
Lautenschütz, Karl Benedikt · Reckling-
 hausen
Lehnert, Harald Dr. · Friedberg
Liebl, Johannes · Fürstenfeldbruck
Loibl, Markus Dr.med. · Regensburg

M

Megele, Manfred Dr.med. · Mainhardt
Mehrtens, Alisa · Delmenhorst

N

Nachbaur, Stefan Dr. · Schweinfurt
Neumann, Karin · Berlin
Niggemann-Böbisch, Manuela · Dortmund

O

Obert, David · Lahr
Oikonomidis, Stavros · Aachen

P

Pfeifer, Roman Dr. · Aachen

R

Rittirsch, Daniel Dr.med. · Zürich
Rockel, Elisabeth Dr.med. · München
Rudolph, Helen · Fulda

S

Schäfer, Georg Dr.med. · Wiehl
Schäfer, Martin · Wiehl
Schilling, Caroline · Halle
Schmidt, Martin Dr.med. · Hamburg
Schmitz, Paul Dr.med. · Regensburg
Schnurr, Christoph Priv.Do. Dr.med. ·
 Düsseldorf
Schoeneich, Bastian · Berlin
Schröder, Frank Dr.med. · Nordstadt
Schumacher, Jens H. · Luth. Wittenberg
Seifert, Thomas Dr.med. · Burgwedel
Sochor, Markus Dr.med. · Kempten
Städtler, Karen · Delitzsch
Staib-Escano, Andreas Dr.med. · Düsseldorf
Stolberg-Stolberg, Josef · Münster

W

Wähnert, Dirk Dr. · Münster
Waurick, Stephan Dr.med. · Kerpen
Werner, Barbara · Bochum

Y

Yilmaz, Emre · Bochum

Z

Zborilova, Magdalena MUDr. · Weiden

VLOU-Jahresbericht 2014

Prof. Dr. Karl-Dieter Heller

Der VLOU erfreut sich wachsender Beliebtheit und hat nun 716 Mitglieder in leitender Position. Er ist regional aufgeteilt in neun Regionalverbände mit sehr unterschiedlicher Größe. Der Mitgliederstärkste RV ist Mitte-West mit etwa einem Drittel aller Mitglieder, gefolgt von Bayern und Südwest. Der VLOU versteht sich als Vertreter der berufspolitischen Interessen leitender Ärzte und bietet diesen einen Informationsservice durch Newsletter, regionale Mailings und Umfragen. Außerdem finden regelmäßige regionale und überregionale Treffen und Tagungen statt.

Zu den Schwerpunktthemen im VLOU zählen die Verschmelzung von Orthopädie und Unfallchirurgie, die Verbesserung der Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten und die Sicherung der fachlichen Qualität zukünftiger Fachärzte. Sehr wichtig ist uns die Pflege der Beziehungen zu anderen ärztlichen Standesorganisationen, um unsere berufspolitischen und orthopädisch-unfallchirurgischen Interessen sowohl auf Bundesebene als auch in den Ländern zu formulieren und deren Umsetzung zu begleiten.

Verbandsarbeit 2014

Anlässlich des VLOU-Workshops im Januar fanden sich erneut knapp 250 Chefärzte aus ganz Deutschland zu einer Tagung zusammen. Das Programm (Klinikstrukturen- und management, Ermächtigungen, Sektoren, Nachwuchs, DRG-System sowie Krankenhausfinanzierung) fand beim Auditorium wieder großen Anklang.

Im VLOU-Forum in Baden-Baden wurde in diesem Jahr zum Thema „Was hat der Facharzt in O und U verändert“ aus verschiedenen Blickwinkeln (Niederlassung, Zentrum, Orthopädische Klinik, BG-Klinik, Universitätsklinik) referiert.

Im Rahmen einer zu Beginn des Jahres gestarteten Umfrage bezüglich Entgelten für modulare Endoprothesen, zeigte sich, dass das **krankenhausindividuelle Zusatzentgelt** regional sehr unterschiedlich ist, sodass wir die dringende Empfehlung aussprachen, bei den Budgetverhandlungen für eine adäquate Höhe dieses Zusatzentgeltes zu kämpfen, da bei der

Revision andernfalls davon ausgegangen werden muss, dass die Revisionsendoprothetik defizitär ist.

Die Verhandlungen bezüglich der neuen **Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)** laufen auf Hochtouren. So habe ich allein an fünf ganztägigen Terminen in Berlin und München teilgenommen, um mit einem weiteren Vertreter der Bundesärztekammer mit der zuständigen privaten Krankenversicherung die Gebührensätze für die Endoprothetik zu verhandeln. Hier ging es nicht um die Höhe des Entgeltes sondern vielmehr um die sinnvolle Schaffung von geeigneten Gebührensätzen, die es ermöglichen, die verschiedenen Schweregrade der Operationen adäquat abzubilden. Ich möchte noch einmal explizit darauf hinweisen, dass seitens der Bundesärztekammer ein Zeitleistungsprinzip vertreten wird, was gerade bei Operationen, die aktuell gut vergütet werden, aber in relativ kurzer Zeit durchgeführt werden können, aufgrund aktueller Entwicklungen möglicherweise zu Einkommenseinbußen führen wird. Die Definition der Zeitleistung mit dem hier angesetzten mittleren Stundenlohn undifferenziert über alle Ärzteguppen anzuwenden, scheint aus meiner Sicht unglücklich und wird noch zu vielen Diskussionen führen.

Während noch Mitte des Jahres das Ziel darin bestand, die GOÄ bis spätestens April 2015 fertig zu stellen, lauten die Kommentare z.B. seitens Herrn Rochell (jetzt KBV) oder Frau Kaiser (Vorstandsvorsitzende der privaten Krankenversicherung der Allianz) nun wieder anders. So war jüngst zu hören, dass die Aktualisierung der GOÄ noch nicht einmal im Koalitionsvertrag erwähnt worden sei, was möglicherweise darauf vorbereiten soll, dass diese doch nicht so schnell umgesetzt wird. Berücksichtigt man nun, dass Herr Lauterbach nach wie vor sehr aktiv und dominant in Sachen Gesundheitspolitik unterwegs ist, lässt die Kombination für die Zukunft Böses ahnen.

Parallel dazu laufen die Verhandlungen im Gemeinsamen Bundesausschuss zur



Der VLOU war auf dem DKO 2014 mit dem Gemeinschaftsstand präsent.

Arthroskopie bei Gonarthrose, an denen ich ebenfalls bereits an mehreren Verhandlungstagen teilgenommen habe. Weitere Termine sind bis Mitte nächsten Jahres geplant.

Die Verhandlungen, deren Inhalte derzeit noch als geheim betrachtet werden müssen, stellen die logische Konsequenz des IQWiG-Gutachtens dar, über welches in der letzten Ausgabe dieser Zeitschrift ausführlich berichtet wurde. Das Ergebnis dieser Verhandlungen wird die zukünftige Indikation zur Arthroskopie maßgeblich beeinflussen.

Im Frühjahr wurde eine **Umfrage zur aktuellen Situation von leitenden Ärzten in Orthopädie und Unfallchirurgie** seitens eines Doktoranden der Orthopädischen Klinik der RWTH Aachen bei den VLOU-Mitgliedern durchgeführt. Die Resonanz war beachtenswert. Eine Publikation steht in Kürze an. Herr Lüring wird auf dem nächsten VLOU-Workshop hierüber berichten und wir werden auch an geeigneter Stelle hierzu noch publizieren.

Die **kostenlose Rechtsberatung für VLOU-Mitglieder** durch die Kanzlei Klostermann, Schmidt, Monstadt, Eisbrecher in Bochum wurde etabliert und alle Mitglieder sind aufgerufen, hier juristischen Rat einzuholen. Wir berichteten in der letzten Ausgabe dieser Zeitschrift ausführlich darüber.

Eine **Umfrage über den Sinn der Qualitätssicherung mit Routinedaten** verdeutlichte noch einmal die enorme Brisanz und die Gefahr, die bei der isolierten Betrachtung von Routinedaten und deren Publikation hier auftreten kann. Mittlerweile wurden in einem Sonderheft der Zeitschrift „Stern“ die seitens der AOK bestbewerteten Kliniken publiziert. In bestimmten Bundesländern werden Patientenströme basierend auf diesen Routinedaten gelenkt.

In Zusammenarbeit mit Baum-Kommunikation wurde die **Pressearbeit des VLOU** verbessert. Dadurch gab es in diesem Jahr bereits einige Pressemitteilungen zu den Themen „no train- no use“, „Patientensicherheit“ und „Endoprothetik im Alter“.

Seit Oktober 2014 gibt es eine eigene **VLOU-Rubrik** in den Orthopädie und Unfallchirurgie - Mitteilungen und Nachrichten (OUMN), worüber wir uns sehr freuen.

Beschluss: OP's von Honorärärzten nicht als Wahlleistung abrechenbar

Mitte Oktober hat der dritte Zivilsenat des Bundesgerichtshofes entschieden, dass Operationen, die in einem Krankenhaus durch nicht festangestellte Honorärärzte durchgeführt werden, vom Krankenhausträger gegenüber den Privatpatienten nicht als Wahlleistung abgerechnet werden können. Dies scheint auf den ersten Blick positiv für die Chefarzte. Mittlerweile sind jedoch Fälle bekannt, wo die Krankenhäuser diesbezüglich gegengesteuert haben und die in den neueren Chefarztverträgen gängige Entwicklungsklausel nutzen, um die honorarärztlich tätigen Kollegen als zusätzliche leitende Ärzte oder Oberärzte mit eigener Liquidation einzustellen.

Mindestmengen

Das Sozialgericht in Kassel hat am 14.10.2014 den seit 2011 bestehenden Rechtsstreit um die Zulässigkeit von Mindestmengen bei Kniegelenktotendoprothesen beendet und den Weg für die Wiedereinführung der Mindestmengenregelung für diese Leistung freigemacht. Das Gericht sieht die Knie-TEP als planbare Leistung an, deren Ergebnisqualität eindeutig von der Menge abhängt. Dies sei, wie bereits vom G-BA entsprechend eingeschätzt, mit wissenschaftlichen Belegen untermauert. Herr Josef Hecken vom G-BA sieht darin die Basis dafür, dass Mindestmengen auch künftig fester Bestandteil der Qualitätssicherung und der gezielten Steuerung von Krankenhausbehandlungen darstellen.

VLOU Workshop am 16./17.01.2015

Der 14. VLOU-Workshop wird wie gewohnt am dritten Wochenende im Januar, diesmal jedoch im Crowne Plaza Hotel im Zentrum Berlins stattfinden. Geplante Themen: Weiterbildung, Departmentbildung/Klinik-Neuausrichtung, Juristisches Forum, Mitarbeitermotivation, Klinikmanagement, neues zur GOÄ und aus

der KBV sowie ein Grundsatzreferat zum Thema „Die Angst des Arztes“.

- Im Forum „Weiterbildung“ werden wir über die Erteilung von Teilweiterbildungen an Oberärzte sprechen, Juristische Aspekte von Ärztinnen in der Weiterbildung erläutern und wir freuen uns sehr auf das Thema „Chirurgische Tätigkeit trotz Schwangerschaft?“
- Die Departmentbildung wird aus Sicht eines Juristen und eines Betriebswirtes beleuchtet und Herr Lüring wird zur erwähnten Chefarztumfrage Stellung beziehen.
- Das juristische Forum widmet sich diesmal dem Thema „Teilzeit – ist weniger mehr?“ sowie dem fachübergreifenden Bereitschaftsdienst und dem juristischen Stellenwert von Personalgesprächen. Auch juristische Aspekte des Behandlungsfehlers finden Erwähnung.
- Im Block „Mitarbeitermotivation“ widmen wir uns den Themen Arbeitsverdichtung und Motivation. Desweiteren geht es um Poolbeteiligungen und juristische Aspekte zu Gastärzten und Hospitanten.
- Das Forum F widmet sich der neuen Gebührenordnung aus Sicht der Kammer und aus Sicht der privaten Krankenversicherungen. Zudem wird der Vorstandsvorsitzende der KBV über aktuelle Entwicklungen sprechen.
- Im abschließenden Forum „Klinikmanagement“ geht es um die MDK-Anfragen aus Sicht des Krankenhauses und aus Sicht des MDK sowie um Delegation von ärztlichen Leistungen.

Wir laden Sie daher herzlich ein, an diesem ersten Workshop in Berlin teilzunehmen!



Prof. Dr.
Karl-Dieter Heller
1. Vorsitzender



Lippert H.
Wundatlas. Kompendium der komplexen Wundbehandlung.
3. Auflage
Georg Thieme Verlag,
2012
Preis: 79,99 Euro

Mehr als ein Bilderbuch

Vor uns liegt in der dritten Auflage das „Bilderbuch“ der Wundversorgung mit über 800 fotografischen Abbildungen. Die Verfasser kommen aus allen Gebieten der Chirurgie einschließlich plastischer und Handchirurgie, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, aber auch Orthopädie und Unfallchirurgie sowie Kinderchirurgie. Wunden werden darin unterschieden nach mechanischer, thermischer, chemischer und strahlenbedingter Ursache. Die Phasen der Wundheilung zeigen regelhaft exsudative, resorptive, proliferative und reparative Abschnitte bis hin zur Wundheilung, die primär oder sekundär erfolgen kann. Wichtige Störfaktoren und Wundkomplikationen werden ausgiebig dargestellt und dann die Prinzipien der operativen Wundversorgung

vorgestellt. Sekundär heilende Wunden werden débridiert und antiinfektiven Maßnahmen zugeführt, wobei Wundaufgaben, aber auch alternative Wundbehandlungsformen zur Anwendung kommen. Regional gegliederte Kapitel beschäftigen sich mit Verletzungen im Gesichtsbereich, der Augen, der Hand und Wunden im Perianalbereich, aber auch – in Zeiten kriegerischer Auseinandersetzungen – mit Schuss- und Explosionsverletzungen. Ein umfangreiches Kapitel stellt traumatologische Aspekte der Wundbehandlung dar. Der Wundatlas ist allen Berufsgruppen, die im Allgemeinen und Speziellen mit Wunden zu tun haben, zu empfehlen.

Dr. Hartmut Gaulrapp, München



Magga Cortis, Ina ter Harmel
Sportosteopathie: Myofasziale Ketten bei Überlastungssyndromen
Karl F. Haug Verlag,
2013.
Preis: 49,99 Euro

Myofasziale Wirkungskette

Fraglos bereichert die Osteopathie das orthopädische Behandlungsspektrum. Ein Kernelement ist dabei das Prinzip der myofaszialen Wirkungskette. Diese spezifischen Zug- und Kraftlinien bilden ein dreidimensionales Faszienetz und wurden von Tom Myers in seinem Buch „Anatomy Trains“ eingehend beschrieben. Auf der Grundlage seiner Theorie haben die sportwissenschaftlich ausgebildeten Autorinnen aus ihrer eigenen praktischen Tätigkeit als Osteopathen heraus das Konzept der Sportosteopathie entwickelt. Dabei betrachten sie sportspezifische Bewegungsmuster als kinetische Kettenreaktion und analysieren typische Belastungsbereiche, um über Behandlung und Übungen das individuelle ganzheitliche Wirkungssystem zu harmonisieren. Der erste Teil des 150 Seiten um-

fassenden Buches erläutert das Grundmodell nach Myers, und stellt Testverfahren zur Beurteilung sportlicher Leistungen und Bewegungstests unter osteopathischen Gesichtspunkten dar. Im zweiten Teil stellen sie 18 verbreitete Sportarten mit ihren typischen Merkmalen und Überlastungssyndromen vor und beschreiben anschaulich die Beteiligung myofaszialer Wirkungsketten. Anatomisch-orthopädisches Grundlagenwissen wird hier um osteopathische Zusammenhänge ergänzt und anhand zahlreicher Praxistipps erläutert. Abschließend geben die Autorinnen anwendungsbezogene Beispiele funktioneller Mobilisationsübungen für die Hauptbelastungsformen.

Dr. Martin Ihle, Berlin



Wolfgang R. Hepp, Hermann A. Locher
Orthopädisches Diagnostikum
8. Auflage
Georg Thieme Verlag,
2014
Preis: 79,99 Euro

Klassiker der Diagnostik

Der zum achten Mal aufgelegte Klassiker ist ein bedruckt Zeugnis der klassischen Orthopädie, indem er nachdrücklich die mit Anamnese und Dokumentation gepaarte klinische Diagnostik in den Vordergrund rückt. Bildgebende und invasive Verfahren, ihre Einsatz- und Aussagemöglichkeiten werden erörtert, sollen im Sinne des verfolgten didaktischen Prinzips der klinischen Untersuchung nachfolgen. Konsequenterweise verzichtet der Band auf die Wiedergabe von Röntgenbildern, CT, NMR und Sonografien; anstelle dessen finden sich viele, sehr überzeugende schematische Zeichnungen, die alles Wesentliche deutlich darstellen und somit eine gezielte Information, insbesondere aber eine lehrhafte Induktion vermitteln. Diese beweisen sich

an allen Untersuchungsobjekten, beispielsweise lässt sich dies an der orthopädisch-neurologischen Diagnostik sowie an der Veranschaulichung von Fehlbildungen und Entwicklungsstörungen klar ablesen. Auf die spezifisch unfallchirurgische Diagnostik wird bewusst verzichtet. Gleichwohl findet auch der Unfallchirurg interessante und wichtige Hinweise, die ihm nicht nur bei Ausübung des gemeinsamen Faches nützlich sein werden. Im Zeitalter der oft vorschnell angewandten technischen Diagnostika vermittelt das lobenswerte Buch die noch immer unverzichtbaren Grundlagen des diagnostischen Handwerks.

Prof. Dr. J. Probst, Murnau



Wirth/Mutschler/Kohn/
Pohlemann
**Praxis der Orthopädie
und Unfallchirurgie**
3. Auflage
Georg Thieme Verlag,
2014
Preis: 199,99 Euro

Komplettwissen O + U

Bereits für die erste Auflage des Buches hatten sich die Herausgeber der früheren bewährten Standardwerke „Praxis der Orthopädie“ und „Praxis der Unfallchirurgie“ zusammengetan, um ein neues in sich homogenes Buch unter Abdeckung des gesamten Gebietes zu schaffen. Dieses liegt jetzt in der vollständig überarbeiteten 3. Auflage vor. Das Buch zeigt den enormen Umfang des neuen Fachgebietes. Bei sehr präziser und komprimierter Präsentation der Themen kommt es auf etwas über 1100 gut lesbare Seiten und bietet eine hervorragende Darstellung des Gebietes. Auch die Menge und Auswahl der durchgehend sehr guten Abbildungen ist optimal angepasst. Je nach Interessenlage findet man durch die jeweils an die einzelnen Kapi-

tel angehängten Literaturangaben Anregung zur weiteren Vertiefung. Zusammenfassend handelt es sich inzwischen um ein Standardwerk zu unserem Fachgebiet mit umfassender Darstellung der für den neuen Facharzt relevanten Themen. Es ist nicht nur zur Prüfungsvorbereitung zu empfehlen, sondern bietet mit dem Einschluss benachbarter Disziplinen auch dem Erfahrenen interessante Lektüre. Kleiner Schönheitsfehler am Rande: bei der Durchsicht sind mir über 100 Mini-Schreibfehler aufgefallen, das scheint selbst für ein medizinisches Fachbuch etwas viel – aber so verbleibt Optimierungspotenzial für die zweifellos kommenden weiteren Auflagen!

Prof. Dr. Jobst, Henner Kühne, München



Bohndorf, K.; Imhof, H.;
Wörtler, K. (Hrsg.):
**Radiologische Diag-
nostik der Knochen
und Gelenke**
3. Auflage
Thieme-Verlag, 2014
Preis: 179,99 Euro

Systematische Bildanalyse

Schon in seiner ersten Auflage 1998 gehörte „der Bohndorf“ zu meinen am häufigsten benutzten Nachschlagewerken. Schon damals bestach das Buch durch sein Bildmaterial. 15 Jahre später liegt nun die 3. Auflage der „Radiologischen Diagnostik der Knochen und Gelenke“ vor, die ein nahezu neues Buch darstellt, da alle Kapitel neu geschrieben und bebildert wurden. In 13 Kapiteln wird der gesamte Bereich der Skelett- und Gelenkradiologie dargestellt, wobei akutes Trauma und chronische Überlastung zum einen als „Essentials“, zum anderen unterteilt nach Regionen abgehandelt werden. Weitere Kapitel widmen sich Infektionen, Tumoren, Nekrosen am Skelett, Osteochondrosen, Osteopathien, konstitutionellen Skelett- und Gelenkentwicklungsstörungen, rheumatologischen

Erkrankungen sowie verschiedenen Knochen-, Gelenk- und Weichteilerkrankungen. Eine kurze Darstellung von Interventionen und radiologischer Begutachtung beschließen das Buch. Durch seine hervorragende Didaktik und die „Befund im Bild“-Darstellung mit der Kennzeichnung der typischen Röntgenzeichen im Originalbefund ist das Buch nicht nur ein optimales Trainingsgerät, um die systematische Bildanalyse zu üben, sondern auch ein Nachschlagewerk sowohl für den Arzt in Weiterbildung, als auch für den erfahrenen. Die neu eingeführten Abschnitte „Merke“ sowie „Cave“ intensivieren die Nachhaltigkeit dieses Buches noch.

Prof. Dr. Klaus M. Peters, Nümbrecht



Eileen M. Wanke (Hrsg.):
TanzSportMedizin
Handbuch für Tänzer,
Trainer, Therapeuten
und Ärzte
Sportverlag Strauß, Köln,
2011
Preis: 49,99 Euro

Die andere Seite des Tanzes

Dr. med. Eileen M. Wanke, Fachärztin für plastische Chirurgie, ist Gründungsmitglied von Tanzmedizin Deutschland e.V. und betreut seit vielen Jahren professionelle Tänzer und Tanzsportliche. Sie arbeitet an der Abteilung für Tanzmedizin im Institut für Arbeitsmedizin der Universitätsmedizin der Charité in Berlin. Ihre Koautoren sind Sportwissenschaftler, Tanzsporttrainer, Ernährungswissenschaftler, ehemalige Tänzer und Ärzte. Anliegen des Buches sind Erhalt und Verbesserung der Gesundheit sowie die Optimierung der Leistungsfähigkeit sowie präventive und therapeutische Optionen bis hin zur Ernährung. Typische Verletzungen und chronische Schäden einzelner Tanzarten werden abgehandelt. Im Tango kommt es beispielsweise zu einer hohen

Belastung der HWS und Kniegelenke, während der Wiener Walzer hohe konditionelle und koordinative Anforderungen stellt. Cha-Cha-Cha führt aufgrund seiner harten, schnellen Bewegungen zu einer in der Endstellung belastenden Hüftbewegung. Der Balletttanz gehört jedoch nicht zu den Inhalten des vorliegenden Buches. Tanzen ist aufgrund seiner körperlichen Beanspruchungsform als Sport mit vielfältigen Belastungsformen zu bezeichnen. Das vorliegende Buch bildet alle diesbezüglich relevanten Aspekte in angemessener Breite und Tiefe ab.

Dr. Hartmut Gaulrapp, München

Veranstaltungskalender von DGOU, DGOOC und DGU

Wegen Platzmangels können wir hier nur die Kursangebote der ADO und AUC aufführen. Alle anderen Veranstaltungen finden Sie in den Veranstaltungskalendern der Websites der Fachgesellschaften www.dgou.de, www.dgooc.de und www.dgu-online.de

Die Redaktion von DGOU, DGOOC und DGU.

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 2015

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 29.04.2015 in elektronischer Form an info@institut-ado.de zu richten.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Facharztvorbereitungskurs	29.06.-04.07.2015	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-Zertifizierungskursreihe I/II/III in 2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Dortmund	Kurs I Früharthritis in Orthopädischer Hand-Früherkennung rheumatischer Erkrankungen	31.01.2015	Dr. Gräber Dr. Jäger	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Kurs I: 125 € ¹ 150 € ²	6
Ludwigshafen	Kurs I Früharthritis in Orthopädischer Hand-Früherkennung rheumatischer Erkrankungen	07.03.2015	Dr. Schwokowski		Kurs II: 150 € ¹ 175 € ²	6
Freiburg	Kurs II Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen	28.02.2015	Dr. Schwokowski		Kurs III: 200 € ¹ 250 € ²	6
Ludwigshafen	Kurs II Frühbehandlung rheumatischer Erkrankungen	20.06.2015	Dr. Schwokowski			6
Lahnstein	Kurs III Behandlung weiterer rheumatischer Erkrankungen	20.-21.02.2015	Dr. Schwokowski			16
Stuttgart	Kurs III Behandlung weiterer rheumatischer Erkrankungen	20.-21.03.2015	Dr. Schwokowski			16

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

ORFA - Orthopädisch-rheumatologische Fachassistentin - Berufsbegleitender Fortbildungs-Lehrgang für Arzthelferinnen und MFA

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Modul 6	17.01.2015	Dr. Schwokowski	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	Modul 1 + 7 50€ ¹ (Praxisinhaber) 75€ ² Modul 2 + 6 150€ ¹ (Praxisinhaber) 175€ ² Kick off Veranstaltung für Ärzte und Helferinnen 50€	
	Modul 7	04.02.2015				
Berlin	Kick Off Veranstaltung	28.01.2015	Dr. Schwokowski			

5. Kindertraumatologie Kurs für den D-Arzt in Berlin 2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Kindertraumatologie	Dez 15	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

Kinesio Taping Kurse 2015

Diese Kursreihe ist in zwei Module aufgebaut, Obere- und Untere Extremitäten und auch für Arzthelferinnen geeignet.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Tapingkurs 1						
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 Crashkurs 120€	keine
Berlin	Taping Teil 1 Obere Extremitäten &HWS	27.-28.02.2015				
Berlin	Taping Teil 1 Obere Extremitäten &HWS	09.-10.10.2015				
Aachen	Taping Teil 1 Obere Extremitäten &HWS	13.-14.03.2015				
Aachen	Taping Teil 1 Obere Extremitäten &HWS	29.-30.05.2015				
Aachen	Taping Teil 1 Obere Extremitäten &HWS	29.-30.05.2015				
Tapingkurs 2						
Berlin	Taping Teil 2 Untere Extremitäten &LWS / BWS	16.-17.01.2015	Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	190€ ¹ 230€ ² Crashkurs 120€	keine
Berlin	Taping Teil 2 Untere Extremitäten &LWS / BWS	20.-21.11.2015				
Aachen	Taping Teil 2 Untere Extremitäten &LWS / BWS	12.-13.06.2015				

Myofaziale Triggerpunkt Therapie 2015

Dieser (Grund-)Kurs ist an das FaszienDistorsionsModell (FDM) nach **Stephen Typaldos** und an den Techniken von **Art Riggs** angelehnt. / auch für Arzthelferinnen und Physiotherapeuten geeignet.

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Triggerpunkte	21.-22.08.2015	Ingo Geuenich	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	190€ ¹ 230€ ²	keine

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

BVOUcert QM-Schulung						
Eintägige Schulung zur Einführung eines QM-Systems. Die Elemente des BVOUcert entsprechen der DIN EN ISO 9001:2008						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Qualitätsmanagement	27.06.2015	Dr. Friedhelm Heber	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	1.500€ für Arzt zzgl. Helferin, inkl. Handbuch und Verpflegung	0

VSOU 2015- Kursangebote						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Baden Baden	DIGEST Modul 1	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	11
	GHBf „Haltungs u. Bewegungsdiagnostik“	30.04.2015	Michael Kaune		kostenlos	0
	AK Oberflächen EMG	30.04.2015	Dr. M. Meichsner		kostenlos	0
	AK niedergelassene Operateure	01.05.2015	Dr. Heppt / Dr. Weinhardt		kostenlos	0
	EMG - Kompaktkurs	01.05.2015	Dr. M. Meichsner		125€	0
	DIGEST Modul 5	01.05.2015	Dr. Ringeisen Dr. Gleitz		DIGEST Mitglieder 290€ 330€ ¹ 350€ ²	11
	Taping-Crash-Kurs	01.05.2015	Ingo Geuenich		120€	0
	Rheuma Kurs II	01.05.2015	Dr. Schwokowski		125€ ¹ 150€ ²	6
	Röntgen- Aktualisierungs-Kurs	02.05.2015	Dr. Flechtenmacher		Ärzte 400€ ² Assistenzärzte 200€ ² BVOU und VSOU-Mitglieder 200€ Ass.ärzte 100€ ¹	9
	MRT Kurs	02.05.2015	Dres. Goldmann / Mauch		kostenlos	0
	RH Basiskurs Frühbehandlung	02.05.2015	Dr. Schwokowski		25€ ¹ 35€ ²	0
	DIGEST Modul 6	02.05.2015	Dr. Ringeisen Dr. Gleitz		DIGEST Mitglieder 290€ 330€ ¹ 350€ ²	11

3D / 4D Wirbelsäulenvermessung und 4D motion Kurs Termine 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
Hannover	3D / 4D Wirbelsäulenvermessung	21.02.2015	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	9
Bochum	4D-motion	18.04.2015			4D motion: 150€ ¹ 200€ ²	9
Baden Baden	3D / 4D Wirbelsäulenvermessung	01.05.2015			inkl. Handouts und Verpflegung	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

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

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
Köln	Kompaktkurs + Workshop	28.02.2015	Dr. Meichsner	Akademie Deutscher Orthopäden Tel. 030. 797 444-59 Mail: info@institut-ado.de www.institut-ado.de	125€ inkl. Verpflegung und Kursunterlagen	8
Baden Baden	Kompaktkurs + Workshop	01.05.2015				
Berlin	Kompaktkurs + Workshop	22.10.2015				

Sonographiekurse Hamburg Termine 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	Grund- u. Aufbaukurs Säuglingshüfte	16.-18.01.2015	Dr. Betthäuser	Schulterzentrum Maurepasstr. 95, 24558 Hamburg Frau Habermann Tel.: 04193 / 959966 sono-kurse@t-online.de www.Schulter-Zentrum.com	auf Anfrage	42

27. Berliner Sportmedizinisches Wochenseminar Ruhpolding

Aktuelle Aspekte der Sportmedizin in der Klinik und Praxis

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Ruhpolding	Aktuelle Aspekte in der Sportmedizin	01.08.02.2015	PD Dr. med. H. Mellerowicz	Vereinigung für Sportmedizin GbR Tel: 030 / 859 646 70	460€	n. n.

DGMSM Kurse Manuelle Medizin e. V. 2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Boppard	Weiterbildung Manuelle Medizin „LBB1 Lenden-Becken-Bein“	21.01.-25.01.2015	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	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 2015

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
Grassau	Kompaktkurs	27.02.-01.03.2015	Dr. Pfaff	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
		26.-28.06.2015	Dr. Götz			
		16.-19.07.2015	M. Kaune			
		11.-13.09.2015				
		13.-15.11.2015				

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

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 € ³	39

Arbeitsgemeinschaft Endoprothetik Termine 2015						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	Kleine Gelenke	23.-24.01.2015	folgt	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	auf Anfrage	
Glonn / München	Tutorial Knie	05.-07.02.2015	folgt			
Tübingen	Kompakts Periprothetische Frakturen	10.02.2015	folgt			
Ofterschwang	AE-Kurs Hüfte / AE-Masterkurs Hüfte	12.24.03.2015	folgt			
Berlin	Basiskurs Schulter / Kongress Schulterendoprothetik	16.-18.04.2015	folgt			
Berlin	Masterkurs Knie	03.-04.07.2015	folgt			
Köln	Masterkurs Hüfte	04.-05.09.2015	folgt			
Frankfurt a. Main	Kongress Qualitäts- u. Sicherheitsinitiative	05.-06.11.2015	folgt			
Ofterschwang	AE-Kurs Knie / AE-Masterkurs Knie	19.-21.11.2015	folgt			
Stuttgart	17. AE-Kongress	04.-05.12.2015	folgt			

Initiative 93 Technische Orthopädie 2015						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Göttingen	Modul 1+2 Amputationschirurgie, Prothesenversorgung, Schuhtechnik, Kompressionstherapie	06.-08.02.2015	Prof. Dr. Braatz Dr. Stinus	Tel. +49(5424)220-100 per Fax an+A129:G135: (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.
Rostock	Modul 3+4 Orthetik, Rollstuhlversorgung, Neuroorthopädie, Querschnittsläsion	11.-13.09.2015	Prof. Dr. Mittelmeier			
Innsbruck / Österreich	Modul 6 ¹	18.-19.09.2015	Dr. Landauer			
Dortmund	Modul 5 ²	27.-28.09.2015	Prof. Dr. Greitemann Herr Kokegei			

1 = Spezielle Amputationschirurgie
2 = Refresher und Prüfung

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

Sonographiekurse 2015 Hamburg

Sonographiekurse Haltungs- und Bewegungsdiagnostik / Säuglingshüfte

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Hamburg	Grund- u. Aufbaukurs Säuglingshüfte (S1 / 2)	16.-18.01.2015	Dr. Betthäuser	Schulterzentrum Hürthweg 6, 24415 Hamburg Frau Habermann Tel.: 040 / 4688 2929 Fax: 040 / 531 60 241 sono-kurse@t-online.de www.Schulter-Zentrum. com	B1: 530€ B2: 520€ B3: 410€ S1 / 2: 690€ S3: 360€	n. n.
	Grundkurs Bewegungsapparat (B1)	11.-13.09.2015				
	Aufbaukurs Bewegungsapparat (B2)	06.-08.11.2015				
	Abschlusskurs Bewegungsapparat (B3)	22.-23.08.2015				
	Grund- u. Aufbaukurs Säuglingshüfte (S1 / 2)	23.-25.01.2015				
	Abschlusskurs Säuglingshüfte (S3)	24.-25.10.2015				
Bad Wiessee	Kurswoche Grund- und Aufbaukurs Bewegungsapparat (B1+2)	22.-27.02.2015				

MRT Kurse Erlangen 2015

Kernspintomographie in der Orthopädie und Unfallchirurgie

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Siemens AG Erlangen	Kurs 4 Weichteil-, Knochen-, Gelegenkerkrankung	16.-17.01.2015	Dr. Axel Goldmann	Orthopädie Centrum Erlangen, Dr. Axel Goldmann, z. Hd. Frau Barnickel, Nägelsbachstr. 49a, 91052 Erlangen, Tel. 09131 - 7190 - 51, Email: goldmann@orthopa- eden.com	Pro Kurs: 320€ alle 5 Kurse: 1.450€	85
	Kurs 5 Abschlußkurs, Fallbeispiele	20.-21.03.2015				

Symposium der modernen Hand- und Sprunggelenkchirurgie

Workshop mit neusten OP-Techniken im Freestyle

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Berlin	UpDate Hand- und Sprunggelenkchirurgie	13.-14.03.2015	Dr. Lehnert Prof. Felderhoff Dr. Jordan Dr. Frank	Julius Zorn GmbH Frau Sonja Eham Juliusplatz 1 86551 Aichach Tel. 08251 / 90 11 59 Fax. 08251 / 90 11 58 sonja.eham@juzo.de www.juzo.com	kostenlos	bean- tragt

Cologne Conference 06.06.2015

Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
Köln	Myofasziale Schmerzen	06.06.2014	Dr. Markus Hansen	Deutscher Verband für Physiotherapie Landesverband Nordrhein-Westfalen e. V. Theodor-Heuss-Ring 16 50668 Köln Fax. 0221 / 93 187 85 Mail: info@igtm.org oder info@nrw.physio- deutschland.de	IGTM - Mitglieder 80€ IGTM - Schüler / Studenten 35€ 110€ ² Schüler / Studenten 60€ ² Rahmen- veranstaltung 35€	7

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

VFOS Kursreihe „Sonographiekurs des Stütz- und Bewegungsapparates“ 2015						
Ort	Kursthema	Termin	Leitung	Info / Anmeldung	Gebühr	Punkte
München	Grundkurs	09.-11.01.2015	Dr. Löffler	MVZ am Nodrrbad	Grundkurs 380€	26
	Aufbaukurs	13.-15.03.2015	Dr. Krüger-Franke	Schleißheimer Str. 130	Aufbaukurs 380€	30
	Abschlusskurs	14.-15.11.2015	Dr. Kugler	Mail: a.kugler@sport-ortho.de	Abschlusskurs 280€	0
	Refresherkurs	07.02.2015	Dr. Scholz Dr. Schöllkopf	www.vfos.info Tel. 01523 / 8476601 Fax. 089 / 1233 052	Refresherkurs 170€	10

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

Grundlagenforschungspreis der DGOU 2015



Die DGOU lobt für 2015 ihren Grundlagenforschungspreis aus. Er ist mit

20.000 Euro

dotiert und wird verliehen für eine wissenschaftliche Originalarbeit aus dem Bereich der orthopädisch-unfallchirurgischen Grundlagen- oder translationalen Forschung, die sich mit einem der folgenden Themenfelder beschäftigt:

- Gelenke
- Biomaterialien
- Biomechanik
- Frakturheilung und Osteologie

- Gang- und Bewegungsanalyse
- Gen- und Zelltherapie
- Implantattechnologie
- Imaging und Navigation
- Polytrauma
- Tissue Engineering
- Wunde und Weichteile

Der Preis muss schriftlich beantragt werden. Die eingereichte Arbeit muss im Jahr der Antragstellung oder im Vorjahr nachweislich in einem PubMed- oder ISI-gelisteten Journal publiziert oder zur Publikation angenommen sein. Der/die Antragsteller/in muss Erstautor der Arbeit sein. Die Arbeit darf noch keinen anderen

Preis bekommen haben. Die Preissatzung ist auf der Website der DGOU unter <http://www.dgou.de/preise/preise-der-dgou/versorgungsforschungspreis.html> veröffentlicht.

Bewerbungen sind mit der Arbeit, dem Antragsformular, das unter <http://www.dgou.de/preise/preise-der-dgou/versorgungsforschungspreis.html> zu finden ist, einem Lebenslauf des Antragstellers/der Antragstellerin sowie dem Publikationsnachweis bis zum **30. April 2015 ausschließlich per E-Mail an office@dgou.de** einzureichen.

Versorgungsforschungspreis der DGOU 2015



Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU) schreibt für **2015** wieder ihren Preis zur Förderung der Versorgungsforschung in Orthopädie und Unfallchirurgie aus. Er wird für herausragende, abgeschlossene wissenschaftliche Arbeiten über diagnostische, anwendungstechnische oder klinische Neuerungen in diesem Bereich vergeben. Der Preis ist mit

5.000 Euro

dotiert und kann geteilt werden, wenn dies vom Preisrichterkollegium beschlossen wird. Die Preisverleihung erfolgt im Rahmen der Preisträgersitzung der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft

für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU) in Berlin.

Die Bewerbung um den Versorgungsforschungspreis der DGOU erfolgt durch Einreichen einer wissenschaftlichen Arbeit. Diese kann in dem der Preisverleihung vorangehenden Kalenderjahr in einer anerkannten deutsch- oder fremdsprachigen wissenschaftlichen Zeitschrift oder in Buchform erschienen sein. Auch unveröffentlichte Manuskripte können eingereicht werden. Anderweitig bereits ausgezeichnete Arbeiten oder Arbeiten, die zu einem anderen Preiswettbewerb angemeldet wurden, können nicht eingereicht werden. Der oder die Verfasser der Arbeit haben schriftlich zu erklären,

dass andere Personen an der vorgelegten Arbeit nicht mitgewirkt haben.

Die Preissatzung ist auf der Website der DGOU unter <http://www.dgou.de/preise/preise-der-dgou/versorgungsforschungspreis.html> veröffentlicht.

Der Bewerbungsschluss ist der **31.05.2015**.

*Die Bewerbungsunterlagen sind **ausschließlich per E-Mail** zu senden an die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU): **office@dgou.de***

Promotionspreis der DGU 2015



Der Preis wird für die beste eingereichte Dr.-Dissertation aus den Jahren 2013 bis 2015 im Fachgebiet Orthopädie und Unfallchirurgie vergeben. Er besteht aus einer Urkunde und einem Geldbetrag von

2.500 Euro.

Zur Bewerbung zugelassen sind von der jeweiligen Fakultät angenommene Dis-

sertationen in deutscher oder englischer Sprache als Einzel- oder als kumulative Arbeiten sowie der Erstautoren von Arbeitsgruppen. Bewerber dürfen bei Einreichung ihrer Dissertation bei der Fakultät das 32. Lebensjahr nicht überschritten haben.

Die Verleihungsbestimmungen sind auf der DGU-Website [\[line.de\]\(http://www.dgu-online.de\) \(in der Rubrik DGU – Preise/Stipendien\) veröffentlicht.](http://www.dgu-on-</p>
</div>
<div data-bbox=)

Bewerbungen sind bis **31. März 2015** in 3-facher Ausfertigung einzureichen an: **Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie**
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
E-Mail: office@dgu-online.de

Hans-Liniger-Preis 2015



Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie schreibt den nach ihrem Mitbegründer benannten Hans-Liniger-Preis zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses für besondere Leistungen aus den Gebieten Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin oder ihren Grenzgebieten aus. Er ist dotiert mit

10.000 Euro.

Bewerben können sich u.a. Ärztinnen und Ärzte, Juristinnen und Juristen und Versicherungsfachleute.

Die Preissatzung ist auf der Website <http://www.dgu-online.de> (Rubrik DGU - Preise / Stipendien) veröffentlicht.

Die Bewerbung ist unter Beifügung der als Preisarbeit besonders kenntlich gemachten Arbeit in fünffacher Ausfertigung bis zum **31.5.2015** einzusenden an: *Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V.*

Straße des 17. Juni 106-108

10623 Berlin

E-Mail: office@dgu-online.de

Reisestipendium der DGU 2015



Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie schreibt für 2015 ihr Reisestipendium aus. Das Stipendium soll wissenschaftlichen Nachwuchs beim Besuch einer klinisch oder experimentell bedeutenden ausländischen Einrichtung unterstützen, deren Tätigkeit hauptsächlich oder überwiegend der Unfallchirurgie gewidmet ist. Das Stipendium ist dotiert mit

5.000 Euro.

Bewerber müssen sich in nichtselbständiger Stellung befinden und schwerpunktmäßig unfallchirurgisch tätig sein.

Die Bestimmungen finden Sie auf der Website <http://www.dgu-online.de>, Rubrik „Bildung“.

Der Bewerbung sind **in dreifacher Ausfertigung** zuzufügen:

- Lebenslauf,
- Verzeichnis der Veröffentlichungen,
- Beschreibung des mit dem Aufenthalt verbundenen Zwecks,

- Bescheinigung der einladenden Einrichtung und der entsendenden Institution.

Die Bewerbungen sind bis zum **31.3.2015** zu richten an:

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V.

Straße des 17. Juni 106-108

10623 Berlin

E-Mail: office@dgu-online.de

Das Stipendium kann geteilt werden.

DGOOC-Forschungsstipendium für Studenten 2015



Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) will den studentischen Nachwuchs fördern, der sich durch wissenschaftliche Arbeit im Fach Orthopädie und Unfallchirurgie profiliert. Die DGOOC unterstützt daher Studenten mit bis zu

500,- Euro

bei Sonderausgaben, die im Rahmen der Erstellung einer Dissertationsarbeit im Bereich von Orthopädie und Unfallchirurgie anfallen (vorrangig Reisekosten für die Präsentation der Ergebnisse).

Anträge mit einem kurzen Curriculum Vitae und Darstellung des Inhaltes und Standes der Dissertationsarbeit sowie

Aspekte der Geldverwendung sind bei der DGOOC **bis zum 31. März 2015** einzureichen an:

Prof. Dr. Bernd Kladny

Generalsekretär DGOOC

Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V.

E-Mail: info@dgooc.de

Stipendium „Qualität und Sicherheit in der Endoprothetik“ 2015



Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU) schreibt in Kooperation mit der Firma Aesculap erstmalig das Stipendium „Qualität und Sicherheit in der Endoprothetik“ aus. Das Stipendium ist mit einer Summe von

10.000,- Euro

ausgestattet und wird anlässlich der Jahrestagung des Deutschen Kongresses für Orthopädie und Unfallchirurgie überreicht.

Es soll der Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses dienen und eine Auszeichnung für besondere Leistungen auf dem Gebiet Qualität sichernder Maßnahmen in der endoprothetischen Versorgung sein. Im Sinne eines Reise-Stipendiums sind in einem mehrwöchigen Aufenthalt an einer Institution im In- oder Ausland neue wissenschaftliche Verfahrensweisen zu erlernen und in die Heimatinstitution zu transferieren.

Das Reisestipendium wird jährlich verliehen und jungen Humanmediziner/innen

oder Naturwissenschaftler/innen aus Deutschland zuerkannt, die sich bereits durch Publikationen (Vorträge, Veröffentlichungen) auf dem Gebiet der Qualitätssicherung in der Endoprothetik ausgewiesen haben. Der Schwerpunkt ihrer Forschungsaktivitäten soll sich mit Qualität sichernden Maßnahmen und Projekten auf dem Gebiet der elektiven und Fraktur-Endoprothetik befassen. Dabei kann es sich um experimentelle, klinische und auch Studien der Versorgungsforschung handeln.

Bewerben können sich promovierte Humanmediziner/innen oder Naturwissenschaftler/innen aus Deutschland bis zum 40. Lebensjahr. Der Bewerbung ist beizufügen:

- Antrag des Antragstellers
- Titel des Forschungsvorhabens
- Beschreibung der bisherigen wissenschaftlichen Tätigkeit
- Erläuterung der geplanten Aktivitäten am Gastinstitut
- Bestätigung des Gastinstituts (kann nachgereicht werden)

- Erläuterung der Umsetzung der Forschungsergebnisse in der Heimatklinik bzw. in dem Heimatinstitut
- Bestätigung der geplanten Implementierung sowie die Befürwortung des Antrages durch den Instituts-/Klinikdirektor des Bewerbers
- Lebenslauf
- Publikationsliste
- Passfoto

Die Bestimmungen des Stipendiums sind auf der Website der DGOU unter dem Link <http://www.dgou.de/preise.html> veröffentlicht.

Bewerbungsschluss ist der **15.7.2015**.

Die Bewerbungsunterlagen sind ausschließlich per E-Mail zu senden an die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU): office@dgou.de

Ferdinand-Sauerbruch-Forschungspreis 2015

Die Berliner Chirurgische Gesellschaft – Vereinigung der Chirurgen Berlins und Brandenburgs sowie der Förderkreis Ferdinand Sauerbruch e.V. schreiben für 2015 den Ferdinand-Sauerbruch-Forschungspreis aus. Er ist mit

2.500 Euro

dotiert. Er dient der Anerkennung herausragender wissenschaftlicher Arbeiten und zur Förderung weiterführender Forschungstätigkeit. Bewerben können sich in Deutschland sowie im Ausland tätige Assistenten und Oberärzte, die chirurgisch tätig sind.

Die Richtlinien des Preises sind unter <http://bchirg.de/preise/sauerbruchpreis/richtlinien/veroeffentlicht>.

Bewerbungen bis zum 31.03.2015 an

Prof. Dr. Thomas Steinmüller, DRK Kliniken Berlin | Westend, Chirurgische Klinik, Spandauer Damm 130, 14050 Berlin.

„Heinz-Mittelmeier-Forschungspreis“

für Anwendungen von keramischen Implantaten in der Endoprothetik der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) – gestiftet von der Firma CeramTec GmbH

Preis Ausschreibung für das Jahr 2015

Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC) verleiht im Zusammenwirken mit der CeramTec GmbH jährlich den mit

5.000 Euro

dotierten Forschungspreis (bis 2003 ehemals BIOLOX®-Preis).

Der Forschungspreis wird an junge Mediziner, Ingenieure oder Wissenschaftler bis 40 Jahre für hervorragende Forschungs- und Entwicklungsarbeiten auf dem Gebiet der Biokeramik und Verschleißproblematik bei Endoprothesen und in Verbindung mit klinischen Er-

gebnissen keramischer Implantate vergeben.

Die Arbeit kann in einer wissenschaftlichen Fachzeitschrift oder bereits in Buchform veröffentlicht sein. Auch unveröffentlichte Manuskripte, deren Publikation beabsichtigt ist oder bereits eingeleitet wurde, werden angenommen. Gleichfalls werden Diplomarbeiten, Dissertationen und Habilitationen akzeptiert. Ausgenommen sind ledig-



lich Arbeiten, die bereits mit einem vergleichbaren Preis ausgezeichnet wurden.

Die Auswahl des Preisträgers erfolgt durch eine Jury der DGOOC. Der Forschungspreis des Jahres 2015 wird anlässlich des gemeinsamen Kongresses

der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e.V. (DGOOC), der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e.V. (DGU) und des Berufsverbandes der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU) vom 20. – 23. Oktober 2015 in Berlin vergeben.

Zur Teilnahme ist die Arbeit in englischer oder deutscher Sprache bis zum **31. Juli 2015** mit einer entsprechenden Erklärung, dass die Arbeit mit noch keinem vergleichbaren Preis ausgezeichnet wurde, **ausschließlich per Mail** einzureichen bei der DGOOC unter info@dgooc.de.

Preis zur Förderung der Rehabilitationsforschung der DGOU 2015



Die Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie (DGOU) schreibt den Preis zur Förderung der Rehabilitationsforschung aus. Der Preis in Höhe von

5.000 Euro

wird von der Klinikgruppe Enzensberg gestiftet. Eingereicht werden können wissenschaftliche Arbeiten aus Klinik, Forschung und Praxis, die den Nutzen und Erfolg der Rehabilitation nach Verletzungen und Erkrankungen aus dem Gebiet Orthopädie und Unfallchirurgie untersuchen.

Die eingereichte Arbeit kann in einer deutschen oder fremdsprachigen Zeitschrift oder in Buchform veröffentlicht oder in einem Manuskript niedergelegt sein. Bereits anderweitig ausgezeichnete Arbeiten oder solche, die sich aktuell in einem Preiswettbewerb befinden, können nicht eingereicht werden. Es ist eine entsprechende Erklärung beizufügen. Der Bewerbung ist die Zusammenfassung der zentralen Ergebnisse in deutscher Sprache beizufügen.

Das Antragsschreiben muss die besondere Bedeutung der Arbeit für das Förderungsthema erläutern.

Abgabefrist ist der 31.05.2015.

Die Bewerbungsunterlagen sind **ausschließlich per E-Mail** zu senden an die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. (DGOU): office@dgou.de

Ausschreibung eines Forschungsstipendiums „Osteologie“ der DGU 2015



Die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie schreibt für 2015 ein Forschungsstipendium zum osteologischen Schwerpunktthema

„**Translationale Forschung zum verbesserten Verständnis der Frakturheilung bei Osteoporose**“ aus.

Die Höhe des Forschungsstipendiums beträgt

25.000 Euro

(Sponsor: AMGEN GmbH). Zweck des Stipendiums 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.

Bewerbungsberechtigt sind Personen, welche das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Der Bewerbung sind beizufügen:

- Die Angabe, um welches der beiden Stipendien man sich bewirbt,
- Lebenslauf,
- Verzeichnis bisheriger wissenschaftlicher Veröffentlichungen,
- Beschreibung des Forschungsprojektes und Meilensteinplan

- Zeugnis des Chefs der Einrichtung, der der Bewerber angehört, in dem die Unterstützung des Forschungsprojekts bescheinigt wird.

Nähere Informationen sind den Bestimmungen zur Verleihung der Stipendien auf der Website <http://www.dgu-online.de> (Rubrik DGU – Preise/Stipendien) zu entnehmen.

Die Bewerbungen für die Forschungsstipendien sind **bis zum 31.03.2015** (Poststempel) zu senden an:

Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie
Straße des 17. Juni 106-108
10623 Berlin
E-Mail: office@dgu-online.de

10-jähriges Jubiläum

Forschungspreis der AXIS-Forschungsstiftung für junge Forscher und Doktoranden zur patientennahen Forschung in Orthopädie und Unfallchirurgie, gestiftet von Fa. Karl Storz GMBH & Co KG Tuttlingen

Die AXIS-Forschungsstiftung schreibt im Jahr 2015 zum 9. Mal einen mittlerweile mit

1.000 Euro

dotierten wissenschaftlichen Preis aus. Mit diesem Preis soll die beste der eingereichten Arbeiten zum Themenbereich „Patientennahe Forschung in Orthopädie und Unfallchirurgie“

ausgezeichnet werden. Die Teilnahme ist möglich mit Arbeiten zu Themen aus allen Teilbereichen der Orthopädie und

Unfallchirurgie. Der/die Antragsteller/in darf maximal 35 Jahre alt sein.

Einzureichen sind in Form einer PDF-Datei:

Ein zweiseitiger Antrag mit Nennung der Autoren, Kontaktdaten incl. E-mail-Adresse, Darlegung der Fragestellung, des Untersuchungsaufbaues, von Material u. Methoden, der Ergebnisse und Diskussion.

Außerdem muss der/die Antragsteller/in eine Bestätigung geben, dass diese Arbeit noch mit einem anderweitigen Preis honoriert wurde oder an einer anderen Preisausschreibung teilnimmt.

Der wissenschaftliche Beirat der AXIS-Forschungsstiftung entscheidet unabhängig über die Annahme/Ablehnung der Arbeit. Die besten Arbeiten werden in einer Sitzung auf dem Symposium der

Norddeutschen Orthopäden- u. Unfallchirurgenvereinigung e.V. in Berlin (18.-20.06.2015) vorgestellt. Aus den ausgewählten Arbeiten wird nach der Präsentation (10 minütig inkl. Diskussion) der/die Preisträger/in ermittelt und bekannt gegeben.

Einsendeschluss: 31. März 2015

Die Arbeiten sind ausschließlich an die u.g. E-Mail-Adresse einzureichen:

*Prof. Dr. med. J. Bruns
Stifter u. Kuratoriumsvorsitzender
Axis-Forschungsstiftung, Hamburg
Leiter Department Orthopädie
AGAPLESION Diakonie-Klinikum Hamburg
Hohe Weide 17
20259 Hamburg
E-Mail: axis-forschungsstiftung(at)web.de*